

Thèse de Doctorat

Jacques Orvain

*Mémoire présenté en vue de l'obtention
du grade de Docteur de l'Université de Nantes
Sous le label de l'Université Nantes Angers Le Mans*

*Discipline : Sciences Économiques et de Gestion
Spécialité : Sciences de Gestion
Laboratoire d'Économie et de Management de Nantes Atlantique*

Soutenue le 1er octobre 2012

École doctorale : Droit, Économie-Gestion, Sociétés, Territoires
Thèse N° 000000000

Les Dispositifs Performatifs Denses

Éléments dynamiques, structuraux et conventionnels
de la gestion des activités de soins

JURY

Rapporteurs : **M. Jean-Louis DENIS**, Professeur titulaire, École Nationale d'Administration Publique, Montréal
M. Philippe MOSSÉ, Directeur de recherche CNRS, Université d'Aix-Marseille

Examineurs : **M. Benoît JOURNÉ**, Professeur d'Université, Université de Nantes
M. Benoît PÉRICARD, Directeur des Activités Santé, KPMG SA

Directeur de Thèse : **Mme Nathalie ANGELÉ-HALGAND**, Maître de Conférences
Habilitation à Diriger des Recherches, Université de Nantes

Co-directeur de Thèse : **M. Pierre LOMBRAIL**, Professeur d'Université, Université de Paris XIII

Remerciements

Merci aux équipes des hôpitaux A, B, C, D et E qui m'ont fait partager leur engagement.

Merci très sincèrement à Nathalie et Pierre qui ont accueilli ce travail et l'ont accompagné.

Pour Sylvie, Corentin, Thibault et Laureline.

Sommaire

INTRODUCTION	7
PARTIE I : Des pratiques de soins qu'il faut interpréter.....	17
Chapitre I Les pratiques performantes sont inégalement distribuées	19
Chapitre II La gestion des escarres à l'épreuve des théories de l'action	33
Chapitre III Le choix d'une épistémologie pragmatique	91
PARTIE II : Les interactions au cœur de la gestion	115
Chapitre IV Le schéma d'action primaire.....	117
Chapitre V Les mécanismes qui structurent le schéma d'action.....	177
Chapitre VI La modalisation construit un cadre partagé de compréhension	223
PARTIE III : Les dispositifs performatifs en santé.....	259
Chapitre VII Le management des dispositifs performatifs denses.	261
Chapitre VIII La promulgation sociale des dispositifs performatifs denses.....	271
Chapitre IX Le parti pris d'une ontologie de site	283
CONCLUSION.....	291
TABLE DES MATIÈRES	301
TABLE DES ILLUSTRATIONS	307
TABLE DES SIGLES UTILISÉS.....	309
RÉFÉRENCES	311

INTRODUCTION

« Hôpital à la dérive » (Schachtel, Martine; 2010 p. 7), « Hôpital malade de la rentabilité » (Grimaldi, André; 2009), « Hôpital sous pression » (Belorgey, Nicolas; 2010), les titres ne manquent plus pour exprimer les difficultés d'une institution confrontée à l'impératif de la performance. Ceci n'est pas nouveau, et, depuis plus de trente ans, la question de la performance des hôpitaux anime le débat politique et économique. Dans les années quatre-vingts, l'enseignement dans la spécialité médicale de santé publique comprenait, classiquement, des discussions sur les vertus comparées du budget global et du prix de journée, sur la gestion par le contrôle de l'offre et sur la planification comme horizon incontournable de la maîtrise du système. Mais en dehors de ces considérations macro-économiques il y avait peu de place pour l'étude de l'organisation des pratiques de soin. De la même façon aujourd'hui, de très nombreux articles dans les revues professionnelles reprennent le débat sur la performance en santé en le limitant à ses aspects macrosociaux. Le terme « macrosocial » désigne ici les facteurs qui agissent à l'échelle de la société toute entière par opposition aux facteurs qui s'expriment à des échelles plus petites et que nous pouvons qualifier de méso ou microsociaux. Les sciences de gestion sont ainsi souvent présentées comme les héritières de la sociologie qui tend à privilégier une approche macrosociale et de la psychologie qui tend à privilégier une approche microsociale (Heath, Chip & Sitkin, Sim B.; 2001). Mais cette distinction est de plus en plus discutée car elle repose sur une analyse des périmètres d'action et ignore la nature même des coordinations. Nous préférons opérer une distinction différente qui oppose les études qui considèrent les faits sociaux comme des structures qui s'imposent aux acteurs et celles qui analysent les mécanismes de coordination comme l'objet premier de leur recherche. A la vision d'un marionnettiste qui manipule la société d'en haut, nous préférons ainsi une approche qui s'intéresse à la solidité des liens, au rôle de démultiplication des poulies et aux transferts de force. Ces poulies et ces liens constituent des modalités de coordination qui peuvent donner (ou non) beaucoup d'humanité et d'efficacité à la plus mécanique des marionnettes (Latour, B.; 2006 p. 312-317).

Cependant le volume important des publications portant sur les facteurs qui agissent sur la structure, contraste avec le faible volume des publications scientifiques consacrées spécifiquement aux modalités de coordination et plus particulièrement au management des équipes hospitalières. La littérature scientifique publiée dans les revues générales de sciences de gestion et consacrée à la performance des organisations de santé reste limitée, ce qui ne correspond pas à la part de cette activité dans l'économie générale. Ainsi une recherche effectuée en novembre 2011 sur une des bases de données les plus fournies en sciences sociales (JSTOR), retournait moins de cent références quand on l'interrogeait sur l'association des termes « hospital » et « performance » dans les titres et résumés des publications des dix dernières années. Le débat politique et macro-économique semble

accaparer l'intérêt pour la performance et laisser peu de champ aux sciences du management. Le débat sur la performance des équipes ou des unités de soins se trouve, en fait, souvent confiné dans le registre de la qualité des soins. De nouvelles revues (BMJ Safety and Quality, Risques et Qualité) développent des points de vue intéressants sur les pratiques cliniques, mais restent encore peu influencées par les recherches en sciences de gestion.

Différentes hypothèses peuvent expliquer la discrétion des sciences du management dans le domaine hospitalier. Le caractère singulier de l'activité médicale qui doit s'adapter à chaque patient, ainsi que le contexte institutionnel s'opposeraient au développement de l'esprit gestionnaire à l'hôpital (Moisdon, Jean-Claude & Tonneau, Dominique; 1999)¹. Cette réflexion et les travaux qui l'ont accompagnée, essaient d'ouvrir des perspectives pour dépasser les clivages épistémologiques. Néanmoins les résultats de travaux spécialisés dans la recherche sur les services de santé (« Health Services Research ») restent rares. Ils sont publiés dans une presse qui se situe au confluent du management et de la médecine et quelques titres seulement occupent cet espace peu investi par les autres secteurs de la recherche en santé (Health Services Research, Health Services Management Research, Medical Care, Milbank Quaterly...). Les revues en sciences sociales qui se spécialisent dans le domaine de la santé peuvent également appréhender ce thème de façon épisodique (Social Science and Medicine, Sciences Sociales et Santé, Social Science and Medicine, le Journal d'Economie Médicale). Les revues de santé publique sont également des lieux d'expression de cette question, mais il y domine une approche fortement influencée par la rationalité positiviste des sciences biomédicales et moins portée sur les effets d'organisation.

La forte spécialisation à laquelle amène la recherche sur la performance en santé a pu conduire, de notre point de vue, à l'isolement des approches conceptuelles sur la performance à l'hôpital. Les avancées plus générales des recherches effectuées dans le cadre des sciences de l'organisation semblent souvent ignorées dans le champ des organisations de santé. L'approche conceptuelle de la performance hospitalière dépend ainsi amplement de points de vue situés et des disciplines qui incarnent ces points de vue. Ceci n'est généralement pas étranger à l'activité de recherche, mais contrairement aux autres

1 « Le problème à nos yeux ne réside pas dans une inadaptation de ces différents outils ou dispositifs, due par exemple à une incompatibilité entre la rationalité gestionnaire et les logiques des professions médicales ... il nous semble qu'il faille faire intervenir essentiellement deux facteurs : d'une part les caractéristiques de l'activité qui, à cause d'un haut degré de variabilité et d'incertitude ne conduisent pas à des modèles ou indicateurs simples, d'autre part le contexte institutionnel qui, jusqu'ici, n'a guère incité les acteurs à aller dans le sens d'une efficacité réelle. »

domaines, la recherche sur la performance en santé émet peu de réserve sur les postulats épistémologiques sur lesquels elle se fonde. La plupart des travaux sur la performance hospitalière tendent ainsi à découvrir les leviers qui feront évoluer la performance de l'extérieur : la taille des hôpitaux (Luft, Harold, Garnick, Deborah, Mark, David, & McPhee, Stephen; 1990), leur structure financière (Ehreth, Jenifer L.; 1994), les collaborations et la spécialisation des soins (Proenca, E. Jose, Rosko, Michael D. & Dismuke, Clara E.; 2005) sont ainsi les facteurs les plus souvent étudiés. Cela laisse de côté les facteurs endogènes de la performance comme par exemple le savoir-faire des équipes, la mobilisation des connaissances, les relations interpersonnelles, le leadership du chef d'unité, l'organisation matérielle des unités de soins.

Cette situation qui privilégie les facteurs exogènes peut, selon nous, être le résultat d'un double phénomène :

- d'une part la prépondérance des approches biomédicales qui résument la performance à l'efficacité clinique, et à son volet instrumental,
- d'autre part la dissociation du payeur et du bénéficiaire qui induit des relations d'agence entre tutelles financière et réglementaires d'un côté et organisations et professionnels de santé de l'autre.

Ces deux facteurs donneraient l'avantage aux facteurs instrumentaux exogènes au détriment des capacités d'acteurs des individus au sein des groupes sociaux. Cette approche n'est pas neutre d'un point de vue épistémologique car le fait de regarder les choses de l'extérieur laisse dans l'ombre deux dimensions importantes de la performance : la dimension de l'action au quotidien et la dimension du travail l'équipe.

Le chercheur ne peut donc manquer d'interroger le rôle de l'épistémologie dans le privilège qui est accordé aux facteurs instrumentaux ou extérieurs et au contraire dans le voile qui recouvre les facteurs endogènes de la performance et en particulier ceux qui reposent sur la qualité des interactions à l'intérieur des unités de soins. Cela nous a amené à prendre le contrepied de la démarche fondée sur les facteurs exogènes, et à nous orienter vers une observation des pratiques qui se développent au niveau micro ou méso-organisationnel et qui mettent en avant les capacités internes des organisations.

Le fait de parler de pratiques amène immédiatement deux notions, d'une part celle de dynamique d'action, d'autre part celle d'équipe. Il s'agit de comprendre comment l'action se déploie concrètement au sein des collectifs et sur quels types de relation et de coordination cela repose. Cette démarche s'est appuyée sur le choix d'un sujet trivial qui pose encore problème aux équipes hospitalières.

Témoin il y a plus de 25 ans des difficultés des hôpitaux à lutter contre le fléau que constituent les ulcères de pression chez les personnes très dépendantes, nous avons formé

l'hypothèse que la question de l'efficacité médicale à l'encontre de cette pathologie n'était pas bien posée. Bien que des moyens de prévention et de traitement efficaces semblent disponibles, partout dans le monde, des équipes de soins engagées, sont mises en difficulté. Il y a comme une forme de malédiction que la science positive n'arrive pas à lever. Pourtant, certaines équipes ont des résultats encourageants, mais elles ont du mal à en diffuser la recette. Il y aurait comme une forme de savoir-faire implicite qui résisterait aux méthodes d'investigation classique de la science médicale. Un changement de méthode s'avère donc nécessaire.

Les sciences sociales et de gestion s'intéressent depuis de nombreuses années aux savoirs implicites (Nonaka, Ikujiro; 1994), aux pratiques qui se développent dans des groupes particuliers (Gherardi, Silvia, Nicolini, Davide & Odella, Francesca; 1998) et plus généralement aux mécanismes d'interaction (Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C.; 1997 1st éd. 1985). Elles ont montré le rôle de ces savoirs dans l'évolution de la performance des collectivités de travail. Ces résultats nous incitent à changer d'optique. C'est en changeant de point de vue et en nous rapprochant au plus près des pratiques de soins que nous pouvons essayer de comprendre la plus ou moins grande performance des équipes qui sont confrontées à la prise en charge des ulcères de pression. Nous montrerons ainsi comment les sciences de gestion peuvent être mises à contribution pour la compréhension et la résolution d'un problème clinique. Cela a nécessité de porter attention à l'épistémologie utilisée, de façon à ne pas écraser les mécanismes subtiles d'interaction par des cadres conceptuels qui, soit en fasse abstraction, soit aient besoin de s'en débarrasser pour mieux délibérer. Si nous prenons par exemple la science statistique médicale, nous observons qu'elle craint et redoute l'hétérogénéité et l'interaction. Pour pouvoir exercer son art elle optera pour l'une des deux solutions suivantes : soit elle fera l'hypothèse que ces deux phénomènes sont inexistantes soit elle les diluera pour les faire disparaître au sein des équations linéaires (Philip, Sedgwick; 2012). L'épistémologie qui sera utilisée pour étudier la performance des équipes devra au contraire prendre en compte les mécanismes d'interaction entre les personnes comme un phénomène primordial qu'il faut mettre en exergue.

Plus profondément notre travail reposera sur l'hypothèse que la performance des équipes ne s'explique pas seulement par l'aspect visible de l'action, son versant ostensif, mais plus encore par l'existence de mécanismes de coordination qui forment son versant performatif. Il s'agira alors de donner une compréhension profonde des mécanismes d'action, puis de mettre en exergue les différentes dimensions de l'action, enfin d'inscrire ces mécanismes dans des logiques d'action plus générales. Ainsi nous passerons de la description « à plat » de la prise en charge des ulcères de pression, c'est-à-dire à la

description des faits matériels visibles qui la compose, à la description d'un dispositif performatif dense, c'est-à-dire à la description d'un dispositif qui donne les moyens d'agir.

Plusieurs termes commencent à apparaître dans cette introduction : nous parlons de dispositif, de performativité, de structuration, de densité des mécanismes d'action. Ces termes annoncent des questions de recherche importantes. Pour pouvoir garder un regard ouvert sur les actions en train de se produire nous devons faire attention aux mots qui les recouvriront. Comment, par exemple, parler d'un collectif en train d'agir ? Si nous parlons d'équipe, nous excluons à la fois les objets, les arrangements matériels et les processus de fonctionnement. Au contraire en parlant de dispositif, nous amenons l'idée d'un assemblage qui est créé à l'occasion d'une action située. Il ne s'agit plus seulement d'un ensemble de fonctions identifiées dans les registres de la direction des ressources humaines, mais d'un collectif disposé à agir.

Le terme de « dispositif » est rarement utilisé seul, nous parlerons de dispositif réglementaire ou de dispositif normatif ; nous parlons ici de dispositif performatif. Cela nous ramène à la notion de performance. Qu'est-ce que la performance ? On tend aujourd'hui à la restreindre à l'obtention d'un résultat. Mais si nous revenons à la racine du terme performance, nous verrons qu'on y intègrait, dès l'origine, la notion d'action en mouvement, comme par exemple lorsqu'on fait mention d'une performance artistique (Stiegler, Bernard; 2004). La performance est de fait difficile à définir car selon les situations elle exige des qualités différentes et elle sous-entend souvent une réponse exceptionnelle qu'on ne peut anticiper. Le paradoxe de la performance veut qu'elle soit à la fois un dépassement de soi-même dans l'action, mais qu'elle soit aussi aujourd'hui une exigence constamment reconduite (Heilbrunn, B.; 2004). Pour garder l'origine du terme performance, nous dirons donc qu'un dispositif est performatif s'il permet et encourage l'action, mais ne la prescrit pas complètement. Un dispositif qui encadre complètement l'action pourrait être plutôt qualifié de normatif. Un dispositif performatif à l'inverse doit laisser une capacité à innover, à dépasser les attentes et à permettre des solutions nouvelles. Nous retrouvons ce terme de performatif dans les débats qui animent aujourd'hui la communauté scientifique sur la nature des routines (Feldman, Martha S. & Pentland, Brian T.; 2003). Les routines ne sont plus conçues comme des arrangements figés, elles sont étudiées comme des assemblages d'objets et de règles qui ne se limitent pas à leur description protocolisée (le versant ostensif de la routine) mais s'expriment dans des pratiques réelles (le versant performatif de la routine). Plus généralement nous retrouvons ainsi, de façon sous-jacente, les débats qui opposent la capacité des acteurs à agir (« agency ») et la structure qui encadre l'action et éventuellement la fige.

Le terme de structuration a été proposé pour essayer de dépasser cette opposition entre action et structure (Giddens, Anthony; 1979). Plus prosaïquement ce terme annonce

qu'il sera possible d'organiser les dispositifs, de les manager ou de les gérer. Les termes organisation, management et gestion auront ainsi pour nous une signification identique à savoir la capacité à influencer la façon d'agir et d'interagir des collectifs de travail pour structurer l'environnement et obtenir un résultat.

Enfin ce dispositif performatif a été qualifié de dense. Cela exprime le fait qu'il soit possible de compacter l'ensemble de façon à le rendre immédiatement lisible et intelligible malgré la diversité des interactions et des possibilités d'action. La notion de densité renvoie également à des questions de recherche sur la densité des pratiques et en particulier par les capacités à relier ces pratiques à des conventions générales qui en résument le sens (Gomez, Pierre Yves & Jones, Brittany C.; 2000).

Finalement les mots qui composent le titre de cette thèse, « **Les Dispositifs Performatifs Denses** », ont chacun leur importance. Nous verrons ainsi dans le cours de cette thèse comment chacun des mots peut renvoyer à une activité managériale particulière. C'est maintenant à la description des dispositifs performatifs denses que nous allons nous employer. La première étape du travail expliquera le choix du terrain empirique (Chapitre I). Le choix d'un sujet n'est pas neutre et il est sans doute difficile de s'écarter des chemins théoriques habituels en pénétrant un champ déjà largement balisé. Une certaine naïveté du sujet, une résistance à trouver des formes classiques de résolution et la volonté affichée des acteurs pour trouver ces solutions constituent les caractéristiques d'un tel sujet. Nous montrerons comment les pratiques de gestion des escarres correspondent à ces critères de choix.

La deuxième étape du travail consistera à comprendre les fondements épistémologiques des modèles de la performance les plus couramment utilisés en santé et à en montrer les limites d'utilisation pour le thème choisi (Chapitre II). Il ne s'agit pas d'invalider ces modèles qui ont fait la preuve de leur capacité à faire agir sur le monde de façon instrumentale mais nous pouvons néanmoins nous interroger sur la vision de l'action qu'ils encouragent. L'interrogation que nous porterons sur ces cadres théoriques, dans leur application à la gestion des escarres, constituera ainsi une première identification des phénomènes qu'ils ont l'habitude de négliger.

Ceci nous conduira à préciser l'épistémologie qui correspond au parti pris d'une recherche empirique dont l'objet principal porte sur les pratiques professionnelles (Chapitre III). Il s'agit d'envisager l'épistémologie qui peut le mieux rendre compte des phénomènes que les théories classiques ont du mal à expliquer. La formulation des questions, le choix des méthodes d'enquête et la recherche de références théoriques déterminent ce cadre épistémologique qui fera une place toute particulière aux interactions au sein des équipes hospitalières.

Outillé du cadre épistémologique présenté au chapitre précédent, nous pourrons faire émerger, à partir des données empiriques, les phénomènes interactionnels qui caractérisent les pratiques observées. Cette étape est essentielle pour affirmer la démarche interactionniste qui privilégie l'analyse des processus sur celle des structures. Les aspects « volatiles » de la coordination de l'action (émotions, connaissances, routines et rôles) seront ainsi privilégiés (Chapitre IV).

Une théorisation à « moyenne portée » de ce champ pourra alors être proposée en s'appuyant sur l'émergence de faits significatifs ou marquants (Chapitre V). En repartant des données empiriques et plus particulièrement des faits marquants, ainsi que des lectures qui ont accompagné l'analyse, une nouvelle théorisation sera tentée de façon à rendre compte de l'ensemble des phénomènes observés sous la forme d'un schéma d'action.

Un retour sur les utilisations variées du schéma d'action permettra à la fois d'en tester la généralité et les possibilités de le faire varier. Nous verrons comment les managers utilisent le schéma d'action pour l'adapter et lui donner un sens particulier dans le contexte de leur établissement. Nous résumerons cette possibilité comme une modalisation du schéma d'action et nous montrerons comment cela relie le schéma à des logiques particulières qui seront décrites comme des conventions. (Chapitre VI).

Le schéma d'action, et les modalisations qu'il permet, déterminent des pratiques de soins particulières qui seront décrites pour mieux comprendre les ressorts endogènes de la performance des soins. Cela pourra conduire à la définition de pratiques managériales dans le domaine hospitalier et de façon plus générale pour tout type d'activité (Chapitre VII).

La dernière étape n'est pas seulement une phase prospective. En interrogeant la possibilité d'enseigner ce qui a été théorisé et en ouvrant sur de nouvelles recherches voire de nouveaux programmes, nous achèverons de tester l'applicabilité des résultats de la recherche (Chapitre VIII). Le retour sur l'ontologie particulière qui aura été mobilisée permettra de revenir sur le cadre épistémologique du projet de recherche (Chapitre IX).

La démarche du travail proposé repose ainsi sur trois parties successives :

- **Partie I : Des pratiques de soins qu'il faut interpréter**

- **Chapitres I, II et III**

Il s'agit de présenter le champ d'étude et de proposer une méthode d'analyse. La confrontation à une situation empirique épuise les cadres théoriques habituels et fait émerger des phénomènes mal expliqués qui nécessitent une approche épistémologique spécifique.

- **Partie II : Les interactions au cœur de la gestion des escarres**

Chapitres IV, V et VI

La théorisation d'un nouveau champ d'action est proposée. Les phénomènes interactionnels émergents sont analysés comme des mécanismes de structuration qui définissent un schéma d'action particulier.

- **Partie IV : La densification des dispositifs de soins**

Chapitres VII, VIII et IX

L'action managériale permet de structurer la pratique des soins. Cette structuration peut bénéficier de mécanismes de promulgation sociale tel que l'enseignement ou la recherche. Un retour sur l'ensemble du travail permet finalement de revenir sur l'ontologie particulière dans laquelle il s'est inscrit.

PARTIE I : Des pratiques de soins qu'il faut interpréter

- Des pratiques performantes inégalement distribuées
- La gestion des escarres à l'épreuve des théories de l'action
- Le choix d'une épistémologie pragmatique



Performance de rue le 28 mai 2011 à Nantes

« Les forces structurelles devaient faire le gros du travail – à quelques ajustements marginaux près, laissés aux individus. Dans leur théorie fantastique de l'action, c'était la seule façon que les sociologues avaient imaginée pour que la ficelle du marionnettiste puisse activer la marionnette. Mais nous n'avons plus aucune raison de nous laisser intimider par cette étrange façon de concevoir l'importation d'une force extérieure [...] » (Latour, B.; 2006 p. 312)

Chapitre I Les pratiques performantes sont inégalement distribuées

Nous avons ancré notre étude dans le quotidien des services hospitaliers de façon à affirmer le caractère situé et engagé de notre étude. La compréhension des mécanismes profonds de l'action a été mise au premier plan et a guidé le choix d'une épistémologie congruente.

Nous avons choisi de nous saisir de la problématique de la prise en charge des patients qui présentent un risque important de développer un ulcère de pression appelé plus communément escarre. Ce projet s'est appuyé sur le projet d'un groupe d'hôpitaux qui souhaitaient travailler sur ce sujet et sollicitaient un regard extérieur. Ces hôpitaux étaient soutenus par leur Agence Régionale de Santé qui leur avait confié, symboliquement, le leadership sur ce thème d'amélioration des soins, dans leur territoire de santé. Cette problématique faisait également écho à l'expérience ancienne d'un jeune médecin qui avait mesuré l'incapacité du système de soins à maîtriser cette prise en charge.

La description de la situation clinique, que représente la constitution d'escarres chez des personnes fragilisées, sera précisée dans la première partie de ce chapitre I. Nous présenterons ensuite les questions que cela pose du point de vue organisationnel. Ceci nous amènera à préciser notre questionnement sur la performance hospitalière et à le problématiser. Finalement le champ d'investigation et les participants de l'étude seront décrits à la fin du chapitre.

1. *La prise en charge des escarres*

Les publications internationales utilisent le terme « *pressure ulcer* » ou « *pressure sore* » pour désigner l'escarre, ce qui a l'avantage de clairement indiquer le mécanisme physiopathologique principal à l'origine des escarres. Nous pourrions traduire ce terme par « *ulcère de pression* » ce qui indique à la fois la manifestation clinique c'est-à-dire une perte de substance au niveau de l'épiderme, et le mécanisme de création de l'escarre. Les ulcères de pression sont la conséquence d'une destruction des tissus par pression localisée due à un alitement ou une immobilisation prolongés. Le terme escarre, utilisé en pratique courante, n'est pas tout à fait approprié. En effet ce terme ne décrit, en toute rigueur, qu'une des manifestations cliniques de l'ulcère de pression, c'est à dire la création d'une substance fibrineuse de recouvrement au fond d'une plaie profonde. Stricto sensu, l'escarre ou eschare

(du grec eskhara) est une croûte dont on trouve une description précise dans les manuels du XIXème siècle.

Tableau 1 Définition historique

Eschare.

Croûte résultant de la mortification des tissus par une brûlure, une cautérisation, une embolie qui interrompt la circulation, la gangrène, etc. Souvent la compression, exercée longtemps et énergiquement en un point limité, y produit une eschare, dont la formation est quelquefois facilitée par un défaut d'énergie de l'organisme. C'est ainsi que, chez les individus atteints de fièvre typhoïde, le décubitus dorsal amène la formation d'eschares au sacrum.

Pour s'opposer à cet accident, on placera un matelas d'eau au niveau de la région sacrée, on la protégera par une plaque de diachylon, et on raffermira les chairs excoriées par des lavages avec du vin aromatique.

Dictionnaire de Médecine, Decaisne et Gorecki (Paris 1877) Dictionnaire transmis de génération en génération d'un menuisier, à un charpentier, à une institutrice puis à un médecin.

Le terme escarre, désigne aujourd'hui l'ensemble des modifications tissulaires consécutives à une ischémie par pression prolongée. Cela va de la simple rougeur à la plaie profonde². L'extrait du dictionnaire médical du XIXème siècle indiqué dans l'encadré nous dit à peu près tout sur l'escarre et sur sa cause principale (*la compression, exercée longtemps et énergiquement en un point limité*). Il nous indique également les facteurs de risque : dénutrition (*perte d'énergie*) et déshydratation (*fièvre typhoïde*). Le traitement est également assez actuel et de deux ordres : répartir les pressions (*matelas à eau*), panser la plaie par des produits d'absorption (le *diachylon* est un emplâtre ancêtre des pansements hydro colloïdes) et des produits de détersion (*le vin aromatique*).

Cependant cent-trente-cinq ans plus tard, après Pasteur, Flemming et Cochrane, l'escarre reste un problème médical important qui semble difficile à maîtriser. Ainsi tous les ans de nombreux articles sont publiés sur la prévention et le traitement des escarres. Une

² De façon assez curieuse, les termes escarre ou eschare sont du genre féminin, mais sont utilisés le plus souvent en français au masculin, par ceux qui préviennent ou traitent les plaies de pression.

équation structurée de recherche permet de retrouver 1455 articles référencés sur le portail Pubmed de la base de données Medline de l' «American Library of Medicine » entre 2001 et 2010. La plupart de ces articles donnent des résultats d'essais cliniques sur les différents matériels utilisés, ou bien réévaluent les qualités des grilles pronostiques, ou encore font le lien entre la lutte contre les ulcères de pression et les démarches plus générale d'amélioration des soins.

Les articles les plus signifiants ont été utilisés dans les trois sections suivantes de façon à, premièrement, décrire le phénomène d'escarre dans des termes plus modernes que ceux de la description précédente et, deuxièmement, décrire les recommandations professionnelles de prise en charge et troisièmement en mesurer l'impact social.

a. Description clinique et physiopathologique de l'escarre

Les descriptions médicales de l'escarre n'échappent pas à la tradition clinique issue du XIXème siècle (Foucault, Michel; 1963). Lorsque nous décrivons l'escarre, nous l'individualisons pour en faire un phénomène autonome ayant ses caractéristiques et ses dynamiques propres. Cette description d'un phénomène indépendant nous masque le patient qui en souffre et prend le pas sur ce dernier. La description qui suit pâtit du même défaut et nous avons tendance à parler des escarres plutôt que des malades qui en souffrent. Nous nous appuyons sur un article paru dans la revue de la société américaine de dermatologie (Kanj, L. F., Wilking, S. V. & Phillips, T. J.; 1998) pour faire la description technique de ce phénomène morbide.

Les escarres tendent à se développer dans les zones d'appui des proéminences osseuses (sacrum, calcanéum, trochanter) sur les tissus mous (peau, tissu sous-cutané et muscle). La pression exercée par le poids du patient sur une de ces zones, pendant un temps prolongé, entrave la circulation sanguine. Le premier signe de l'escarre est une simple rougeur qui ne disparaît pas à la pression. A ce stade les capillaires sanguins sont dilatés et encombrés de globules rouges ce qui constitue le premier signe de l'évolution vers un ulcère de pression. L'ischémie, c'est-à-dire l'absence de vascularisation, entraîne ensuite un infarctus tissulaire puis une destruction et nécrose de ces tissus.

C'est un mécanisme tout à fait comparable au mécanisme d'infarctus du myocarde. Cette comparaison permet de comprendre pourquoi la gravité de l'escarre puisse, dans un premier temps, être méconnue. Le tissu qui est détruit ne disparaît pas immédiatement, une lente nécrose se développe sous le tissu cutané. Cela aboutit à la putréfaction puis à la disparition des chairs qui laisse à nu les tissus sous-jacents.

Une grille internationale (NPUAP-EPUAP) permet de définir des stades de gravité selon la profondeur atteinte par l'ulcération (Black, J. M., Edsberg, L. E., Baharestani, M. M.,

Langemo, D., Goldberg, M., McNichol, L. & Cuddigan, J.; 2011 ; Dealey, C.; 2009 ; Defloor, T., Clark, M., Witherow, A., Colin, D., Lindholm, C., Schoonhoven, L. & Moore, Z.; 2005 ; Defloor, T. & Schoonhoven, L.; 2004 ; Rapp, M. P., Nelson, F., Slomka, J., Persson, D., Cron, S. G. & Bergstrom, N.; 2010). Cette grille est régulièrement mise à jour par deux consortium qui coordonnent leurs activités bien qu'ils soient situés sur deux continents : l'un aux USA (National Pressure Ulcer Advisory Panel) l'autre en Europe (European Pressure Ulcer Advisory Panel).

Tableau 2 Grille de sévérité

<p>EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) classification system</p> <p>Catégorie/Stade I</p> <p>Erythème cutané sur une peau apparemment intacte, ne disparaissant pas à la pression, accompagné d'une décoloration de la peau, de chaleur, d'un œdème ou d'une induration.</p> <p>Catégorie/Stade II</p> <p>Perte de substance impliquant l'épiderme et /ou le derme. La lésion est superficielle, se présente comme une phlyctène (ouverte ou non).</p> <p>Catégorie/Stade III</p> <p>Perte de substance ou nécrose impliquant le tissu sous-cutané. Elle peut impliquer le fascia, mais pas davantage.</p> <p>Catégorie/Stade IV</p> <p>Atteinte étendue, nécrose tissulaire et/ou lésion musculaire, osseuse ou des tissus conjonctifs, avec ou sans lésion de l'épiderme ou du derme.</p>
--

Au stade I une simple rougeur attire l'attention, le fait que cette rougeur ne disparaisse pas quand on appuie dessus avec le doigt, indique de façon spécifique que le patient est entré dans un processus de constitution d'une plaie sévère.

Au stade IV l'ulcération atteint les muscles, les tendons et les os. Il y a souvent, à ce stade, une infection grave des structures osseuses (ostéomyélite) et un risque vital. La partie nécrosée peut aller bien au-delà des parties visibles avec une forme d'entonnoir renversé et création de fistules avec les organes voisins. La destruction des chairs s'accompagne

d'écoulements et d'odeurs très nauséabondes. Une croûte (l'escarre à proprement parler) peut se former au fond de la plaie et empêche la régénération tissulaire.

Ces descriptions très crues qui peuvent être retrouvées dans la littérature scientifique sont pratiquement toujours accompagnées de photographies qui montrent les différents stades et la putréfaction des chairs ; cela sera épargné au lecteur. Il suffira de retenir que l'escarre atteint un patient vulnérable souvent alité et ne pouvant se mobiliser tout seul. Deux types de patients sont à risque d'escarre, d'une part des patients jeunes ayant une pathologie invalidante (patient comateux en réanimation ou patients paraplégiques), et d'autre part des patients très âgés et très dépendants qui constituent le plus grand nombre. Le mécanisme des escarres est des plus banals, il suffit de rester posé au même endroit et de ne pas bouger pour entamer le processus de constitution de la plaie. Il s'en suit une perte d'intégrité corporelle qui détériore l'image que les individus offrent au monde dans des situations de très grande dépendance.

Les mécanismes de création de l'escarre sont de deux ordres : des facteurs mécaniques directs et des facteurs de vulnérabilité indirects. Le facteur mécanique le plus connu est celui de la pression : des pressions d'appui de 150 mm Hg peuvent être mesurées sous un patient alité et il suffit d'une pression de 70 mm Hg pendant 2 heures pour entraîner une mort tissulaire. D'autres facteurs mécaniques sont moins connus, il s'agit des mécanismes de torsion et de friction. Le mécanisme de torsion est généré dans des positions semi assises au niveau du bas du dos ; ce phénomène est accentué par la torsion des gros vaisseaux qui diminuent de calibre. Des mécanismes de friction s'observent également, lorsque les patients sont transférés par glissement du lit vers un brancard ou un fauteuil.

Les facteurs mécaniques qui sont à l'origine de l'escarre sont ainsi des mécanismes assez banals qui se rencontrent quotidiennement lors de la prise en charge des patients par les personnels d'accompagnement et de soutien. Cependant, fort heureusement, tous les patients ne développent pas des escarres. Continuellement le corps bouge et se mobilise ce qui permet d'alterner continuellement les pressions. Ce sont des facteurs indirects qui détermineront le risque de constitution de l'escarre. L'immobilité ou la simple difficulté à se mouvoir est le premier facteur de risque indirect. La vulnérabilité des tissus est également plus grande chez les patients dénutris et déshydratés. Les patients dénutris et/ou déshydratés seront donc à risque. Enfin la macération des tissus dans des liquides agressifs (urines, matières fécales) accentue le risque.

A nouveau, les facteurs directs et indirects sont connus, il ne s'agit pas de facteurs qui nécessiteraient des moyens extraordinaires : au fond il suffirait de mobiliser le patient

régulièrement et avec attention, il suffirait qu'il se nourrisse convenablement et qu'une hygiène de base lui soit assurée pour que l'escarre soit évitée.

La sensibilité de chaque patient, vis-à-vis de ce risque, peut être prédite. Des grilles ont été créées pour mesurer le risque de développer une escarre. Le choix doit essentiellement se faire entre deux grilles : la grille de Norton et la grille de Braden. La grille de Braden est un peu plus précise que la grille de Norton. La grille de Norton est plus simple d'emploi ce qui explique la préférence des équipes hospitalières pour cette dernière. Il faut cependant noter que ces grilles sont peu reproductibles d'un service à l'autre du fait d'un calibrage imparfait. De très nombreux articles rendent de cette faiblesse métrologique (Anthony, D., Parboteeah, S., Saleh, M. & Papanikolaou, P.; 2008 ; O'Tuathail, C. & Taqi, R.; 2011 ; Papanikolaou, P., Lyne, P. & Anthony, D.; 2007). Malgré tout, les deux grilles permettent de classer les patients à risque au sein d'un service, même si elles ne permettent pas des comparaisons très précises entre services. Il faut également se souvenir qu'une infirmière expérimentée fait aussi bien, lorsqu'elle établit son pronostic de façon purement globale et intuitive (Anthony, D., Papanikolaou, P., Parboteeah, S. & Saleh, M.; 2010).

En définitive nous avons une bonne connaissance scientifique des facteurs et des situations à risque, des grilles de risque ont été produites et les facteurs de risque ne sont pas insurmontables. Cependant tous les pays du monde sont confrontés à la difficulté de prévenir les escarres. Des traitements coûteux doivent être mis en place et permettent difficilement de raccourcir des durées d'hospitalisation qui s'allongent de façon importante.

b. Moyens de prévention et de traitement

Une conférence de consensus a été conduite sous l'égide de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) en 2002. Cette conférence à l'initiative de l'association PERSE (Prévention Éducation Recherche Soins Escarres) et de la SFFPC (Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisation) fait la synthèse des connaissances sur le sujet et propose plusieurs recommandations (ANAES, PERSE, AP-HP, and SFFPC, 2001).

La HAS (Haute Autorité en Santé) met à disposition des professionnels ces recommandations produites en 2002 par l'ANAES ainsi que des instruments de déclinaison pour l'amélioration des pratiques professionnelles.

Les principales de ces recommandations sont les suivantes :

- Utiliser un score de gravité (NPUAP : National Pressure Ulcer Advisory Panel)

- Tracer le risque d'escarre à l'entrée dans les services à l'aide d'échelles pronostiques (Braden, Norton accompagnée d'un examen clinique). De façon à prévenir l'occurrence des ulcères de pression.
- Veiller à la bonne hydratation et à la nutrition.
- Utiliser les matériels adaptés en particulier les matelas à répartition de pression qui ont fait la preuve de leur efficacité dans des essais de bonne qualité scientifique.

L'impact du matériel (les matelas à répartition de pression) a été démontré à la fois sur la prévention et le traitement des escarres. Les publications internationales montrent effectivement une baisse constante des taux de prévalence après équipement des établissements. Ces taux peuvent alors passer au-dessous de 15%. Malgré tout, la conférence de consensus conclut au manque d'information probante sur les modalités d'évaluation, de prévention et de traitement des escarres et appelle à de nouvelles études dans ce domaine. Une trame d'audit clinique est proposée par la HAS de façon à ce que les établissements évaluent leurs pratiques au regard de ces recommandations.

c. Prévalence, incidence et difficultés rencontrées

Les patients hospitalisés dans les suites d'une intervention chirurgicale ou présentant des restrictions de mobilité après une pathologie médicale payent un lourd tribut à l'escarre. On estime la prévalence des escarres à plus de 10% dans les services de soins aigus et les services de Soins de Suite et de Réadaptation. Le texte des recommandations donne quelques informations chiffrées sur l'épidémiologie des escarres (ANAES, PERSE, AP-HP, and SFFPC, 2001):

- 17 à 50% des patients entrant dans des services de soins prolongés présentent des escarres ;
- 5 à 7 % des patients adressés en court séjour en développent ;
- 8% des opérés lorsque l'intervention dure plus de 3 heures.

Au travers de ces chiffres, l'escarre apparaît comme une pathologie très répandue qui affecte l'ensemble des secteurs d'hospitalisation. En amont et en aval de l'hôpital cela touche également le secteur médico-social qui prend en charge les personnes vulnérables. Par ailleurs, les résultats obtenus à l'entrée des services de soins prolongés sont très variables et laissent penser que le dispositif de prise en charge n'est pas parfaitement maîtrisé.

La MEAH (Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers), dont les activités sont aujourd'hui reprises par l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des

établissements de santé et médico-sociaux) s'est appuyée en 2007 sur les recommandations de la HAS pour conduire un projet réunissant huit hôpitaux. Ce projet avait pour objectif d'identifier et appuyer les mécanismes organisationnels qui permettent d'améliorer la prévention et le traitement des escarres. A l'issue du projet, un rapport de synthèse a été publié (MEAH, 2009). Ce travail collaboratif, très complet, part des recommandations de l'ANAES et va au-delà en proposant une méthodologie de mise en œuvre à partir de l'expérience des huit centres. Cela se présente comme un catalogue de deux-cent-soixante-neuf pages qui recense tous les artefacts matériels inventés par les différents centres (grilles pronostiques, logigrammes, quizz d'interrogation...). Cependant, la profusion des outils ne donne pas d'indication sur le type d'organisation adaptée et privilégie une vision instrumentale de l'action qui s'adresse aux opérateurs de première ligne et fait peu de place à une réflexion managériale.

2. *L'organisation comme facteur de la performance clinique*

Les informations préliminaires qui ont été recueillies dans la littérature internationale ainsi que les expériences qui ont été colligées en France montrent à la fois une grande disparité des résultats et une absence de maîtrise par les organisations. Les explications qui sont avancées sont avant tout de type instrumental. En effet il suffirait d'appliquer les recommandations pour améliorer les résultats. Toute la nuance est dans le terme « il suffirait d'appliquer ». Car c'est sans doute dans la mise en œuvre des connaissances et des outils que la difficulté réside. Le rapport de la MEAH esquisse ainsi la question de l'organisation comme un des déterminants de la performance sur la prise en charge des escarres, mais sans nous donner de propositions précises. Nous avons ainsi une situation où les outils existent, où la connaissance est assez largement diffusée, mais où pour atteindre la performance attendue il manque encore une connaissance approfondie des facteurs d'organisation. Il manque en définitive une réflexion managériale sur la gestion des ulcères de pression. Ceci nous conduit à reformuler la question des escarres sous une nouvelle forme problématisée et à poser une hypothèse principale de travail.

a. *La gestion des escarres : nouvelle problématisation*

Les articles scientifiques montrent de grandes variations des résultats des pratiques de prévention et de traitement des ulcères de pression. Plusieurs travaux avancent l'hypothèse des facteurs d'organisation comme facteurs d'explication de ces variations. Les institutions (HAS, ANAP) vont même jusqu'à proposer les indicateurs de contrôle de l'incidence des escarres comme révélateurs de la qualité organisationnelle. Cependant les

mécanismes de gestion ne sont pas connus et peu étudiés en dehors d'une approche instrumentale selon laquelle la connaissance des outils suffirait à faire agir les équipes de façon conforme.

Tous ces éléments conduisent à la problématisation suivante :

L'hétérogénéité des résultats observés dans la littérature suggère des pratiques différentes qui sont aujourd'hui mal comprises.

L'hétérogénéité de ces pratiques nous amène à formuler l'hypothèse que l'organisation est un déterminant essentiel de la performance.

b. La gestion des escarres : Hypothèses principale et secondaires

La problématisation, telle qu'elle a été formulée ci-dessus, suggère une hypothèse explicative principale :

Les services performants structurent leur activité ce qui leur confère une plus grande efficacité. Cette structuration s'appuie sur des mécanismes méso-organisationnels qui persistent sous les formes particulières d'organisation de travail.

Cette hypothèse principale peut être déclinée en plusieurs sous-hypothèses qui structureront le travail d'analyse.

Première hypothèse : Les concepts habituellement mobilisés pour interroger la performance des organisations de santé, ne permettent pas de rendre compte de l'ensemble des phénomènes qui concourent à la performance. Ces cadres conceptuels nous rendent ainsi « aveugles » à des facteurs majeurs de la performance.

Deuxième hypothèse : C'est en étudiant en profondeur les pratiques de prise en charge que nous faisons apparaître des processus de coordination qui échappent aux investigations habituelles. Ces processus constituent un schéma d'action qui est commun aux différentes unités considérées comme performantes dans la gestion des escarres.

Troisième hypothèse : La réinterprétation des faits marquants qui émergent de l'analyse des faits empiriques permet de mettre à jour des effets de structuration du schéma d'action qui sont communs aux différents établissements rencontrés.

Quatrième hypothèse : La comparaison des différents établissements à l'aide du cadre de structuration proposé, permet de mettre à jour des effets de modalisation de ce cadre selon les situations rencontrées.

3. *Le champ d'investigation*

La description de pratiques performantes nécessite une approche qui remette les acteurs au centre de l'action. Ceci a constitué le critère essentiel du choix du terrain ainsi que des modalités d'approche de ce terrain.

a. Le choix du terrain

En 2009 trois hôpitaux voisins (A1, A2 et A3), à moins de 15 kilomètres les uns des autres, avaient pour projet de se rapprocher dans l'objectif de former une communauté hospitalière de territoire. Cette possibilité est offerte par la loi Hôpital Patients Santé et Territoires depuis juin 2009. La communauté hospitalière est censée faciliter les coopérations et amener à des synergies entre établissements voisins et complémentaires

L'hôpital A1 revendiquait ainsi un leadership sur l'ensemble des 3 hôpitaux. Ce leadership n'était pas contesté par les hôpitaux A2 et A3. L'hôpital A1 est un hôpital généraliste de petite taille (186 lits de Médecine Chirurgie et Obstétrique), les hôpitaux A2 et A3 sont des hôpitaux locaux de très petite taille ayant développé des soins de suite et de réadaptation, en coordination avec des résidences pour personnes âgées.

Le projet d'amélioration des pratiques de prise en charge des escarres avait une finalité politique visant à démontrer la capacité à travailler ensemble, de façon à s'opposer à l'absorption dans un ensemble plus vaste, sous le leadership d'un quatrième hôpital plus important et situé à 47 kilomètres.

Le projet d'amélioration des pratiques dans les hôpitaux A1, A2 et A3 a été à l'origine du partenariat de recherche sur la question de la performance des pratiques de prise en charge des ulcères de pression. Cependant, il est rapidement apparu au chercheur que l'échantillon formé par ces trois établissements était insuffisant pour apporter une diversité de situations et notamment pour apporter des situations qui auraient permis d'identifier des facteurs organisationnels de performance. L'échantillonnage a alors été élargi à trois

services situés dans d'autres établissements du même département (Hôpitaux B, C et D) et qui étaient reconnus pour la qualité de leur prise en charge des ulcères de pression.

Pour les trois services des hôpitaux B, C et D la question des ulcères de pression a une importance stratégique. Le service de l'hôpital B est un service spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées d'une structure de 950 lits qui est la référence dans le département.

L'hôpital C est un petit hôpital de 50 lits qui vient en soutien de plusieurs maisons de retraite. Situé au bout d'une péninsule, l'hôpital C a pour projet de renforcer la médicalisation de sa structure et il porte une attention particulière au support médical apporté à la population locale.

L'hôpital D est une structure privée de 50 lits qui a dû abandonner son offre des soins aigus pour s'investir dans les soins de réadaptation et les soins palliatifs. L'établissement D veut prouver son excellence technique au niveau régional en faisant de l'ulcère de pression la nouvelle frontière de l'innovation dans son secteur.

b. Les personnes rencontrées

Les données empiriques utilisées pour l'analyse, sont constituées de la transcription d'entretiens de différents acteurs de la prise en charge des ulcères de pression. Les différentes professions qui concourent à la prise en charge des patients à risque d'escarre ont participé à l'enquête : aides-soignantes (AS), infirmières (IDE), médecins (Médecin), pharmaciens (Pharmacien), diététiciennes (Diététicienne), ergothérapeutes (Ergothérapeute), cadres administratifs (Cadre) et responsables qualité (RQ)³. La confrontation des points de vue de chacune des professions impliquées dans un même service a permis de vérifier la cohérence des avis exprimés au sein de ce service. Chacun a consenti à cette participation de façon écrite, le rendu anonyme de leur propos leur a été garanti. Au total, les interviews de 25 personnes, dans 6 établissements différents, ont été utilisées dans ce travail.

D'autres personnes ont été interrogées de façon à vérifier que ces nouvelles interviews n'apportaient pas d'information nouvelle. Ainsi, la cadre de santé d'un hôpital universitaire a été entendue (Hôpital F). Cette interview enregistrée a permis de vérifier que la situation de cet établissement, en particulier sa taille, n'apportait pas de nouvelles

³ Les abréviations et les intitulés utilisés et indiqués entre parenthèses permettront de rattacher les propos utilisés, aux différentes catégories et aux hôpitaux A, B, C et D.

informations. Un hôpital de petite taille (Hôpital E) présentant une situation d'insularité s'est joint au projet des hôpitaux A.

Dans le cadre de ce projet, des visites de services ont été organisées et plusieurs entretiens informels, notamment avec cadres, infirmières et aides-soignantes, ont eu lieu. Les interviews ont été complétées par des moments d'observation directe des pratiques de soins au lit du patient. La participation à de nombreuses réunions de coordination du projet d'amélioration des pratiques, a permis d'entendre les personnes dans un cadre différent d'échange et de dialogue. Enfin des échanges très réguliers ont eu lieu avec les responsables de la qualité dans les hôpitaux A1 et A2, ce qui a permis d'avoir également un point de vue extérieur aux équipes de soins. Ces différentes participations ont permis de trianguler les données et de vérifier la cohérence des propos et des pratiques de soin.

c. La conduite des interviews

Le recueil des données a eu lieu en deux phases. La première phase a permis de conduire des interviews entre juillet 2009 et septembre 2009 dans les trois établissements réunis par un projet commun de travail sur la prise en charge des ulcères de pression (hôpitaux A : A1, A2, A3). Ces trois établissements exprimaient différents degrés de non maîtrise de ce type de prise en charge. Les entretiens dans ces trois hôpitaux ont permis d'opérer un premier codage direct d'identification de catégories importantes telles que l'appui sur les émotions, la création de routines et d'outils, l'utilisation des connaissances, les relations créées entre les personnes, les rôles et les dynamiques émergentes. Ces trois hôpitaux constituent l'échantillon exploratoire.

Lors de cette phase d'entretien, un phénomène de culpabilisation, inattendu et très prégnant dans l'ensemble des interviews, a retenu l'attention du chercheur. Cela a amené à étendre le champ d'investigation aux trois autres établissements (Hôpitaux B, C et D) qui affirmaient au contraire maîtriser la pratique de prise en charge des ulcères de pression. Cette deuxième phase d'entretien a eu lieu entre octobre 2009 et décembre 2009. C'est à partir des données recueillies dans ces trois nouveaux services que des pratiques performantes de prise en charge des escarres ont été décrites et analysées. Ces nouveaux entretiens ont utilisé les catégories identifiées lors des interviews des trois premiers hôpitaux, ce qui a permis de concentrer l'analyse sur les phénomènes qui étaient déjà apparus comme importants pour la prise en charge des escarres. Ces trois hôpitaux ont constitué l'échantillon théorique.

Les deux établissements E et F, en ne faisant pas apparaître de phénomènes autres que ceux déjà rencontrés dans les hôpitaux A1, A2, A3, B, C et D, ont permis de vérifier la saturation des données. Ces deux hôpitaux ont constitué un échantillon de vérification. Les rencontres ont eu lieu entre mars et juillet 2010.

Le tableau ci-dessous indique la répartition des différentes personnes rencontrées selon leur fonction et l'établissement dans lequel elles travaillent.

Tableau 3 Echantillon des interviews

	Hôpitaux de l'échantillon d'exploration			Hôpitaux de l'échantillon théorique			Hôpitaux de l'échantillon de vérification	
	A1	A2	A3	B	C	D	E	F
Professionnels Interviewés								
Aides-Soignantes			1	1		1		
Cadres de soins	1	1		1	1		1	1
Diététicienne	1					1		
Directeurs	1				1			
Ergothérap.		1						
IDE		1	1	1		1		1
Médecins	2			1	1	1		
Pharmaciens	1					1		
Resp. Qualité	1	1						

Avec les deux premières séries d'établissements nous pouvons opposer des services en difficulté à des services qui considèrent leur performance comme satisfaisante. Dans le deuxième lot nous pourrions essayer d'identifier des mécanismes communs qui constituent des schémas d'action performants.

Synthèse du chapitre I

Les patients fragiles et dépendants peuvent développer des ulcères de pression à l'hôpital, encore appelés escarres. Les mécanismes de formation de ces ulcères sont connus : l'immobilisation prolongée sur des points de pression, la dénutrition et la déshydratation sont des facteurs majeurs de vulnérabilité.

La prévention et le traitement reposent sur des principes fondamentaux relativement simples : éviter les immobilisations prolongées, veiller à la nutrition et l'hydratation, assurer une hygiène de base.

Cependant, malgré l'apport d'outils efficaces comme les matelas à répartition de pression, la lutte contre les ulcères de pression reste une difficulté pour les équipes hospitalières. La grande variabilité des résultats amène à penser que les mécanismes organisationnels jouent un rôle important dans la performance des équipes.

Cette situation amène à formuler l'hypothèse suivante :

Les services performants structurent leur activité ce qui leur confère une plus grande efficacité. Cette structuration s'appuie sur des mécanismes méso-organisationnels qui persistent sous les formes particulières d'organisation de travail.

Cette hypothèse a été testée sur 6 hôpitaux au cours de deux phases d'enquête : une première phase qui a permis de décrire les phénomènes importants qui participent à la gestion des escarres ; et une deuxième phase qui a permis de rechercher des hôpitaux performants pour décrire de façon structurée leurs pratiques.

Chapitre II La gestion des escarres à l'épreuve des théories de l'action

Le parti pris que nous avons décrit en introduction nous fera rechercher des modèles de la performance qui prennent leur origine dans une analyse approfondie des pratiques spécifiques de soin. Il ne s'agit pas de nier l'importance des facteurs externes : la part du budget de la nation consacrée à la production des soins, pour se limiter à ce facteur, est un déterminant essentiel de la capacité à répondre aux besoins de santé ; la façon d'allouer ces moyens, le fait d'aller chercher des solutions hors du champ sanitaire sont également des questions qui nous semblent très légitimes. Cependant en rester à cet abord macrosocial risque de nous faire perdre le lien avec l'action au quotidien. Cette orientation risque de positionner la recherche dans un champ épistémologique qui ignore la capacité des agents à influencer sur leur environnement de travail et à inventer des modes de coordination performants. Nous nous tournerons donc vers des cadres méthodologiques qui s'appuient sur une théorie de l'action. Nous passerons ainsi en revue trois approches classiquement utilisées pour interroger la performance des hôpitaux. A chaque fois nous ferons la critique du cadre théorique qui est mobilisé, avant d'en étudier les limites pour l'analyse de la gestion des escarres. Nous passerons ainsi en revue chacun des cadres théoriques que nous avons identifiés comme des cadres qui formulent une théorie de l'action. Pour chacun d'entre eux nous verrons ensuite comment il éclaire les pratiques de gestion des escarres et ce qu'il laisse dans l'ombre. Cela nous amènera à introduire un nouveau cadre épistémologique qui sera explicité au chapitre III.

La première des approches, que nous présenterons, s'appuie sur la logique biomédicale qui repose sur une démarche hypothético-déductive. L'« Evidence Based Medicine » ou la médecine fondée sur les preuves, en est l'expression la plus pure. Elle trouve un prolongement dans la proposition d'un « Evidence Based Management » et nous verrons comment cette approche induit des relations d'objet qui sont spécifiques de certaines situations (Champagne, François, Lemieux-Charles, Louise, & Mcguire, Wendy; 2004).

En second lieu nous examinerons un ensemble de théories qui empruntent au modèle fonctionnaliste et qui sont aujourd'hui très influentes dans l'analyse de la performance en santé. Nous verrons que ce cadre conceptuel a donné naissance à de nombreuses théorisations qui sous-tendent les évaluations de la performance en santé. La

critique du modèle fonctionnaliste a nourri de nombreux débats au cours du XXème siècle (Giddens, Anthony; 1979).

Ensuite nous présenterons une approche fondée sur une perspective sociologique de l'action. Nous verrons notamment comment cette branche de la sociologie a pu développer une approche assez classique de l'organisation en décrivant des mondes sociaux. Nous verrons également comment elle a pu introduire un cadre plus dynamique d'étude des coordinations en développant l'étude des conventions comme un espace de négociation de l'ordre social (Amblard, H, Bernioux, P, Herreros, G, & Livian, YF; 2005 1ère éd 1996).

Enfin nous évoquerons un champ de recherche qui s'inscrit dans le mouvement philosophique pragmatique d'inspiration nord-américaine. Selon cette approche les individus agissent en fonction de la signification qu'ils donnent à leurs actes, aux objets qu'ils mobilisent, aux relations qu'ils entretiennent avec les autres. C'est dans le quotidien des activités que ces significations peuvent être recherchées sous la forme d'une interaction symbolique (Rojot, Jacques; 2003).

1. Le modèle positiviste

Le modèle positiviste qui imprègne les sciences de la nature fait partie de la culture médicale et plus généralement de celle des professionnels du soin. Il repose sur un a priori fort qui est celui de l'existence d'une réalité qui précède notre entendement et qu'il s'agit de traduire de façon à identifier des mécanismes par lesquels les mêmes causes engendreront les mêmes effets. Ce modèle est un modèle qui s'intéresse à l'action, c'est même son fondement épistémologique puisque le monde sera appréhendé par nos capacités à le transformer. L'expérimentation protocolisée est ainsi l'instrument de prédilection de cette approche scientifique (Rickert, Heinrich; 1997 Trad. Française éd. 1926 p 41-54).

a. L'Evidence Based Medicine

Nous verrons dans un premier temps comment le modèle positiviste peut influencer la façon de concevoir l'action collective et en particulier une de ses déclinaisons, l'Evidence Based Management. Nous verrons aussi que cette approche butte sur la question du transfert et de la diffusion des connaissances.

Dans un deuxième temps nous passerons en revue les limites que cela fixe aux processus cognitifs, notamment quand il s'agit d'interagir et de se coordonner. Finalement le modèle positiviste sera confronté à d'autres épistémologies.

i. Evidence Based Medicine et Evidence Based Management

L'Evidence Based Medicine, qui peut être traduite par l'expression « médecine fondée sur les preuves », est un mouvement promu dans les années 80, à la fois dans le milieu universitaire et dans le milieu professionnel, par des auteurs tels David Sackett, Georges Torrance ou Archie Cochrane (Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. & Richardson, W. S.; 1996). Ce mouvement a mis en exergue la nécessité de prendre les décisions médicales en s'appuyant sur des données scientifiques publiques, et par réduction sémantique, publiées. La démonstration de type expérimental comparatif selon une épistémologie de la réfutation (Popper, Karl; 1973 Trad. éd. 1959), constitue le « nec plus ultra » de la légitimité à agir. Cette approche constitue le paradigme scientifique dominant qui a permis de réaliser des progrès importants dans la connaissance des facteurs épidémiologiques ou pharmacologiques qui permettent d'agir dans le champ de la santé.

Le caractère incontournable de cette approche, quand il s'agit de comprendre les relations de cause à effet dans les sciences du vivant, a influencé la façon de considérer l'efficacité des services de santé. La connaissance est alors apparue comme le facteur essentiel de la performance en santé, ou du moins son absence a été considérée comme un facteur sérieusement limitant. Ainsi Walshe et Rundall (2001) se font les avocats convaincus de la nécessité de transférer le modèle positiviste de la connaissance scientifique du vivant vers les sciences de l'organisation. Cet article part d'un point de vue situé. Ainsi, l'argument le plus souvent évoqué critique la variabilité des pratiques. Cette variabilité est interprétée comme l'indice d'un mauvais usage. Des chercheurs en science de gestion y verraient, au contraire, une capacité à contextualiser et à s'adapter à la singularité de toute activité humaine. Ce principe de singularisation inspire également aujourd'hui l'organisation des soins lorsqu'elle essaie de se centrer sur le patient (Bardes, Charles L.; 2012 ; Barry, Michael J. & Edgman-Levitan, Susan; 2012 ; Reuben, David B. & Tinetti, Mary E.; 2012). Finalement le besoin d'universalité est un des critères de démarcation important que met Rickert entre les sciences de la nature et les sciences de la culture (1997 Trad. Française éd. 1926). Bachelard, déjà en 1938 (1938 Edition Poche 1996 p. 60), distingue deux tendances contraires dans la science, l'une qui s'attache au singulier et l'autre à l'universel. Selon Bachelard « il faudrait ici créer un mot nouveau, entre compréhension et extension, pour désigner cette activité de la pensée empirique inventive ». L'article de Walshe et Rundall s'approche de la dualité invoquée par les deux auteurs précédents mais en faisant de cette distinction un critère de démarcation culturelle et non pas conceptuelle. Les médecins issus d'un corps qui a su développer l'autocontrôle seraient plus cohérents dans leurs savoirs, attitudes et croyances. Au contraire les managers originaires de disciplines diverses formeraient un groupe hétérogène pour lequel le savoir acquis sur le

terrain serait prépondérant. Les managers auraient donc intrinsèquement plus de difficulté à s'inscrire dans des parcours de recherche. Selon les auteurs précités, cela expliquerait la difficulté à transférer des connaissances qui pourraient améliorer les pratiques de soins. Néanmoins l'article conclut sur la nature différente de l'action du manager et la nécessité qu'il y a à considérer le caractère hautement interactif de l'action managériale. Les solutions proposées ne mettent pas cependant en cause le cadre épistémologique. Ces solutions reposent, selon Walshe et Rundall en 2001, soit sur une attention à traduire les évidences dans un langage adapté, soit à changer la culture des managers, soit à mieux prendre en compte les préoccupations de ces managers.

Nous verrons dans la section suivante comment, de façon plus récente, des auteurs s'interrogent sur la nature de la connaissance et remettent en cause son modèle de création et de diffusion (Mitton, C., Adair, C. E., McKenzie, E., Patten, S. B. & Wayne, Perry B.; 2007).

ii. Les processus cognitifs ne se limitent pas à la connaissance transférable

Un ouvrage de 2004 est entièrement consacré à l'utilisation des connaissances et des évidences dans le domaine de la santé (Lemieux-Charles, Louise & Champagne, François; 2004).

Cet ouvrage retient particulièrement notre attention car il utilise le regard des sciences de l'organisation pour étudier la question de la création et de la diffusion des connaissances en santé. Cette posture a l'avantage de ne pas utiliser l'heuristique qui a produit la connaissance scientifique comme outil de sa propre évaluation. Elle offre un nouveau regard qui remet en cause les mécanismes de production de la connaissance, la nature même du savoir produit et enfin multiplie les apports sociologiques et politiques sur les modalités d'utilisation des apprentissages.

Les apports de Gibbons et de Nowotny sont rappelés (Denis, J.-L., Lehoux, Pacale, & Champagne, François; 2004) pour réaffirmer le caractère social de toute production de connaissance. La production et l'utilisation des connaissances s'articulent selon des schémas qui peuvent être décrits selon cinq types distincts : le modèle classique qui autonomise les producteurs des connaissances, le modèle qui s'attache à répondre aux questions des acteurs sociaux, le modèle des lumières qui reformule la compréhension du monde, le modèle stratégique où la connaissance est un enjeu pour d'autres objectifs, et enfin le modèle délibératif qui s'appuie sur une co-production des chercheurs et des professionnels. Cette distinction remet en cause une vision de la science objective comme une science neutre qui ne serait pas traversée par les débats de société. La connaissance

doit au contraire être considérée comme contextualisée. Cela plaide pour une implication des acteurs dans la production des connaissances non plus seulement comme objets d'observation ou d'expérience mais comme parties prenantes de la recherche.

Le sociologue remet également en perspective différentes modalités de production du savoir scientifique en santé selon trois modèles (Dickinson, Harley; 2004). Le modèle technocratique produit des savoirs qui alimentent la course vers le progrès. Il suffit d'apporter les connaissances là où elles sont nécessaires. Le modèle décisionnaire (« Decisionistic model »), considère que la décision comporte deux aspects indépendants, d'une part un savoir neutre et d'autre part des valeurs qui feront le choix des connaissances à utiliser. Enfin un troisième, dit pragmatique, qui considère que la discussion des valeurs influencera la façon de conduire les recherches dans un processus délibératif entre chercheurs et professionnels ou usagers.

Le politiste insiste lui sur le rôle de l'utilisation sociale de la connaissance dans l'organisation de la production des savoirs (Lavis, John; 2004). Selon l'objectif social (définition des politiques de santé, pression des usagers, apprentissages collectifs), les acteurs et les modalités de la production seront différents.

Finalement nous voyons que la vision d'une connaissance scientifique neutre et indépendante des valeurs sociales peut se discuter, notamment lorsqu'il est question de recherche sur les organisations de travail (Baker, Ross, Ginsburg, Liane, & Langley, A.; 2004). Baker, Ginsburg et Langley expliquent que les difficultés rencontrées pour promouvoir un management fondé sur les preuves reposent sur une vision naïve des processus de décision. La question de la connaissance ne peut en effet se passer des réflexions d'Argyris sur l'apprentissage organisationnel (Lipshitz, Raanan; 2000) et de Nonaka sur le caractère explicite ou tacite de la connaissance (Nonaka, Ikujiro; 1994; Nonaka, Ikujiro & von Krogh, Georg; 2009). Pour dépasser les difficultés rencontrées, il faut pouvoir étudier de façon plus approfondie la manière dont les professionnels associent information, valeurs et expertise. Simon, en 1945, introduit la notion de rationalité limitée, ou plutôt « encadrée » (« Bounded rationality »), pour expliquer les difficultés à exploiter une rationalité complexe (1983 trad. éd. 1945). En montrant ces difficultés et en plaidant pour une utilisation « encadrée », Simon n'a pas pour autant contredit la nature plus complexe de la rationalité. La prise en compte de la complexité le conduit à proposer une canalisation de cette rationalité, mais il ne nie pas ses dimensions plurielles. Dans la continuité de cette approche, des conceptions plus élaborées ont conduit à remettre en cause la rationalité substantive et montré le caractère apparemment irrationnel des décisions (Cohen, Michael D., March, James G. & Olsen, Johan P.; 1972). Néanmoins la rationalité est souvent définie de façon limitative comme une simple exploitation des découvertes des sciences positives. En fait la médecine,

souvent décrite comme un art et une science, mobilise des formes de décision plus complexes qui font également appel au jugement et à l'intuition. Partant de ces constats, Baker, Ginsburg et Langley font deux propositions. La première de ces propositions consiste à revoir les approches théoriques de façon à prendre en compte les aspects symboliques et politiques qui influencent l'utilisation des connaissances. La deuxième proposition consiste à alerter les décideurs sur l'influence du cadre de questionnement, car il influence la nature des solutions recherchées.

Cette discussion de l'absence de neutralité de la science ouvre sur un débat plus fondamental sur le cadre épistémologique qui est choisi pour étudier les organisations et en particulier les questions de performance.

iii. Le cadre épistémologique choisi n'est pas neutre

Les tenants d'une approche positiviste pour les sciences de l'organisation revendiquent l'unicité du cadre épistémologique et se confrontent ainsi aux autres approches épistémologiques. Allen Lee en 1991 essaie de dépasser cette opposition entre les approches positiviste et interprétativiste (1991). Ce faisant il passe en revue les conditions d'utilisation des deux approches et les arguments pour l'une et l'autre.

Selon Lee, l'approche positiviste, dans son modèle hypothético-déductiviste fondé sur le concept de réfutabilité, conçoit le monde comme un ensemble d'entités non directement observables mais qui sont reliées par des lois qui peuvent être testées. La connaissance scientifique avance par formulation d'hypothèses sur ces lois et par la réfutation de ces hypothèses (Popper, Karl; 1973 Trad. éd. 1959). Selon cette épistémologie, le monde n'est pas directement observable, cependant nous pouvons faire avancer la connaissance sur ce monde, par la mise en concurrence de ses différentes représentations théoriques. Cette mise en concurrence constitue le moteur heuristique qui permet d'atteindre des niveaux d'universalité supérieurs. Toutes les théories sont ainsi reliées entre elles par un formalisme logique qui unifie l'ensemble. Dans cette approche, il n'y a pas de place pour des interprétations différentes du monde, puisque si tel était le cas, un test de falsification permettrait de choisir entre l'une ou l'autre des interprétations. Cela aboutit ainsi à une vision uniciste du monde.

Selon Lee, l'approche interprétativiste au contraire fait la place pour des significations du monde qui peuvent différer selon les sujets. Ces interprétations empiriques du monde constituent le matériau d'étude. Ce qui était considéré comme un bruit de fond qu'il fallait contrôler et limiter dans l'approche positiviste, devient la matière première du chercheur en science sociale. Cette orientation a donné lieu à plusieurs courants de recherche,

phénoménologique (le sens que les acteurs donnent au monde permet de construire la réalité du monde), herméneutique (toute situation peut donner lieu à différentes lectures), ou ethnographique (le sens qui est donné au monde peut être interprété par le comportement des acteurs).

Les trois approches permettent d'approcher ou de comprendre des logiques d'action différentes selon les individus ou les collectifs d'individus. Allen Lee plaide finalement pour la coexistence des approches interprétativistes et positivistes dans un mouvement en trois temps :

- premier temps : analyse des situations à l'aide du langage commun,
- deuxième temps : réinterprétation par l'une des trois approches précitées, sans doute en commençant par une approche herméneutique qui permet de tester les différentes rationalités ou lectures possibles, puis identification de phénomènes nouveaux à l'aide des deux autres,
- troisième temps : les conséquences attendues des propositions théoriques précédentes peuvent être testées selon le modèle hypothético-déductif. Il s'agit alors d'extraire de l'étape précédente des règles de conduite attendues, selon la rationalité des acteurs mise à jour, puis de tester empiriquement, de façon positiviste, qu'elles sont bien utilisées par ces acteurs.

L'approche positiviste est ainsi tributaire de la démarche interprétativiste et ne s'oppose pas à la pluralité des représentations. Selon Allen Lee, cette approche permettrait de progresser dans la compréhension des situations de gestion que les chercheurs positivistes interprètent comme la conséquence d'une irrationalité des acteurs. C'est, d'ailleurs, à cette conclusion d'irrationalité qu'étaient arrivés Kieran Walshe et Thomas Rundall lorsqu'ils proposaient de changer la culture des managers. Allen Lee nous propose une perspective plus radicale fondée sur un changement épistémologique qui reconnaît la pluralité des logiques.

Cette opposition entre positivistes et interprétativistes s'exprime également dans l'opposition formulée entre une science objectiviste et une science subjectiviste. Là encore des chercheurs tentent aujourd'hui de dépasser cette opposition dans le champ des sciences de gestion en questionnant le support épistémologique de cette opposition. L'une des raisons de cette opposition est expliquée par la popularité acquise, dans le monde de la recherche, par la grille de Burrell et Morgan (Deetz, Stanley; 1996). Cette grille superpose l'opposition objectif/subjectif sur l'opposition fonctionnaliste/interprétativiste ce qui a pour effet de considérer l'approche interprétativiste comme moins réaliste. De fait, de nombreuses études interprétativistes ont fait émerger une réalité auparavant méconnue et de

nombreuses pratiques dites positivistes se sont avérées fortement connotées par la culture dominante. Il suffit à cet égard de citer Bachelard qui met en doute l'objectivité de la quantification (1938 Edition Poche 1996 p. 221)⁴. Ceci n'a pas fondamentalement changé depuis 1938 et il n'est pas rare de voir aujourd'hui des interprétations de la science des statistiques en méconnaître les principes fondamentaux. L'association du caractère interprétatif et du caractère subjectif de la recherche apparaît donc comme un raccourci que l'histoire a entérinée, mais qui est aujourd'hui remis en cause (Deetz, Stanley; 1996).

Plus concrètement nous pouvons apporter à ce débat deux controverses majeures. L'une des critiques provient des études féministes qui contestent la rationalité virile promue par la science positiviste (Meyerson, Debra E.; 1994 ; Meyerson, Debra E.; 1998). Selon ces études le modèle d'action, véhiculé par la science médicale, fait abstraction des interactions entre les individus et ne peut rendre compte des émotions. Le cadre scientifique utilisé induit des relations de pouvoir entre ceux qui peuvent faire abstraction des émotions et celles qui travaillent avec ces émotions et sont critiquées à ce titre pour leur irrationalité.

L'autre critique est issue d'une publication qui privilégie le cadre ontologique spécifique de l'action concrète (Sandberg, J. & Tsoukas, Haridimos; 2011). Selon les deux auteurs de cet article, l'explication qui est donnée aux difficultés de la recherche dans les sciences de gestion, soit par la question du transfert des connaissances ou par celle de la production de la connaissance, méconnaît des raisons plus profondes de nature épistémologique. La rationalité scientifique classique, qui a été en particulier décrite par Bourdieu (1997) lui opposant la rationalité pratique (1994), ne permet pas d'éclairer la richesse des pratiques et le savoir-faire des professionnels. L'approche scholastique classique dissocie la connaissance et l'action, ce qui subordonne l'action au savoir. Cette orientation méconnaît ainsi plusieurs caractéristiques de l'action. Premièrement, l'action est inscrite dans des réseaux de signification qui relient les objets et les hommes pour les englober dans la notion d'actants qui produisent des pratiques familières et des savoirs tacites qui préexistent aux savoirs explicites. Deuxièmement, l'inscription de l'action dans le temps fait coexister ou non les actants dans des situations particulières. Ce double lien, tout d'abord spatial dans la conjonction des actants dans des routines, puis temporel qui fait succéder les actions, introduit des interactions qui échappent à la perspective positiviste et pourtant fondent les savoirs professionnels. L'épistémologie positiviste, et en particulier

⁴ « On se tromperait d'ailleurs si l'on pensait qu'une connaissance quantitative échappe en principe aux dangers de la connaissance qualitative. La grandeur n'est pas automatiquement objective et il suffit de quitter les objets usuels pour qu'on accueille des déterminations géométriques les plus bizarres, les déterminations quantitatives les plus fantaisistes ».

l'appui qu'elle trouve sur l'expérimentation contrôlée, en isolant ainsi les actants les uns des autres pour mieux en étudier les effets, fait disparaître plusieurs des caractéristiques qui sous-tendent les interactions dans les collectifs d'individus.

Sandberg et Tsoukas proposent en conclusion de privilégier deux orientations de recherche, la première qui privilégie les intrications des actants et étudie de façon approfondie comment ils opèrent ensemble, la deuxième qui explore les moments d'interruption dans l'action qui sont propices à la réflexivité et à la délibération. Cette approche de recherche sera plus abondamment commentée dans le chapitre III qui présentera le parti pris épistémologique du travail présenté dans cette thèse.

Nous avons vu que les critiques portées à la classification des méthodes de recherche selon la grille de Burell et Morgan lui reprochait de créer un lien non fondé entre approche fonctionnaliste et objectivité. Avant de nous tourner vers les approches fonctionnalistes et examiner en particulier l'influence qu'elles ont sur les cadres conceptuels de la performance en santé, nous allons mettre le cadre théorique positiviste, à l'épreuve de la gestion des escarres.

b. Evidence Based Medicine et gestion des escarres

La médecine fondée sur les preuves (EBM : « Evidence Based Medicine ») apporte bien évidemment des connaissances qui ne sauraient être ignorées. Cependant nous verrons que cela ne permet pas d'expliquer, en totalité, la difficulté des équipes à maîtriser la prise en charge des ulcères de pression. Dans une première partie, nous verrons, qu'effectivement, l'EBM fait peu de cas de la nécessaire coordination des hommes dans une entreprise collective. Dans un second temps, les connaissances sur la gestion des escarres nous apparaîtront comme toujours évolutives, toujours discutables et en tout cas plus complexes qu'il n'y semblait au premier regard. Enfin, nous pourrions mettre à l'épreuve le cadre épistémologique de l'EBM en l'utilisant comme cadre d'analyse de nos données empiriques. Nous verrons ainsi que ce modèle utile, reste cependant incomplet pour expliquer les phénomènes que nous avons observés.

i. L'Evidence Based Medicine n'est pas suffisante

La constitution d'ulcères de pression est une situation très invalidante pour les patients. Du point de vue social, cela représente une morbidité très importante (Whittington, Kathy, Patrick, Martha & Roberts, Joan L.; 2000). Les principes du traitement sont connus et relativement simples, nous l'avons dit précédemment. Il s'agit d'éviter, que chez les

personnes qui ont une limitation de leur mobilité, des points de pression prolongée ne créent des destructions tissulaires par défaut de vascularisation. La prévention par la mobilisation et l'utilisation de matelas à pression alternée sont des éléments essentiels. La dénutrition, l'hydratation et l'état cutané doivent être particulièrement surveillés. Cependant, et malgré une connaissance des outils et des techniques bien établie (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 09; Thomas, D. R.; 2010 ; Thomas, David R.; 2006), nous avons encore du mal à expliquer les différences de performance entre les équipes soignantes (Rapp, M. P., Nelson, F., Slomka, J., Persson, D., Cron, S. G. & Bergstrom, N.; 2010). La question de l'organisation de l'activité est quelquefois évoquée, mais beaucoup d'inconnues persistent sur l'efficacité des programmes d'amélioration de la qualité (Gunningberg, L. & Stotts, N. A.; 2008).

La littérature médicale consacrée aux ulcères de pression se limite en fait, le plus souvent, à l'évaluation de l'efficacité de certaines techniques dans des formes relativement abstraites et non contextualisées. Elle fait très rarement référence aux dynamiques internes des équipes, comme s'il ne s'était rien passé du côté des sciences de gestion en 80 ans de recherche. L'école des relations humaines initiées par Mary Parker Follett (Rojot, Jacques; 2003 p. 49) , qui met en avant les relations des individus au travail, n'inspire pas la réflexion sur les pratiques de prise en charge et de prévention des escarres. Tous les apports de Lewin sur le leadership des managers, l'environnement et la nature du travail sont également ignorés (Rojot, Jacques; 2003 p. 61-63). L'importance des rôles perçus au sein de systèmes collectifs d'action mis en exergue par Katz et Kahn (Rojot, Jacques; 2003 p. 118-120) est passée sous silence.

Finalement l'EBM, non soutenue par d'autres points de vue, et du fait de son incomplétude sur les relations au travail, nous ramène à l'organisation scientifique du travail selon Frederic Winslow Taylor (Rojot, Jacques; 2003 p. 25-28) selon laquelle la performance serait entièrement réductible à l'efficacité technique.

En résumé, les articles produits sur la prise en charge des ulcères de pression, considèrent, en général, qu'il suffirait d'apporter la connaissance et d'en vérifier l'application pour que la question soit résolue. Outre que les connaissances scientifiques ne sont ni certaines, ni figées, nous allons montrer, dans la partie qui suit, comment la maîtrise de cette pratique nécessite beaucoup d'autres qualités. La performance en ce domaine nécessite une compréhension intime des mécanismes physiopathologiques, la réinterprétation de chaque cas singulier, la construction du regard et des rôles, l'expression collective d'une attention, et la construction d'une panoplie d'outils. Toutes ces qualités dessinent dès à présent l'organisation d'un environnement facilitant qui permet de traduire les connaissances scientifiques par une structuration spécifique des pratiques.

ii. L'apport de Tom Defloor pour une gestion experte

Les recommandations professionnelles de la HAS, ou les documents techniques de l'ANAP, ont arrêté le recensement des connaissances sur la prévention et le traitement des ulcères de pression à celles qui étaient antérieures à 2001. C'est au travers d'un éditorial récent en hommage à Tom Defloor que nous pouvons apercevoir la construction continue de ce corpus et surtout les incertitudes qui continuent à l'entourer (Beeckman, D., Schoonhoven, L., Verhaeghe, S. & Vanderwee, K.; 2011).

Tom Defloor a consacré sa vie de chercheur en sciences infirmières à l'étude des escarres, il est décédé à l'âge de 53 ans en mars 2011. Il a contribué à aller au-delà des principes de base de la connaissance des ulcères de pression et a construit une connaissance approfondie des mécanismes de constitution de ces plaies. Au travers de ses travaux, nous voyons un univers plus complexe se mettre en place à partir des principes simples énoncés au chapitre I. Tom Defloor a ainsi reconnu l'intérêt qu'il y avait à classer les ulcères de pression selon leur gravité. Mais ses travaux, à plusieurs reprises, ont montré le peu de reproductibilité de ces outils quand ils sont maniés par différents opérateurs. Dans sa recherche de principes opératoires, il a insisté sur l'importance qu'il y avait à distinguer les rougeurs qui blanchissent à la pression et les autres qui ne blanchissent pas. Cela constituait pour lui une ligne de démarcation permettant une décision d'action plus appropriée.

Tom Defloor s'est également interrogé sur l'impact de la formulation de grades de sévérité sur la qualité des prises en charge, et notamment sur la hiérarchisation de la sévérité selon une définition anatomique qui n'est peut-être pas homothétique de l'importance des actions à engager. Il a aussi reconnu la spécificité des dermatites liées à l'incontinence et a travaillé à les différencier car il pensait que cela pouvait modifier complètement les façons d'agir.

Tom Defloor a encore très récemment animé le débat sur la qualité des grilles d'évaluation du risque. La capacité de ces grilles à correctement prédire la survenue des ulcères de pression est encore très controversée. Son approche pragmatique lui fait associer systématiquement un point de vue clinique global à la démarche analytique. Ceci a influencé la révision des grilles de sévérité en 2009.

De plus, Tom Defloor s'est posé la question des mobilisations, du bon angle de positionnement des patients dans les lits, des effets de friction et de cisaillement qui aggravent les effets de pression. Il a ainsi approfondi la connaissance sur la mécanique physique de constitution des escarres, en montrant la complexité des relations du patient avec son environnement matériel.

Enfin, Tom Defloor s'est préoccupé du coût humain de la surveillance en démontrant qu'il était possible d'attendre l'apparition d'une rougeur avant d'engager des mesures importantes de prise en charge. Il s'est également posé la question de la fréquence optimale des mobilisations.

Nous voyons, au travers de toutes ces préoccupations, qu'une connaissance plus fine des escarres est continuellement en train de se constituer. Nous voyons en filigrane l'orientation de Tom Defloor vers le caractère performatif des connaissances, c'est-à-dire à leur capacité à faire agir les équipes par une compréhension approfondie des mécanismes d'action. Nous apercevons enfin la difficulté qu'il y aura à gérer et à mobiliser toutes ces connaissances au sein d'une équipe. Peu d'articles, consacrés aux ulcères de pression, apportent un éclairage sur ces difficultés et sur l'organisation que cela sous-tend.

Les articles se limitent le plus souvent à constater l'inefficacité, ou l'efficacité relative des mesures techniques quand on les étudie séparément. Ainsi de nombreuses études concluent malheureusement au peu d'effet des approches classiques d'amélioration des pratiques qui se limitent à la formation des soignants ou des patients à la gestion des escarres (Gélis, A., Stéfan, A., Colin, D., Albert, T., Gault, D., Goossens, D., Perrouin-Verbe, B., Fattal, C., Pelissier, J. & Coudeyre, E.; 2011 ; Guihan, Marylou, Garber, Susan L., Bombardier, Charles H., Durazo-Arizu, Ramon, Goldstein, Barry & Holmes, Sally Ann; 2007 ; Gunningberg, L. & Stotts, N. A.; 2008). Par ailleurs, ainsi que cela a été publié par Tom Defloor, l'efficacité des échelles d'appréciation du risque est controversée (Kottner, J. & Balzer, K.; 2010), bien qu'elles soient pourtant exigées en France en 2011 par la Haute Autorité de Santé. L'analyse des moyens techniques utilisés, ne montre quant à elle pas de différence d'utilisation entre les unités qui ont des taux faibles et des taux élevés d'ulcères de pression (Rapp, M. P., Nelson, F., Slomka, J., Persson, D., Cron, S. G. & Bergstrom, N.; 2010). Un essai a étudié la mise en place de dispositif de sensibilisation, de formation et de surveillance par « reporting » (Rosen, Jules, Mittal, Vikas, Degenholtz, Howard, Castle, Nick, Mulsant, Benoit H., Hulland, Shelley, Nace, David & Rubin, Fred; 2006). Les résultats ne durent que le temps des interventions et les gains obtenus s'estompent à l'arrêt des mesures prises.

Chacun de ces travaux étudie de façon analytique un seul des différents facteurs invoqués pour l'efficacité de la prise en charge. Cette approche analytique a beaucoup de difficulté à démontrer l'efficacité des mesures prises.

Un essai de 2008 revendique pourtant des résultats positifs pour un projet d'amélioration de la qualité des pratiques (Baldelli, P. & Paciella, M.; 2008). Cette étude s'appuie sur l'utilisation conjointe d'un ensemble de mesures. Les auteurs parlent d'un

paquet de mesures préventives (« a preventive bundle »). Dans une approche avant-après, toujours contestable d'un point de vue épidémiologique, ils concluent à l'efficacité d'une approche simple ne mobilisant que 8 outils. En fait, à la lecture de l'article, nous percevons tous les efforts faits pour mettre en œuvre ces outils. Le projet est ainsi une priorité institutionnelle qui doit permettre de positionner l'institution parmi les autres organisations du territoire. Des programmes intensifs de formation sont mis en place dans toutes les unités. Des audits réguliers sont également effectués pour s'assurer de la bonne observation des procédures. En cas de « déviance », les cadres sont chargés de renforcer l'attention au travers de la formation. Un groupe de pilotage est constitué pour suivre l'évolution des indicateurs de prévalence et d'incidence. Des programmes de sensibilisation sont mis en place pour les soignants et les patients. Les besoins nouveaux sont identifiés et satisfaits. Des données de suivi sont fournies régulièrement aux équipes. Des rôles tournants de leader sont institués. Enfin, les compétences techniques des membres des équipes sont régulièrement réévaluées et le but annoncé est de faire de chacun un expert de l'escarre....

L'exemple précédent illustre complètement ce qui est l'objet de ce travail : le traitement et la prévention de l'escarre ne peuvent se résumer à la mise place de quelques outils techniques. Cela nécessite une complète organisation et une gestion de cette pathologie dont le succès reposera sur les capacités à diriger un tel projet.

A l'analyse du projet précédent nous pouvons également nous questionner sur l'éventualité d'un effet Hawthorne qui présiderait au succès du projet (Rojot, Jacques; 2003 p. 50-56). Ceci nous ramène, immanquablement, à la question des interrelations et à la dynamique de groupe.

En résumé, nous pouvons nous interroger sur le rôle des coordinations dans l'efficacité de la prise en charge des ulcères de pression. L'abondance des informations, les interactions entre les acteurs et les différents rôles qui se créent à cette occasion, sont quelques-unes des raisons qui plaident pour une incomplétude du modèle positiviste.

iii. Les données empiriques plaident pour le rôle de l'organisation

Les hôpitaux rencontrés connaissent à peu près tous les grands principes qui guident la gestion des escarres. A la question posée : « connaissez-vous les recommandations de bonnes pratiques professionnelles » ils répondent par l'affirmative pour aussitôt s'en écarter et indiquer que cela ne suffit pas. Ils n'ont sans doute pas intégré toutes les subtilités apportées par Tom Defloor, néanmoins ils savent à peu près ce qu'il faut faire. La difficulté réside en fait dans la mise en œuvre de la coordination pour appliquer les principes connus.

Dans notre échantillon la connaissance des principes est ainsi partagée par tous les établissements à l'exception notable d'un des établissements où les infirmières sont très isolées et en très grande difficulté (Hôpital A3). Nous pouvons finalement établir une forme de hiérarchie entre ceux qui ne connaissent pas (Hôpital A3), ceux qui connaissent mais ne savent pas comment articuler les connaissances (Hôpitaux A1, A2), enfin ceux qui connaissent et ont adopté une forme identifiable de gestion (Hôpitaux B, C et D).

Si nous nous concentrons sur ceux qui savent et gèrent, nous observons qu'ils ont « métabolisé » les connaissances. L'hôpital B affirme que les protocoles sont dans les têtes, l'hôpital C construit ses propres outils de traduction des connaissances (logigramme d'action), l'hôpital D cristallise ses connaissances autour des instruments techniques. Pour deux d'entre eux (Hôpital B et D) ils affirment l'importance d'une approche singulière du patient qui demande de l'expertise mais aussi un savoir-faire tacite. Pour le troisième hôpital, l'hôpital C, cela se traduit par une appropriation des connaissances, selon un schéma de maturation des équipes. Nous sommes donc dans les trois cas, assez éloignés d'un modèle où il suffirait d'acquérir des connaissances techniques pour agir de façon performante. La façon de s'organiser est un élément essentiel de l'effectivité des connaissances.

Un autre aspect vient, sinon s'opposer, du moins utilement compléter l'approche EBM. Toutes les équipes B, C et D affichent une forte propension pour l'action. Il ne s'agit pas nécessairement de déployer la meilleure action concevable, mais de faire au mieux avec ce qui est immédiatement disponible. Nous sommes assez éloignés d'un calcul froid et distancié qui permettrait de prendre la meilleure décision possible. Par exemple, les équipes ne se préoccupent pas d'avoir un calcul exact du risque, la plausibilité du risque suffit en général, car l'impératif de rapidité l'emporte sur une décision mûrement étudiée à partir d'un risque sagement calculé. L'approche est souvent également guidée par l'opportunisme, il ne s'agit pas de mettre le matériel exactement adapté à un patient donné, mais de gérer un parc d'équipements et d'en optimiser l'utilité générale. Au-delà de la maîtrise technique, les hôpitaux que nous avons rencontrés mettent en avant des attitudes collectives qui définissent l'engagement au travail.

L'EBM étudie assez peu l'efficacité collective autrement que par le cumul des efficacités au niveau individuel. Pour nos trois hôpitaux, il s'agit d'une toute autre approche : les aides-soignantes des hôpitaux B et C savent pertinemment que des patients porteurs d'escarres seront des patients « lourds » qui induiront un plus grand volume de travail. Elles ont parfaitement compris que la gestion collective des matelas à répartition de pression allégerait ce volume global et que c'était un moyen de contrôler le volume de travail. Le médecin de l'hôpital C souligne de façon très pragmatique le rôle des aides-soignantes dans cette gestion globale. En effet, la vision idéaliste d'une attribution des matelas aux patients,

scientifiquement calculée, et supportée par une prescription décontextualisée, se heurte à la diversité des matériels et à l'apprentissage de leur maniement.

Je vais donner du sens en mettant en place l'arbre décisionnel. Elles ont vu qu'il y avait des problèmes de gestion des matelas. Le parc a augmenté, certains matelas tombent en panne. Les matelas sont différents. L'ergothérapeute intervient aussi. Il y avait l'apprentissage de l'utilisation des matelas. (Médecin C)

La gestion des matelas est complexe, et le mode de la prescription individuelle ne convient pas. Des aides peuvent aider les aides-soignantes, mais au bout du compte ce sont elles qui connaissent l'état et la disponibilité du matériel. L'autonomie donnée aux aides-soignantes permet de passer d'une gestion atomisée des matelas, à une gestion collective du stock de ces matériels. Cette gestion collective est mal prise en compte par les prescriptions de l'EBM.

L'EBM trouve une autre limite dans la question de l'attention aux signes précurseurs de l'escarre. L'approche positiviste agit souvent comme si un signe était ou non présent et qu'il s'imposait aux observateurs. Les grilles d'analyse du risque proposées par l'EBM ont pour fonction implicite d'équiper le regard des soignants, mais est-ce suffisant ? En fait, les trois hôpitaux ont développé des cultures différentes mais qui ont pour caractéristique commune de projeter l'attention vers les signes, plutôt que de les recevoir de façon passive. Le signe est une construction du regard. C'est parfaitement exprimé par le cadre de l'hôpital C qui en fait un attribut de la fonction soignante. Le médecin de l'hôpital B, quant à lui, mobilise les émotions comme un activateur de ce regard. Le médecin de l'hôpital D, de son côté, modifie la définition de la pathologie pour en changer la perception. Pour les trois établissements, le regard est tributaire de l'engagement et de l'attention des acteurs. L'attention ne se réduit pas à l'utilisation de grilles que recommanderait l'EBM, mais nécessite des mécanismes sociaux d'activation.

Finalement, les outils ne sont pas neutres, ce sont beaucoup plus que des artefacts venant de l'extérieur pour équiper l'action. Leur utilisation est graduée dans le temps, elle a accompagné l'évolution de la compréhension de la pathologie et a fait progresser ou non les équipes dans la construction de leur efficacité. Les outils ne sont pas des facteurs d'efficacité intemporels mais s'inscrivent dans une progression des compétences. Le modèle d'une connaissance universelle, qui s'appuierait sur la neutralité du regard et s'outillerait d'instruments à l'efficacité monotone, est ainsi battue en brèche par des pratiques où les différents agents, qu'ils soient humains ou matériels agissent, s'épaulent ou se contredisent, pour faire émerger des pratiques nouvelles. La gestion de ces interrelations semble, à ce point de l'analyse, un facteur important de la performance des équipes.

L'analyse théorique que nous avons faite de l'incomplétude du modèle positiviste est ainsi largement confirmée par nos données empiriques sur la gestion des escarres. Nous allons maintenant nous tourner vers un autre cadre important parmi les théories sociales de l'action.

2. Le modèle fonctionnaliste de Talcott Parsons

Beaucoup des schémas conceptuels de la performance en santé, s'intéressant à l'organisation des soins, font référence à un schéma fonctionnaliste qui représente l'action comme le résultat d'un système incluant plusieurs fonctions. Le modèle fonctionnaliste repose ainsi sur une conception systémique de l'action que nous allons maintenant préciser.

a. Le modèle systémique dominant en santé

Dans sa forme complète, le schéma le plus couramment utilisé pour parler de la performance, est un schéma en quadrants qui associe sur un même plan quatre différentes composantes indépendantes qui sont associées pour permettre l'action. Cette schématisation fait plus ou moins explicitement référence au schéma de représentation d'un système biologique, qui identifie les différentes fonctions concourant à la préservation d'un organisme. Nous pouvons ainsi imaginer une fonction de contrôle des objectifs, une fonction d'effectuation, une fonction de contrôle des ressources ainsi qu'une fonction qui maintient les habitudes et les valeurs. Cela compose un analogue des structures du vivant qui associent un centre neurosensoriel, un appareil locomoteur, un appareil de métabolisation et une mémoire. Le modèle tel qu'il est décrit, peut apparaître simpliste, néanmoins il sous-tend de nombreux cadres d'analyse en santé sans que son origine en soit explicitement rappelée. Nous y reviendrons plus loin dans ce chapitre. L'emprunt au système biologique, qui est naturel aux sciences du vivant, peut expliquer l'acceptation culturelle massive de ce cadre conceptuel dans le monde médical. Cela peut aussi expliquer l'absence de réelle discussion des prémisses de ce modèle et l'ignorance des débats fournis qui ont accompagné son déploiement au cours du XX^{ème} siècle.

Le modèle fonctionnaliste est quelquefois utilisé de façon indirecte lorsqu'une seule des fonctions est identifiée. C'est ainsi que beaucoup de travaux invoquent la culture des personnels soignants comme le facteur explicatif de la performance de l'organisation, notamment quand il s'agit de la sécurité des soins (Vogus, T. J. & Sutcliffe, K. M.; 2007). La culture apparaît alors comme une entité indépendante qui agirait comme un facteur de

production. Un pan entier de la recherche en gestion a été consacré à la culture organisationnelle et nous ne pourrions que les évoquer (Ashkanasy, Neal, Widerom, Celeste, & Peterson, Mark; 2000). Les travaux les plus récents qui sont consacrés à ce sujet montrent que nombre de questions restent encore en suspens, particulièrement quand il s'agit des liens entre la performance et la culture organisationnelle et des possibilités d'instrumentalisation de la culture par le management (Alvesson, Matas; 2002).

Nous verrons ci-dessous deux applications du modèle fonctionnaliste en santé utilisé dans sa version complète, l'une pour la représentation de la performance des organisations, l'autre pour l'appréciation de leur capacité à développer des soins de qualité ce qui sous-tend de nombreux mécanismes d'accréditation des structures de soins.

i. Le modèle de Sicotte et Champagne

En 1998 Sicotte et Champagne ont proposé un modèle conceptuel de la performance à l'hôpital qui comprend quatre grandes fonctions (1998) :

- La fonction stratégique qui guide le système vers les objectifs qui assureront sa pérennité. Cette fonction est représentée par la lettre A (Adaptation).
- La fonction d'atteinte des buts, représentée par la lettre G (Goals attainment)
- La fonction d'intégration des ressources représentée par la lettre I (Ressources Integration)
- La fonction qui fait durer les valeurs et la culture représentée par la lettre L (Latencies).

Ceci compose le schéma AGIL emprunté aux conceptions de l'organisation sociale de Talcott Parsons. Ce modèle est repris par d'autres publications qui s'intéressent principalement à la performance des hôpitaux (Marcon Eric, Guinet A, & Tahon C; 2008) ainsi qu'à des projets de recherche et de coordination à l'échelle européenne (Veillard, J., Champagne, F., Klazinga, N., Kazandjian, V., Arah, O. A. & Guisset, A. L.; 2005). Ce modèle a l'avantage d'être pluridimensionnel et permet de porter l'attention sur les capacités du système plutôt qu'à ses réalisations. Il est en effet très difficile en santé de pouvoir apprécier la performance globale d'un système au travers de chacune de ses réalisations, car il n'est pas toujours possible d'évaluer de façon uniforme un résultat de santé du fait de la singularité des situations et de la multiplicité de ces situations. Ainsi, dans un article récent (Nicholson, Sean, Pauly, Mark, Wu, Anita-Ya-Jung, Murray, James, Teutsch, Steven & Berger, Marc; 2008), les auteurs estimaient que seulement 6% des variations de mortalité pouvaient être expliquées par le respect des procédures dans un service de cardiologie. Cela expliquerait les difficultés à financer la performance en s'appuyant sur le respect des

protocoles. Ainsi d'autres facteurs, qui ne sont pas purement techniques, interviennent. Par ailleurs la sévérité des patients, dont dépend l'efficacité, n'est pas toujours facilement prise en compte. Ceci a été abondamment commenté par les articles qui s'intéressent à la mesure de la performance et en particulier au classement des établissements selon cette mesure (Adab, P., Rouse, A. M., Mohammed, M. A. & Marshall, T.; 2002 ; Gale, C. P., Roberts, A. P., Batin, P. D. & Hall, A. S.; 2006 ; Julious, S. A. & George, S.; 2007 ; Kirkham, J. J. & Bouamra, O.; 2008 ; Lilford, R., Mohammed, M. A., Spiegelhalter, D. & Thomson, R.; 2004 ; Tu, Y. K. & Gilthorpe, M. S.; 2007). Il est donc souvent difficile d'expliquer la performance par les résultats ou les moyens techniques mis en œuvre.

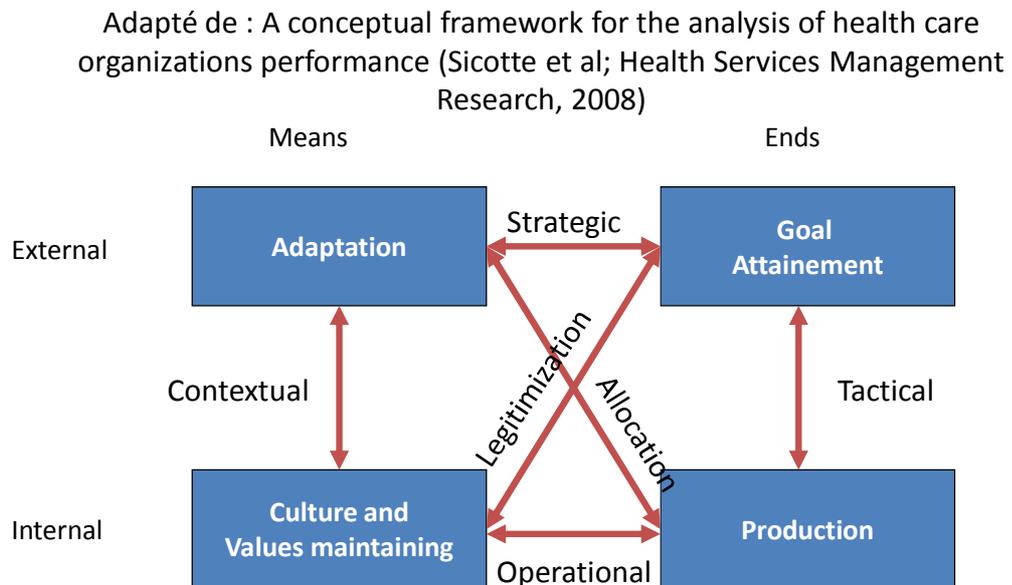
Le modèle AGIL répond à cette difficulté, en prétendant expliquer la performance par l'étude globale de chacune des quatre fonctions qui structurent l'organisation selon la théorie fonctionnaliste. La performance de l'organisation peut alors être appréhendée globalement au travers de la réalisation des quatre fonctions précédentes. C'est un modèle qui est à l'origine des méthodes d'accréditation des structures hospitalières mais qui repose, comme nous le verrons, sur des postulats forts. Nous verrons les critiques qui peuvent être adressées à ce cadre théorique quand nous parlerons de l'accréditation des structures et en particulier celle qui porte sur l'indépendance supposée des fonctions dans le modèle utilisé.

Sicotte, Champagne et leurs co-auteurs identifient cette indépendance supposée des fonctions comme une limite importante du cadre conceptuel qu'ils proposent. Ainsi, selon ce modèle, nous pourrions imaginer une stratégie parfaite mais qui ne prendrait pas effet, du fait d'une intégration imparfaite des ressources ; ou bien une culture vertueuse qui n'aurait pas d'effet sur l'exécution des processus. De façon à pallier cette insuffisance, Sicotte et ses coauteurs imaginent de relier chacune des fonctions principales par des mécanismes de mise en relation qui les font se correspondre deux à deux. La Figure 1 ci-dessous représente les quatre fonctions et les relations qui les lient. Les auteurs, pour parler de ces relations, introduisent le terme d'alignement. Les défauts de performance peuvent alors être présentés comme le résultat d'un défaut d'alignement des fonctions. Ainsi, par exemple, lorsque la direction de l'hôpital n'octroie pas les moyens nécessaires à la bonne exécution technique des soins attendus, les auteurs parlent d'un défaut d'alignement d'allocation.

Cette adaptation du modèle n'est pas exempte de critique. Il apparaît ainsi que la puissance explicative du modèle tient plus aux relations qu'aux fonctions supposées. Le détour par les fonctions conduit à proposer un schéma complexe dont on perçoit mal la construction empirique. Les commentaires faits à l'occasion de la publication de 1998, soulignent d'ailleurs le caractère virtuel d'un modèle qui a peu de chance de s'appliquer dans sa totalité pour chacune des situations rencontrées. Dans une publication plus récente les auteurs reviennent d'ailleurs sur la validité empirique de ce modèle (Guisset, A. L., Sicotte, C., Leclercq, P. & DHoore, W.; 2002). Finalement le fondement du cadre conceptuel repose

principalement sur les propositions de Talcott Parsons qui seront discutées plus loin. Ce cadre conceptuel garde cependant l'immense avantage de partir de l'action, d'essayer de se représenter l'action avant d'essayer d'en analyser la performance.

Figure 1 Cadre conceptuel de la performance hospitalière



ii. Le modèle de Shortell

Le schéma en quatre quadrants a trouvé une diffusion encore plus large dans le cadre de l'analyse de la capacité des organisations de santé à produire des services de qualité. Le schéma proposé par Shortell (1998) est aujourd'hui un classique de l'évaluation de la qualité des soins.

Le modèle repose sur quatre « piliers » ou dimensions qui définissent une organisation performante :

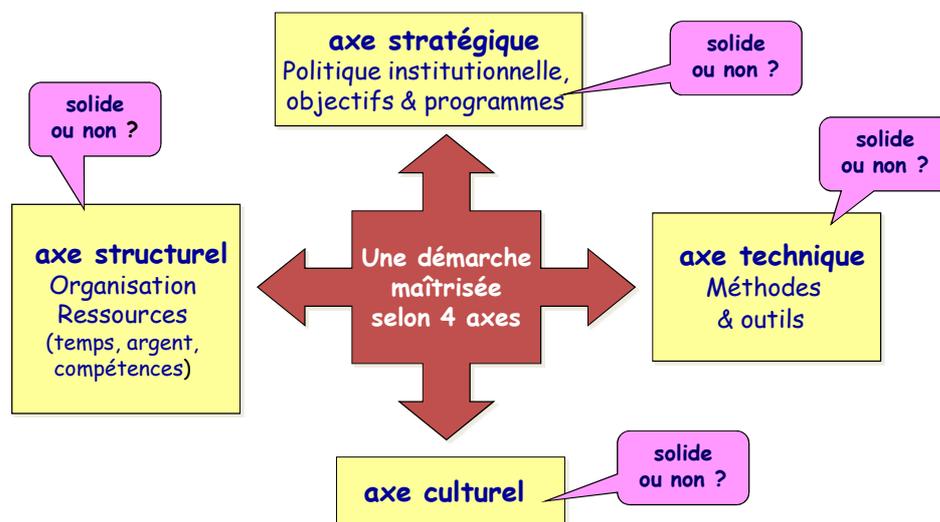
- La dimension stratégique qui permet d'assigner les objectifs à l'organisation.
- La dimension de maîtrise technique qui garantit l'efficacité des processus.
- La dimension structurelle qui assure la coordination de l'organisation.
- La dimension culturelle qui exprime l'ensemble des valeurs, des habitudes, et des principes sous-jacents qui guident les personnels soignants dans leurs activités.

Ces quatre piliers apparaissent dans un schéma classiquement utilisé pour illustrer le modèle de Shortell et présenté en Figure 2.

Nous retrouvons un parallélisme étroit entre le modèle de Shortell et celui de Sicotte pour la bonne raison qu'ils revendiquent tous les deux l'héritage de Talcott Parsons comme source d'inspiration commune. La critique, qui avait été adressée au cadre de Sicotte, trouve ici, la même application. La représentation du modèle induit l'idée que les différentes fonctions pourraient être jugées séparément sans que l'on ne se pose immédiatement la question de leur opposition ou de leur renforcement réciproque.

Figure 2 Schéma adapté des propositions de Shortell (1998)

Le modèle explicatif de la qualité de Shortell



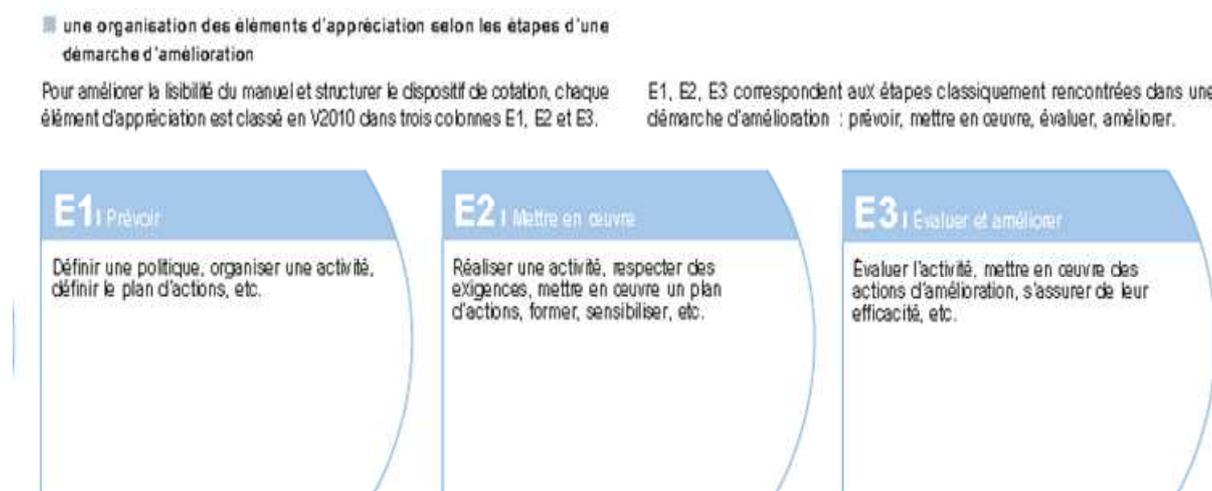
Ce modèle est un cadre classique, largement repris par les processus qui essaient de développer l'évaluation d'un système global. Cette approche vise à tirer des conclusions de l'observation de quelques fonctions qui permettraient de prédire la qualité des prestations. Cela évite ainsi d'avoir à évaluer chacune des prestations de soins et se substitue à cette évaluation difficile à réaliser en pratique. C'est le cadre aujourd'hui habituel des certifications du type ISO9001-9004 et celui qui sous-tend l'esprit du Total Quality Management (Hackman, Richard; 1995).

Plus particulièrement le modèle de Shortell et celui de Sicotte, constituent la référence pour l'évaluation des organisations de santé dans le monde. Par un effet

d'autolégitimation, le modèle est également utilisé pour juger de la pertinence des mécanismes d'accréditation des hôpitaux dans le monde. L'évaluation de chacune des quatre fonctions, telles que décrites dans les différentes grilles d'accréditation, a ainsi permis de comparer les mécanismes d'accréditation en santé dans cinq ensembles de pays : les USA, le Canada, l'Amérique du Sud, la France et l'Australie. (Smits, P. A., Champagne, F., Contandriopoulos, D., Sicotte, C. & Preval, J.; 2008).

C'est ce modèle qui est au cœur du processus d'accréditation-certification des hôpitaux en France, plus particulièrement dans la deuxième version du processus (ANAES, 2002). Depuis 2000, les hôpitaux en France doivent se soumettre tous les quatre ans à une procédure d'accréditation qui a été renommée certification depuis 2004. Nous avons vu ainsi la succession de trois manuels d'accréditation et de certification des hôpitaux qui ont marqué à chaque fois des évolutions conceptuelles sur la façon d'apprécier la qualité de la production de soins. Il est intéressant de se pencher rapidement sur l'évolution de ces trois manuels car ils traduisent, d'une certaine façon, les concepts qui animent la discussion sur la performance en santé. Le premier manuel est articulé autour de 10 processus transversaux qui doivent résumer les activités porteuses de progrès. Cela va de l'accueil du patient, à sa prise en charge et jusqu'à sa sortie. La démarche d'évaluation se distingue alors du schéma de Shortell pour privilégier des processus concrets de prise en charge. La deuxième version introduit massivement les concepts de Shortell en structurant le manuel en quatre chapitres que nous pouvons rapprocher des quatre quadrants des modèles précédemment décrits. Le premier chapitre se focalise sur les fonctions stratégiques, le chapitre deux sur les éléments structurants, le troisième sur les pratiques effectives de prise en charge, le dernier chapitre évalue les cultures d'appropriation des démarches qualité et les dynamiques de changement. La troisième version du manuel d'accréditation-certification, intitulé V2010, fait un compromis entre les deux approches précédentes : les processus de prise en charge sont évalués simultanément au travers des fonctions stratégiques, de mise en œuvre, puis de capacité réflexive. Ce format réintroduit un lien entre les différentes fonctions en les replaçant dans un continuum temporel qui fait se succéder des actions de prévision, des actions de mise en œuvre et de réévaluation. Selon ce nouveau manuel, la fonction stratégique ne saurait plus être évaluée sans tenir compte de ses capacités de déploiement et de mise en œuvre effective. Le schéma proposé par l'HAS (Figure 3) illustre cette articulation des fonctions stratégiques et opérationnelles. Ce schéma organise un compromis entre une vision processuelle de l'activité et une approche fonctionnaliste de celle-ci.

Figure 3 Schéma d'analyse des critères d'accréditation (HAS, 2011)



Nous pouvons aujourd'hui nous interroger sur les effets produits par le schéma fonctionnaliste. L'orientation fonctionnaliste des modèles d'accréditation des organisations ne conduit-elle pas à renforcer la structure au détriment des ressources utilisées par les prises en charge ? Les évolutions du modèle d'accréditation-certification des hôpitaux en France semblent confirmer les limites du modèle fonctionnaliste. Nous retrouvons d'une certaine façon cette réflexion dans la discussion des conclusions d'un travail constitué autour de Shortell (Weiner, B. J., Alexander, J. A., Shortell, S. M., Baker, L. C., Becker, M. & Geppert, J. J.; 2006). Ce travail démontre que l'investissement de la direction d'un hôpital dans les processus globaux de management de la qualité se fait au détriment de la performance quotidienne. Concrètement, des augmentations de mortalité cardiovasculaire sont observées dans les hôpitaux où les directions s'investissent dans des projets globaux d'amélioration des soins. Les résultats de cette étude mettent au contraire l'accent sur l'efficacité portée par des projets singuliers. Cette observation empirique trouve un écho dans l'opinion commune qui critique l'excès de formalisme et le détournement des

ressources au détriment des activités de soin. Elle jette un sérieux doute sur le modèle conceptuel fonctionnaliste, ce doute est également alimenté, comme nous allons le voir, par des débats théoriques.

iii. Une représentation qui exclut les acteurs

Les différents modèles d'analyse de la performance et de la qualité des soins, que nous avons passés en revue, s'inspirent de la théorie fonctionnaliste de l'action sociale de Talcott Parsons. Nous allons maintenant y revenir au travers des réflexions critiques qui ont été explicitement développées par deux auteurs, Anthony Giddens et Jürgen Habermas.

La critique par Giddens :

Anthony Giddens, associe dans sa critique, la théorie fonctionnaliste et la théorie structuraliste. Il présente son ouvrage comme un manifeste antifonctionnaliste (1979 p. 7) et appuie sa critique sur une relecture de l'origine des théories linguistiques qui ont fortement influencé les théories de l'action. Ainsi Saussure est-il amené à distinguer langage et parole pour rendre compte du fait, que lorsque nous nous exprimons, nous produisons une signification particulière en nous aidant d'un système codifié qui persiste dans le temps. Nous retrouvons là, un parallèle avec les théories de l'action, où l'action produite s'appuie sur des codes et des ressources qui préexistent à l'action et lui survivent. Cette conception du langage introduit ainsi deux dimensions : une dimension syntagmatique qui associe différents éléments du langage (des signifiants) pour produire une expression particulière, et une dimension paradigmatique qui associe un signifiant à un signifié c'est-à-dire un signe à une référence dans le monde vécu. Cette distinction prendra, selon Giddens, une signification particulière, lorsque la linguistique s'éloignera de la question des rapports du signifiant et du signifié pour ne plus s'intéresser exclusivement qu'aux relations entre signifiants. Cette orientation mettra alors l'accent sur le langage comme système ou structure, et introduira le structuralisme comme mouvement théorique. La distance ainsi prise avec les relations entre signifiant et signifié amènera à autonomiser le système linguistique comme un objet en soi qui sera mis à distance de l'action de parole. Le dualisme des dimensions syntagmatique et paradigmatique s'exprimera alors sous la forme d'une opposition temporelle entre la synchronie et la diachronie du langage. Autrement dit, la décomposition du temps, fait apparaître une dualité qui oppose, d'une part la langue comme un système intemporel synchronique, et d'autre part les signes qui composent le langage et persistent dans la durée de façon diachronique. La dimension créative de la langue a ainsi disparu avec la décomposition du temps selon deux dimensions, ce qui fixe les possibilités historiques d'évolution.

Transposée à la sociologie de l'action cela conduit à introduire une dualité entre d'une part le système social représenté comme un système de relations et d'autre part les ressources et les structures qui soutiennent ce système social. Plus généralement Anthony Giddens démontre comment deux composantes de l'action, l'acteur et le temps, ont ainsi disparu de la représentation des systèmes d'action. Les dimensions synchroniques et diachroniques de l'action ont en effet subi dans ces transformations une réduction conceptuelle. La synchronie, c'est-à-dire l'association dans l'espace et le temps de différents processus, laisse la place à un système qui représente un instantané d'où le temps et l'acteur ont été évacués. Ce n'est plus l'acteur qui combine les actes, il doit entrer dans un système donné a priori qui préexiste conceptuellement à l'action. Par ailleurs, la possibilité d'évolution au cours du temps des parties du système, est ignorée au profit de la stabilité de ce dernier. Les processus étant liés dans un système, la dimension diachronique ne persiste alors, que comme possibilité historique d'évolution des systèmes dans leur ensemble, notamment au cours des crises majeures qui remettent le système en cause. Cette possibilité d'évolution historique, si elle persiste dans la théorie structuraliste, a par contre complètement disparu des théories fonctionnalistes qui privilégient l'homéostasie des systèmes et leur capacité à revenir à l'état initial. Le système social, ainsi conçu, compose un environnement qui détermine et contraint l'action des acteurs et ne se soumet plus au temps de l'acteur. Le système s'impose alors comme une structure intemporelle.

Pour s'opposer à cette réduction conceptuelle, Anthony Giddens, rejette la dualité synchronie/diachronie et tente de réintroduire le sujet et le temps dans la représentation du système d'action. Giddens conçoit alors le temps comme l'ouverture de possibilités futures qui s'appuieront sur les traces laissées par les précédentes actions. La structure disparaît alors derrière la notion de « structuring ». L'action en se renouvelant modifie son environnement et fabrique la mémoire qui pourra être mobilisée intacte ou modifiée comme une nouvelle ressource pour les actions suivantes. Ces traces sont particulièrement importantes pour les mécanismes d'intercompréhension des acteurs, car en situant son action dans une lignée diachronique, le sujet indique aux autres dans quel registre il situe son action. Ces mécanismes d'indexation qui facilitent les coordinations ont également pour propriété de donner la possibilité aux acteurs de donner du sens à leur action. Ils leur permettent d'exercer une action réflexive sur la nature de leurs actions.

Le terme de « différance » introduit par Derrida amène alors l'idée que toute action d'écriture ou de parole se situe à la fois en référence et en différence aux traces précédentes. La théorie du structuring de Giddens s'appuie ainsi à la fois sur des flux d'actions qui s'opposent ou se complètent pour composer des « patterns » d'action, et sur la

trace ou la mémoire des actions précédentes qui offrent ainsi des éléments de structuration sans pour autant enfermer l'acteur dans un système.

La critique par Jürgen Habermas :

Jürgen Habermas est tout aussi polémique vis à vis de la théorie de Talcott Parsons. L'un des deux tomes de son ouvrage de référence est sous-titré « Pour une critique de la raison fonctionnaliste (1987 Trad. éd. 1981 Tome II). Il en étudie la genèse pour en montrer la construction, il ne rejette pas d'emblée l'apport de Parsons mais s'en sert pour appuyer sa contribution théorique personnelle, de la même façon qu'il s'est appuyé sur la théorie de l'action de Max Weber pour faire évoluer sa pensée. Jürgen Habermas identifie ainsi deux programmes menés de front par Talcott Parsons ; un programme d'étude de l'action sociale qui s'appuie sur la tradition idéaliste et s'intéresse au sujet, et un deuxième programme d'inspiration positiviste qui s'intéresse au système devenu autonome. Ces deux programmes sont difficilement conciliables et sont à l'origine de nombreux débats intellectuels de la deuxième partie du XXe siècle, entre le déterminisme économique et social d'un côté et la liberté et la responsabilité de l'individu de l'autre. La question qui est posée est celle de la possibilité de réunifier la conscience des acteurs et ce qui les fait agir dans un système. Différentes voies ont été théorisées : la force pure chez Hobbes, le droit chez Hegel, la valeur chez Marx, le débat démocratique et constitutionnel chez Habermas. Selon Habermas, Talcott Parsons réduit cette difficulté en passant de la théorie de l'action à celle du système. La volonté du sujet est alors matérialisée par le consensus sur les valeurs, les normes et la culture. C'est la culture qui permet ensuite d'orienter l'action. Nous retrouvons ainsi le cadre de conception de l'action de Max Weber qui différencie le but à atteindre (téléologie) et le respect des valeurs (axiologie).

Cette solution passe par une réification des valeurs et de la culture qui composent une fonction figée qui n'entre plus en interaction avec l'action. L'intersubjectivité est ainsi « expulsée » de l'action, elle agit comme contrainte extérieure, au mieux comme appareil évaluatif et se constitue en dehors et préalablement au système d'action. Parsons se ferme ainsi la possibilité d'intégrer les acteurs comme des sujets autonomes. Pour réintégrer les orientations des individus il doit définir des types de structures sociales et des cultures spécifiques comme l'avait fait Max Weber pour décrire différentes évolutions historiques de la société. L'isolement de la culture en sous-système permet d'isoler et d'autonomiser les valeurs, les normes et la culture et de faire de ce sous-système le gardien des évolutions sociales. Le schéma d'action est finalement présenté comme un schéma général qui pourra servir à tous les niveaux de la société. Les différents systèmes d'action, au sein de la société, peuvent ainsi communiquer grâce à des fonctions similaires : l'activité de production de l'économie, l'activité organisatrice de l'Etat, l'activité d'intégration par le Droit et l'activité

de normalisation par la socialisation. Ces fonctions apparaissent à tous les niveaux de la société : les institutions, les organisations et les groupes sociaux en général y compris la famille. La question de la régulation de l'ensemble des sous-systèmes se pose immédiatement. Cette question est résolue par deux propositions ; d'une part une hiérarchisation des fonctions, d'autre part l'intervention de média qui font le lien entre fonctions. La hiérarchisation des fonctions stipule que les fonctions les plus hautes (la culture est située au sommet de la hiérarchie) sont les plus riches en information et les plus basses en énergie. Cela évoque au passage une conception de l'organisation sociale assez particulière où la culture constitue la référence ultime.

Jürgen Habermas amène plusieurs critiques à cette représentation sociale de l'action. Le schéma va très loin dans la description des modalités d'intégration et se présente comme universel. C'est un schéma passe-partout et arbitraire dont on peut mettre en doute le caractère universel. Ce schéma ignore l'acteur, ou plutôt regarde l'acteur du haut. Les possibilités d'action de l'acteur sont a priori fixées et gérées par le système des normes et de la culture. C'est un schéma conservateur qui est censé s'auto-reproduire et ne conçoit ni le changement ni la créativité des individus. Comme le résume Jürgen Habermas, « le système n'agit pas, il fonctionne » (1987 Trad. éd. 1981 Tome II p. 257).

Jürgen Habermas a exploité la critique qu'il a faite de la théorie de Parsons pour établir sa théorie de l'Agir Communicationnel (1987 Trad. éd. 1981 Tome II). La constitution de la culture comme sous-système conduira ainsi Jürgen Habermas à définir le système social comme une représentation du monde vécu. Cela conduira nombre de ses lecteurs à faire une analyse critique de l'organisation sociale comme étant une représentation imparfaite du monde vécu. Cela suscitera des théories dites « critiques » dans de nombreux domaines. Jürgen Habermas n'utilise pas de fonctions pour décrire l'action, il parlera de sphères de validité (vérité, norme et authenticité) auxquelles les acteurs se réfèrent pour agir. Tout en autorisant une vision analytique de l'agir, cela remet les acteurs au centre de l'action. Enfin la question des média nécessaires pour faire communiquer le monde social avec les différentes sphères de validité, est résolue par la place donnée au débat démocratique et à l'éthique de la discussion.

Au travers des critiques faites à l'encontre du modèle fonctionnaliste, nous retrouvons les reproches qui sont faits aujourd'hui au mécanisme de certification des établissements de santé. Ces modèles fonctionnalistes ont des difficultés intrinsèques à prendre en compte les tensions qui existent au sein des groupes sociaux. Les dynamiques d'évolution sont également assez mal représentées. Ces modèles étudient plutôt le fonctionnement que l'activité elle-même. Ils auront ainsi un regard assez appuyé sur les mécanismes formels de

gouvernance et de coordination, mais assez peu de perspicacité sur la qualité des interactions. La version V2010 de la certification des hôpitaux tente de résoudre ces difficultés en construisant un système fonctionnaliste qui essaie d'explicitier les alignements (stratégie, mise en œuvre, évaluation) et qui s'hybride avec la mise en place d'indicateurs de résultat. L'intelligibilité du référentiel d'évaluation en souffre sans doute quelque peu car il fait ainsi référence à des rationalités diverses.

b. L'importance des acteurs et du temps dans la gestion des escarres.

Le modèle fonctionnaliste a constitué une évolution de l'analyse de l'action qui a influencé la façon d'évaluer la performance des organisations. Nous avons vu comment les procédures d'accréditation-certification des hôpitaux avaient intégré ce modèle pour faire apparaître l'importance des ressources, de la structure et de la culture pour l'accomplissement de la finalité sociale de l'hôpital. Cette évolution est intervenue en réaction à une première version de l'accréditation-certification, qui avait privilégié le suivi de dix processus, mais qui au bout du compte avait autorisé directeurs généraux et médecins à se sentir « moins concernés » par cette évaluation. Ceci a conduit l'ANAES à renforcer les aspects liés aux soins et au management (2004). L'introduction des fonctions, stratégie, structure, production et culture a de fait réaffirmé les responsabilités à tous les niveaux de l'organisation. Cette approche fonctionnaliste a le mérite de faire également apparaître ces questions pour des pratiques particulières telle la prise en charge des patients à risque d'escarres. Nous pourrions ainsi interroger les données que nous avons recueillies avec une grille fonctionnaliste. Que nous disent les personnes rencontrées, de la stratégie, des ressources allouées, de l'atteinte des résultats et finalement de la culture qui surplomberait le tout comme un inconscient collectif? Nous verrons dans la partie qui suit qu'il est en fait assez difficile d'isoler ces différentes fonctions et de les mettre à plat sur un même espace dimensionnel. De plus, ces fonctions entretiennent des relations dans le temps qui sont complètement escamotées par le modèle. Celui-ci, en effet, n'intègre pas les effets récursifs que peut avoir une fonction sur la nature d'une autre fonction. Finalement le modèle fonctionnaliste nous fait progresser dans la compréhension des pratiques observées en posant de nouvelles questions sur le rôle des agents et les interactions qu'ils entretiennent, mais il semble incomplet pour aller plus en profondeur dans les mécanismes de la performance collective.

i. L'illusion de la fonction stratégique

L'idée que la définition de la stratégie serait un préalable au déploiement de l'action est une idée assez commune. Les hôpitaux rencontrés ont plus ou moins tous inscrits la question de l'escarre comme une de leurs priorités institutionnelles. Nous pouvons cependant nous poser la question du rôle et de la place de cette inscription institutionnelle vis-à-vis des pratiques de prise en charge et notamment du lien de causalité entre stratégie et pratiques dans chacun des hôpitaux rencontrés.

Les hôpitaux du groupe A ont constitué un groupe projet sur la question des escarres. L'hôpital le plus important de ce groupe essaie de prouver, à l'Agence Régionale de Santé, sa légitimité à coordonner le groupe au travers de ce projet concret. Il est certes encore un peu tôt pour juger des résultats de ce plan sur les escarres eux-mêmes ; nous observons néanmoins que l'objectif politique de regroupement des établissements a été invalidé et que cela a impacté le suivi du programme concret d'action. Il y a eu des retombées partielles sur certains services et cela a suscité de nouvelles initiatives sur un registre moins politique. Mais le projet stratégique, qui était assujéti à un objectif politique, a perdu de son importance et s'est éteint au bout de deux ans. Pour autant la question stratégique de la prise en charge des escarres est restée une préoccupation pour la performance de l'organisation. Cette orientation stratégique reste d'actualité pour plusieurs services. Il n'y avait donc pas une stratégie, mais la rencontre de plusieurs ambitions stratégiques qui se sont rassemblées, à un moment donné, autour d'un objet stratégique commun. Cet exemple nous montre en tout cas la difficulté à isoler une fonction stratégique qui serait indépendante du contexte politique et des ambitions individuelles. La stratégie apparaît plutôt comme une pratique distribuée, que comme une fonction intemporelle isolée (Denis, Jean-Louis, Langley, Ann, and Rouleau, Linda, 04).

De son côté la direction de l'hôpital B impose au chef de service du secteur gériatrique de participer au projet conduit par les hôpitaux A. Là encore, les considérations sont politiques et elles visent à démontrer à l'ARS la bonne volonté de l'établissement B dans l'organisation territoriale. Mais ces considérations sont assez éloignées de la gestion des escarres. Cette demande de participation au nouveau projet revient en fait à ignorer l'engagement véritable des équipes sur la question des escarres depuis plus de vingt ans. Cette orientation stratégique crée des tensions car le chef de service perçoit cette demande de participation comme une mise en demeure de collaborer qui ignore les efforts accomplis et le savoir-faire. Ceci révèle une dissonance entre une rhétorique stratégique et l'histoire des pratiques concrètes. Cela objective plus particulièrement un retard important de la stratégie sur les réalisations pratiques.

Cette subordination temporelle de la stratégie aux réalisations pratiques est encore plus clairement exprimée par l'hôpital C. Depuis quatre ans le chef de service et la cadre

travaillent sur les escarres. Ce sujet est récemment présenté comme une priorité de la direction. La stratégie découle en fait des réussites sur le terrain, elle apparaît alors comme une mise en forme des meilleures réalisations. Là encore l'image de la stratégie qui guide l'action prend la forme d'un mythe rationnel. Cette mise en scène stratégique de l'action quotidienne devient par ailleurs un levier de pouvoir à l'intérieur de l'organisation. Les agents du service, le médecin et le cadre à plusieurs reprises se servent de l'escarre comme mise à l'épreuve de la direction. L'équipe a mis la question de la prévention de l'escarre à l'agenda institutionnel, non pas de façon préméditée, mais après coup, après quatre ans d'effort sur ce sujet, comme pour revendiquer une forme de reconnaissance. Cette prescription stratégique, par les équipes, leur permet de juger la direction sur les moyens qu'elle allouera. Elle leur permet de contraindre la direction pour cette priorité qu'elle a acceptée. Pour améliorer la qualité des soins les agents doivent faire preuve de sens politique (Langley, Ann & Denis, Jean Louis; 2011).

L'hôpital D, à l'inverse des deux autres établissements, semble avoir interprété le schéma classique qui fait précéder la stratégie sur sa mise en œuvre. Néanmoins nous allons voir que tout ne pouvait être écrit dans sa stratégie initiale. Il y a quelques années l'hôpital a dû restructurer ses activités et accepter d'abandonner les activités de soins aigus (médecine, obstétrique et chirurgie) au profit d'activités de soins de suite et de soins palliatifs. Dans ce contexte, la lutte contre les escarres est apparue comme primordiale pour le nouveau positionnement de l'établissement. Cette stratégie anime véritablement les acteurs à tous les niveaux. Les infirmières et les aides-soignantes la rappellent systématiquement lors des entretiens. Néanmoins nous voyons se profiler de nouvelles orientations qui privilégient le traitement sur la prévention. De nouvelles prestations voient le jour en direction des patients ambulatoires qui n'étaient pas formulées dans la stratégie initiale et qui vont durablement influencer le positionnement de l'hôpital. La maîtrise de moyens de traitement sophistiqués par le médecin oriente aussi fondamentalement le positionnement de l'établissement comme recours technique. Il y a de fait un infléchissement du positionnement pour réinvestir le champ technique. Ces orientations apparaissent à l'analyse des entretiens, mais ne sont pas formulées explicitement comme des orientations anticipées. Là encore, l'idée d'une stratégie qui précède complètement les actions et qui d'une certaine façon est indépendante des acteurs, est assez profondément remise en cause par les observations empiriques.

Dans les trois cas, mais sans doute un peu moins pour l'hôpital D, la stratégie laisse plutôt la place au concept d'une construction a posteriori du sens de l'action. La traduction des stratégies dans les faits est loin d'être mécaniste et l'ordre temporel qui va de la stratégie à l'action est souvent inversé. En définitive, devient stratégique ce qui a été consacré par l'engagement des personnes, par les succès sur le terrain et par la saisie des

opportunités. A l'inverse, concevoir la stratégie comme une fonction isolée, ne rend pas compte de nos observations sur le terrain. Cette expérience recoupe ce qui a été écrit ailleurs sur les questions de leadership à l'intérieur des hôpitaux et le caractère négocié de leurs stratégies (Denis, J.-L., Langley, A. & Rouleau, Linda; 2007). Les stratégies sont ainsi considérées comme résultant de la constitution d'une compréhension commune qui repose sur des conventions partagées. La stratégie n'est pas posée a priori, mais constitue au contraire une pratique sociale qui accompagne les activités quotidiennes.

ii. L'influence réciproque des ressources, des normes et des rôles

Nous avons décrit, dans la section précédente, l'interpénétration de la fonction stratégique et des pratiques de soins au quotidien. Cette interpénétration est également très forte en ce qui concerne la gestion des ressources et le développement des pratiques de soins. Les dissocier nous ferait perdre une dimension importante des logiques d'action.

Les pratiques ne peuvent être considérées ni fixes dans le temps ni indépendantes de l'environnement dans lequel elles se déploient. En effet les hôpitaux participants nous décrivent des pratiques qui évoluent et qui ce faisant créent un nouvel environnement les mettant en capacité de développer de nouvelles approches. Ces nouvelles approches ne sont pas anticipées ; elles se découvrent au fur et à mesure de la modification du contexte d'action.

Dans les hôpitaux du groupe A, les infirmières s'investissent beaucoup dans le traitement des escarres constituées. Ce traitement fait appel à des pansements actifs qui sont en fait des hybrides de pansement et de médicaments. L'utilisation de ces pansements doit obéir à des programmes de cicatrisation qui font se succéder les différents pansements en fonction de l'évolution de la plaie. Cette technicité valorise les infirmières, mais cette valorisation a un effet pervers qui est de concentrer leur attention sur ces pansements et de les détourner de l'enjeu de prévention qui devrait avoir une égale importance. La concentration sur les pansements induit une logique du traitement qui s'intéresse aux conséquences plutôt qu'aux causes. Le médecin de l'hôpital B explique cette rationalité comme de la pensée magique qui voit l'efficacité dans la poudre magique et néglige les mécanismes plus élaborés de gestion des soins. Il y a ainsi un lien étroit entre les ressources mobilisées et l'inscription dans un schéma particulier d'action. Ainsi, les personnels des hôpitaux qui maîtrisent la prévention des escarres, ne parlent plus beaucoup des pansements, ils parlent effectivement plutôt des techniques de prévention et des outils qui accompagnent ces techniques.

Le changement des pratiques se réalise par des mécanismes de maturation et d'apprentissage. Ce parcours peut cependant bénéficier d'accélérateurs. Ainsi les hôpitaux B et C ont fait évoluer leurs pratiques par un phénomène de contamination des idées à partir des services de soins palliatifs voisins. Ces services de soins palliatifs ont agi comme des vitrines d'une nouvelle forme d'efficacité, cela a fait la publicité des nouveaux moyens que sont les matériels de répartition de pression. Là encore nous voyons bien qu'une distinction trop radicale de la fonction de production et des ressources mobilisées nous ferait perdre une dimension importante pour la compréhension de l'évolution des pratiques. On ne peut dire qu'il y aurait de bonnes pratiques qui correspondraient à un choix stratégique, appuyé secondairement sur des ressources particulières. Tout ceci se construit dans l'action, la maîtrise d'un outil amène un saut qualitatif qui engendre une nouvelle efficacité et finalement de nouvelles perspectives d'action. De nouvelles ressources sont alors mobilisées et tout ceci donne un nouveau sens à l'action. Ce schéma montre que la perspective habituelle qui fait se succéder la stratégie, puis les ressources et enfin l'action est, sur cet exemple complètement renversée. C'est la « mise en vitrine » des ressources nouvelles qui a amené de nouvelles façons de considérer la prise en charges des escarres.

Nous avons également observé que les objets pouvaient redéfinir le rôle des personnes. C'est notamment le cas des objets au statut ambigu que sont les matelas ou les compléments diététiques. Considérés au départ comme des objets de confort, ils sont au départ restés dans les mains des aides-soignantes. La prise en compte de leurs effets thérapeutiques amènera différentes logiques de contrôle. Le médecin de l'hôpital D se réapproprie ces objets et institue un schéma classique de prescription. Les médecins des hôpitaux B et C laissent au contraire ces moyens thérapeutiques dans les mains des aides-soignantes et ainsi promeuvent ces aides-soignantes au rang des thérapeutes autonomes encadrées, ce qui viole un tabou des conventions hospitalières qui distinguent les fonctions prescriptrices des fonctions prescrites. Cet argument a donné lieu à une présentation sur le caractère aliénant et libérateur des artefacts (Orvain, Jacques and Routelous, Christelle, 10).

Avec cet exemple, nous voyons se dessiner des rapports entre l'action et la gestion des ressources qui sont plus complexes que la seule juxtaposition de deux processus. L'interaction entre les ressources et les processus de prise en charge est un mécanisme important du schéma d'action. Les objets ne sont pas de simples artefacts, ils peuvent agir au sens où ils vont contraindre, faciliter, déplacer l'action des acteurs et amener de nouvelles significations. Cette constatation fait nécessairement écho aux travaux Latour (2005) mais aussi de ceux d'Orlikowski (2000) qui ne considèrent plus les objets comme des éléments passifs, mais comme des actants qui ont leur propre pouvoir d'influence et font concrètement

agir. Plus généralement cela introduit le concept d'énaction qui sera plus amplement développé en chapitre IV.

iii. La culture comme ressource mobilisable

Le schéma fonctionnaliste identifie, dans un de ses quatre quadrants, une fonction culturelle. Nous avons vu précédemment que la place de la culture dans les schémas d'action avait été abondamment discutée par des travaux théoriques. Nous pouvons également alimenter cette discussion par nos observations empiriques.

Nous avons montré ci-dessus que la stratégie affichée par les établissements était souvent une reconstruction a posteriori du sens de l'action. Nous pouvons faire la même analyse pour la culture. La culture n'est pas un donné immuable, elle se crée et se régénère à partir du cycle d'action. Nous avons ainsi différentes cultures qui orientent le choix des établissements mais qui se construisent également à partir de la répétition des cycles d'action et de leur évolution.

L'hôpital C est sans doute le plus emblématique de cette situation. Le cadre du service explique comment elle veut faire passer les aides-soignantes d'une logique du projet de vie, qui anime le travail dans les résidences pour personnes âgées, à une logique du soin. Dans la logique du projet de vie, l'autonomie du patient est mise en avant, le patient est l'acteur principal qui fait ou devrait faire ses choix en toute autonomie. Dans la logique du soin, telle qu'elle est conçue par le cadre de l'hôpital C, la responsabilité des soignants dans la prise en charge des patients est cruciale. Cette responsabilisation des soignants peut souvent contredire l'autonomie du patient quand on estime que ce dernier n'a plus tous les moyens de décider à un moment donné. L'hôpital C ne cesse d'arbitrer entre les deux cultures. Cela a des conséquences très pratiques, notamment sur les questions de disponibilité de l'expertise. La nouvelle logique du soin a une conséquence très concrète sur l'organisation des plannings qui doit prévoir une présence des aides-soignantes sur l'ensemble des plages horaires et non plus seulement sur celle du matin. Nous ne jugerons pas de la plus grande légitimité de l'une ou l'autre des cultures, mais force est de constater que la nouvelle culture se construit dans l'action au quotidien et qu'elle n'est pas un donné a priori de la connaissance. La poser à côté des autres fonctions, comme le fait le schéma fonctionnaliste, risque de nous amener à la concevoir en retrait de l'action, alors que nos observations la représentent comme un construit social qui se renouvelle dans l'action. La nature des liens entre culture et action nous semble finalement plus complexe qu'une relation de cause à effet. Les débats d'écoles sur la question du management culturel et de ses possibilités de manipulation dans les entreprises attestent de cette difficulté à penser la

culture comme indépendante de l'action (Martin, Joanne, Frost, Peter, & O'Neill, Olivia.; 2006).

iv. La place nécessaire de l'agent et de la temporalité

Le modèle fonctionnaliste a le mérite de mettre en exergue différentes dimensions de l'action. Cependant, le fait d'inscrire ces dimensions dans des entités intemporelles, fait disparaître du même coup à la fois les agents qui sont vecteurs d'innovation ainsi que la dimension temporelle d'évolution du système. L'inscription dans quatre fonctions essentielles laisse peu de place aux mécanismes cognitifs et affectifs qui impliquent subjectivement les agents. Ainsi, lors des entretiens, les personnes interrogées ont fait part d'émotions fortes. Comment pouvons-nous resituer ces émotions dans un schéma fonctionnaliste? Il faudrait pour cela créer une cinquième fonction représentant la capacité émotionnelle. Mais plus fondamentalement, c'est le sujet avec toutes ses capacités d'action, qui semble expurgé du modèle fonctionnaliste.

La dimension du temps est également écrasée par le modèle fonctionnaliste. Les hôpitaux B, C et D nous racontent une histoire qui les a fait évoluer et a fait évoluer les liens entre stratégie, ressources et atteintes des résultats. Comment intégrer cette capacité à évoluer dans le temps autrement qu'en faisant se suivre une multitude de schémas fonctionnels représentant les différents états du système?

Par ailleurs, les interactions des différentes composantes du schéma d'action semblent importantes pour la mise en mouvement des pratiques. Comment réintroduire ces interactions autrement que par une superposition, sur le schéma, des liens multiples qui figurent les tensions entre les différentes fonctions ? La complexification du modèle fonctionnaliste, que cela introduit, nous encourage à inverser la problématique et à repartir de ce qui in fine semble important, c'est-à-dire à repartir des interactions et des dimensions temporelles de l'action. Cela introduit un renversement de perspective que nous proposerons dans le chapitre suivant. La première question est alors de savoir comment directement penser l'action dans une version performative, c'est-à-dire par ce qu'elle produit plutôt que par les facteurs qui l'encadrent. La deuxième question est de savoir comment mettre au premier plan les interactions plutôt que les structures qui se créent au gré des interactions ?

3. Le modèle politico-social

A l'inverse du modèle fonctionnaliste, de nombreux cadres conceptuels, font de l'organisation, le miroir des tensions qui traversent la société et des possibilités de dépasser

ces tensions par des accords, compromis, conventions et autres formes plus ou moins institutionnalisées de compréhension commune. Il ne s'agit plus de faire de l'organisation un système cybernétique autonome dont les relations avec son environnement pourraient être modélisées selon un schéma stimulus-réponse. Il s'agit au contraire de réintégrer les questions sociales, économiques et politiques comme des facteurs d'engagement et d'organisation.

a. La sociologie des organisations

Nous avons regroupé dans ce chapitre trois approches qui prennent appui sur ces mécanismes sociaux pour comprendre les pratiques organisationnelles et que nous avons regroupés dans une rubrique intitulée sociologie des organisations.

La première approche s'intéresse aux organisations comme lieu d'émergence des identités professionnelles, comme lieu stratégique d'affrontement et finalement comme lieu d'expression de différentes formes culturelles. C'est une sociologie assez classique qui décrit des mondes sociaux.

La deuxième approche est issue d'une critique de la théorie économique néo-classique ou libérale qui ne considère qu'une forme de transaction, celle de la loi de l'offre et de la demande. Un rapprochement avec la sociologie a donné corps à la réintégration d'autres formes de régulation par la constitution de conventions. A l'intérieur de cette nouvelle « socio-économie », les Economies de la Grandeur formulent un cadre plus formel d'analyse des conventions d'organisation. Cette dernière approche a produit des grilles d'analyse auxquelles pourront être confrontées les données empiriques recueillies dans ce travail.

La troisième et dernière approche présente les organisations comme des construits institutionnels offrant un cadre de compréhension mutuelle et de déploiement de logiques anticipées d'action.

Chacune des approches essaie de négocier la possibilité d'une capacité stratégique des acteurs, une liberté et une responsabilité d'action d'une part, et un cadre de référencement qui contraint et facilite l'action d'autre part. Le risque d'une telle approche est d'oublier le premier terme pour ne considérer que les formes structurantes et contraignantes du deuxième terme de l'alternative. Le risque est d'oublier le caractère dynamique des interrelations au profit des réalisations figées de ces interactions. C'est en particulier la critique que formule Latour quand il refuse le concept d'une société qui préexisterait aux liens sociaux (2005).

i. L'organisation intègre les affrontements et les compromis sociaux

Les sciences de gestion, avant d'être définies comme des sciences de l'action, ont été filles d'autres disciplines, la sociologie, la psychologie, l'anthropologie et l'économie (Rojot, Jacques; 2003 p. 15-16)⁵. L'apport de la sociologie permet, en particulier, d'interpréter les organisations comme des mini-sociétés qui seront traversées par les conflits et les tensions que rencontrent tous les collectifs humains. Ces collectifs essaient de gérer ces conflits par l'institution de conventions et de règles sociales.

Les différentes écoles sociologiques peuvent ainsi être recrutées pour comprendre les organisations et les tensions qui traversent ces organisations. Certaines de ces écoles ont un intérêt plus marqué pour la sociologie de l'action et se rapprochent de l'objet d'étude des sciences de gestion (Amblard, H, Bernioux, P, Herreros, G, & Livian, YF; 2005 1ère éd 1996). Elles ont ainsi influencé notre travail.

L'analyse sociale de l'organisation observe que les configurations des entreprises ne peuvent être seulement expliquées par l'environnement et la mission de l'entreprise. D'autres facteurs entrent en jeu : le jeu stratégique des acteurs mis en exergue par Crozier et Friedberg (1977) ainsi que les identités professionnelles décrites par Sainsaulieu (1977), créent des situations qui obéiront aux différents types de régulation sociale décrits par Raynaud (1989). Un ouvrage récent prend appui sur ces différents travaux pour catégoriser les entreprises en France (Osty, Florence, Sainsaulieu, Renaud, & Uhalde, Marc; 2007). Nous pourrions nous appuyer sur cet ouvrage intitulé « Les mondes sociaux de l'entreprise » pour vérifier la portée heuristique des modèles précédents pour l'étude de la performance des hôpitaux en France et plus particulièrement ce qui concerne la prise en charge des escarres dans ces hôpitaux.

Cependant, nous pouvons déjà soutenir qu'il serait imprudent de réduire les jeux sociaux au respect de cultures conçues comme des entités qui s'imposeraient aux acteurs. En opposition à cette vision figée des normes sociales, les auteurs de l'ouvrage de synthèse précité (Amblard, H, Bernioux, P, Herreros, G, & Livian, YF; 2005 1ère éd 1996) proposent de faire intervenir le concept de logique d'action qui permettra de mobiliser d'une part les théories qui s'appuient sur des conventions sociales et d'autre part celles qui constituent des réseaux de signification. Ces dernières s'inspirent des travaux de Callon et Latour ; elles sont identifiées en France comme la sociologie de la traduction et à l'étranger comme

⁵ Même si cette filiation est aujourd'hui discutée, notamment par Armand Hachtuel qui a entrepris de reconstituer l'histoire des sciences de gestion (Séminaire LEMNA, Nantes, 19 Juin 2011).

l'Action Network Theory (ANT). Nous reviendrons dans la section suivante plus particulièrement sur la théorie des conventions.

Peu à peu nous apercevons, au travers des évolutions de la sociologie de l'action, se dessiner une opposition entre une approche qui s'intéresse aux déterminants de l'action qu'ils soient matériels, culturels ou organisationnels et une approche qui privilégie l'action comme moment éphémère et renouvelé. La première approche permet, de « lester » les acteurs par des mécanismes de régulation qui prennent mieux en compte les effets de pouvoir, la deuxième a plus de facilité à penser le changement et l'innovation (Amblard, H, Bernioux, P, Herreros, G, & Livian, YF; 2005 1ère éd 1996).

Les nouvelles approches de la sociologie de l'action essaient de dépasser cette opposition en renouvelant leurs cadres conceptuels. Les logiques d'action apparaissent alors comme un nouvel objet d'étude qui vient encore souvent combler un vide théorique (Amblard, H, Bernioux, P, Herreros, G, & Livian, YF; 2005 1ère éd 1996). Il faut retourner à l'un des pères de la sociologie pour retrouver les racines d'une réflexion sur les logiques d'action. Max Weber, longtemps boudé en France, est l'un des premiers à s'être intéressé aux rationalités à l'œuvre au travail. Il les considère comme la résultante de différentes légitimités permettant de définir des idéaux-types qui expliquent l'engagement des acteurs et leur façon d'agir (1964 Trad. éd. 1947). Jürgen Habermas a prolongé cette réflexion pour faire de la discussion des légitimités, le ciment de la cohésion sociale (1987 Trad. éd. 1981 Tome I).

Pour renouveler la pensée sur l'expérience et l'action, des sociologues n'hésitent pas à remettre en cause l'idée même de société. François Dubet considère ainsi qu' « il n'est pas faux de dire que la sociologie classique est « sociologiste » » (1994 p. 50)⁶ . François Dubet substitue alors le terme d'expérience sociale à celui de société pour parler des phénomènes sociaux qu'il rencontre. C'est en considérant cette expérience comme une expérience construite subjective et critique que l'on pourra reconstituer un système d'action intégrant différentes logiques et régi par une grammaire de l'action. Nous revenons ainsi au concept de conventions sociales comme un ensemble de processus cognitifs, de règles intériorisées, d'échelles de valeurs qui permettent de situer et de signifier son action aux autres.

⁶ (Cette sociologie) « propose une représentation et une interprétation relativement closes sur elles-mêmes, faites de correspondances et d'équivalents successifs au sein de cette équation générale. La société est un système d'action et l'action résulte de l'intériorisation du système par les acteurs. L'acteur, lui, est un individu d'autant plus autonome qu'il est socialisé. Enfin cette sociologie classique « croit » à l'existence d'une « société » qui est une représentation très particulière du social » p 50.

ii. Les conventions réintroduisent le jeu des acteurs

L'introduction des conventions peut être présentée comme une possibilité d'introduction des acteurs dans le jeu social. La mise en exergue de la création de nouvelles règles et d'une articulation entre valeurs, normes et contingences physiques remet l'acteur au centre comme créateur et animateur de ces conventions.

Nous verrons dans un premier temps comment cela permet de donner un cadre assez souple d'interprétation de l'action et des pratiques de travail en les considérant comme des processus toujours renouvelés mais qui obéissent cependant à des habitudes, des routines et des schémas d'articulation des valeurs. Nous exploiterons dans un deuxième temps la proposition de cadres conventionnels idéaux-typiques en gardant en mémoire le risque toujours présent que ces cadres se réifient en s'imposant à la pensée comme des entités naturelles qui existeraient en dehors de toute activité humaine et de toute interaction entre les individus.

Le cadre conceptuel de l'analyse conventionnaliste permet de « réunifier les trois approches systématiquement découplées dans la tradition néoclassique en économie : celle des valeurs, de la coordination et de la rationalité » (Eymard-Duvernay, F; 2006). Le couplage de ces trois approches permet de reconnaître les conventions qui régissent les actions en société. L'interprétation des conduites humaines dans un cadre conventionnel permet ainsi d'interpréter l'espace public et notamment les organisations, comme des lieux d'affrontement de logiques différentes.

On ne peut manquer de voir dans cette approche une parenté avec la pensée de Max Weber (1964 Trad. éd. 1947) qui a montré comment la conception religieuse de la place de l'homme dans l'univers pouvait faire écho à des pratiques de réalisation dans le travail. L'homme protestant se considère comme un élu de Dieu qui doit faire la preuve de sa vocation. L'accumulation des biens et sa réalisation personnelle dans le travail est une preuve de son élection et de sa vocation.

Plus tard l'analyse de Norbert Elias de l'avènement de l'occident reprend ce thème d'un aller et retour entre les pratiques et l'environnement qui les autorise (Elias, Norbert; 1998 ; Elias, Norbert; 2003 ; Elias, Norbert; 2003 ; Gomez, Pierre Yves & Jones, Brittany C.; 2000 ; Newton, Tim; 2001). Les conduites humaines se construisent comme des réponses à un environnement qui lui-même se définit dans l'émergence de nouveaux rapports de force. Ainsi de nouvelles façons d'exprimer le rapport de force entre le suzerain et le vassal se créent au sein de la cour royale qui en constitue le lieu organisé. Nous avons retenu aujourd'hui, de cette institution, le terme de courtoisie qui définit une conduite sociale et des normes particulières.

Plus récemment une branche de la sociologie et de l'économie a intégré le concept d'une pluralité de logiques d'actions qui régulent différentes situations sous le terme de conventions. Cette branche de recherche est reconnue aujourd'hui comme l'école des conventions. Les conventions sont ainsi conçues comme un ensemble de logiques évolutives qui s'appuient sur des repères cognitifs, des artefacts, des règles de jugement qui permettent une action en société par l'organisation d'un cadre commun de compréhension (Eymard-Duvernay, F; 2006)

Plus particulièrement dans les sciences de gestion, Pierre-Yves Gomez a fait de ce concept, l'objet principal de son travail de recherche (1994 ; Gomez, Pierre Yves & Jones, Brittany C.; 2000). Selon les théories conventionnalistes, l'action ne se détermine pas seulement par le calcul méthodique des conséquences attendues de nos actes. Nous mobilisons constamment des savoirs implicites qui nous permettent de gagner du temps, parce que tout n'est pas calculable. Les routines d'action et les conventions sont une illustration des automatismes qui permettent le développement d'une action pertinente sans qu'il ne soit nécessaire d'en avoir une représentation fidèle, détaillée et calculable. La seconde raison, qui justifie les conventions, tient au fait que l'action est souvent une interaction et nous avons besoin, pour régler ces interactions, de règles arbitraires. Le code de la route est un exemple très illustratif du besoin de ces règles arbitraires : passer au vert, rouler à droite, n'ont pas de fondement rationnel mais s'imposent comme des évidences. Ces règles arbitraires comblent des vides que la raison calculatoire ne peut justifier. Enfin beaucoup de situations offrent des marges d'incertitude qui conduiraient à des calculs compliqués qui ralentiraient l'action. Ainsi l'effort consenti au travail est une convention professionnelle qui évite d'avoir constamment à calculer la contribution de chacun. Dans toutes ces situations où il n'est pas possible de calculer, où il est compliqué de le faire et où il pourrait être dangereux de le faire, les conventions d'action permettent d'agir collectivement. La convention sert alors de justification pour évaluer la bonne ou la mauvaise action. Gomez indique alors que la convention agit comme un écran symbolique qui évite aux acteurs de se poser la question de leur rationalité, de leur croyance et de leur relation aux autres. Ce qui compte au fond ce ne sont pas tant les signaux renvoyés aux acteurs que les interrelations qui sont ainsi permises. Néanmoins on ne doit pas considérer les conventions comme des comportements conformistes qui n'évolueraient pas. Les individus sont confrontés à de multiples conventions et les choix qu'ils font d'en privilégier certaines plutôt que d'autres, font évoluer ces conventions. C'est notamment le cas dans les situations de crise qui amènent à des recompositions des croyances et des valeurs. Les questions de pouvoir trouvent également un cadre d'expression dans les champs des conventions du fait de la plus ou moins grande capacité des individus à contrôler les signaux qui régissent les conventions. Ainsi, les managers ont plus de possibilité que les autres à renvoyer des

signaux correspondant aux conventions qu'ils souhaitent activer. Ils ont aussi plus de possibilité pour instituer ces conventions et pour leur donner un caractère opératoire. Tout ceci constitue pour Gomez une forme de structure profonde des organisations qui facilite l'action de façon non complètement déterministe.

Le concept d'aller et retour entre un cadre de régulation des pratiques et des actions qui réalisent ces pratiques permet d'introduire les conventions comme des registres d'action qui permettent à chacun de reconnaître le contexte de délibération et d'action dans lequel il se situe. Cela constitue un ordre formel négocié qui permet de réintroduire la notion d'agent sans invalider celle de structure (Eymard-Duvernay, F; 2006 ; Handel, Warren; 2003). Cette reconnaissance d'un cadre d'action suppose aussi une forme de cohérence dans les différents éléments qui composent la convention. Ces registres cohérents peuvent être décrits sous la forme d'idéaux-types déterminés par les représentations collectives. Une branche de l'économie des conventions a donné corps au concept de « monde » ou de « cité » (Boltanski, L & Thévenot, L; 1991). Chaque monde correspond à des dispositifs de jugement et d'action reposant sur des rôles, des objets, des façons d'agir, des échelles de valeur qui composent des conventions idéales-typiques.

L'Ecole des Conventions formalise en général assez peu la structure générale des conventions. Le chercheur remet à chaque fois l'ouvrage sur le métier et réétudie chacun des dispositifs conventionnels de façon particulière. Les conventions constituent ainsi une propédeutique plus qu'un cadre formel d'analyse. Néanmoins nous pouvons distinguer, au sein de l'école conventionnaliste, des approches qui au contraire proposent des cadres conventionnels idéaux-typiques. Nous avons ainsi dans le domaine économique une proposition d'analyse des marchés des biens singuliers qui obéissent à des conventions qui en réglant les modes de connaissance segmentent différents marchés obéissant à des logiques différentes (Karpik, Lucien; 2007). Dans une approche plus généraliste, six mondes ont été identifiés par Boltanski et Thévenot, à partir de six textes politiques emblématiques. Une description détaillée de ces idéaux-types figure dans l'ouvrage de Boltanski et Thévenot. Elle a inspiré le Tableau 4 Description des idéaux-types de l'Economie de la Grandeur) qui présente brièvement les six cités et qui est tiré d'un ouvrage de Amblard, Bernioux, Herreros et Livian (2005 1ère éd 1996 p. 78-88). Le monde de l'inspiration est favorable aux changements. Le monde de l'opinion se distingue par son caractère purement relationnel et le peu de prix qu'il attribue à la mémoire. Le monde civique accorde une importance primordiale aux personnes collectives. Inspiré par un texte de Bossuet, le monde de la domesticité est construit sur des relations personnelles de proximité ; son expression naturelle est la famille, lieu de subordination et d'éducation; le bon sens, la bienveillance sont ses valeurs. Le monde marchand privilégie le marché comme

mode de coordination. Inspiré par un texte de Saint-Simon, le monde de l'industrie est habité par des ingénieurs, des scientifiques et des professionnels dont la rationalité est objective; les plans d'action, les chiffres, les indicateurs sont ses outils; la maîtrise technique, l'efficacité fonctionnelle sont ses valeurs principales. Quelques années plus tard, Boltanski et Chiapello (1999) identifient un septième appareil justificatif en cours de formation, la cité par projets, en référence à l'organisation et au mode de management du même nom. La cité projective se distingue des autres cités, en valorisant la mise en réseaux et la médiation.

Amblard, Bernioux, Herreros et Livian, dans leur résumé des travaux de Boltanski et Thévenot, indiquent en particulier les caractéristiques qui permettent de décrire les différents mondes représentants de différents idéaux-types. Le principe supérieur commun, indique les règles de jugement. L'état de grandeur donne les caractéristiques de celui qui est reconnu comme supérieur. Les répertoires de sujets et d'objets décrivent ceux qui peuplent le monde. L'épreuve modèle permet de mettre en équivalence ou de hiérarchiser des objets ou des acteurs. La figure harmonieuse définit la relation naturelle qui décrit au mieux l'harmonie du monde considéré. Ces caractéristiques sont reprises dans le tableau ci-dessous. Chacun des mondes identifiés par Boltanski et Thévenot est décrit selon ses attributs propres.

Tableau 4 Description des idéaux-types de l'Economie de la Grandeur

Monde	Inspiration	Domestique	Opinion	Civique	Marchand	Industriel
Principe supérieur commun	Se soustrait à la mesure, jaillit de l'inspiration.	Relations personnelles, hiérarchie, tradition.	L'opinion des autres.	Prééminence des collectifs.	Concurrence.	Objet technique et méthode scientifique.
Etat de grandeur	Spontané, insolite, échappe à la raison.	Bienveillant, avisé.	Réputé, reconnu.	Représentatif, officiel.	Désirable, valeur.	Efficace, performant, fonctionnel.
Dignité	Amour, passion, création.	Aisance, bon sens.	Désir de considération.	Liberté.	Intérêt.	Travail.
Répertoire des sujets	Enfants, artistes.	Supérieurs, inférieurs, ascendants.	Vedettes.	Collectivités.	Concurrents, clients.	Professionnels .
Répertoire des objets	Esprit, corps.	Préséance, cadeaux.	Noms, marques, messages.	Formes légales.	Richesse.	Les moyens.
Formule d'investissement	Risque.	Devoir.	Renonce au secret.	Renonce au particulier, solidarité.	Opportunisme.	Investissement ; progrès.
Rapport de grandeur	Singularité.	Subordination, honneur.	Identification.	Adhésion, délégation.	Possession.	Maîtrise.
Relations naturelles	Rêver, imaginer.	Eduquer, reproduire.	Persuasion.	Réunion, action collective.	Relations d'affaires, intéresser.	Fonctionner.
Figure harmonieuse	Imaginaire.	Famille, milieu.	Audience.	République.	Marché.	Système.
Epreuve modèle	Aventure intérieure.	Cérémonie familiale.	Présentation de l'événement.	Manifestation pour une juste cause.	Affaire, marché conclu.	Test.
Mode de jugement	Eclair de génie.	Appréciation.	Jugement de l'opinion.	Verdict du scrutin.	Prix.	Effectif, correct.
Forme de l'évidence	Certitude de l'intuition.	Exemple.	Succès, être connu.	Texte de loi.	Argent, bénéfice.	Mesure.
Etat de petit	Routinier.	Sans gêne, vulgaire.	Banal, inconnu.	Divisé, isolé.	Perdant.	Inefficace.

La cité par projet, décrite plus récemment, peut être ajoutée aux six descriptions précédentes. En réutilisant les indications données par les auteurs nous pouvons reconstituer la grille ci-dessous pour cette nouvelle cité (Boltanski, L & Chiapello, E; 1999).

Tableau 5 Description de la cité par projet

	Cité par projets
Principe supérieur commun	L'extension du réseau, la prolifération des liens.
Etat de grandeur	Engagé, engageant, mobile.
Dignité	Le besoin de se lier
Répertoire des sujets	Médiateur, chef de projet.
Répertoire des objets	Instruments de connexion.
Formule d'investissement	Adaptabilité, flexibilité.
Rapport de grandeur	Redistribution des connexions.
Relations naturelles	La connexion : connecter, communiquer, se coordonner.
Figure harmonieuse	Le réseau.
Epreuve modèle	Fin et début de projet.
Mode d'expression du jugement	Etre appelé à participer à un projet.
Forme de l'évidence	Faire partie ou être rejeté.
Etat de petit	Inengageable, inadaptable.

Nous pourrions utiliser la grille présentée au tableau 4 et complétée par le tableau 5, pour essayer de comprendre si les pratiques observées à l'hôpital correspondent à des logiques étudiées dans d'autres champs. Nous pourrions surtout nous inspirer de ces grilles pour en reprendre l'approche conceptuelle et dresser des cadres de compréhension adaptés aux situations rencontrées. Ces grilles d'analyse conventionnalistes présentent en effet l'intérêt de diversifier la forme de l'agencement des logiques collectives. Nous ne sommes

plus limités par les quatre fonctions de Parsons ; de multiples dimensions sont ainsi mobilisées et mettent en avant la signification symbolique qu'elles portent. Nous voyons ainsi apparaître explicitement des relations de pouvoir au travers de la définition de la grandeur des sujets et l'expression directe des valeurs au travers des épreuves de jugement. Néanmoins le risque persiste toujours, comme nous l'avons déjà mentionné, de réifier ces conventions pour en faire des objets sociaux indépendants des acteurs. L'esprit de ces grilles, plus que leur contenu, pourra orienter notre travail.

En poussant un peu plus loin cette logique qui consiste à décrire des conventions-types, nous nous rapprochons de la théorie qui fait de l'institution une structure qui impose les façons de faire et les logiques d'action.

iii. L'institution établit un cadre formel d'interaction

La théorie institutionnaliste, qui constitue le troisième cadre que nous avons identifié parmi les approches politico-sociales, met en avant les processus collectifs de coordination en opposition aux théories qui en font la simple agrégation des comportements individuels. Elle s'oppose ainsi aux théories comportementales ou aux théories qui font du sujet un individu rationnel et calculateur. Cela s'appuie sur des travaux qui ont montré l'absence de rationalité apparente des acteurs (Cohen, Michael D., March, James G. & Olsen, Johan P.; 1972). L'institution constitue ainsi une base structurante dans le domaine social, économique ou politique, qui oriente les choix et les comportements en faisant l'économie du choix raisonné. Les individus agissent dans un cadre institutionnalisé qui impose les modalités de décision et d'action. Un renouveau de ce cadre théorique a été introduit avec le terme de néo-institutionnalisme. Il s'écarte du modèle institutionnel politique pour y faire pénétrer la culture, les habitudes sociales et les processus cognitifs (Di Maggio, Paul & Powell, Walter; 1997 ; Selznick, Philip; 1996). Le néo-institutionnalisme se distingue ainsi de l'institutionnalisme qui l'a précédé par trois conceptions qui caractérisent l'institution (March, James G. & Olsen, Johan P.; 2006). Premièrement les institutions politiques ne sont pas mues seulement par des forces extérieures (critique du contextualisme), deuxièmement les comportements collectifs ne sont pas réduits à la somme des comportements individuels (critique du réductionnisme). Enfin ce n'est pas le calcul qui détermine les conduites (critique de l'utilitarisme). L'institution est alors considérée comme un ensemble de règles, de procédures, de contraintes et de schéma cognitifs qui ne sont plus considérés comme immuables mais affichent cependant une assez grande stabilité. Di Maggio et Powell, en citant plusieurs autres auteurs, indiquent que les institutions pourraient alors être considérées comme des « conventions qui, loin d'être perçues comme de simples

commodités, ont un statut de quasi règle dans la pensée et dans l'action » (Di Maggio, Paul & Powell, Walter; 1997 p. 122). L'institution pourrait alors être considérée comme la continuation des conventions sous une forme plus pérenne qui bénéficierait de mécanismes d'auto entretien. La distinction pourrait aussi porter sur le caractère choisi ou non du cadre conventionnel, l'institution s'impose en effet et ne laisse pas de choix à l'individu. L'institution est ainsi beaucoup plus immuable qu'une convention et ne peut se transformer que lors d'une remise en cause fondamentale. L'institution prend ainsi un statut naturel qui l'impose comme réalité du monde social. Elle se distingue de la convention qui internalise les conflits et incorpore des possibilités plus grandes d'évolution.

b. La gestion des escarres dans son contexte d'action sociale

Comme nous venons de le voir, nous avons des assemblages particuliers de modalités de jugement et de règles d'action portées dans un environnement spécifique qui associe des actants multiples (c'est-à-dire des sujets, des objets et des artefacts). Ces assemblages mobilisent des ressources cognitives qui recomposent leur environnement, qui modifient les mécanismes de coordination et qui donnent un sens nouveau à l'action. Ces assemblages ou dispositifs intégrés peuvent également être décrits comme des mondes ainsi que le formulent les auteurs des « Mondes sociaux de l'entreprise », (Osty, Florence, Sainsaulieu, Renaud, & Uhalde, Marc; 2007 p. 8)⁷. Cette notion de monde ouvre une perspective plus large que celle du cadre fonctionnaliste puisqu'elle ne préjuge pas de la forme de ces mondes. Nous partirons de l'ouvrage précité (Osty, Florence, Sainsaulieu, Renaud, & Uhalde, Marc; 2007) et de la grille d'analyse qu'il propose pour appréhender les situations rencontrées dans les différents hôpitaux lorsqu'il s'agit de la gestion des escarres.

Florence Osty, Renaud Sainsaulieu et Marc Uhalde proposent de faire appel à une théorie sociologique de l'entreprise, de façon à comprendre de façon approfondie les dynamiques de coopération qui fondent la performance collective. Le terme « monde social » est repris de travaux américains consacrés à l'étude des activités sociales marginales (Strauss, A.; 1992 Textes réunis par Isabelle Baszanger) ; ce terme est ici utilisé pour décrire les organisations de travail. L'étude des données recueillies dans différentes entreprises, au travers du prisme de l'approche sociale, permet ainsi de fournir un cadre d'analyse de différentes institutions. Tout en adoptant la démarche proposée, nous verrons

⁷ « Véritables sociétés humaines de production, reposant sur la mobilisation d'initiatives et de capacités d'action collective dans la production et intégrant la diversité des intelligences et des profils individuels ».

comment elle nous permet de retrouver les caractéristiques du travail à l'hôpital et comment elle en laisse certaines dans l'ombre.

La description des mondes sociaux reprend trois formes de régulation sociale : la réponse organisationnelle aux contraintes de l'environnement, le phénomène de socialisation au travers des relations et de l'identité, enfin la voie de la construction des logiques dominantes et des dynamiques culturelles. En reprenant ces différentes dimensions, nous essaierons de caractériser les dispositifs observés, soit par ce qui les rassemble soit par ce qui les distingue.

i. Le modèle productif de l'hôpital face à l'escarre

H. Mintzberg a appuyé ses travaux dans les années 80 sur le concept de contingence organisationnelle (Mintzberg, Henry; 1979 ; Mintzberg, Henry; 1982). L'entreprise se structure ainsi en fonction des contraintes que lui impose son environnement : contraintes de marché, contraintes techniques, contraintes politiques et réglementaires. Force est de constater en 2009-2010 que la question de l'escarre ne s'interprète pas au travers de ces différentes contraintes externes, tout du moins de façon directe à l'échelle des établissements. Nous observons d'ailleurs des mécanismes financiers qui pourraient agir en sens inverse. Ainsi, au travers de la tarification à l'activité, des incitatifs permettent aux hôpitaux d'obtenir des tarifs plus élevés pour les patients porteurs d'escarre. Paradoxalement, cela pourrait constituer une incitation à ne pas prévenir les escarres dans les services de médecine aiguë. Mais cela n'est pas signalé dans les différents entretiens par les personnes travaillant en soins aigus. Les services de SSR, quant à eux, sont à cette époque encore financés de manière globale, et ne peuvent bénéficier de ces incitatifs. Par ailleurs, des indicateurs de traçabilité du risque d'escarre sont en cours de construction mais ne sont opposables qu'à partir de 2011. Finalement en 2009 la responsabilité des hôpitaux dans l'occurrence des escarres n'est pas engagée autrement que par le risque d'une dégradation de la réputation dans le réseau professionnel. Pour la plupart des hôpitaux, le choix de travailler sur les escarres résulte en fait plus d'une initiative venant des services que d'une orientation à l'échelle des établissements.

Notre échantillon est particulier car il est constitué d'hôpitaux qui affichent un projet ou un savoir-faire sur les escarres. Néanmoins, ce choix repose plus sur des considérations d'opportunité, que sur des contraintes externes fortes directement rattachées à une politique nationale de gestion des escarres. Les hôpitaux A ont fait le choix de travailler sur les escarres pour revendiquer une autonomie par rapport aux établissements voisins plus importants. L'hôpital C a intégré la prise en charge des escarres dans son projet stratégique,

mais dans une démarche de post-rationalisation de reconnaissance des efforts produits sur le terrain. L'hôpital D fait indirectement de la prise en charge des escarres un nouveau positionnement. En recentrant son activité sur les soins pour personnes âgées et les soins palliatifs, l'hôpital D reconnaît l'importance de la prise en charge des escarres et investit dans ce domaine.

Nous avons donc dans l'ensemble des établissements que l'on peut considérer comme « protégés » de contraintes fortes en ce qui concerne la prise en charge des escarres (en tout cas jusqu'à 2011). Leurs politiques à ce sujet ne sont pas évaluées et c'est poussés, soit par la conviction des équipes, soit par des raisons d'opportunité, qu'ils ont investi ce champ. Cela se traduit, au niveau des établissements par des décisions d'investissement variables qui ne sont pas toujours soutenues dans le temps. Ainsi en fin d'année un établissement supprime le recours aux suppléments nutritionnels et un autre a oublié d'amortir les matelas achetés. A l'inverse, les personnels des services rencontrés, montrent tous le souci d'améliorer la prise en charge des escarres de façon à gagner le respect de leurs collègues. Les véritables enjeux concernant les escarres se situent en fait à ce niveau et peuvent même s'exprimer, en cas d'échec, sous la forme d'une culpabilisation professionnelle. Les services et les agents hospitaliers établissent ainsi leur réputation à l'intérieur du réseau professionnel, par leur capacité à ne pas créer d'escarre. La lutte contre les escarres apparaît ainsi avant 2011, plus comme l'expression des valeurs professionnelles à l'intérieur des services que comme une contrainte externe forte qui s'impose aux établissements.

En définitive nous retrouvons classiquement la dualité du monde hospitalier fortement structuré autour des valeurs professionnelles. Osty et al décrivent cette organisation comme une « structure professionnelle... typique des organisations à forte composante corporative (qui) associe une hiérarchie structurée et une certaine autonomie et participation aux décisions des échelons opérationnels ». Ils annoncent cependant, dans ce secteur, une évolution notoire par « l'introduction récente d'une logique gestionnaire dans l'univers du métier qui se traduit par un renforcement des procédures de contrôle des performances en lieu et place d'un système de contrôle basé sur la planification des actions » (2007 p 38). C'est effectivement ce qui se met en place à l'hôpital où la gestion centralisée fait de plus en plus la place à une évaluation post hoc de la performance. En ce qui concerne les escarres, cela se traduit concrètement par l'annonce par la HAS de la vérification prochaine des indicateurs de traçabilité du risque d'escarre dans les services. Par contre cela n'a pas encore conduit les directions à se pencher de façon particulière sur les différentes modalités d'équipement en matelas (location ou achat) ou sur l'étendue des besoins (les services d'urgence ne sont généralement pas équipés).

Sans surprise, nous retrouvons donc la structure professionnelle comme un cadre d'explication pertinent des pratiques générales de gestion des escarres. Ce cadre nous permet-il d'aller plus loin dans l'analyse des organisations et en particulier au niveau des équipes? Pour interpréter les différences observées entre services, il nous faut mobiliser les variations du modèle de la structure professionnelle décrites par Osty et ses co-auteurs. Ainsi la tentation, pour un service (hôpital D), de régler la question de la prévention de l'escarre par une traçabilité des mobilisations des patients par les AS, fait directement référence au modèle Taylorien. Cette organisation du travail systématise l'approche et organise son contrôle. A l'inverse, un autre service (Hôpital C) a choisi d'investir dans des matelas et de former les aides-soignantes de façon à les rendre autonomes dans le choix d'attribution. La formalisation par des protocoles et l'autonomisation professionnelle des individus, introduit ce qui est décrit comme une « organisation professionnelle de process » (Osty, Florence, Sainsaulieu, Renaud, & Uhalde, Marc; 2007 p. 41). Enfin, deux autres services mettent l'accent sur la responsabilité individuelle (hôpital B), l'un par une constante actualisation des connaissances de la physiologie de l'escarre, l'autre par la formation et la spécialisation (Hôpital D). Un nouveau cadre emprunté à la théorie des mondes sociaux, celui de « l'organisation personnalisée » (Osty, Florence, Sainsaulieu, Renaud, & Uhalde, Marc; 2007 p. 44), pourrait être invoqué dans ces deux cas.

Finalement, nous constatons que la diversité des organisations est bien plus importante entre les services qu'elle ne l'est au niveau des établissements. C'est bien au niveau des services que se déploient des stratégies différenciées de prise en charge des escarres. Cette distinction se retrouve aussi au niveau de la gestion des ressources humaines. La gestion des ressources humaines peut être un facteur de différenciation des organisations, mais les hôpitaux rencontrés ne diffèrent pas globalement dans leur mode de gestion des ressources humaines : les professionnels se distinguent par les diplômes acquis en formation initiale et il y a peu de possibilité de promotion professionnelle, sauf en ce qui concerne les fonctions de cadre de soin et de chef de service. A nouveau, c'est plutôt au niveau des politiques des services que des distinctions peuvent apparaître et s'appuyer tantôt sur une politique volontariste de formation des infirmières (hôpital D), tantôt sur des politiques de nomination de personnes référentes pour la question des escarres (hôpitaux A). Dans les deux cas cela ouvre sur une gestion individualisée des compétences avec toutefois assez peu de retombée sur le statut de ces personnes. La politique de gestion des ressources humaines, à l'échelle d'un établissement, pourrait également porter attention à l'engagement des personnels, mais à nouveau, c'est au niveau des services que nous trouverons une approche de ce type. A l'hôpital B la démarche de concertation associe les

personnels aux choix d'orientation des patients. Le SSR de l'hôpital C initie un processus de construction collective des compétences. Les deux services montrent une attention particulière au facteur humain, ce qui correspond à une forme aujourd'hui classique de la modernisation des organisations. Cela reste néanmoins de l'ordre de l'initiative locale et reste à l'intérieur du périmètre des services. Nous avons donc au total des hôpitaux qui se différencient peu au niveau général des organisations. Ils peuvent être décrits comme des structures professionnelles sur lesquelles la gestion des ressources humaines a relativement peu de prise. Des différenciations émergent cependant entre services autour des questions de formation et surtout d'engagement des personnels. Pour aller plus loin dans l'analyse des modes de gestion des prises en charge il faut donc pénétrer les services et y analyser les actions concrètes.

ii. Des jeux stratégiques complexes au sein des établissements.

Les organisations peuvent également être observées au prisme des jeux stratégiques que les acteurs déploient en leur sein (Crozier, Michel & Friedberg, Erhard; 1977).

Six types d'acteurs ont été décrits par Osty et al, nous pouvons retrouver 5 de ces différents types au sein des services en ce qui concerne la gestion des escarres :

Acteur contraint : l'AS peut typiquement représenter cet acteur contraint. Selon les services rencontrés, son autonomie de travail est plus ou moins importante, mais son planning de travail est établi par le cadre du service. En fait c'est la nature et le nombre des patients admis dans le service qui sont déterminants pour la charge de travail. Ceci est indirectement maîtrisé par la régulation des entrées et des sorties des patients par le cadre du service. Cette contrainte d'activité est d'ailleurs également partagée par les infirmières et les médecins.

Acteur de contrôle : le cadre du service est typiquement la personne qui veille au respect des règles et au bon fonctionnement du service, le médecin est plutôt le garant de la pertinence des soins, mais il n'intervient pas sur l'organisation des soins ni sur le planning.

Acteur occasionnel : les infirmières référentes sur la question des escarres peuvent être considérées comme ces acteurs occasionnels qui peuvent être mobilisés sur un sujet sans que l'on ne soit sûr ni de la pérennité de cet engagement ni du contenu de cette fonction.

Acteur de l'interface : le médecin qui se déploie aux frontières de l'organisation est typiquement le passeur des informations, il met en réseau avec les autres structures et fait circuler l'information. Le médecin de l'hôpital D assure typiquement cette fonction de maillage au sein du réseau des experts du traitement des escarres.

Acteur émergent : les ergothérapeutes et les diététiciennes sont des acteurs dont le rôle émerge pour la prise en charge des escarres. Leur niveau d'étude n'est pas différent de celui des infirmières mais leur fonction transversale leur donne un rôle privilégié et les associe aux différents projets qui structurent les dynamiques de changement (comités interservices et inter-établissements sur la prise en charge de la douleur, de la dénutrition, des plaies). Les infirmières qui se sont formées (DU spécialisé) dans le traitement des escarres peuvent également apparaître comme des acteurs émergents.

Le sixième type qui n'est pas retrouvé est celui d'acteur menacé. En tous cas, en dehors du malade lui-même, il n'y a pas à l'hôpital d'acteur qui soit vraiment menacé, en 2009, dans son expertise ou son rôle dans la gestion des escarres.

Pour compléter cette analyse, Osty et ses coauteurs, nous proposent des relations d'opposition, de négociation ou de consensus entre ces différents acteurs. Il n'y a pas dans notre expérience de relation forte d'opposition : à une occasion, la recrudescence des escarres est imputée à un changement d'organisation des équipes ; à une autre occasion un mouvement de grève est également déclenché contre la suppression de jours de repos par la direction. Mais ce qui prédomine, c'est plutôt le consensus au niveau des équipes. Ce consensus s'appuie sur un système assez élaboré de négociation avec le cadre du service qui se sert du planning et des admissions de patients pour gérer le climat social et la charge globale de travail. La définition qui est donnée au consensus (Osty, Florence, Sainsaulieu, Renaud, & Uhalde, Marc; 2007 p. 88) correspond assez bien aux situations qui ont été rencontrées : « Le consensus ... se prête difficilement à une lecture des rapports sociaux en terme de calcul et d'intérêt. Les relations stratégiques sont en effet encadrées dans un système de valeurs partagées, vécu par les acteurs comme une raison supérieure de coopération. Le mode de résolution des tensions ne relève ni du conflit ni de la négociation explicite mais d'ajustements tacites entre acteurs ».

Cette description des tensions peut être illustrée par l'enjeu que représente l'équipement en matelas à répartition de pression. Cet équipement est un facteur important de la charge de travail des AS. A aucun moment cela ne fait l'objet d'une négociation ou d'une revendication. Par contre, l'effort d'investissement des directions dans les matelas est salué. Les directions sont reconnues au travers de leur investissement à trouver des solutions de financement. Les médecins soutiennent cet effort en y apportant des démonstrations scientifiques d'efficacité. Cela peut donner lieu à l'élaboration de protocoles et de conventions d'utilisation qui concrétisent le consensus établi autour du matériel.

Cependant, une fois que nous avons posé cette structure de relation, il est difficile d'aller plus loin dans la description et nous manquons des outils permettant de décrire la

forme que prend le consensus. En particulier, les jeux stratégiques des acteurs précédemment cités s'appréhendent difficilement au travers de seules relations de domination et de contrôle. Comment placer le médecin chef de service dans la hiérarchie ? Il peut être expert clinique, expert méthodologique ou leader charismatique. Selon les schémas proposés il devrait se situer comme cadre intermédiaire et faire le lien entre opérateurs et direction. Mais ce n'est pas le cas. Cette fonction qui relie la direction aux opérateurs est assurée par le cadre et non le médecin. Mais dans ce cas, quelle relation lie l'équipe au médecin ? Comment décrire les interactions entre services, notamment pour les transferts de patient ? L'organisation des hôpitaux en pôles d'activité a pour objectif de renforcer la gestion médicalisée, cela a en fait peu d'effet dans les services rencontrés en 2009.

En définitive, nous nous arrêtons assez rapidement au seuil d'une explication plus fournie sur la construction des valeurs, les mécanismes de coopération et l'élaboration des consensus. L'utilisation du terme d'adhocratie qui a été utilisé pour décrire ce type d'observation permet alors de combler la difficulté à théoriser la situation. Pour comprendre les jeux stratégiques, il nous faut pénétrer plus en profondeur la réalité des pratiques de gestion des escarres pour ne pas en rester aux explications générales sur le consensus ou le conflit de pouvoir.

iii. Les dynamiques culturelles

Les dynamiques culturelles constituent le dernier pilier de l'analyse des mondes sociaux. Les organisations peuvent être caractérisées comme des lieux d'émergence de cultures professionnelles c'est-à-dire comme un « système d'entente, de valeurs et de compréhension entre individus à un niveau plus institutionnel (qui) suppose de dégager les vecteurs qui en facilitent la production et la transmission » (Osty, Florence, Sainsaulieu, Renaud, & Uhalde, Marc; 2007 p. 136).

L'hôpital a été classiquement décrit comme un lieu de coexistence de différentes cultures avec en particulier une sous-culture professionnelle forte au niveau des équipes soignantes (Mintzberg, Henry; 1982). Nos observations ne contredisent pas cette analyse et c'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles, l'analyse s'est concentrée sur les services et non pas sur les établissements, de façon à appréhender la performance des soins. Il est, en effet, apparu rapidement que c'était à ce niveau, celui du service, que des modalités de prise en charge efficaces étaient élaborées. Le modèle de la dualité culturelle, une fois qu'il a été admis comme un cadre d'explication du fonctionnement de l'ensemble de l'établissement, doit donc être mis de côté pour comprendre le sous-ensemble du service. Quand nous descendons à ce niveau, il est alors plus difficile de déterminer un seul type

culturel qui décrirait de façon pertinente l'ensemble des services. Le modèle identitaire « Professionnel de service public » correspond globalement assez bien aux diverses situations rencontrées : il y a un fort attachement au travail, la légitimité dans le service s'appuie sur la détention d'un savoir, sur la capacité à décider dans les situations singulières ; l'utilité sociale est forte, les relations entre collègues sont fortes au sein de l'équipe et donnent lieu à des négociations ; la cohérence identitaire autour du service public est également forte. Néanmoins, comment expliquer les différences observées entre les services ? Il faudrait réintroduire des variantes au modèle dominant « Professionnel de service public » qui sont décrites par Osty et y réintroduire des caractéristiques du modèle communautaire autour d'un leader charismatique qui forme ses collaborateurs (Hôpital B), ou bien du modèle entrepreneurial pour signifier les soucis de rentabilité de promotion et de formation des individus (Hôpital D), ou bien s'arrimer au modèle professionnel pur pour expliquer l'effort mis sur les mécanismes cognitifs et la protocolisation (Hôpital C).

iv. Un monde professionnel pluriel

Les mondes sociaux de l'entreprise sont décrits par différentes dimensions qui ont été évoquées précédemment (Osty, Florence, Sainsaulieu, Renaud, & Uhalde, Marc; 2007) :

- Les contraintes d'environnement
- La structure
- L'organisation du travail
- Le mode de gestion des hommes
- Les acteurs
- Les systèmes de relation entre acteurs
- Les identités collectives
- Les cultures d'entreprise.

Ces variables ont permis à Osty et ses co-auteurs de décrire cinq mondes sociaux : l'entreprise communauté, l'entreprise modernisée, l'entreprise en crise, l'entreprise duale, l'entreprise bureaucratique (2007 tableau p. 266-267). Le modèle bureaucratique, dans sa variante « dynamique professionnelle de service public », correspond assez bien au fonctionnement de l'hôpital dans son ensemble. En effet l'hôpital subit plutôt des contraintes de type technique ou socio-politiques quoique, de plus en plus, les contraintes de marché s'imposent aussi au travers des nouvelles formes de tarification. L'autonomie professionnelle est forte, le rôle social est affirmé dans une relation directe au public et la responsabilité est intériorisée. Les relations qui se nouent dans les équipes sont bien décrites par ce modèle,

et notamment par les aspects de solidarité au sein des équipes et par le rôle de médiation du cadre. Le système de rapports entre acteurs est donc plutôt du type du pacte ou de celui de la convention. Les carrières sont, elles, gérées par le statut.

Ce cadre décrit bien ce qui est commun aux différents services rencontrés. Pour le compléter, il faudrait emprunter quelques-unes des caractéristiques du monde de l'entreprise duale pour expliquer la coexistence de différentes cultures administrative et soignante. Par ailleurs les dernières réformes initiées en France tentent d'engager l'hôpital dans la voie qui introduit des valeurs entrepreneuriales de flexibilité et des contraintes de marché. Nous retrouvons à nouveau des éléments de description fournis par Osty, Sainsaulieu et Uhalde quand ils parlent des tensions qui apparaissent dans les services publics (2007)⁸.

Cependant cette description de l'hôpital, si elle nous éclaire sur quelques-uns des fonctionnements de la prise en charge des escarres (gestion par la norme, difficulté à reconnaître les compétences spécifiques, coordination par le pacte et le consensus, acteurs contraints, ambivalence du langage institutionnel), ne nous permet pas de décrire en profondeur les différentes dynamiques observées dans les services rencontrés. Au fond, nous avons un cadre commun, le monde des dynamiques professionnelles de service public, qui fait émerger des dispositifs particuliers. Ces dispositifs particuliers pourront s'appuyer sur les caractéristiques du monde dans lequel ils s'intègrent : mécanismes cognitifs, valeurs communes, établissement de pactes et de conventions. Dans une perspective de recherche en gestion, il nous reste néanmoins à caractériser les formes que peuvent prendre ces différents mécanismes de coordination au service de la gestion des escarres.

v. Aller au-delà et puiser dans l'épaisseur des dispositifs d'action

Les mondes sociaux de l'entreprise nous ont ainsi permis de retrouver les dimensions classiques de l'hôpital, avec toutefois des ébauches de transformation qui font évoluer ce modèle. L'ouvrage d'Osty (2007) s'attache d'ailleurs à mettre les structures des entreprises en perspective avec les dynamiques en développement. Pour l'hôpital nous pourrions plutôt, en utilisant les catégories proposées par l'ouvrage cité, parler d'adaptation et de modernisation plutôt que de transformation radicale. Si certains hôpitaux sont aujourd'hui en

⁸ « *Des contradictions apparaissent dans les services décentralisés à propos du type de rationalisation à l'œuvre. L'optimisation des ressources se décline fréquemment en standardisation et en codification des procédés de travail ; alors que parallèlement, les unités locales font l'objet d'une évaluation par les résultats, soutenue par un discours institutionnel sur leur autonomie organisationnelle. Entre centralisation et décentralisation, un nouveau modèle de régulation institutionnel se cherche. »*

tension du fait des réformes tarifaires, on ne peut cependant pas définir le mode de changement comme un mode critique. Ce n'est, en tout cas, pas le cas dans les établissements visités. Les professions restent en effet largement inchangées, les activités sont pérennes, les valeurs au travail, même si elles peuvent être bousculées, ne sont pas radicalement modifiées dans les services que nous avons rencontrés.

Le cadre d'interprétation proposé par l'analyse politico-sociale nous permet ainsi de décrire l'hôpital de façon globale. Cependant nous avons vu que pour comprendre les solutions trouvées pour prendre en charge les escarres, tant de façon préventive que curative, il nous fallait utiliser des variantes du modèle ou bien invoquer des mécanismes qui restaient à décrire (valeurs, sous cultures, mécanismes cognitifs). Le cadre proposé est donc très utile pour définir le substratum organisationnel sur lequel pourront se greffer différents mécanismes de gestion, mais il reste très incomplet pour une perspective de recherche en gestion. C'est un peu comme si la structure duale de l'hôpital dressait un filtre qui, en captant toute la lumière apportée par les différentes dimensions de l'analyse, occultait l'essentiel des dimensions expliquant la performance. Il s'agit donc de contourner le rideau pour aller voir derrière et comprendre les mécanismes essentiels.

Nous pouvons finalement nous interroger sur la pertinence du modèle social qui dépend non seulement de la maille d'observation (établissement ou service) mais également de la temporalité étudiée. Des dynamiques d'évolution sur le long ou moyen terme peuvent décrire la désintégration ou l'émergence des structures en utilisant le cadre politico-social. Mais ce sont des phénomènes rares dans la vie d'une organisation. Les phénomènes plus courts qui correspondent à des situations de gestion semblent moins bien appréhendés par ces descriptions fonctionnelles. Cette limite du cadre d'analyse est évoquée par les auteurs eux-mêmes qui soulignent la dépendance de leur analyse vis-à-vis de bouleversements importants de l'organisation. La fonction du chercheur peut alors se confondre avec celle d'un accompagnateur du changement⁹.

En définitive, en dehors de changements organisationnels importants, il faudrait pouvoir se situer à l'écart du fonctionnement administratif attendu et se frotter au travail réel.

⁹ « Rivée à une fonction d'études, la sociologie appliquée au changement des bureaucraties risque fort d'être prise au piège de l'expertise, qui qualifie moins ici la nature des connaissances produites qu'une relation intervenant-commanditaire limitant la réflexion sur l'exercice du pouvoir. Des expériences plus concluantes semblent avoir pour point commun de se situer plus à l'écart de ces normes de la dirigeance administrative. Soit à des niveaux plus opérationnels, où les responsables sont davantage percutés par les aspérités du terrain et du travail réel des agents... soit lorsque des personnages atypiques parviennent à se hisser à des postes de pouvoir et les utilisent pour engager des démarches de fond » (Osty, Florence, Sainsaulieu, Renaud, & Uhalde, Marc; 2007) (p348).

Ainsi la citation indiquée ci-dessus nous incite à nous tourner vers d'autres modèles pour étudier les effets d'organisation au quotidien de façon à approfondir cette notion de convention professionnelle qui est apparue à plusieurs reprises.

4. Le nécessaire retour aux dispositifs d'action pour comprendre la gestion des escarres.

Les cadres conceptuels que nous avons analysés précédemment ont fait apparaître les dimensions qu'ils avaient du mal à appréhender, c'est pourquoi nous pouvons parler d'incomplétude de ces modèles. La description empirique des hôpitaux, qui a été effectuée dans ce chapitre, fait en effet émerger des dimensions qui ne sont pas seulement des dimensions institutionnelles ou structurelles, mais plus encore des dimensions qui caractérisent l'action elle-même. Cette focalisation sur l'action semble importante pour montrer les différences entre services. Elle s'appuie sur des dynamiques (les actions, les interactions, l'émergence des rôles) plutôt que sur des états constitués (les fonctions, les institutions, les structures ou les artefacts matériels). Ainsi l'utilisation des ressources cognitives, le recrutement de nouvelles ressources, la requalification des situations, les coordinations et la fabrication du sens (« sensemaking »), entrent dans la description de nouveaux dispositifs qui associent l'attention, le jugement et l'action.

Nous essaierons de garder ce parti pris dans la suite du travail de façon à rester attaché à la notion de dispositif dynamique et évolutif qui articule l'attention, le jugement et l'action. Ce point de vue est influencé par la lecture d'auteurs qui se revendiquent des approches socio-économiques françaises de l'Ecole des conventions ou bien plus spécifiquement des Economies de la Grandeur ou bien encore de l'Economie des singularités. Il a surtout été influencé de nombreux chercheurs des sciences de l'organisation en Amérique du Nord qui mettent en avant les interactions entre acteurs comme primum movens de l'action. Ces auteurs peuvent être regroupés dans ce qui est appelé l'Ecole interactionniste symbolique. Le chapitre suivant explicitera ces apports et en tirera des conclusions pour l'étude des pratiques de prévention et de traitement des escarres.

En décrivant ces pratiques de gestion des escarres, nous progresserons vers la proposition d'un cadre d'interprétation des dispositifs de jugement et d'action mis en œuvre dans les services de SSR et de médecine polyvalente. Pour ce faire, nous devons dès à présent préciser le point de vue qui guidera la démarche épistémologique. Ce point de vue tient essentiellement en deux principes : tout d'abord s'intéresser essentiellement au niveau méso de l'organisation, c'est-à-dire celui des équipes, ensuite rester le plus longtemps

possible proche des données empiriques, les analyser le plus souvent possible à l'aide du langage commun de façon à ne pas introduire un cadre explicatif prédéterminé.

En suivant cette direction nous nous intéressons, pas seulement aux individus isolés, ni seulement aux macrostructures, mais aux équipes de travail et à leur façon de s'organiser (Heath, Chip & Sitkin, Sim B.; 2001). Cela nous permet de réintroduire l'acteur comme moteur des actions tout en reconnaissant l'importance des relations sociales qui se situent à ce niveau méso-organisationnel. C'est en adoptant ce point de vue que nous avons étudié les formes d'organisation des services hospitaliers confrontés à une pathologie particulière.

Cette approche est décrite par Brent Smith, Benjamin Schneider et Marcus Dickson comme le troisième paradigme de la recherche sur les organisations (2006). Ils définissent les théories méso-organisationnelles comme des approches qui incorporent les influences réciproques des différents niveaux de l'organisation. Ce qui peut être résumé selon eux, comme l'étude des comportements organisationnels (« Organizational Behavior », « OB research »). Cela s'écarte ainsi de l'étude des comportements individuels et met l'accent sur le caractère social de ces comportements à l'échelle d'une organisation. Cela constitue une tentative pour échapper à la distinction classique micro-macro ainsi qu'à l'opposition de la sociologie et de la psychologie.

Ce mouvement de recherche peut être tracé dès le début du XXe siècle dans les travaux de Max Weber qui relie la morale des individus comme groupe social à leur engagement au travail (1964 Trad. éd. 1947). Argyris, dans les années 60, s'est employé à montrer le caractère infantilisant des théories implicites du management qui s'intéressaient principalement aux comportements des leaders (1957). Il faut attendre Rensis Lickert (1967) pour remettre les choses à l'endroit, de façon à s'intéresser, non plus seulement aux comportements des individus et en particulier des leaders comme déterminant de l'efficacité des organisations, mais aux comportements des agents qui sont induits par la forme de l'organisation.

Aujourd'hui, plusieurs définitions peuvent être données à la recherche sur les comportements organisationnels. Selon Heath (2001), nous pouvons distinguer:

- L'étude des comportements individuels au sein des organisations.
- L'étude des comportements qui interviennent dans certaines formes d'organisation.
- L'étude des comportements qui sont centraux et qui structurent l'organisation.

Dans la première définition, les comportements sont neutres par rapport à l'organisation. Dans la deuxième définition, les comportements interviennent en réaction à certaines formes d'organisation. Dans la troisième et dernière conception, ce sont les comportements qui font évoluer l'organisation de façon à créer un environnement propice à leur expression.

Dans notre approche des pratiques de soins c'est de cette dernière perspective que nous partirons : nous verrons comment l'action humaine et les logiques qui l'accompagnent s'inscrivent dans, et structurent une organisation. Cette voie de recherche met l'accent sur la capacité à s'organiser, à se coordonner et à coopérer. Elle amène à s'interroger sur les normes sociales et les conventions de travail.

Synthèse du chapitre II

L'analyse de la performance à partir des pratiques de soins conduit à identifier divers cadres théoriques qui s'appuient sur une conception de l'action.

Le premier d'entre eux est d'inspiration positiviste et promeut en santé l'« Evidence Based Medicine ». Ce cadre qui est très efficace pour la description des relations causales entre les objets, rend mal compte des effets d'interaction entre les personnes. Sa déclinaison sous la forme d'un « Evidence Based Management » ignore le caractère social de la construction des connaissances et plus généralement de l'activité collective. En particulier ce modèle ne rend pas compte des relations complexes qui se jouent dans la prise en charge des escarres.

Le modèle fonctionnaliste influence profondément les cadres d'évaluation de la performance des organisations en santé. Il inspire ainsi généralement les mécanismes d'accréditation-certification des hôpitaux. Cependant le cadre fonctionnaliste fait peu de place aux acteurs et au temps. Les quatre fonctions classiques du modèle, stratégique, technique, structurelle et culturelle décrivent ainsi de façon incomplète les mécanismes de coordination dans la gestion des escarres.

La sociologie des organisations permet de comprendre, très généralement, les mécanismes de tension à l'hôpital. Cela permet de comprendre dans quel contexte la prise en charge des escarres se développe, mais à nouveau cela reste insuffisant pour pénétrer en profondeur ces pratiques. La théorie des conventions, par contre, et notamment dans ses applications à la santé, donne des clés d'interprétation qui permettent de distinguer différentes pratiques.

La revue de différents cadres théoriques met en avant l'importance des interactions au sein des équipes de soins et incite à rechercher une épistémologie d'inspiration pragmatique qui prenne sa source dans l'étude des interactions au sein des groupes sociaux.

Chapitre III Le choix d'une épistémologie pragmatique

Les modèles que nous avons explorés au chapitre précédent, le modèle fondé sur les évidences, le modèle fonctionnaliste et l'approche socio-politique, ont retenu notre intérêt parce qu'ils introduisaient explicitement une représentation conceptuelle de l'action au cœur de leur démarche. Cependant chacun de ces modèles part de postulats qui déterminent une épistémologie particulière. Ainsi le modèle fondé sur les évidences part d'un principe instrumental de l'action. Les chaînes causales peuvent être reproduites car elles ne varient pas dans le temps. Le modèle fonctionnaliste imagine, pour sa part, un système d'action isolé, ce qui conduit à minimiser les interactions entre les acteurs et leur environnement. Enfin, le modèle politico-social tend à autonomiser les normes sociales, ce qui conduit à leur institutionnalisation et à mettre, au second plan, le rôle des acteurs.

Les postulats de départ de tous ces modèles font ainsi plus ou moins de place au rôle de l'individu pris comme un agent ayant la possibilité de structurer son environnement de travail et d'interagir avec d'autres acteurs. A l'inverse, ces interactions sont mises en exergue par les approches qui se revendiquent de l'interactionnisme symbolique (Goffman, Erving; 1983 ; Weick, Karl; 1979 2nd ed.). L'approche conventionnaliste, qui met en avant les mécanismes d'intercompréhension, leur fait également une place importante. Les deux voies théoriques, qui s'ouvrent ainsi à nous, ont en commun de se fonder sur les interactions entre acteurs d'essayer de concevoir ces interactions comme le phénomène primaire qui permet de comprendre les mécanismes de structuration des entreprises collectives. Notre démarche s'est donc attachée à suivre le chemin indiqué par ces deux apports théoriques. Avant d'en arriver à cette étape de théorisation nous devons faire apparaître les mécanismes interactionnels. A cette fin nous sommes partis des faits empiriques les plus élémentaires, ceux que décrivent les acteurs, de façon à ancrer l'analyse dans le quotidien d'une prise en charge qui est encore mal maîtrisée.

Notre production de recherche proviendra ainsi de la convergence de trois flux : premièrement le choix d'un sujet trivial, deuxièmement des principes d'enquête et troisièmement un cadre d'interprétation. Une attention soutenue pour les activités concrètes et quotidiennes marquera chacun de ces trois pans de la recherche que nous allons décrire maintenant de façon plus détaillée.

1. Saisir la performance des soins sur leur lieu de production

Le choix du sujet n'est pas anodin, la prise en charge des ulcères de pression n'est pas considérée comme une des activités nobles de la médecine. Les articles les plus pertinents sur cette question sont retrouvés dans les revues à destination des infirmières et beaucoup plus rarement dans les revues médicales. Les conséquences de cette prise en charge, comme nous l'avons déjà vu, ont une importance considérable pour les patients et la société, néanmoins cela fait partie des activités considérées comme humbles et triviales. Par ailleurs, l'escarre, qui est une pathologie ubiquitaire n'appartient à aucune des disciplines reconnues. Les réanimateurs s'y intéressent quelquefois, les dermatologues rarement, car ce sont surtout les médecins et les infirmières travaillant dans les structures d'accueil des personnes âgées dépendantes qui sont confrontés à cette question. La spécialité de gériatrie, qui pourrait revendiquer la thématique de l'escarre, n'est reconnue officiellement que depuis 2004 et souffre encore d'une image peu valorisée (Fondation ESAI, 2004). Il y a de fait un parallélisme entre l'émergence de cette profession et l'émergence de l'attention sociale aux problèmes de prise en charge qu'elle rencontre.

La modestie de ce sujet est néanmoins un avantage pour le chercheur car elle permet de s'intéresser aux processus fondamentaux d'organisation et évite ainsi que l'attention n'aille à la technologie plutôt qu'aux hommes, au spectaculaire plutôt qu'au quotidien. Le choix d'un sujet trivial, encore délaissé par les recherches sur les services de santé, laisse un champ d'investigation encore peu influencé par les explications théoriques. Les personnes interviewées n'ont pas déjà sous la main des explications convenues à proposer sur la question des escarres. Eloigné des a priori théoriques, chacun pourra faire valoir son expérience, ses analyses et ses sentiments dans une langue la plus proche du langage commun. Le matériel primaire de l'étude sera constitué du travail quotidien, tel que le décrivent les équipes qui prennent en charge les patients fragiles ayant des risques importants de constituer des ulcères de pression.

Le traitement initial des données s'est donc intéressé aux activités réalisées au sein des services : processus élémentaires d'action, ressources mobilisées, instruments utilisés, coordinations des sujets, sentiments éprouvés à l'égard des situations décrites. Cette interrogation en profondeur du travail quotidien, met en avant les faits les plus modestes comme des événements qui valent par eux-mêmes et que le sens commun peut décrire. Cette démarche s'inspire de l'ethnométhodologie promue par Harold Garkinkel (1967). La première étape du travail a ainsi consisté à recenser et à décrire de façon triviale dans un langage commun les faits observés et les propos entendus. Ce n'est que dans un second temps que cette description des faits a été reprise de façon à mieux rendre compte des phénomènes observés selon une méthode de codage ascendant.

2. Une heuristique cohérente avec l'objet de recherche

L'a priori fort de l'importance des données empiriques induit le choix d'une méthode d'analyse qui respecte la richesse de ces données. Il s'agit d'éviter de les aplatir sous le poids d'une méthodologie qui nécessiterait des hypothèses fortes, et au contraire de savoir en garder toute la volatilité. Plusieurs auteurs ont utilisé des métaphores pour exprimer ce souhait. Karl Weick, dont nous parlerons plus loin, parle de l'évanescence de la fumée à opposer à la dureté du cristal (2006). Il nous dit qu'il faut savoir capter la fluidité de la vie en l'organisant entre ces deux extrêmes figurés par le nuage et le cristal.

La lente progression à partir des données empiriques vers une généralisation théorique essaye de respecter le caractère éphémère des relations, l'intangibilité des émotions, le non-formulé des connaissances. Cette progression est poursuivie en 3 étapes : une approche très terre à terre de catégorisation des faits, une catégorisation ascendante permettant d'identifier des phénomènes essentiels, puis un retour abductif sur ces phénomènes à partir des théories existantes de façon à identifier des faits marquants qui pourront être exploités dans la partie de théorisation.

a. L'étude de cas et la description en couche épaisse

L'approche phronétique¹⁰ de la recherche sur les organisations proposée par Flyvbjerg (2006) incite à développer cette compréhension profonde des activités en privilégiant la rationalité pratique et les valeurs des acteurs. La dimension du soin qui nous intéresse doit ainsi être recherchée dans les phénomènes quotidiens qui ne peuvent apparaître qu'en mobilisant des descriptions épaisses (« thick description ») de l'activité qui ont du sens pour les acteurs impliqués. Cela privilégie une approche qualitative qui passe par un premier niveau de compréhension en utilisant le sens commun (Lee, Allen S.; 1991). Les mécanismes d'action élémentaires, les relations quotidiennes entre collègues et les façons dont ils conçoivent l'activité constituent les données empiriques sur lesquelles l'analyse s'appuie. Cette façon de faire peut être décrite comme une approche ethnographique dans la mesure où elle essaie de rendre compte des schémas d'action partagés et des significations qui les soutiennent (Creswell, J. W.; 2007 2nd ed.). Cela fait référence à l'approche ethno méthodologique proposée par Harold Garfinkel (1967) pour

¹⁰ *L'approche phronétique de la recherche privilégie une approche ancrée dans les pratiques qui met en exergue les conditions du jugement, du pouvoir et du respect des valeurs dans l'action. Une immersion profonde dans les pratiques est ainsi requise de façon à comprendre les mécanismes de délibération.*

décrire les pratiques comme des comportements directement compréhensibles parce qu'ils sont indexés sur un cadre explicatif partagé.

La matière première de la recherche est constituée des comportements décrits, des croyances partagées, des valeurs exprimées. Quatre questions ont été systématiquement posées lors du premier lot des 14 premiers entretiens (Hôpitaux A1, A2 et A3) :

- Quel est votre intérêt pour l'escarre ?
- Quelle est votre opinion sur la question des escarres ?
- Avez-vous un avis sur les recommandations professionnelles ?
- Quelles sont les difficultés que cela pose ?

Ces questions ouvertes ont permis une expression très ouverte sur le thème de la prise en charge des escarres en mettant en avant les modes de représentation du phénomène étudié.

C'est en écoutant les acteurs nous parler de leurs activités quotidiennes dans les Services de Suite et de Réadaptation, que nous pouvons percevoir comment émergent de nouveaux outils, de nouvelles routines, de nouvelles formes d'organisation et de nouvelles représentations. L'importance donnée à ce que nous disent les acteurs, sur les relations qu'ils entretiennent, sur les artefacts qu'ils manipulent, met en exergue les liens qui se créent, les logiques d'action qui se déploient et les oppositions qui émergent dans des réseaux de signification (Latour, B.; 2005).

b. La catégorisation ascendante à partir des données de terrain

La deuxième étape du travail d'analyse des données consiste à rechercher des catégories qui puissent rendre compte des phénomènes communs exprimés dans l'ensemble des interviews. La démarche est empirique dans la mesure où elle ne pose aucun a priori, si ce n'est le choix des établissements et des personnes interviewées. C'est à partir de ce matériel empirique qu'un système de codage a été construit de façon progressive et hiérarchique pour interpréter les données. Cette façon de faire s'inspire de la méthode de la « Grounded Theory » initialement décrite par Strauss et Glaser en 1967 et présentée de façon très didactique dans deux ouvrages récents (Charmaz, K.; 2006 ; Creswell, J. W.; 2007 2nd ed.). La méthode employée s'est très largement inspirée de l'ouvrage de Kathy Charmaz. Cette méthode consiste à s'appuyer sur des faits relatés et à rester, dans un premier temps, au plus près de ce qui a été dit. L'analyse progresse ensuite par étapes successives, par cercles concentriques, qui sont alimentées par le processus de codage. Différents niveaux de codage se suivent et permettent de respecter les

recommandations de Strauss Glaser: mener de front la collecte des données et l'analyse, construire les codes analytiques et les catégories à partir des données, faire des comparaisons de données à chaque étape de l'analyse, faire progresser le développement de la théorie pendant toutes les étapes de la collecte des données et de l'analyse (Charmaz, K.; 2006).

Le codage constitue le moteur principal de l'analyse, il consiste à sélectionner des fragments de texte et à repérer ces fragments par des étiquettes, des codes, qui permettront ensuite de rapprocher les segments qui expriment les mêmes idées. Le logiciel Nvivo (version 8, QSR International Pty Ltd) a facilité le processus de gestion hiérarchique des codes et a permis de rapprocher et comparer les fragments de texte correspondant à un même code.

« Coding means categorizing segments of data with a short name that simultaneously summarizes and accounts for each piece of data. Your codes show how you select, separate, and sort data to begin an analytic accounting of them. »
(Charmaz, K.; 2006).

Le codage qui se constitue au fur et à mesure du projet exprime et met à jour l'interprétation des données par le chercheur. Il permet de suivre la construction d'une théorie sur un thème particulier et oblige à s'appuyer sur des données empiriques pour enraciner la théorie. La progression par étape permet de suivre le raisonnement et de constamment faire le lien avec les données de base.

Les étapes de codage qui ont été utilisées suivent les préconisations de Charmaz (2006). Un premier niveau de codage (open coding) a permis de recenser toutes les idées et les différents faits relatés. Une deuxième étape (focus coding) a permis de regrouper les codes qui appartenaient à la même catégorie.

« Focused coding means using the most significant and/or frequent codes to sift through large amounts of data. »
(Charmaz, K.; 2006)

Enfin une troisième étape (axial coding) a initié, à proprement parler, la démarche d'analyse, en déterminant à l'intérieur des catégories précédentes des phénomènes ou objets récurrents.

« Axial coding relates categories to subcategories, specifies the properties and dimensions of a category, and reassembles the data you have fractured during initial coding to give coherence to the emerging theory. »
(Charmaz, K.; 2006)

Le codage réalisé a permis ainsi d'identifier des phénomènes émergents importants et de les indexer dans l'ensemble des interviews transcrites, lorsqu'ils ont retenu particulièrement l'attention du chercheur. Cela a été le cas lorsque, un même phénomène ou une même expression forte, était formulé par plusieurs personnes dans des lieux différents. Ces expressions fortes ou récurrentes ont alors donné lieu à la rédaction de mémos qui ont permis de faire évoluer les idées vers un cadre plus général tout en préservant l'essence des phénomènes. Des mémos ont ainsi été écrits, au fur et à mesure de la collecte et de l'analyse des données, sur les idées suivantes :

- L'imminence d'un danger collectif
- Le directeur prescrit
- L'équipe et le service
- La gestion par la pédagogie
- La prescription comme forme de gestion
- La culpabilisation
- Le Qui-Vive
- Les experts magiciens
- Le mode d'influence des soins palliatifs
- Le médecin importateur
- Le projet de soin versus projet de vie
- La rationalité et les modes de connaissance
- Les référents surveillants
- La tradition clinique

Ces mémos font apparaître des thèmes principaux qui seront repris de façon plus détaillée au chapitre V.

3. Un cadre théorique d'interprétation qui remet l'action au centre

La description « épaisse », par les acteurs de leurs pratiques est très riche et fait émerger des phénomènes essentiels qui se sont révélés fondamentaux pour la suite du travail. Nous nous contenterons de les énoncer brièvement, car ils seront regroupés, au chapitre V, autour de quatre thèmes émergents importants. Les personnes interviewées ont tout d'abord mis en avant un registre émotionnel fort ; elles ont également fait apparaître un registre de coordination primaire spécifique qui met en exergue le lien entre l'attention et l'action ; elles ont expliqué par ailleurs comment les objets qui accompagnent les processus d'action ont un rôle très important et influencent les rôles dans un double processus d'influence ; enfin elles utilisent des modes de connaissance qui donnent des sens très différents au travail. Ces quatre thèmes ont pour caractéristique de donner beaucoup d'importance aux relations et aux interdépendances entre les acteurs eux-mêmes, entre les acteurs et les objets, entre les acteurs et les processus cognitifs.

Ces observations nous ont amené à rechercher des éléments de bibliographie qui permettraient d'éclairer les mécanismes d'interaction dans les activités collectives. Le fondement théorique qui nous est apparu comme le plus en congruence avec les données recueillies conçoit l'organisation comme une structure toujours en devenir où les mécanismes d'interaction sont au premier plan. Cela a inscrit les travaux qui s'inspirent de cette ontologie dans le courant de pensée dit « interactionniste ». Ainsi B Czarniawska décrit ce mouvement en établissant une forme de filiation entre Alport, Goffman et Weick (2006). Ce courant de pensée prend sa source dans l'analyse des interactions sociales qu'il étudie tout d'abord comme un échange de stimulus et de réponses entre les individus. L'abord purement behavioriste de l'origine a fait place à une approche qui prend en compte la signification symbolique des gestes et des paroles au sein des groupes humains.

Cette vision de l'activité collective nous amène ainsi à considérer l'organisation comme un flux d'actions qui se régénère constamment en créant son propre environnement (Tsoukas, Haridimos & Chia, Robert; 2002). Karl Weick résume cette conception de l'activité par le terme « d'enacting » qu'il est assez difficile de traduire en français. Des commentaires dans un ouvrage français sur l'œuvre de Karl Weick ont proposé le terme d'inter-structuration pour exprimer le fait que l'action modifiait l'environnement et créait ainsi ses propres conditions de développement (Brabet, Julienne; 2005). Nous reprendrons ultérieurement cette définition de « l'enacting » qui introduit le concept de structuration de l'activité.

La sociologie française nous offre également des perspectives qui permettent de rendre compte de la constitution de ces réseaux de signification qui encadrent les

interactions entre les individus. L'école des conventions, partant de la remise en cause des mécanismes économiques classiques, étudie l'organisation au travers des conventions et accords (Amblard, H, Bernioux, P, Herreros, G, & Livian, YF; 2005 1ère éd 1996). Les conventions sociales offrent ainsi un cadre de compréhension immédiate qui complète et continue le concept d'inter-structuration.

Les approches théoriques précédentes ont ainsi amené des éléments de compréhension déterminants pour les phénomènes essentiels identifiés lors de l'étude des prises en charge des escarres. Cet éclairage agit en trois directions qui postulent chacune le rôle fondamental des interactions comme éléments de structuration des activités.

Nous avons ainsi successivement un éclairage théorique sur les 3 dimensions suivantes :

- Le schéma d'action comme pattern signifiant,
- le mécanisme de structuration du schéma d'activité,
- les modalisations possibles de ce schéma par les conventions sociales.

Nous allons maintenant approfondir les éléments théoriques autour de ces trois notions qui guideront notre analyse des pratiques de gestion des escarres: pattern d'action, structuration de l'action et modalisation par les conventions.

a. Les interactions comme mécanismes primaire d'organisation

La mise en exergue des interactions construit un cadre d'analyse qui met en avant les significations comme mécanismes primaires. Pour développer ce volet, nous nous appuyons sur les travaux de George Herbert Mead, Anselm Strauss, Erving Goffman et Karl Weick. Ces quatre auteurs, qui ont tous été proches de l'école de sociologie de Chicago¹¹, ont marqué le développement de l'interactionnisme symbolique en opposition au fonctionnalisme (Rojot, Jacques & Wacheux, Frédéric; 2005). Nous pouvons ainsi retracer l'histoire de l'interactionnisme en établissant des filiations entre certains de ces auteurs (Czarniawska, Barbara; 2006).

On doit à George Herbert Mead la reconnaissance des mécanismes interactifs comme processus primaires de l'intercompréhension. Une même action peut prendre des sens tout à fait différents selon le cadre d'échanges établi entre les différents protagonistes. C'est parce que le médecin est reconnu comme médecin et qu'il a donné des signes pour être identifié comme tel, que le patient l'autorisera à poser ses mains sur lui. Hors de ce

¹¹ Karl Weick, *en fait travaille dans l'état voisin, à Ann Harbor, dans le Michigan.*

cadre, il est tout à fait improbable qu'un inconnu puisse reproduire ce geste ou alors avec une signification tout à fait différente. Les actes sont donc avant tout traités comme des symboles. Les objets qui accompagnent les actes, le stéthoscope dans l'exemple précédent, sont également des symboles avant d'être des outils. Le médecin qui utilise son stéthoscope le fait tout autant pour mieux entendre¹² que pour affirmer son statut, mettre à distance le patient et ainsi imposer un cadre d'interaction.

Ainsi les processus cognitifs qui lient les sujets doivent être attentivement étudiés car ils nous font pénétrer le cadre symbolique des actions. La signification qui est donnée aux choses, les mécanismes émotionnels, les symboles émergents seront autant d'objets importants pour la compréhension des schémas d'action. Anselm Strauss qui a collaboré avec G.H. Mead a particulièrement étudié les professions médicales sous cet abord. Il a ainsi montré que l'activité médicale se composait de différents types de travaux ayant chacun une logique spécifique et s'accompagnant d'objets et de gestes spécifiques (1992 Textes réunis par Isabelle Baszanger). Cela conduit à des interactions multiples au sein de la profession médicale qui est ainsi régulée par un « ordre négocié ».

Les rôles assumés par les individus sont des constructions sociales que l'on doit constamment réactualiser. Ce concept sera encore plus développé par E Goffman (1991 Trad. éd. 1974) qui lui aussi s'est intéressé à la médecine, mais plutôt du côté du malade. Goffman conçoit l'activité sociale comme un jeu de rôle où chacun donne à voir aux autres. Ainsi, le malade, pour être reconnu comme tel, doit intérioriser ce nouveau rôle et l'accepter peu à peu. Cette trajectoire est décrite comme une carrière morale qui lui fait interpréter ce nouveau rôle.

Goffman ayant été élu président de la société américaine de sociologie reprend, dans son adresse au congrès de la société, ces différents concepts sous le titre « The interaction order » (1983). En particulier, il rappelle que les mécanismes interactifs nécessitent pratiquement d'être en situation de face à face et que naturellement nous aurons donc affaire à des micro-événements situés socialement. Cela positionne les recherches qui privilégient l'interactionnisme dans un courant plus large qui prend appui sur les faits pragmatiques. D'ailleurs, en dehors de sa contribution à l'étude sociale de la médecine, Anselm Strauss est sans doute plus connu comme un des inventeurs de la méthode qualitative d'ancrage aux données de terrain (1990).

¹² *En fait le médecin peut tout à fait ausculter en posant l'oreille sur la peau, mais c'est moins efficace.*

b. Les patterns d'action (Karl Weick)

La démarche interactionniste essaie de conserver sous son regard la dynamique des processus. Cela correspond, dans le domaine de la qualité en santé, aux préconisations de Donabedian qui met les processus au cœur de l'analyse de la performance (2005). Mais cette démarche appuyée sur l'analyse des processus ne va pas de soi car nous sommes culturellement habitués à figer les processus sous la forme de substantifs. Le langage traduit cette difficulté en ne nous donne pas toujours les outils nécessaires pour parler facilement des processus (Bakken, Tore & Hernes, Tor; 2006). Ainsi, la langue française ne fait pas de distinction entre l'organisation comme action d'organiser et l'organisation comme structure résultant de cette action. L'anglais permet de faire la distinction en prenant garde d'utiliser des verbes plutôt que des noms (Bakken, Tore & Hernes, Tor; 2006). Les recherches qui adoptent le parti pris interactionniste, utilisent les termes organizing (Czarniawska, B.; 2008), knowing (Nonaka, Ikujiro; 1994 ; Tsoukas, Haridimos; 2000), strategizing (Denis, J.-L., Langley, A. & Rouleau, Linda; 2007) plutôt que les substantifs associés pour bien marquer le statut en devenir de ces actions. Les processus prennent ainsi le pas sur les entités qui ne leur préexistent pas mais en découlent.

Les tenants de l'interactionnisme enseigneront ainsi l'art de produire de la stratégie plutôt qu'ils ne décriront la stratégie comme un objet figé. Ce parti pris ne conduit pas du tout aux mêmes résultats pédagogiques. Dans un cas on ne préjuge pas de la stratégie à mettre en œuvre mais on apprendra à produire de la stratégie, dans l'autre on s'attachera à décrire quelques figures stratégiques connues.

C'est à cet effort continu que Karl Weick se soumet pour décrire les organisations. Cela lui permet de toujours valoriser la dimension performative des actions plutôt que les structures qui l'encadrent (2005). Cela lui a permis d'apporter de nouveaux concepts très productifs dans les sciences de gestion. Le « sensemaking », l' « enacting » et le « mindfulness », qui seront exposés plus loin, se sont imposés comme des concepts innovants dans les sciences de gestion (Gioia, Dennis A.; 2006). Cette approche trouve aujourd'hui de nombreux prolongements dans des programmes de recherche qui conçoivent l'organisation comme un lieu de changements permanents (Tsoukas, Haridimos & Chia, Robert; 2002).

Le courant de pensée dans lequel se situe Karl Weick prend sa source au début du vingtième siècle. Il prend sa source lors des débats entre les tenants du rôle des acteurs, d'où a dérivé l'approche behavioriste centrée sur l'individu, d'une part, et celle des tenants de la structure ou du système qui excluent cet acteur, d'autre part. La controverse reste entière aujourd'hui lorsque, par exemple, Bruno Latour exclut l'existence a priori de la société comme une entité qui pourrait expliquer nos façons d'agir (2005). Cette position

conduit à privilégier les événements au détriment des structures figées. Barbara Czarniawska retrouve le germe de cette idée jusque dans l'ouvrage de Katz et Kahn « The social psychology of organizations » (2006). En publiant la même année, dans sa première édition, « The social psychology of organizing », Karl Weick met plus fortement l'accent sur le caractère dynamique du processus d'organisation (1979 2nd ed.). Barbara Czarniawska, en poursuivant son étude du travail de Karl Weick (2006), nous montre comment, dans le travail de Karl Weick, les actions ou les événements prennent le pas sur les groupes, les organisations ou la société. Pour agir, les acteurs doivent certes se référer à des structures qui leur permettent de se comprendre, mais ainsi conçue, la structure est secondaire à l'action, c'est un produit de l'action. L'intrication des actions et leur articulation dans des patterns constituent ainsi selon Karl Weick, l'objet principal d'étude.

La réflexion théorique de Karl Weick sur l'importance du flux des actions trouve sa correspondance dans l'importance que les personnes rencontrées dans notre étude, ont donnée aux processus d'action. Cela nous amènera à privilégier ces processus, notamment dans la relecture des faits, qui illustrent une articulation particulière de l'attention et de l'action. L'interprétation des données empiriques s'attachera à identifier le flux des actions qui sont déployées dans les différents services.

c. La structuration (Giddens, Dutton et Feldman)

Néanmoins, comme les critiques qui ont été adressées à Karl Weick le montrent, cette priorité accordée aux processus peut laisser de côté des éléments importants de la structuration. Le terme d'enacting, utilisé par Weick, permet d'introduire le dualisme de la structuration et de la structure, mais il le fait de façon prudente et mesurée. Jacques Rojot et Frédéric Wacheux utilisent le terme d'environnement agi pour en parler (Rojot, Jacques; 2003 p. 352-357;Rojot, Jacques & Wacheux, Frédéric; 2005). Julienne Brabet (2005), quant à elle, doit recourir à une longue périphrase pour expliquer ce que c'est que l'énaction :

« Le concept d'énaction résume dans l'œuvre de Weick la double dimension du processus de construction opéré par un acteur :

- Celle de la représentation de ce qu'il vit comme lui-même et de ce qu'il vit comme extérieur d'une part ;
- celle de l'influence qu'il exerce sur les objets, par la manière dont il se les représente d'autre part. »

Pour bien comprendre ce concept, il faut se replacer dans le cadre interactionniste selon lequel les individus, en agissant, créent des scripts d'action et d'interaction qui conditionneront les actions suivantes. L'action en cours détermine ainsi l'environnement des

futures actions. Cet environnement est agi dans le sens où il se crée et se structure par le flot des activités en cours dans lequel est immergé l'acteur.

En résumé, le terme d'énaction soutient l'idée que l'action produit des effets sur l'environnement qui, lui-même en retour, encadre l'action. L'énaction tout en restant sur des bases très interactionnistes qui privilégient l'action, commence de cette façon à faire la place à des éléments de structure. Mais Karl Weick reste cependant très réticent à faire de la place à des objets figés dans sa pensée (Brabet, Julienne; 2005; Lorino, Philippe; 2005).

La question de la structure reste un objet de difficulté pour une démarche interactionniste dans les Sciences de Gestion. Comment en effet parler de management en se passant des multiples artefacts qui sont créés pour charpenter les organisations et leur donner vie d'une certaine façon. C'est un reproche qui a souvent été fait à Karl Weick : ainsi Philippe Lorino va jusqu'à parler de présence fantomatique des instruments dans la pensée de K Weick (2005), et Julienne Brabet lui reproche d'oublier l'acteur (l'énaquant) et le résultat de ses actions (l'énaqué) (2005). Le dualisme structuration-structure a par contre été plus particulièrement décrit par les travaux d'Anthony Giddens. Nous passons ainsi d'une dualité qui oppose structure et structuration, à un dualisme qui intègre structuration et structure, dans un même schéma d'action.

Les travaux de Giddens ont été mobilisés au début de ce travail pour critiquer la vision fonctionnaliste de l'organisation et nous n'y reviendrons pas (1979). Ils sont aujourd'hui abondamment cités par les auteurs qui essaient de réconcilier deux dimensions de l'organisation : celle des scripts d'action et celle des ressources qui concourent au déroulé de l'action. Les chercheurs en Sciences de Gestion développent ainsi une perspective interactionniste qui s'appuie sur le concept de structuration (structuring) pour dépasser l'opposition de nature entre la structure figée et la dynamique d'action. Cette approche rejette la dualité entre éléments statiques et éléments dynamiques d'un système d'action pour au contraire intégrer ces deux dimensions dans un dualisme qui permet de rendre compte des interactions entre les patterns d'action et les arrangements matériels qui à la fois les autorisent et en découlent.

Ce dépassement de la dualité structure-structuration se retrouve en particulier exprimé par les travaux les plus récents sur les mécanismes de création et d'entretien des routines. Ces études proposent de ne plus penser les routines comme figées, mais au contraire comme des processus qui s'inscrivent de façon flexible et toujours renouvelée dans la mémoire des individus et des organisations (Cohen, Michael D. & Bacdayan, Paul; 1994 ; Feldman, Martha S.; 2004 ; Feldman, Martha S. & Pentland, Brian T.; 2003).

Deux sources d'inspiration, qui font référence à la pensée de Giddens et essaient de conceptualiser l'apport des ressources, des routines et des agencements matériels, ont ainsi plus particulièrement influencé notre façon de relire les données recueillies au cours des investigations. La première (Dutton, Jane E., Worline, Monica C., Frost, Peter J. & Lilius, Jacoba; 2006) utilise des « faits marquants » qu'elle appelle « touchstones », pour reconstituer le schéma général d'activité qui a permis d'organiser la compassion après un incendie sur un campus universitaire. En nous inspirant de Dutton nous avons catégorisé les différents processus élémentaires que les soignants développent pour encadrer la prise en charge des patients à risque d'ulcère. Nous verrons que cette analyse de l'action privilégie une dimension synchronique de l'action car elle met l'accent sur la succession des processus élémentaires dont l'articulation crée un « pattern d'action » particulier. Cette approche se situe dans le temps des événements, c'est-à-dire dans le domaine de la santé pendant le temps de la prise en charge d'un patient.

La deuxième source d'inspiration prend son origine dans les travaux de Feldman sur les routines d'action qui mettent l'accent sur une autre dimension temporelle (2000 ; Feldman, Martha S.; 2004 ; Feldman, Martha S. & Pentland, Brian T.; 2003). L'organisation est conçue comme émergente d'un cycle d'action qui se renouvelle. Les résultats du cycle précédent sont les ressources du suivant (Feldman, Martha S.; 2000). Cette approche, et en particulier la conception cyclique de l'action, constitue une théorie de l'organisation des ressources appuyée sur les pratiques (« a practice-based theory of organizational resourcing »). Ceci nous semble correspondre assez précisément à l'activité clinique. Ainsi, la prise en charge d'un patient particulier constitue un cycle d'action qui s'appuie sur l'expérience antérieure et constitue l'expérience pratique pour les suivants. Les routines qui s'installent peuvent être considérées comme des accomplissements émergents qui font persister pour un temps donné des formes, des schémas, qui seront modifiées lors des cycles suivants (Feldman, Martha S.; 2004). Les ressources sont ainsi introduites comme un souvenir des actions précédentes, ce qui permet d'assujettir la structure à l'action. Ainsi l'identification des ressources comme résultats d'un mécanisme de structuration permet de réintroduire la notion d'agent et de pouvoir au sein de la structure, car la possibilité de faire varier les ressources, de les sélectionner ou de les retenir peut constituer des facteurs d'orientation du changement ou de la stabilité de la structure. Nous verrons que cette analyse, qui met en relation différentes expériences en les incorporant à des routines, privilégie une dimension diachronique de l'activité. Cette dimension est dite diachronique, car elle établit un lien persistant entre les processus d'action et les ressources utilisées. Elle crée ainsi une structure rémanente qui autorise, encadre l'activité et la fait évoluer en persistant dans le temps.

Cette dichotomie synchronie-diachronie a pourtant été refusée par Giddens, qui a influencé les deux sources d'inspiration précédentes (1979). Il assimile cette dichotomie à l'opposition de l'action et de la structure. Le dépassement qu'il propose consiste à lui substituer la notion d'un temps de l'action indifférencié. La structure émane alors des activités par sélection des objets, des routines, des habitudes comme un renouvellement permanent. Ainsi la structure n'existe pas indépendamment de l'action qui la génère. Cependant, nous pouvons nous demander si, en assimilant les oppositions entre d'une part action et structure et d'autre part synchronie et diachronie, Giddens n'a pas fait abstraction un peu trop rapidement de ces dimensions temporelles de l'action. Contrairement à Giddens, nous garderons dans notre analyse la distinction entre les temps synchroniques et diachroniques comme des dimensions structurantes de l'activité.

Finalement Le passage par les routines d'action, telles que les conçoit Martha Feldman, peut faire évoquer la notion d'habitus développée par Pierre Bourdieu (1994) et plus trivialement vers l'identification de cultures professionnelles (Sainsaulieu, Renaud; 1977 ; Strauss, A.; 1992 Textes réunis par Isabelle Baszanger). Nous pouvons également trouver chez Anselm Strauss, cet intérêt pour les identités professionnelles, en particulier médicales et paramédicales (Strauss, A.; 1992 Textes réunis par Isabelle Baszanger). Loin d'en faire des structures figées, Strauss montre l'intérêt qu'il y a à les concevoir comme des constructions sociales toujours évolutives, segmentées et redéfinies qui composent un ordre négocié.

Nous pouvons voir à l'horizon de cette démarche se profiler la question des conventions de travail qui ont été évoquées précédemment. Les auteurs américains, et notamment Karl Weick, évoquent d'ailleurs l'Ecole des Conventions française dans le prolongement de la défense de l'interactionnisme dans les Sciences de Gestion (Weick, Karl E., Sutcliffe, Kathleen M. & Obstfeld, David; 2005). Mais ils s'y attardent peu pour s'emparer de la question de l'institution et du renouveau de cette question par le néo-institutionnalisme (Fombrun, Charles J.; 1986 ; March, James G. & Olsen, Johan P.; 2006 ; Selznick, Philip; 1996)

d. Les conventions donnent du sens à l'action

Le concept de « structuring » est fuyant, situé dans le monde de l'action, il résiste à s'appuyer sur des objets fixes. Les auteurs qui s'y réfèrent mettent un soin particulier à éviter les éléments structuraux qui, de façon permanente, guideraient l'action. Cependant, comment décrire nos habitudes de pensée et d'action ?

Nous pouvons reprendre les travaux de Karl Weick qui a sans doute mis le plus d'attention à éviter de penser l'action sous une forme réifiée. Un de ses concepts, le « sensemaking » est une pièce maîtresse de ce programme. Dans son article de 2005 (2005), Karl Weick fait un long développement pour en montrer toutes les portées conceptuelles pour les sciences de l'organisation. Cependant le terme de « sensemaking » est difficile à transcrire en français, l'expression « fabrication du sens » en limite la portée et les auteurs français qui ont travaillé sur ce concept ont gardé la terminologie anglo-saxonne (Autissier, David & Bensebaa, Faouzi; 2006). La définition qu'en donne Weick insiste sur la relation qui associe l'action et l'interprétation que l'on donne à l'action. Le « sensemaking » débute par une organisation des flux d'information, puis par l'identification d'indices au cours de l'action. La collection de ces indices permet de nommer ce qui est en train de se produire et de lui donner une signification. Cette signification partagée permettra à chacun d'orienter sa contribution à l'activité. Le « sensemaking » est ainsi une façon d'organiser l'activité au travers de la communication, tout en restant très proche de l'action à laquelle il donne a posteriori du sens. Mais cela ne permet pas d'expliquer les aptitudes cognitives qui préexistent au flux d'action. Aussi pour parler de la qualité de ce flux d'action, Karl Weick développe le concept de « mindfulness ». Le « mindfulness » décrit une façon de conduire les activités de façon vigilante, réactive, pratique, habile et résiliente (2007 2nd éd.). Cette approche qui repose sur la description d'un pattern particulier d'action permet d'éviter de parler de structure, tout en faisant référence à des cadres cognitifs qui préexistent à l'action. Mais ce n'est sans doute pas suffisant pour expliquer les effets rémanents qui restent inscrits dans l'environnement matériel.

Le « sensemaking » est ainsi présenté comme une capacité des acteurs à construire un cadre collectif de compréhension permettant d'agir de façon coordonnée dans une situation donnée. L'institutionnalisation offrirait également ce cadre préétabli de compréhension. Mais Karl Weick s'associe à Barbara Czarniawska pour penser que l'institution ne fait que reconstituer, a posteriori, le sens de ce qui se passe lors de l'action. Il nous propose une voie de réconciliation qui passe par une discussion des analyses qui se situent entre les niveaux micro et macro-organisationnels. Il invoque alors le lien qu'il est possible d'effectuer entre le sensemaking et les structures cognitives associées à des mécanismes de mimétisme, de mobilisation de la résistance et autres alternatives au conformisme. Il fait finalement mention de l'école française des conventions comme une branche des démarches institutionnalistes qui permettrait de décrire ces phénomènes. Mais il ne développe pas cette piste et poursuit en citant la thèse de Klaus Weber qui s'intéresse au contenu du sensemaking plutôt qu'aux mécanismes de celui-ci. Les institutions, et le discours public qu'elles développent, permettraient, selon les travaux de cet auteur, de poser les problèmes mais ne dirigeraient pas les solutions à ces problèmes. Les institutions

apparaissent alors diriger l'attention, fixer le calendrier et cadrer les problèmes, mais finalement donneraient assez peu de pistes pour résoudre ces problèmes. Cette thèse a donné lieu ensuite à une publication qui essaie de repenser le lien entre sensemaking et institution dans des termes qui font immédiatement penser aux approches conventionnalistes « à la française » (Weber, Klaus & Glynn, Mary Ann; 2006). Nous développerons ultérieurement ce lien entre sensemaking, conventions et institutions.

Martha Feldman nous semble aller un peu plus loin dans la direction des conventions sociales. Lorsqu'elle décrit des expériences empiriques de structuration des routines, par exemple à l'occasion d'une étude sur les processus de recrutement des responsables de l'organisation de la vie étudiante dans les résidences étudiantes (2000), elle montre comment les changements opérés dans la routine de recrutement peuvent complètement changer le sens de la fonction de ces responsables. D'une fonction d'éducateur ils peuvent passer à une fonction de surveillance sans que le processus ne donne l'impression d'avoir changé. Elle introduit ainsi une distinction entre la définition « ostensive », c'est-à-dire ce qui est donné à voir, et la définition « performative », c'est-à-dire ce qui est réellement produit par l'action et lui donne du sens.

L'approche par les routines introduit ainsi deux notions qui nous semblent se rapprocher des mécanismes conventionnels. La routine introduit une première notion de persistance dans le temps. Il y a ainsi des habitudes, des façons de penser qui persistent au-delà de l'action et qui constituent des cadres futurs d'action. La distinction entre caractère ostensif et performatif introduit une deuxième notion qui est celle d'une cohérence non explicitement formulée, mais qui viendrait régler et sanctionner l'action. Nous ne sommes pas très loin de ce qui peut être défini par d'autres auteurs, comme une convention. A nouveau, comme Karl Weick, Martha Feldman introduit, dans la discussion de ses travaux, une analyse des relations avec l'institutionnalisme. Au final il nous semble qu'entre interactionnisme symbolique et institutionnalisme il puisse y avoir une place pour une analyse conventionnaliste qui ferait le lien entre les deux pôles de la dualité structure-structuration. Pour l'instant, ces deux extrêmes sont sur des positions conceptuellement antagoniques qui rendent les convergences difficiles.

Notre étude s'appuie sur des cadres théoriques éprouvés et a pour ambition principale de les utiliser, sans les altérer, pour penser la performance en santé. Nous éprouvons, néanmoins à ce stade, le besoin de rapprocher deux cadres conceptuels habituellement disjoints pour compléter notre proposition théorique. Nous avons ainsi besoin de mettre en relation interactionnisme symbolique et théories conventionnalistes. Dans cette démarche nous pouvons nous appuyer sur un éditorial récent d'*Administrative Science Quarterly* (Okhuysen, Gerardo & Bonardi, Jean Philippe; 2011) qui appelle à combiner

différentes perspectives théoriques pour éviter que la recherche en management ne s'enferme dans des silos. Cette publication fait référence à de nombreux articles qui se plient à cette discipline en associant deux théories différentes. Les éditorialistes essaient de montrer les difficultés de cette entreprise et décrivent quatre différents types d'association. Une de ces quatre associations combine des théories distantes reposant sur des hypothèses éloignées voire incompatibles, mais sur des phénomènes proches. C'est ainsi qu'en avançant sur le chemin de la compréhension des phénomènes de structuration des pratiques hospitalières et de leur inscription dans des conventions professionnelles, il nous semble que nous pouvons essayer de rapprocher des points de vue théoriques différents qui s'intéressent à un objet commun. Le cadre d'analyse des conventions permet en effet une lecture des phénomènes de structuration assez proche de celle que développe l'interactionnisme symbolique, lorsque ce dernier essaie de comprendre les effets de structure. L'approche conventionnaliste nous semble ainsi compléter utilement l'analyse des effets de structuration. Cela achève ainsi la triade que nous avons esquissées avec tout d'abord la description d'un pattern particulier d'action, puis l'étude de sa structuration et enfin les possibilités de modalisation qui le relie à des schémas plus généraux d'action. La modalisation consisterait ainsi à sélectionner des objets, des modalités de jugement, des règles de décision particulières pour donner au cadre primaire d'action des caractéristiques qui permettent de le rattacher à des catégories de jugement et d'action plus générales.

i. Le cadre conceptuel conventionnaliste

En France, Pierre-Yves Gomez a mobilisé le cadre d'analyse conventionnaliste dans ses travaux de recherche sur les organisations (1994 ; Gomez, Pierre Yves & Jones, Brittany C.; 2000). Il définit les conventions comme des ensembles de normes, de croyances, de règles, de mythes, qui forment des cadres de coordination pour l'action. Elles constituent, selon ses termes, la structure profonde des organisations qui permet aux différents protagonistes d'ajuster leurs actions par l'acceptation de règles qu'il n'y a plus à justifier à chaque fois. Nous retrouvons, dans cette définition, des bases communes avec l'interactionnisme et en particulier le concept de sensemaking qui donne la possibilité aux acteurs de s'ajuster. La différence, essentielle de notre point de vue, tient au statut plus autonome de la convention par rapport au concept de sensemaking qui se forme au décours de chaque action particulière.

De façon à faire le lien entre interactionnisme et conventionnalisme nous conserverons du cadre d'analyse conventionnaliste la notion que les coordinations d'action émergentes peuvent constituer des ensembles cohérents qui guident l'action. De façon à ne

pas en faire des objets figés et de toujours les asservir à l'action, nous les considérerons comme des cadres de « modalisation » du schéma primaire d'action. Nous empruntons ce concept de « modalisation » à Goffman, qui l'a développé pour expliquer comment les cadres de l'expérience pouvaient être « modalisés » (1991 Trad. éd. 1974). Goffman, dans son ouvrage de référence, s'intéresse aux interactions entre les individus qui sont réglées par une forme de théâtralisation signalant le bon registre de communication et d'engagement (1991 Trad. éd. 1974). Les acteurs jouent ainsi des rôles pour lesquels ils devront garder la face, de façon à rester crédibles et engagés dans la relation avec les autres. Ce rôle s'inscrit dans un cadre qui est construit par l'interprétation des acteurs, les costumes, la scène et les accessoires. Plusieurs cadres sont ainsi décrits : le concert, le colloque scientifique, la situation de malade... Goffman décrit ces situations comme des cadres primaires. De même nous pouvons ainsi considérer que la prise en charge des escarres avec les outils qu'elle utilise, les rôles qu'elle crée, les interactions sur lesquelles elle repose, constitue un cadre primaire d'action. Goffman introduit alors le concept de modalisation du cadre primaire. Il en donne une définition éclairante (1991 Trad. éd. 1974 p. 52) : « Par mode, j'entends un ensemble de conventions par lequel une activité donnée, déjà pourvue d'un sens par l'application d'un cadre primaire, se transforme en une autre activité, qui prend la première pour modèle mais que les participants considèrent comme sensiblement différente. On peut appeler modalisation, ce processus de transcription ». Goffman donne ainsi comme exemple celui du sport qui est une modalisation du cadre primaire d'action que compose le combat guerrier.

Nous retiendrons de la modalisation d'un cadre, la notion que l'action ostensive, celle qui se montre, par exemple celle de soigner ou prévenir les escarres, peut être modalisée, transcrite pour interpréter une partition qui dépasse celle du cadre primaire et l'inscrit dans un cadre de plus grande légitimité. Goffman décrit ainsi des cérémonies qui modalisent un événement (la cérémonie du mariage, le concert de musique), des mécanismes de répétition qui modalisent un processus technique (apprentissage d'un métier, vérification d'une procédure). Il nous décrit également des détournements qui écartent le processus d'action du cadre primaire. C'est par exemple la situation qui est observée quand un acteur prend temporairement un rôle qui ne fait pas partie du cadre habituel, mais qu'il estime nécessaire pour le bon déroulement de l'action. Lorsque le détournement va jusqu'à falsifier le cadre primaire, Goffman parle alors de fabrication du cadre. Le sens originel de l'action est perdu, ce sens peut être manipulé pour faire agir dans une autre intention que celle qui sous-tendait le cadre primaire.

Nous retiendrons pour la suite de ce travail la notion de modalisation comme celle d'un mécanisme qui traduit un cadre primaire d'action commun pour le mettre en œuvre de façon à l'indexer sur un registre plus général d'action. Cette modalisation donne un sens

particulier à la réalisation du cadre primaire et ce mécanisme peut être partagé avec d'autres situations et d'autres cadres primaires. Quand la modalisation change totalement le sens du cadre primaire, cela va au-delà d'une modalisation, il s'agit alors d'une fabrication.

Dans sa définition de la modalisation, Goffman parle explicitement de convention. Un lien sera établi entre nos observations et la théorie des conventions. Les conventions seront utilisées pour décrire les effets de modalisation d'un schéma d'activité par le choix d'une gamme d'objets, par l'utilisation de logiques d'action et par le respect de valeurs particulières. La cohérence de cet assemblage peut ainsi être décrite comme une convention particulière.

Nous retrouvons aussi ce concept de convention dans des travaux plus récents qui font référence à la nature récursive du langage (Robichaud, Daniel, Giroux, Hélène & Taylor, R. James; 2004). Un discours s'inscrit ainsi dans plusieurs niveaux de langage, un premier niveau qui exprime simplement une réalité observée, et d'autres niveaux qui inscrivent la narration dans des rhétoriques d'ordre supérieur et des cadres de narration légitime. En inscrivant leurs discours dans ces rhétoriques convenues les managers donnent ainsi une légitimité supérieure à leurs discours.

En nous inspirant de l'école conventionnaliste et du concept de méta-conversation nous tenterons de décrire les rationalités supérieures que les managers utilisent pour orienter les mécanismes de sélection, de rétention et de promotion des éléments structurants de leur schéma d'action. Cette modalisation qui inscrit les schémas d'action dans une rationalité supérieure donne de la légitimité à ces schémas et en facilite l'interprétation. De cette façon les managers modalisent la structure du schéma d'action et d'une certaine façon « énaquent » l'environnement selon des orientations spécifiques. Nous tenterons d'identifier ces modalisations des pratiques de prise en charge en nous aidant du cadre conventionnaliste.

ii. L'approche conventionnaliste dans le domaine de la santé

L'Economie des conventions est une source féconde d'analyse pour le champ de la santé. Les travaux de Gadreau et Béjean (1996) ont montré comment l'approche classique de l'économie en santé pouvait se compléter d'une théorie des conventions permettant d'internaliser les valeurs. Nous avons choisi d'illustrer l'approche par les conventions en nous appuyant sur les quatre travaux suivants, retenus pour leur inscription dans le champ des pratiques médicales.

Le premier article (Mossé, P; 1998) montre comment la construction des lois s'inscrit dans un cadre général qui est celui des conventions. L'auteur, Philippe Mossé, analyse

l'échec successif des réformes de santé comme une inaptitude à comprendre les conventions professionnelles et les interactions qu'elles induisent. L'intérêt exclusif des réformes pour les éléments structuraux qu'elles essaient de mettre en place occulte les conditions de leur effectivité. Cette analyse permet d'échapper à l'illusion que la simple énonciation de la réforme suffirait à en expliquer l'effectivité. Dans un langage emprunté à l'interactionnisme, nous pourrions résumer cette position par le concept d'énaction de la loi. La réussite des schémas d'action et beaucoup plus généralement des réformes passe par une inscription dans des registres généraux d'action reconnus.

Dans le deuxième article sélectionné, Moursli et Cobbaut (2006) analysent les établissements médico-sociaux comme des lieux de compromis entre plusieurs logiques. Ces compromis étudiés selon la théorie des Economies de la Grandeur, permettent de comprendre les modalités d'organisation des établissements et, au-delà, celles des institutions. Cela amène à penser que les histoires et les contextes appellent des conventions particulières. Ainsi pour une même pratique, ou un schéma d'action particulier, nous pourrions avoir des modalisations de cette pratique selon des conventions spécifiques qui gardent la mémoire des histoires particulières des différents établissements. Les conventions gardent ainsi la trace de l'histoire récente des organisations.

Le troisième travail qui retient notre attention est celui de Batifoulie (1992). Cet auteur montre que les théories économiques classiques décrivent de façon imparfaite la construction des prestations médicales et leur valorisation. Plus qu'une imperfection qui pourrait être corrigée par la sophistication des équations, il s'agit plus vraisemblablement d'une méconnaissance des mécanismes de constitution des accords et des conventions qui définissent la valeur de la prestation médicale. Ces logiques composent des panoplies, des règles de prudence, dans lesquels les professionnels pourront puiser pour organiser leur action. De façon simple, il pourra s'agir de routines d'action, de façon plus complexe de logiques élaborées qui prennent appui sur des conceptions particulières de l'action. Les conventions permettent ainsi d'indexer l'action sur une grille particulière d'interprétation.

Enfin, les travaux de Batifoulie et Gadreau (2006) montrent que les règles professionnelles, et en particulier la déontologie médicale, ne constituent pas des ensembles de principes qui permettraient de réguler de l'extérieur et de façon univoque la relation du médecin et du malade. La déontologie est au contraire une construction renouvelée qui nécessite d'être réinterprétée et modalisée par les acteurs. Cette conception de la convention laisse une part importante au jeu des acteurs et à leur capacité à interpréter le cadre d'action, voire à le modifier en le modalisant.

Ces quatre travaux illustrent l'application de l'Economie des conventions en santé à des champs très divers de l'étude du système de santé. Ainsi, les formes de valorisation de

l'activité médicale, les règles professionnelles, les lois et les institutions, entrent dans la constitution de conventions générales qui permettent des jugements, des échanges et des coordinations qui peuvent se substituer au calcul mécanique. Les articles dont nous avons rendu compte, mettent ainsi en exergue plusieurs des caractéristiques des conventions. Tout d'abord, les conventions organisent l'environnement de travail, elles le font exister et lui apportent de la légitimité. Les conventions gardent ensuite la trace des expériences et se constituent sur une histoire. Elles entretiennent les règles de décision et d'action. Finalement, les conventions offrent un cadre d'interprétation des normes et des valeurs.

A partir de ces enseignements, nous essaierons de montrer comment la structuration d'une pratique peut afficher une forme de cohérence en adoptant le cadre symbolique d'une convention particulière. La réalisation du cadre primaire d'action prend son sens dans le cadre d'une modalisation particulière faisant référence à une convention légitime, c'est-à-dire une méta-conversation qui établit un cadre de légitimité au schéma d'action.

De façon à aller encore plus loin dans l'exploitation du cadre conventionnaliste nous pourrions retenir certaines conventions particulières qui ont été décrites comme des idéaux-types. Trois mondes conventionnels sont fréquemment évoqués dans le champ de la santé. Celui de la domesticité semble historiquement fortement ancré dans ce secteur, et Batifoulier nous incite à ne pas le sous-estimer dans la compréhension des accords qui fondent le secteur (Batifoulier, P; 1992). Le monde de l'industrie correspond à une introduction plus récente. Enfin, le monde marchand fait l'objet d'une montée en puissance mais au travers d'une influence qui semble surplomber la régulation du système. Dans nos recherches précédentes, un quatrième monde, celui de la citoyenneté, apparaissait également (Orvain, Jacques & Angelé-Halgand, Nathalie; 2011).

4. Une stratégie d'analyse en trois temps

En prenant appui sur les théories identifiées précédemment, nous pouvons maintenant résumer la phase de théorisation en trois temps qui sont présentés ci-dessous : identification des mécanismes structurants, puis réorganisation de la dualité structure-structuration et enfin description des modalisations rencontrées par comparaison aux grilles conventionnalistes.

a. Les processus interactionnels émergents

Dans notre étude les faits émergents identifiés lors de la phase finale de codification font une part importante à l'action et aux mécanismes interactionnels. L'analyse s'est donc

attachée dans un premier temps à décrire les phénomènes les plus significatifs qui font ressortir la nature interactionnelle des schémas d'action. Cette approche s'appuie sur les publications qui s'inscrivent dans l'école de pensée interactionniste. Un schéma d'action type appuyé sur des mécanismes spécifiques de coordination a été recherché à partir des catégories identifiées lors de la phase de codage.

b. La réorganisation du dualisme structure-structuration du schéma d'action

Dans un deuxième temps, l'analyse utilise le cadre conceptuel de la structuration pour identifier des éléments structurants. Cette recherche des éléments structurants s'est appuyée sur la catégorisation des faits considérés comme marquants, c'est-à-dire comme reliés aux processus interactionnels lors de la phase de codage. Les « faits marquants » ont ainsi été rapprochés entre eux, de façon à initier un début de théorisation qui permette de les rassembler pour décrire au mieux la structuration du schéma d'action.

Ce schéma d'action a été décrit comme un pattern spécifique d'action. Les ressources associées ont été identifiées ensuite. Il s'agit de tous les éléments qui contribuent à structurer l'action et lui donner une pérennité dans le temps. La gestion des connaissances, l'utilisation des artefacts matériels et immatériels et les rôles émergents composent ainsi des ressources rémanentes qui persistent d'un cycle d'action à l'autre. Ces éléments structurants ont été analysés en fonction des rapports qu'ils entretiennent avec le schéma primaire d'action. Cela donnera lieu à la description de l'assemblage du pattern d'action et des ressources rémanentes qui lui sont associées sous la forme d'un schéma d'action.

c. La modalisation du schéma d'action par les conventions d'action

Un système de jugement et d'action peut être considéré comme rationnel lorsque ses différents éléments constitutifs entrent en cohérence ou plutôt en congruence et que cette congruence fait référence à un cadre rhétorique légitime. Cette congruence peut être imagée par la description de mondes typiques où les acteurs, les objets, les jugements, les modes de confrontation créent un ensemble convergent exprimant un type de rationalité. La description d'idéaux-types à partir de l'analyse de textes politiques emblématiques a permis aux tenants de l'Economie de la Grandeur de définir six mondes communs (Boltanski, L & Thévenot, L; 1991) et plus récemment un septième (Boltanski, L & Chiapello, E; 1999). Ces idéaux-types ont été décrits au chapitre II, nous les rappellerons brièvement car ils nous ont servi pour essayer de caractériser les modalisations du schéma primaire d'action :

Le monde de l'inspiration représente l'univers artistique ou religieux dans lequel la capacité à créer des formes nouvelles en dépit de l'incompréhension du plus grand nombre est valorisée.

Le monde domestique repose sur des liens de nature familiale. La proximité et la tradition marquent profondément les relations qui expriment la déférence aux plus grands et la protection apportée aux plus faibles des membres du clan. L'équipe hospitalière est prise comme exemple par Amblard et al pour illustrer ce monde (2005 1ère éd 1996).

Le monde de l'opinion et de la réputation valorise ceux qui sont connus et réputés. L'opinion des autres, le succès et l'audience sont les marques de la grandeur.

Le monde civique privilégie l'intérêt public. Le citoyen est sa figure tutélaire, les représentants des citoyens sont ses acteurs. Le respect de la loi est fondamental.

Le monde marchand rencontre le succès lorsque ce qu'il vend est désiré. Ceux qui accumulent les richesses sont valorisés, l'espace des biens est ouvert sur le monde.

Le monde industriel a pour vertu principale la capacité à planifier, à s'organiser et à prévoir. La productivité, la performance, l'efficacité et la mesure sont ses maîtres mots.

Pour étudier les modalisations des pratiques nous avons essayé dans un premier temps de les confronter aux différents idéaux-types ci-dessus mentionnés. Mais c'est plutôt au travers d'un canevas général de description d'une convention, que nous avons pu décrire les phénomènes de modalisation observés dans le cadre de la gestion des escarres. Notre analyse de la modalisation des pratiques a finalement été faite en deux temps, dans un premier temps nous avons utilisé la grille présentée au chapitre II (Tableau 4 Description des idéaux-types de l'Economie de la Grandeur), puis nous sommes repartis de notre analyse du schéma d'action pour reconstruire une analyse conventionnaliste adaptée à la pratique spécifique de la gestion des escarres. Ainsi, en nous inspirant de la grille conventionnaliste et en l'asservissant au processus d'action nous avons essayé de respecter l'impératif interactionniste qui nous enjoint de privilégier l'action sur la structure. La recomposition de la grille conventionnaliste à partir du schéma d'action, correspond aussi au prix que Bruno Latour nous demande de payer, lorsque nous voulons sortir d'une description à plat du monde social, pour inscrire nos observations dans un réseau plus général de signification (2005).

Synthèse du chapitre III

Le parti qui a été pris, dès le début du travail, de mettre en avant les pratiques professionnelles, nous oriente vers une épistémologie de type pragmatique et en particulier vers l'interactionnisme symbolique qui privilégie les interactions comme processus de compréhension.

Les phénomènes de nature interactionnelle ont été réorganisés à l'aide d'un mécanisme de catégorisation ascendante qui a fait émerger quatre thèmes principaux : le rôle des émotions, un pattern spécifique d'interaction, le rôle spécifique des outils matériels et finalement l'importance des mécanismes de gestion des connaissances.

La théorisation de ces thèmes a pris appui sur trois sources. Le schéma primaire d'action est tout d'abord interprété en s'inspirant de la démarche interactionniste de Karl Weick. Les mécanismes de structuration de ce schéma primaire sont ensuite décrits en prenant appui sur les travaux de Dutton et Feldman qui ont théorisé le rôle des ressources, des routines et plus généralement des arrangements matériels. Finalement la structuration de l'action s'inscrit dans des logiques universelles qui permettent d'indexer et de modaliser le schéma d'action selon des cadres conventionnels.

PARTIE II : Les interactions au cœur de la gestion

- Le schéma d'action primaire
- Les mécanismes qui structurent le schéma d'action
- La modalisation construit un cadre partagé de compréhension



Performance de rue le 28 mai 2011 à Nantes

« La relation entre les marionnettistes et leurs marionnettes est beaucoup subtile : le long des ficelles, il se passe quelque chose qui permet aux marionnettes de bouger. » (Latour, B.; 2006 p. 313)

Chapitre IV Le schéma d'action primaire

Le parti-pris interactionnel de notre étude, nous conduit à chercher à mettre en évidence les phénomènes qui mettent en jeu les relations interindividuelles au sein des organisations. Ces interactions sont analysées non pas seulement comme des processus de confrontation, de coordination ou d'échange, mais plus encore comme une manière de construire une action collective par référencement à un cadre commun d'action. Cette approche se fonde, en particulier, sur le travail de H. Garfinkel qui considère les actes sociaux comme indexés par des références sociales qui permettent la continuité de l'action et sa compréhension par les autres (Garfinkel, Harold; 1967 ; Rojot, Jacques; 2003). En poursuivant plus encore la démarche de l'ethnométhodologie, nous avons identifié, dès le début du projet, des phénomènes qui s'imposent à l'observateur de façon prégnante et immédiate et qui rendent compte de la nature fortement interactionnelle des pratiques observées. Ces phénomènes sont directement compris et directement expliqués par le sens commun. Ils sont au nombre de quatre. En premier lieu, les émotions sont apparues comme une catégorie forte de l'expression des personnes interviewées. Deuxièmement, une dynamique particulière d'action a pu être observée. Celle-ci, que nous nommerons le Qui-Vive, articule de façon très particulière, différents processus élémentaires. Des interactions fortes sont apparues entre les objets, le rôle des personnes, les outils et les règles, ce qui constitue un troisième niveau. Enfin, les modalités de gestion de la connaissance apparaissent comme un déterminant important de la légitimité des managers.

Nous nous attacherons à décrire ces quatre phénomènes dans le présent chapitre avant de préciser dans les chapitres suivants comment nous pouvons représenter l'ensemble de ces motifs interactionnels dans un schéma d'ensemble qui structure l'action et permet de lui donner du sens.

1. *Les émotions comme révélateur de la qualité des interactions*

Les émotions ont un rôle important dans notre étude et ceci à un double titre. Les émotions apparaissent à la fois comme la traduction de la performance de l'organisation, mais aussi comme une condition de sa réussite. Plus encore nous avons pu observer un véritable processus de construction des émotions. Les émotions et l'organisation entretiennent ainsi des rapports d'interaction forte. Dans un sens les émotions sont suscitées pour organiser l'action, en sens inverse, l'organisation transforme les émotions.

L'étude des émotions est longtemps restée l'apanage de la psychologie qui s'est depuis très longtemps focalisée sur l'étude des comportements individuels (Smith, D. Brent., Schneider, Benjamin, & Dickson, Marcus; 2006 p. 149). Cette approche a longtemps délaissé le champ de l'organisation et en particulier des comportements organisationnels. La sociologie à l'inverse a privilégié comme unité d'analyse la société dans son ensemble et n'a pas investi les cadres plus modestes de l'interaction sociale comme par exemple celui des équipes de travail. Cela explique sans doute l'intérêt relativement récent des recherches qui se situent au niveau méso-organisationnel et qui s'intéressent aux interactions sociales avec une focale particulière sur les émotions. Nous voyons ainsi se constituer au cours du temps une théorie des émotions qui part des individus, puis de relations entre individus et finalement les intègre dans le fonctionnement des groupes.

Goffman (1983), dans son adresse à la société de sociologie américaine, plaide déjà pour l'étude des interactions sociales au niveau le plus élémentaires, qui est celui du face à face de deux individus. En faisant mention des émotions, il indiquait comment le cadre collectif d'action pouvait être conditionné par les modes d'interaction entre les individus.

Plus prosaïquement, Hochschild décrit des métiers émotionnels, où l'émotion exprimée par le salarié à l'égard du client, fait partie de la prestation. La capacité à exprimer des émotions peut ainsi constituer un avantage concurrentiel des classes moyennes sur le marché du travail. Hochschild, en s'appuyant sur une vision interactionniste des émotions, élabore, finalement, une perspective de management des émotions qui constituent une dimension importante des rationalités de travail.

L'article de Smith (2006) en appelle à s'intéresser aux processus sociaux telles les activités de travail et les routines ou tout événement particulier qui met en jeu des interactions entre les personnes de façon à réconcilier l'approche individuelle et l'approche sociale.

Fineman (2006) va plus loin en affirmant le caractère interactionniste des émotions qu'il situe sur un triple niveau : les émotions sont tout d'abord une composante essentielle de notre capacité d'adaptation et d'expression qui a été forgée par des millénaires d'évolution de l'espèce humaine et qui marque nos façons d'agir ; cette capacité s'est également développée par un entraînement social et porte en elle nos possibilités d'interaction ; enfin, les émotions peuvent être considérées comme une ressource mobilisable au travers de laquelle différentes rationalités peuvent s'exprimer et donner du sens au travail.

Quelques années plus tard, Haag et Laroche (2009) parlent de révolution affective pour caractériser l'intérêt nouveau de la recherche pour le rôle des émotions dans les organisations de travail. Ils font mention d'une typologie des émotions négatives les plus fréquemment recensées et déjà proposée en 1992 (Pekrun, R. & Frese, M.; 1992).

L'anxiété, le désespoir, la tristesse, la culpabilité et la honte sont les émotions les plus fréquemment exprimées à l'encontre des tâches réalisées dans le contexte de travail.

Les émotions sont considérées aujourd'hui comme une ressource, ce qui conduit plusieurs auteurs à utiliser le concept d'une intelligence émotionnelle (Fineman, Stephen; 2006; Haag, Christophe & Laroche, Hervé; 2009 ; Sanchez-Burks, Jeffrey & Huy, Quy Nguyen; 2009). Cette intelligence émotionnelle permet aux organisations de se maintenir et de soutenir les collaborateurs confrontés aux situations difficiles. Cependant, le lien entre émotion et performance de l'organisation n'est pas univoque et montre à nouveau le caractère interactionniste de cette articulation : la colère peut quelquefois être un moteur des dynamiques de changement ; quant au contraire, le désespoir, peut être un inhibiteur des initiatives (Fineman, Stephen; 2006). Nous retrouvons cet intérêt pour les émotions dans un article récent (Sanchez-Burks, Jeffrey & Huy, Quy Nguyen; 2009) qui fait de la capacité à reconnaître les émotions, un facilitateur du changement. Cette capacité est particulièrement utile dans les périodes où l'organisation est menacée.

Ces apports théoriques nous permettent de relire l'expression des émotions dans notre étude. Nous verrons ainsi tout d'abord, comment un sentiment de culpabilité est apparu comme une expression commune du premier ensemble d'hôpitaux (Hôpitaux A1, A2 et A3) qui exprimaient des difficultés de prise en charge des escarres. Nous verrons ensuite au contraire, dans le deuxième ensemble d'hôpitaux (B, C et D), comment les émotions peuvent être suscitées pour renforcer la vigilance et finalement susciter de la fierté au travail. Enfin, nous pourrions contraster ces deux expériences en montrant les mécanismes de construction d'une relation de l'attention et de l'action productrice de compassion. Ceci nous amène à présenter les émotions qui nous ont été exprimées comme une manifestation fortement interactionnelle de la structure de travail.

a. Les différentes formes de culpabilité

Ainsi que nous l'avons évoqué ci-dessus, l'expression de la culpabilité par les personnes rencontrées au début du travail, a constitué une des premières découvertes qui ont notablement influencé la poursuite du travail. Cela a amené à rechercher, dans un deuxième temps, des hôpitaux qui au contraire étaient fiers de la façon dont ils prenaient en charge les patients à risque d'escarre.

Dans les trois premiers établissements étudiés (Hôpitaux A1, A2 et A3), les personnes interviewées expriment, de façon assez stéréotypée, un sentiment de culpabilité. Ceci s'accompagne d'une faiblesse des connaissances partagées. Chacun fait comme il peut avec ce qu'il sait, ou ce qu'il croit être une connaissance validée. L'impression qui

finalement domine dans ces premiers établissements est une absence de sens commun de l'action. De nombreuses personnes interrogées témoignent de ce désarroi :

J'ai vu une escarre sur internet, c'est une image négative pour le patient qui souffre. Je pense que c'est valorisant de s'en occuper et dévalorisant pour l'hôpital. S'il y a eu une escarre c'est qu'il s'est produit quelque chose : absence de mobilisation, problème de nutrition. Ce n'est pas valorisant pour le service et les infirmières ont du boulot. (Sabrina Diététicienne A)

C'est une faute médicale, professionnelle. Je culpabilise, surtout pour les stades 3 et 4. C'est notre faute, la faute du milieu médical. L'escarre est une négligence... Cela m'intéresse mais ça me culpabilise. C'est intéressant de voir l'évolution surtout si le patient est arrivé avec. Mais si l'escarre a été créée, c'est autre chose. (Claire Marie IDE A)

On a l'impression que lorsqu'une escarre se forme, c'est un échec. Mais il y a l'état général. On est remis en question : qu'est-ce qu'on n'a pas fait ? Par contre si l'escarre arrive constitué et qu'on arrive à le traiter, c'est valorisant. (Murielle IDE A)

Je n'aime pas en avoir dans le service. Je n'aime pas l'escarre, car cela fait partie de l'inconfort des patients. C'est un échec de la prise en charge. Cela peut arriver très vite... On n'aime pas l'escarre, cela fait la réputation des services. L'escarre pour l'infirmière, c'est l'équivalent du décès pour le médecin. (Anna cadre A)

Ces sentiments de culpabilité s'accompagnent d'un sentiment d'isolement : les infirmières se sentent seules et dépourvues, les relations avec d'autres structures sont rares et les connaissances sur la prise en charge des ulcères apparaissent incertaines. La culpabilité exprime en fait une ambiguïté des sentiments. L'ulcère de pression peut tout d'abord être considéré comme le résultat d'une mauvaise prise en charge qui stigmatise les établissements, et les professionnels. Il peut également donner un sentiment d'efficacité aux infirmières lorsqu'elles réalisent les soins de pansement, ce qui les valorise techniquement,

mais les distrait du travail de prévention. Il y a ainsi une déconnexion entre l'efficacité individuelle et l'efficacité collective, ce qui conduit à une ambiguïté des sentiments exprimés.

Nous pourrions qualifier cette situation comme représentative d'une forme d'anomie où l'absence de structuration sociale du problème rencontré a conduit à un sentiment mêlé d'impuissance, d'incertitude et au final de culpabilité professionnelle. Ce phénomène peut également être décrit comme une forme de dissonance entre les activités et les émotions (Callahan, Jamie L.; 2004). Les émotions qui ne trouvent pas de résolution dans l'efficacité collective, conduisent alors à la culpabilisation. L'isolement et l'absence d'interaction, en particulier avec les médecins, pourraient aussi expliquer un défaut de construction de sens au travail ce qui conduirait à l'expression d'émotions négatives (Wrzesniewski, Amy, Dutton, Jane E. & Debebe, Gelaye; 2003).

Différentes formes de culpabilité ont été exprimées sur un mode collectif, la culpabilité renvoie alors à l'équipe ou à la profession. Les émotions émergent ainsi d'une absence de structuration, et elles apparaissent comme une forme de réponse au manque d'interaction structurée. Plus généralement, l'expression de la culpabilité semble une façon d'interpeler la société qui ne prend pas soin des patients fragiles. Les professionnels sont seuls face à des patients très fatigués, très dénutris et le grand public ignore ces situations. Cette ignorance a été évoquée à plusieurs reprises : les proches des patients ne sont eux-mêmes pas toujours au courant et sont peu demandeurs d'information. Le monde des escarres est en fait un autre monde, un monde ignoré où la médecine ne tient pas ses promesses. La culpabilisation est alors une forme de contrition ou de préemption de la souffrance d'autrui. C'est une façon de souffrir avec autrui et de rentrer dans un mode compassionnel. Nous verrons plus loin un autre mode d'expression de la compassion, au travers des interactions, cette fois, réussies.

Finalement, lorsque nous analysons plus attentivement les entretiens, nous pouvons faire émerger trois formes essentielles de culpabilité. La première de ces formes, qui est la plus naturelle, correspond au reproche que se fait le professionnel de ne pas avoir fait attention à un patient particulier ; la baisse de vigilance et d'attention est critiquée. La deuxième forme de culpabilisation correspond à la reconnaissance d'une absence de maîtrise technique par manque de formation ou d'investissement ; c'est une critique qui s'adresse à l'organisation dont on fait partie. La troisième forme de culpabilisation est un reproche plus général, adressé à la profession à laquelle on appartient ; la profession est critiquée pour ne pas avoir fait les efforts de réflexion et de recherche de solutions. Nous voyons ainsi se dessiner une critique qui pourrait être résumée par la critique d'un manque de structuration d'un problème à différents niveaux : au niveau de la perception individuelle, au niveau de l'outillage et finalement au niveau de l'engagement collectif. Cette

caractérisation de la culpabilité comme une réponse à l'absence d'engagement collectif est, au fond, le stigmate de l'absence d'interaction forte au travail.

b. Le sentiment d'efficacité au travail

L'expression massive de la culpabilité par les premiers hôpitaux nous a amené à opérer une nouvelle sélection d'hôpitaux de façon à diversifier les situations observées. Cette opération de diversification des sources et de ciblage sur une situation particulière correspond à l'échantillonnage théorique préconisé par les promoteurs de la « Grounded Theory » (Charmaz, K.; 2006). Le critère de sélection a permis de rencontrer trois nouveaux établissements qui affirmaient leur efficacité pour la prise en charge des escarres, contrairement aux trois premiers établissements.

Les personnes interviewées dans les hôpitaux B, C et D montrent une grande satisfaction au travail ; elles expriment un sentiment d'efficacité personnelle et se sentent valorisées par leur environnement. Le rôle des médecins chefs de service et des cadres qui leur sont associés, semble fondamental dans la création de nouveaux modes de prise en charge qui associent attention et action. Leur rôle a été déterminant pour élaborer un environnement de travail différent qui, en se construisant, a changé les perceptions et les routines, et finalement a généré une confiance dans l'efficacité collective.

La fierté exprimée repose sur plusieurs dimensions du travail :

- L'efficacité technique.
- La cohésion de l'équipe et le partage des valeurs.
- Un cadre de communication ouvert.
- Une reconnaissance du rôle de chacun.
- La reconnaissance extérieure.

Effacité technique

La compétence technique est le premier motif de fierté. Les équipes des hôpitaux B, C et D ont le sentiment de mieux maîtriser la prise en charge des escarres que les autres services, ou même les autres établissements. Mais la fierté ne repose pas seulement sur la qualité de la prise en charge actuelle, elle repose aussi sur la capacité à évoluer et à apprendre. L'efficacité technique s'inscrit ainsi dans une histoire : la capacité à avoir su évoluer et quelquefois inventer, est une source de satisfaction.

Moi, ça va faire 30 ans que je fais le métier. J'ai vu une nette amélioration par rapport aux escarres graves qu'on voyait à l'époque, notamment au niveau du trochanter, au niveau du sacrum. Il y en a encore un peu, de temps en temps, mais a priori il y en a moins... Des escarres dans des états de délabrement, c'est très rare maintenant. Les outils de prévention se sont améliorés, les outils curatifs sont meilleurs également. Quand on a des escarres débutants on fait ce qu'il faut pour les enrayer plus rapidement qu'on ne le faisait au départ.
(IDE B)

Cohésion de l'équipe autour des priorités et des valeurs

L'engagement de l'ensemble de l'équipe dans le combat contre l'escarre est un déterminant de la satisfaction. Il n'y pas de doute que tout le monde soit impliqué. La bataille peut être difficile mais c'est une bataille collective. La cohésion du groupe autour de valeurs communes est la clé du succès. S'il y a des difficultés, elles seront analysées, accompagnées, et des solutions seront recherchées.

Néanmoins, les pratiques des établissements s'appuient sur des logiques différentes, l'hôpital B met en avant la responsabilité morale, l'hôpital C s'appuie sur une démarche scientifique de démonstration, l'hôpital D en fait un enjeu de positionnement stratégique. Cependant malgré ces différences, les collaborateurs de ces hôpitaux expriment leur fierté en l'appuyant sur la cohérence des logiques et des principes d'action qu'ils mettent en œuvre au quotidien.

*L'escarre c'est pas normal, c'est le chef qui a dit ça.
Nous on suit, mais il a raison.
Par rapport à il y a 25 ans cela a changé, cela a été efficace.
Nous sommes un service impliqué, et le succès est là.
C'est sincère ce que je vous dis. C'est notre chef qui nous appris cela.*
(AS B)

A chaque fois qu'on travaille sur des protocoles, le protocole d'accueil, à notre réunion (les médecins) étaient là. Ils ne pouvaient pas ne pas être là. Mais ils sont présents, ils sont dedans, ils font beaucoup d'EPP (évaluation des pratiques professionnelles)... Sur la douleur, le médecin est allé jusqu'au bout.... Le médecin a fait un constat, après le constat elle a fait un rappel sur les recommandations. C'est bien parce que ça fait vraiment partir du constat : les agents disent c'est bien comme cela qu'on travaille. On part des dossiers des patients.

(Cadre C)

Si les patients arrivent avec, ils ne repartent pas avec, c'est comme cela !

Cela témoigne de la bonne prise en charge.

Il y a une bonne cohésion d'équipe, tout le monde va dans le même sens. Quand on a décidé une action on s'y tient. Le médecin et l'infirmière référente prescrivent conjointement.

Cela s'applique. Il y a une feuille de suivi, cela permet de tracer.

(AS D)

Un cadre de communication ouvert

La possibilité d'exprimer les sentiments et de les partager favorise la compréhension. Son absence est regrettée dans un des hôpitaux A, à l'inverse sa présence est saluée dans les hôpitaux B, C et D. La communication autour des difficultés est ainsi proposée par le pharmacien de l'hôpital A1, comme une des clés futures de succès.

Il faut que cela soit une routine positive, il faut casser le fatalisme.

Il faut faire le lien avec les médecins, il ne doit pas y avoir de tabou, on doit pouvoir travailler sur la perception des erreurs, ce qui est évitable doit être admissible. (Pharmacien A)

Dans les hôpitaux B, C et D l'échange des points de vue est effectivement un aspect important qui maintient une compréhension commune et permet de rompre l'isolement face aux situations difficiles.

Il y a beaucoup de congrès, de réunions sur le sujet. Elles sont organisées par le Dr D, c'est le médecin de la consultation escarre. C'est bien de l'avoir dans l'établissement, quand nous avons un doute, il nous guide sur le pansement et le protocole.

Beaucoup de choses passent par l'information. Les réunions et colloques sont très utiles....

L'important c'est de travailler avec tout le monde et que tout le monde travaille dans le même sens.

(IDE D)

C'est bien, on a beaucoup de choses en place. L'établissement a pas mal avancé, mais on va continuer. Il y a des réunions plaies et escarres :

Des informations sont données sur la bonne utilisation des pansements pour le bon stade.

Les IDE se posent des questions ouvertement. Elles osent dire qu'il y a des escarres. Cela donne envie de revoir les stades, j'y vais de temps en temps.

(Diététicienne D)

Toute une dynamique s'est mise en place: d'abord groupe pansement en 2002, fiche pansement pour la traçabilité, formation des équipes, un livret a été réalisé.

Il y a eu plein de réunions avec des infirmières, cela a débouché sur la création d'une première fiche pansement, on évaluait le type d'escarre, le pansement qu'on mettait en place. Une procédure a été rédigée pour la prévention des escarres au niveau de l'établissement.

Un poster a été rédigé affiché dans les services. Des formations ont été faites.

(Médecin C)

La communication n'est pas toujours naturelle, elle peut entraîner des incompréhensions. Tout un travail doit être fait pour instaurer un cadre d'échange qui soit reconnu par chacun. Le parcours d'enseignante du cadre C a nourri les préjugés : les aides-soignantes et les agents des services hospitaliers (ASH) craignaient d'être jugés personnellement. Un nouveau cadre d'échange a permis de recentrer l'évaluation sur les actes, plutôt que sur les personnes, tout en se servant des relations pédagogiques antérieures.

Poser des questions pour simplement connaître, savoir comment ça fonctionnait et pourquoi ça fonctionnait comme ça. Ouh là là c'était dur, c'était raide. Oui, vous voulez nous diviser... J'ai tout entendu. On a fait des réunions, pour recadrer les choses, et en même temps, je voulais [agir] pour la sécurité...

J'intervenais à l'IFSI sur la responsabilité, j'avais suivi les cours du DU de responsabilité du [Pr X de la faculté de droit]. J'étais connue puisque enseignante à l'IFSI. J'ai retrouvé des anciennes élèves, mais cela c'est un peu plus facile. Donc sensibiliser à cela, et par le fait que j'étais formatrice, avec les aides soignantes et les infirmières, c'était beaucoup plus facile. Pour moi, l'observation se faisait plus facilement. Et à partir de là on s'est dit « et bien on n'a plus qu'à travailler ». On va partir de l'observation, de l'observation il y a des choses qui ne sont pas admissibles. Donc on ne peut pas laisser ces choses-là parce qu'il y a un impact sur le patient, il y a un impact sur le soignant. Ici il y a beaucoup de choses qui sont faites en terme de formation sur la maltraitance. Il y a beaucoup de formation en interne.

(Cadre C)

Reconnaissance du rôle de chacun et des principes d'action

Chacun peut situer ses responsabilités dans la chaîne de soin et sait ce qu'il a à faire.

L'inscription dans l'effort collectif valorise la contribution individuelle. Chaque contribution apporte une plus-value à l'ensemble.

Au centre hospitalier on fait attention aux changements de position, à l'hydratation. C'est rare d'avoir des escarres.

Si les patients arrivent avec, ils ne repartent pas avec, c'est comme cela !

Cela témoigne de la bonne prise en charge. On est là pour soigner, c'est valorisant.

Nous avons un rôle particulier, observer, lever au fauteuil c'est primordial, le patient peut marcher avec le kiné.

(AS D)

Chacun fait son évaluation, il y a l'évaluation des infirmières et l'évaluation du médecin. C'est inscrit dans le dossier au moment du staff. Tout le monde est là et donne son point de vue, il y a le kiné, la psycho, infirmières, aide-soignantes et médecin et cadre.

(Cadre C)

Reconnaissance extérieure

La fierté peut aussi prendre appui sur le regard des autres. Les hôpitaux B, C et D sont souvent des références et des ressources pour les autres services. Cet aspect est particulièrement développé à l'hôpital D qui gère sa réputation comme un capital social qui le positionne dans la hiérarchie des recours sur le territoire de santé.

Cela fait la réputation de l'établissement. Les familles ne s'en préoccupent pas. C'est plutôt entre établissements, on juge les collègues.

Le Dr D s'est fait une réputation. Il est le référent pansement, il va dans tout l'établissement. Il est présent partout. Il a une place reconnue. Si on a un souci on l'appelle. C'est bien de savoir vers qui adresser les questions.

Nous sommes connus dans les EHPAD, nous sommes reconnus comme spécialistes de ce problème. Le Dr D est connu.

(Pharmacien D)

La congruence des préoccupations des agents et des valeurs de l'organisation est un facteur clé de la performance des organisations. Ceci a pu être démontré dans d'autres secteurs d'activité. Ainsi, les entreprises ont d'autant plus de chance d'être efficaces dans la mise en œuvre d'une politique de respect de l'environnement lorsqu'elles peuvent s'appuyer sur des perceptions du même ordre chez leurs employés (Bansal, Pratima; 2003). Cette congruence active les initiatives, met en avant les personnes les plus sensibilisées et permet de trouver des marges de manœuvre pour des solutions complexes. Nous trouvons cette même situation dans l'observation des pratiques hospitalières. Les émotions font alors office de révélateur de l'harmonie ou de la dissonance entre les pratiques considérées comme légitimes et les pratiques réelles (Callahan, Jamie L.; 2002 ; Callahan, Jamie L.; 2004). La fierté au travail apparaît alors comme la sanction émotionnelle d'une bonne adéquation entre ce qui apparaît comme la bonne pratique et ce qu'elle est réellement. A l'inverse, le sentiment de culpabilité traduit une dissonance entre ce que l'on fait et l'idéal du soin ou du moins ce qui est supposé l'être. Mais l'émotion qui résulte de l'harmonie ou de la dissonance n'est pas seulement un résultat de l'organisation. Elle peut aussi être considérée comme une ressource permettant d'influencer le cours des choses (Callahan, Jamie L.; 2004 ; Hochschild, Arlie Russell; 1979). Le médecin de l'hôpital B exprime spontanément cette ambition. Il veut créer des répulsions et des attractions qui conduisent ses collaborateurs à agir dans le sens voulu.

Si on ne veut pas avoir d'escarre, ça oblige à avoir un investissement très important. Moi j'agis sur l'émotionnel parce que, si on banalise, on voit ça avec un regard de mouton mort. Il y a un fatalisme qui s'installe.
(Médecin B).

Les autres managers, l'expriment de façon moins directe ; néanmoins la composante émotionnelle est toujours présente. Ainsi, l'hôpital D joue sur la réputation de l'hôpital et la fierté qu'il y a à y travailler. Cet hôpital a fait évoluer (sous la contrainte de l'agence régionale de contrôle) ses activités de prise en charge des situations aiguës vers des prises en charge de relais, en soins de suite et de réadaptation. La technicité apportée à la prise en charge des escarres peut alors être interprétée comme un effort pour mettre en cohérence les valeurs historiques de l'institution et le nouveau champ d'activité.

Moteur pour l'action

Nous pouvons nous interroger sur les modalités d'intégration des émotions dans les relations de travail, et en particulier sur la possibilité de les instrumentaliser, voire de les manipuler. Cette question peut être approfondie par la lecture d'un article qui oppose le travail émotionnel et l'expression des sentiments au travail (Mumby, Dennis K. & Putnam, Linda L.; 1992). Dans le premier cas il s'agit de contrôler les émotions, de les utiliser et de les instrumentaliser pour parvenir à ses fins. Dans le second cas les émotions sont spontanées et permettent les interrelations entre les acteurs. Ces émotions sont centrées sur la signification qui est donnée au travail. Elles traduisent l'intrication étroite entre les pratiques et la signification que cela donne au travail. La gestion du médecin B semble plutôt relever de ce dernier cadre. Il donne droit aux sentiments de s'exprimer. Il se sert des émotions comme un moyen de transaction, en leur donnant de l'importance, il se soumet aussi aux émotions des agents comme source de pouvoir des collaborateurs sur leur manager. Les émotions, en particulier la fierté, ou son revers, la culpabilité, servent d'instrument de transaction dans les relations de travail (Callahan, Jamie L.; 2004). Ainsi la participation à une réunion du staff de l'hôpital B met à jour ces mécanismes de transaction qui font intervenir les émotions. La réunion de staff permet de faire le point sur chacun des patients. Puis après avoir rappelé le parcours du patient, des décisions importantes peuvent être prises : changement d'approche thérapeutique, transfert du patient et quelquefois proposition d'arrêt des traitements autre que palliatifs. Ces décisions sont prises après une discussion, où les aides-soignantes les plus anciennes ont une prise de parole importante. Le ressenti sur l'évolution du patient, l'interprétation de son intérêt, ce qu'il a pu exprimer dans l'intimité des soins, sont alors mis en balance avec l'efficacité technique des traitements. Les

émotions font finalement partie de l'arbitrage qui confronte les valeurs d'empathie aux valeurs d'efficacité technique.

Dans ce système, les émotions sont à la fois une ressource pour l'organisation et un résultat. Elles permettent, tout d'abord, de gérer les interrelations en indexant ce qui est considéré comme légitime ou signifiant (Callahan 2004). Elles réaffirment ainsi le rôle de l'agent dans la structure et lui donnent du pouvoir. L'approche du médecin B est par exemple caractéristique d'un processus de structuration, au sens que lui donne Giddens (1979). En donnant un champ d'expression aux sentiments, il structure l'activité et permet aux émotions de s'y exprimer comme une ressource. En retour, les émotions permettent de sanctionner et d'orienter les choix pour faire évoluer la structure. Une anecdote éclaire ce processus : le médecin souhaitait utiliser une nouvelle technique de détersion par utilisation d'asticots, dont l'efficacité a été démontrée scientifiquement. La plupart des infirmières ont montré beaucoup de répugnance pour cette nouvelle approche. Celle-ci n'a finalement pas été retenue, pour des raisons qui n'étaient pas techniques mais relevaient du registre émotionnel. Les émotions ont servi, dans ce cas, de critère d'évaluation d'un choix technique.

En synthèse, la culpabilité et la fierté peuvent être analysées, dans une perspective interactionniste, comme des éléments importants du schéma d'organisation. Plus généralement, les émotions ne doivent pas être négligées car elles sont apparues dans notre travail comme un facteur clé de la capacité de l'organisation à se structurer de façon performante. Mumby et Putman (1992) font d'ailleurs un parallèle entre le concept de « bounded rationality » de Herbert Simon (1983 trad. éd. 1945) et de « bounded emotionality » en s'appuyant sur une lecture féministe des rationalités. Cela exprime le fait que les émotions peuvent trouver un cadre d'expression avec des règles et des réponses attendues. Ainsi, elles constituent un registre cognitif particulier qui met en avant la tolérance vis-à-vis d'autrui, l'hétérogénéité des valeurs et des buts, et l'identité du sujet. Ce registre cognitif s'oppose ainsi au registre cognitif du calcul intéressé qui met souvent en avant la concurrence et la compétition. Nous verrons ci-dessous comment le cadre interactionniste permet d'analyser les émotions à la fois comme une ressource cognitive et une production de l'hôpital.

c. A quoi servent les émotions ?

L'analyse des émotions et en particulier de la culpabilité et de la fierté des équipes hospitalières nous amène à ne plus dissocier les émotions des phénomènes de structuration de l'activité. Depuis quelques années, il y a un regain d'intérêt pour la place que les

émotions peuvent prendre dans la lecture interactionniste des organisations (Fineman, Stephen; 2006; Haag, Christophe & Laroche, Hervé; 2009). Les études féministes vont encore plus loin et remettent en cause la disjonction du corps et de l'esprit comme un a priori fort de la vision que nous avons des rationalités de travail (Mumby, Dennis K. & Putnam, Linda L.; 1992). Elles réintroduisent les émotions comme une valeur féminine revendiquée et elles l'opposent à une vision masculine mécaniste de l'efficacité (Meyerson, Debra E.; 1994 ; Meyerson, Debra E.; 1998).

Nos observations soutiennent effectivement le rôle important des émotions qui sont une composante à part entière des mécanismes de structuration au même titre que les connaissances ou les habitudes (Cohen, Michael D.; 2007). Nous pouvons, à partir de notre expérience à l'hôpital, et en nous appuyant sur des publications éclairantes, distinguer les différents rôles que les émotions remplissent dans les organisations de travail.

Un rôle incitatif

Les émotions sont une des facultés humaines qui interagissent avec les habitudes, les normes et les connaissances (Cohen, Michael D.; 2007). Elles font classiquement partie de la triade d'Aristote Logos-Ethos-Pathos. A ce titre, elles sont des incitatifs puissants à agir ou à ne pas agir. La répugnance à l'égard des escarres est au premier degré un facteur d'engagement dans la lutte contre les escarres. La plupart des personnes rencontrées expriment leur engagement comme un combat contre une pathologie, qui au-delà des atteintes physiques, atteint la dignité humaine. Cette réaction primaire est très largement partagée, elle met en œuvre les sensations comme la vue et l'odorat. Elle est réactivée par le besoin de voir et de photographier qui peut être interprété comme une façon de réactiver les émotions et l'engagement.

Le maintien de l'engagement et le contrôle des routines

Les émotions maintiennent le lien entre le corps et l'esprit, elles partagent avec les routines et les habitudes, ce qui peut être décrit comme une conscience pratique (Mumby, Dennis K. & Putnam, Linda L.; 1992). Cette conscience pratique permet une grande réactivité et une intériorisation des processus de travail. Plusieurs de nos interlocuteurs ont exprimé très directement ce lien entre émotions et routines.

*Il faut que cela soit une routine positive, il faut casser le fatalisme (Pharmacien A).
Alors moi je dis comme un obsessionnel il faut que cela soit une obsession, alors il va le faire. Quand on est obsessionnel, on est méthodique.
Il faut que cela soit intégré aux comportements. On ne peut pas oublier des choses importantes, c'est un rituel intégré.
(Médecin B)*

Comme nous l'avons déjà évoqué, les émotions et savoirs ont souvent été opposés (Mumby, Dennis K. & Putnam, Linda L.; 1992), l'émotion étant considérée comme un facteur d'irrationalité dans les décisions. Cette opposition entre rationalité et émotions est démentie par nos observations qui montrent le rôle des émotions dans l'entretien de pratiques adaptées. Les entretiens relatent beaucoup d'histoires qui ont été vécues par les équipes. Ces histoires, qui sont retenues, construisent une mémoire collective qui comporte une dimension émotionnelle forte et qui oriente les pratiques de soin. L'hôpital C a ainsi vécu une relation très tendue avec la famille d'un patient qui lui reprochait un acharnement excessif. Cette histoire sert régulièrement d'illustration à la cadre du service, pour rappeler l'importance du vocabulaire qu'il faut utiliser avec les familles.

*Là on avait quelqu'un avec une GPE [alimentation par sonde dite de gavage] en fin de vie en soins palliatifs. C'est pas tellement la surcharge de travail, c'est aussi la souffrance morale. Avec la famille et tout ça. La famille qui n'acceptait pas. Il y a eu beaucoup de choses de dites au travers de ça, gavage, il faut éviter de parler de gavage, on ne dit jamais gavage. C'est pas grave, entre nous c'est pas un problème, mais je dis la famille elle ne peut pas entendre ça. La femme de ce monsieur-là s'était servi de ça. C'est quelqu'un qui n'allait pas bien du tout. Et là on a quelqu'un qui arrive à nouveau avec une GPE.
(Cadre C)*

Les termes techniques, comme par exemple celui de sonde de gavage, peuvent induire des incompréhensions génératrices de situation conflictuelle. Le rappel des émotions exprimées à cette occasion renforcent efficacement le savoir pratique.

Mécanismes transactionnels

Les émotions sont une dimension importante des relations sociales. Elles sont à la fois une réponse directe et primaire induite par des situations sociales. Elles sont également un moyen d'analyser ces situations et de les gérer (Hochschild, Arlie Russell; 1979). Cela nous

amène à considérer les émotions comme une construction sociale qui possède ses règles et permet aux individus de communiquer leur appréciation d'une situation. Plus que de longs discours, elles communiquent efficacement l'appréciation de l'état d'un patient et la nature de l'engagement qui sera nécessaire.

Je pense à un patient qui a eu 9 escarres. On est arrivé à 7 avec une bonne évolution. On a réussi à combler l'escarre sacré. Cela motive pour traiter et prévenir.

Je vois une patiente qui s'est laissée mourir, beaucoup ne veulent pas manger. La nutrition c'est important. Je me bats, cela me tient à cœur.

(AS A)

Les émotions, comme nous l'avons illustré plus haut, sont un objet de transaction. Le couple culpabilité-fierté apparaissant dans notre expérience comme une valeur d'échange entre manager et collaborateur. La fierté constitue la sanction positive du collaborateur vis-à-vis du travail de son manager. La culpabilité est, à l'inverse, la sanction négative d'une dissonance entre la légitimité des actes et leur signification. Il est intéressant à ce propos d'exploiter les entretiens réalisés à l'hôpital C. La directrice adjointe responsable des programmes de formation voit dans l'attention qu'elle porte à la formation des agents un facteur de motivation pour qu'ils exercent une bienveillance à l'égard des patients.

Je suis chargée de la GRH et des affaires générales, je dois être un des garants des pratiques et du prendre soin des professionnels. Si on prend soin d'eux ils vont prendre soin des personnes qui sont accueillies.

(Directrice C).

Il y a ainsi une forme de transmission des émotions positives de la direction vers les agents puis vers les patients. Ceci a été décrit comme une spirale émotionnelle qui valorise les affects positifs (Haag, Christophe & Laroche, Hervé; 2009).

Gradient d'énergie

Les émotions servent aussi de repoussoir et engagent dans la lutte contre les escarres. Mais cette énergie doit être canalisée car nos sens peuvent nous tromper et nous conduire dans des combats incertains. Les services qui se focalisent sur le traitement des escarres constitués risquent de rentrer dans un cycle sans fin qui fait perdre de vue l'importance de la prévention. En investissant toutes leurs ressources dans la technique des pansements, ces

services passent à côté des moyens efficaces de prévention. Au contraire, les services qui ont gagné leur combat contre les escarres ont utilisé les émotions non plus comme le moteur d'une réactivité immédiate mais comme un gradient d'énergie permettant de trouver des solutions innovantes. Dans ces établissements, les émotions ne dictent plus l'action immédiate mais entrent dans un processus de structuration de l'attention et de l'action. A cet égard, l'hôpital C a intégré la lutte contre les escarres dans un programme plus important qui s'attaque à toutes les formes de fragilité, notamment la dénutrition et la douleur. L'émotion n'est plus seulement une réaction immédiate à une situation donnée, mais l'expression d'un engagement plus durable. L'hôpital C a prolongé l'émotion vers d'autres engagements plus globaux qui s'attaquent à toutes les formes de fragilité.

La racine latine du mot émotion, « e movere », qui signifie bouger, nous fait interpréter les émotions comme un catalyseur clé des processus de structuration (Callahan, Jamie L.; 2004). Les émotions sont ainsi un mobile efficace des dynamiques de changement.

Test de l'expression du sens et des valeurs

Les émotions servent également à tester l'authenticité des différents acteurs et le sens général du travail.

Le médecin de l'hôpital B théâtralise son engagement. Cependant personne n'est dupe, et au-delà de la mise en scène, chacun mesure à sa juste valeur la profondeur de l'implication du chef de service. Les collaborateurs du médecin B testent continuellement, au travers des émotions exprimées par le chef de service, l'adéquation entre la légitimité de l'action qu'il propose et le sens de cette activité. Il est en effet difficile de feindre les émotions, le langage corporel permet à tout moment de tester l'authenticité des expressions. Cela permet aux agents hospitaliers de juger de la légitimité de l'engagement qui leur est demandé.

De son côté, l'hôpital D utilise les émotions dans une perspective stratégique. Au cours de séminaires où d'autres établissements sont conviés, il présente sa technicité comme une nouvelle forme de légitimité professionnelle et dévalue ainsi les activités développées dans les autres établissements. En montrant les nouvelles possibilités techniques, il crée ainsi une dissonance entre la perception que les autres établissements ont du sens de leur travail et de leur légitimité technique. Les émotions sont ainsi activées pour affirmer un leadership technique. L'hôpital D propose finalement une voie de résolution de la dissonance qu'il a créée, en offrant ses services techniques aux autres établissements.

Les émotions peuvent effectivement traduire la dissonance entre le sens qui est donné aux activités et leur légitimité perçue (Callahan, Jamie L.; 2004). Dans le cas de l'hôpital B, les émotions exprimées par le chef de service sont un moyen d'évaluer l'engagement requis. Dans le cas de l'hôpital D, cela rentre dans un jeu stratégique de

création d'émotions qui ne peuvent être dissipées que par la réduction de la dissonance entre sens du travail et légitimité technique.

d. L'organisation de la compassion

Nous avons vu comment les émotions pouvaient structurer les relations entre les agents. L'émotion peut alors être vue, non seulement comme extérieure à l'activité perçue, mais plus encore comme un incitatif à agir, un ensemble de codes permettant de communiquer et une sanction du respect des valeurs. L'association des émotions au schéma d'action conduit à porter un regard nouveau sur les émotions qui apparaissent alors comme un facteur important de la structuration de l'action. Emotions et actions concrètes composent ainsi une chaîne, un processus dont rend compte le terme de « compassion ».

Les agents hospitaliers, plus qu'une autre profession, sont confrontés à la souffrance et aux situations individuelles qui mobilisent les émotions et en appellent à la compassion. La littérature médicale et infirmière témoigne du rôle de la compassion comme élément modérateur d'une meilleure prise en charge (Frost, Peter, Dutton, Jane E., Maitlis, Sally, Lilius, Jacoba, Kanov, Jason M., & Worline, Monica C.; 2006). Dans d'autres secteurs d'activité la compassion au travail a également été décrite comme une ressource qui serait un facteur déterminant de l'engagement au travail (Lilius, Jacoba M., Worline, Monica C., Maitlis, Sally, Jason, Kanov, Dutton, Jane E. & Frost, Peter; 2008).

Nous pourrions maintenant montrer comment les émotions peuvent ne plus rester extérieures à l'action mais y participer en entrant dans des schémas qui l'associent à l'attention et à l'action. Le terme de compassion rend compte de cette articulation entre émotion, attention et action. Cette interprétation du rôle des émotions est soutenue par une littérature récente sur les mécanismes d'organisation de la compassion.

La compassion peut être considérée non seulement comme une ressource mais aussi comme une production primaire de l'activité de l'hôpital. Elle constitue le *primum movens* de l'activité hospitalière, et à ce titre, peut servir de fil conducteur dans l'analyse des interactions à l'hôpital. En effet, l'approche qui conçoit la compassion à n'être qu'un attribut de l'action privilégie seulement une des trois optiques possibles pour décrire le rôle de la compassion dans l'activité humaine. Selon Peter Frost (2006), nous pouvons tout d'abord considérer la compassion comme un vécu individualisé, mais nous pouvons aussi la considérer comme un facteur qui peut modifier les relations interpersonnelles et finalement nous pouvons concevoir la compassion comme une production des organisations. Selon cette troisième définition la compassion n'est pas seulement une ressource qui pourrait être mobilisée à volonté, elle peut être considérée comme la production d'une organisation qui se

nourrit des émotions et fait agir (Dutton, Jane E., Worline, Monica C., Frost, Peter J. & Lilius, Jacoba; 2006). La compassion n'est plus simplement l'expression d'une subjectivité individuelle mais une construction sociale qui pourra être étudiée en tant que telle. Le processus de construction pourra ainsi être détaillé en différentes phases d'initiation, d'activation et de mobilisation de l'attention pour produire des gestes symboliques et matériels à destination de ceux qui ont subi un dommage (Dutton, Jane E., Worline, Monica C., Frost, Peter J. & Lilius, Jacoba; 2006). Les valeurs, les routines d'action, les réseaux constituent ainsi un contexte social qui permet d'activer et de mobiliser la compassion.

En nous référant à la compassion, nous allons maintenant au-delà de la simple expression des sentiments et des émotions. Nous introduisons ainsi la notion de construction et d'organisation d'une chaîne d'action. En effet, la compassion, selon la définition donnée ci-dessus, associe les émotions, l'attention et les actions. Cette description initie un schéma d'action associant différents processus. Cette association de l'attention et de l'action nous semble une catégorie importante que nous retrouvons dans les entretiens qui ont été conduits et qui est une caractéristique fondamentale de l'activité médicale. Ainsi, l'attention à la personne, qui peut se concrétiser par une évaluation de la fragilité de cette personne, a surtout un intérêt parce qu'il existe des possibilités d'action préventive face à cette fragilité identifiée. Il y a ainsi une articulation étroite entre la reconnaissance de la souffrance et l'action thérapeutique ou préventive. La connaissance obtenue par l'observation n'est pas considérée comme une fin en soi, elle n'a de valeur que par ce qu'elle fait faire. Le cadre de l'hôpital C exprime de façon très convaincue ce lien entre l'observation et l'action qui caractérise la compassion:

*La théorie des besoins de Virginia Henderson... c'est très bien c'est super, mais on ne les applique pas...
Oui on peut alourdir, on peut faire l'inverse du ciblage...
En décision, (il faut) réajuster jusqu'au moment où cela va bien et signifier que cela va bien.
Aller de l'action jusqu'au résultat. Et le résultat doit amener à l'abolition du problème.
(Cadre C)*

Ainsi se dessine une première dimension de la structuration de l'activité compassionnelle, cette dimension privilégie l'aspect dynamique et l'enchaînement de sous-processus clés. Cela constitue un schéma qui associe attention et action et qui a été décrit dans plusieurs articles récents (Dutton, Jane E., Worline, Monica C., Frost, Peter J. & Lilius, Jacoba; 2006 ;Frost, Peter, Dutton, Jane E., Maitlis, Sally, Lilius, Jacoba, Kanov, Jason M., & Worline, Monica C.; 2006; Lilius, Jacoba M., Worline, Monica C., Dutton, Jane E., Kanov,

Jason M. & Maitlis, Sally; 2011 ; Lilius, Jacoba M., Worline, Monica C., Maitlis, Sally, Jason, Kanov, Dutton, Jane E. & Frost, Peter; 2008). La première dimension du schéma d'organisation de la compassion est en premier lieu une chaîne dynamique associant différents processus qui interagissent entre eux par des mécanismes de renforcement et de légitimation en retour. Cette chaîne dynamique pourra être décrite comme un « pattern d'action », c'est-à-dire comme une forme spécifique d'action enchaînant différents sous-processus de façon convenue.

Ce schéma comporte aussi une deuxième dimension qui peut être mise en valeur par la théorie des ressources. Sur le pattern d'action se greffent en effet des ressources qui permettent ou contraignent l'action. Chacun des sous-processus composant le pattern d'action s'appuie sur des ressources spécifiques qui sont mises à sa disposition et lui permettent de s'accomplir. Ainsi l'activation de l'empathie, qui constitue un sous-processus du pattern compassionnel, va faire appel à de nouvelles ressources qui pourront élargir le champ de diffusion de l'émotion.

Un exemple nous permet d'évoquer le rôle structurant des ressources. Dans la lutte contre les ulcères de pression, les SSR ont bénéficié du voisinage des services de soins palliatifs souvent implantés à proximité ou même souvent au sein de leur périmètre. Bien que distincts des services de SSR, les services de soins palliatifs ont eu un rôle important dans la diffusion des savoirs. Les services de soins palliatifs utilisent les mêmes ressources que les SSR, ils sont souvent situés dans les mêmes locaux et font appel souvent aux mêmes outils. La contiguïté des services a permis de sensibiliser aux nouvelles techniques de prise en charge ; les personnels des SSR ont en effet pu constater, de visu, l'efficacité des moyens utilisés dans les services de soins palliatifs. Ils ont souvent emprunté les outils des services de soins palliatifs pour les utiliser en SSR. Les services de soins palliatifs ont ainsi permis d'étendre les possibilités d'action des SSR en leur apportant de nouveaux outils et de nouvelles ressources. Très concrètement cela a, par exemple, ouvert de nouvelles possibilités financières. Ainsi, le fait de soigner des personnes cancéreuses en fin de vie a incité à rechercher des financements auprès des organisations philanthropiques (Ligue contre le cancer) pour l'activité des soins palliatifs. Ceci a donné ensuite l'idée de recourir aux mêmes sources de financement pour des patients cancéreux qui n'étaient pas en fin de vie mais accueillis en SSR. Ces nouvelles sources de financement ont notamment permis de compléter l'équipement en matelas à répartition de pression qui sont maintenant utilisés pour tout type de patient, cancéreux ou pas. Finalement, il y a eu enrichissement des mécanismes de compassion par une extension des ressources à partir de la situation initiale. Ces ressources viennent appuyer le pattern d'action, elles le facilitent, l'orientent et le contraignent, tout à la fois. Une nouvelle forme d'activité est ainsi créée par mise en correspondance des prises en charge de différents patients qui utilisent les mêmes

séquences de soins et les mêmes ressources. Ce mécanisme de mise en correspondance des pratiques de soin par l'utilisation de ressources identiques, introduit la notion d'une dimension diachronique des schémas d'action que sera explorée plus loin.

Le passage des émotions à la compassion recompose notre vision des mécanismes d'interaction au sein des équipes qui prennent en charge de façon efficace les patients à risque d'escarre. Nous pouvons ainsi commencer à décrire un mécanisme d'articulation dans deux dimensions. La première dimension articule des processus élémentaires qui composent une chaîne d'action. Dans la suite de l'exposé nous y feront référence comme à une dimension synchronique de l'activité. Une deuxième dimension fait se correspondre les processus identiques qui utilisent les mêmes ressources et se répliquent de façon similaire d'un cycle d'action à l'autre créant ainsi une activité qui se renouvelle dans le temps. Dans la suite de l'exposé nous y feront référence comme à une dimension diachronique de l'action. Nous reprenons ainsi l'approche de Turner, cité par Callahan (2004)¹³, qui établit un dualisme entre système d'action et structure d'action.

Nous allons maintenant analyser une des deux dimensions, la dépendance temporelle synchronique qui structure une chaîne d'action et qui est apparue comme un phénomène primaire et que nous avons intitulé le Qui-Vive.

2. Le Qui-vive constitue un schéma primaire d'action

Très rapidement, au cours de l'étude, il est apparu que les services performants avaient développé un mode d'engagement particulier qui pouvait se résumer par une attitude décrite comme un « Qui-Vive ». Le terme de « Qui-Vive » a d'ailleurs été spontanément utilisé par plusieurs personnes au cours des entretiens. Ce terme ne dit pas exactement ce qu'il faut faire mais désigne un certain nombre d'attitudes qui qualifient les actions attendues. Cela concerne en particulier le travail des aides-soignantes qui sont en alerte permanente et doivent avertir l'organisation tout entière de l'apparition d'une situation de risque chez un patient particulier. Cela déclenche alors une mobilisation générale autour de ce patient.

¹³ « *Structuration ... combines both system and structure and incorporates temporal and spatial dimensions. Structuration is a reciprocal relationship between system and structure that creates dual processes in which rules and resources are used to organize interaction across time and in space and, by virtue of this use, to reproduce or transform these rules and resources.* »

Avant de procéder à une analyse plus fine de ce processus de « Qui-Vive », nous ferons un détour par le processus de « mindfulness » décrit par Karl Weick (2006 ; Weick, Karl & Sutcliffe, Kathleen; 2007 2nd éd.) et que l'on peut traduire en français par le terme de « lucidité ». Le concept de « mindfulness » a d'abord été décrit en creux en étudiant les catastrophes qui n'avaient pu être évitées par défaut de lucidité. L'affaire de la Bristol Royal Infirmary et l'incendie de Cerro Grande ont fourni à cet égard des études de cas très instructives. A l'inverse certaines organisations sont particulièrement performantes pour se préparer à faire face à l'inimaginable. Karl Weick et Kathleen Sutcliffe décrivent ainsi une infrastructure qui repose sur des processus-clés qui composent une attitude d'ensemble permettant de faire face à l'imprévu. La première des attitudes consiste à avoir une vigilance extrême vis-à-vis des petites erreurs. La seconde consiste à éviter de banaliser et à trop simplifier. La troisième incite le manager à ne pas s'éloigner des opérations de première ligne. La quatrième attitude pousse à constamment contenir les situations dans un état qui soit gérable. Enfin, la cinquième et dernière attitude privilégie la diversité et la multiplicité des expertises. Ainsi décrit le « Mindfulness » n'est pas une suite d'unités d'actions définies à l'avance, mais une propension à penser en évitant les idées préconçues, une capacité à se concentrer sur les faits empiriques et une très grande réactivité pour réinventer l'action.

Le fait de parler d'attitude, plutôt que d'actions concrètes, introduit une dimension symbolique. Les attitudes doivent en effet être interprétées par les membres de l'équipe et ceux-ci y répondent aussi par d'autres attitudes. Cette dimension interactive symbolique permet de décrire des schémas collectifs, qui vont au-delà de la somme des actions individuelles. Cela constitue une action collective organisée qui correspond à différents concepts développés par les sciences de l'organisation. Ces mécanismes, qui constituent des patterns d'action récurrents, englobent ce qu'on appelle des routines, ou bien des attitudes telles que le « Mindfulness » ou encore ce qui peut être décrit comme des programmes plus complets d'action (Cohen, Michael D.; 2007).

Les données recueillies sur la gestion des escarres nous permettront de montrer l'enchaînement des processus qui constituent une attitude de Qui-Vive. Nous verrons dans un deuxième temps comment le Qui-Vive peut se distinguer du « Mindfulness ». Nous observerons finalement comment cela constitue une dimension synchronique de l'action.

a. Les processus primaires du Qui-Vive

Les hôpitaux B, C et D développent des modalités de prise en charge des escarres qui expriment des caractéristiques communes. Nous avons ainsi successivement : le développement d'une inquiétude partagée ; puis l'identification collective d'une menace ;

enfin, une mise à disposition de ressources communes qui permettent une réponse immédiate.

i. **L'inquiétude partagée**

Chacun des agents hospitaliers, de l'aide-soignante jusqu'au médecin, craint l'apparition d'une escarre chez les patients fragiles. Cette crainte n'est pas l'apanage d'une seule profession et chaque fonction peut se sentir concernée. L'inquiétude doit être ubiquitaire car elle concerne tous les moments de la vie hospitalière. A l'inverse un danger peut se constituer lorsque le risque est rare et que la crainte n'est plus partagée par chacun des membres de l'équipe. C'est en particulier le cas des services qui n'ont pas l'habitude des escarres.

*Le problème pour l'escarre, c'est que, pour éviter qu'il vienne, il faut être très réactif. Dans des services où c'est habituel, on est organisé. Par contre, le danger, c'est dans les services où d'un point de vue statistique, c'est plus rare. Quand un patient fait une hémiplégié à une heure du matin et que cela passe inaperçu, voilà, le risque est énorme. Dans les services où le risque est plus important, par exemple en neurologie, en orthopédie, le risque est plus important, mais il y a moins d'escarres car on sent qu'il y a toute une organisation de l'équipe.
(Médecin B).*

Les aides-soignantes constituent une première barrière de défense, une première ligne de front qu'il faut tenir tous les jours y compris le dimanche.

*Moi, j'essaie de faire marcher. Chacun fait un peu différemment... Cela dépend de chacun, de l'énergie que l'on met (il y a des courageux, certains le sont moins).
Moi, je propose à la famille de faire. Même le dimanche je les fais marcher, on a un peu plus de temps. D'autres vont faire autre chose.
(AS A)*

La veille qui permet de tenir la ligne de front doit être collective. L'inquiétude doit être partagée et constituer une culture du service.

On a des compétences, mais le problème aussi c'est que si on les a, il faut les utiliser au mieux. Le problème de l'escarre effectivement, il faut que ce soit vraiment un travail d'équipe, c'est pas un travail individuel. C'est pas l'action d'une infirmière, tel jour, qui va suffire. C'est une action continue.

Alors qu'un chirurgien, il va réparer le col du fémur, ça y est, il l'a réparé, ça y est, c'est terminé [...]. Il a fait son boulot. C'est pas pareil...

C'est vraiment une prise en charge obsessionnelle, éviter qu'on en ait avec tous ces patients.

(Médecin B)

Tout un travail de sensibilisation au risque d'escarre et d'activation de l'attention à ce risque est ainsi nécessaire.

ii. L'identification d'une menace collective

Le risque ne concerne pas seulement un patient particulier. L'apparition d'une escarre est non seulement une atteinte pour le patient, mais c'est aussi le stigmate d'une prise en charge inappropriée. Cela révèle la qualité des soins et c'est alors l'organisation tout entière qui est menacée dans sa réputation. Cette menace collective s'exprime différemment dans les 3 hôpitaux en fonction des valeurs qu'ils mettent chacun en avant. L'hôpital D se positionne en recours technique pour les autres établissements de la région. La réputation de l'établissement pourrait être mise en jeu si des escarres apparaissaient à l'intérieur du service. L'hôpital C médicalise ses activités, un échec vis-à-vis de la prise en charge des personnes fragiles remettrait en cause la légitimité du nouveau positionnement. Enfin, le service de soins et de réadaptation de l'hôpital B voit l'apparition d'une nouvelle escarre comme la dégradation de sa vigilance collective et l'explique par un manque d'acculturation des nouveaux arrivants.

La nature collective de l'attention est constamment rappelée car il suffit d'une brèche dans la muraille, d'un élément défaillant, pour que l'organisation soit prise en défaut. L'analogie de l'escarre avec la brèche dans la muraille est riche de signification. L'escarre est non seulement une rupture de la continuité physique, mais plus encore, c'est une brèche dans la clôture de l'humain. Les tentatives des soignants pour enrayer l'escarre s'apparentent à l'effort fait pour combler les défauts de la cuirasse ou étanchéifier le navire. Les pansements n'ont pas pour seule vertu de faire cicatriser, ils redonnent aussi à l'individu sa dignité.

iii. **La mise à disposition de ressources communes**

Les moyens qui sont mis à disposition des aides-soignantes et des infirmières sont comme autant de matériels qui permettront de maintenir l'étanchéité du front et la cohésion d'ensemble. L'aspect collectif de la gestion est déterminant lorsque les aides-soignantes ont la maîtrise de la gestion des matelas à répartition de pression ; les services en parlent alors comme d'une ressource collective qui permet de faire face à une menace globale.

On est au bout de la chaîne pour les escarres. Mais cela ne sert à rien d'imposer des échelles. Je vais donner du sens en mettant en place l'arbre décisionnel ; elles ont vu qu'il y avait des problèmes de gestion des matelas. Le parc a augmenté, certains matelas tombent en panne. Les matelas sont différents. L'ergothérapeute intervient aussi. Il y avait l'apprentissage de l'utilisation des matelas.

(Médecin C)

Il ne s'agit plus seulement de mettre le bon matelas à un patient donné mais d'optimiser la gestion du parc pour diminuer le risque global. Les matelas à répartition constituent ainsi une panoplie qu'il s'agit de gérer de façon globale et dans laquelle on pourra puiser.

iv. **La réactivité comme valeur de travail**

La réactivité est un principe d'action important dans les hôpitaux performants. Les agents n'hésitent pas à bricoler des solutions ou à enfreindre les règlements au bénéfice de l'action. Ainsi les aides-soignantes constituent des stocks de compléments nutritionnels pour pouvoir les utiliser le week-end lorsqu'il est plus difficile d'avoir l'aval d'une diététicienne. De son côté la diététicienne de l'hôpital D se poste à la sortie des plateaux repas à la cuisine pour identifier ceux qui ont été enrichis à la demande des aides-soignantes. Plutôt que faire précéder l'action par un diagnostic rigoureux, c'est l'inverse qui a été mis en place selon un schéma astucieux : l'action des aides-soignantes précède l'identification précise de la diététicienne et provoque secondairement un approfondissement du diagnostic par cette dernière.

Un autre mécanisme d'anticipation a été mis en place par le cadre de l'hôpital C. Elle a obtenu des médecins généralistes qu'ils lui adressent une fiche électronique décrivant les patients de façon à pouvoir prévoir le matelas approprié avant l'arrivée du patient. La priorité, c'est l'action résiliente, plutôt que l'exactitude du diagnostic. Il faut éviter, par tous les moyens, que la situation du patient ne s'aggrave, pour que cette situation reste maîtrisable. Il sera toujours temps ensuite de refaire l'évaluation et de réajuster le besoin.

Les caractéristiques que nous venons de décrire mettent en avant l'alerte permanente, la mobilisation de tous et la mise en première ligne de sentinelles avancées. Le souci d'intervenir rapidement complète cet état d'esprit que nous allons maintenant rapprocher du concept du Qui-Vive. Ce terme a été utilisé spontanément dans le cours des entretiens et appartient au registre linguistique familier, cela le situe au rang des capacités anthropologiques.

b. La constitution du Qui-Vive au cœur des pratiques

Le retour aux principes fondamentaux de l'action humaine (au Qui-Vive en ce qui nous concerne), constitue une tentative de réorganisation de la connaissance par des mécanismes communs permettant d'expliquer et de transmettre de façon familière des schémas génériques d'action et d'interaction (Pfeffer, Jeffrey & Fong, Christina T.; 2005). Nous pouvons ainsi resituer les observations empiriques que nous avons faites, parmi les aptitudes anthropologiques fondamentales qui sont reconnues par tous. C'est à cet exercice que nous allons maintenant satisfaire d'abord en rapprochant nos observations du sens commun qui est donné au Qui-Vive, puis en nous appuyant sur l'étymologie française et, finalement, en utilisant ses traductions anglaises, dans la perspective d'une meilleure compréhension. Nous verrons ainsi que le Qui-Vive constitue un pattern particulier d'action.

L'ensemble des mécanismes d'intervention précédemment décrits (identifier la menace et nommer le danger, privilégier l'action et l'anticiper, aménager l'environnement) qui associent attention et action, constituent un cadre commun que nous proposons de résumer par la notion de Qui-Vive. La logique du Qui-Vive prend tout son sens dans les services que nous avons rencontrés parce qu'elle s'exprime dans un dispositif complet d'outils, de modalités de coordination, de dispositifs de jugement et d'une capacité à agir. Le Qui-Vive s'exprime non seulement au lit du patient mais également dans l'ensemble de l'organisation des services. Le Qui-Vive est en fait une sorte d'idéal de l'intervention à entreprendre que l'on peut décrire comme un cadre primaire d'intervention sur lequel nous allons maintenant revenir.

Les notions suivantes permettent de caractériser le phénomène du Qui-Vive:

- Les signaux sont calibrés pour amener un niveau d'attention attendu. Les équipes ont l'habitude d'évaluer rapidement le risque présenté par chacun des patients. Au besoin, elles se créent leurs propres outils d'évaluation.
- Des outils de premier recours permettent une réaction immédiate et le premier niveau d'une réponse graduée

- Le droit à recruter de nouvelles ressources est reconnu. Les médecins sont très disponibles ce qui permet une inversion des règles de prescription. Ce n'est plus le médecin qui prescrit, c'est le médecin qui est prescrit.
- C'est une veille assurée par chacun, au service du groupe (interaction de l'individu et du groupe). Le danger ne concerne pas seulement la situation donnée, mais menace l'ensemble de la structure et sa capacité à réagir. Cela fait apparaître la notion de débordement. Pour l'endiguer il faut pouvoir réagir, autant pour régler le problème particulier, que pour garantir la capacité de la structure à se maintenir. Il y a ainsi une interdépendance forte entre la structure qui garantit la possibilité d'action face à une situation donnée et l'action qui maintient la situation à un niveau que la structure peut gérer.

L'étymologie française du terme Qui-Vive permet d'approfondir les caractéristiques précédentes qui permettent d'explicitier l'attitude du Qui-Vive. Dans sa forme littérale « Qui-Vive » signifie « Y-a-t-il une personne vivante à proximité ? ». Cette expression rend bien compte, dans sa forme française, qu'il s'agit bien d'interaction entre des personnes vivantes et agissantes. Cette notion d'interaction sociale dans l'action nous semble particulièrement pertinente car elle met les hommes au centre de l'action et respecte ainsi les principes de l'analyse interactionniste.

Par ailleurs, le terme du Qui-Vive a aussi l'avantage de reprendre l'ambiguïté étymologique du mot inquiétude. Nous pouvons être sur le qui-vive, c'est-à-dire sous la forme d'une vigilance organisée, nous pouvons également être constamment sur le qui-vive ce qui traduit alors une perversion de l'attention dans une forme non organisée et non spécifique ; cela s'apparente alors à de l'inquiétude au sens immédiat du terme et nous renvoie aux formes pathologiques de la culpabilisation évoquées au début de ce travail.

Nous avons donc, au travers de ce terme de Qui-Vive, à la fois la possibilité de traduire une inquiétude non organisée, mais aussi et surtout la possibilité de décrire l'organisation d'un mécanisme de coordination de l'attention orientée vers un risque particulier. Ceci semble parfaitement correspondre à la situation de la prise en charge des escarres où nous pouvons avoir à la fois des services en difficulté avec des sentiments d'échec, et des services confiants dans leur façon de faire et en état de veille active.

En reprenant plus précisément la définition du mot Qui-Vive dans la langue française et en s'intéressant aux transcriptions possibles du terme dans la langue anglaise, nous verrons comment ce terme peut renvoyer à des modes de gestion des organisations.

Le terme de Qui-Vive renvoie tout d'abord au cri d'une sentinelle qui demande « Qui est là ? » et qui fait obligation au danger de s'identifier. Le danger n'apparaît pas

immédiatement, il se manifeste par des signes discrets et la sentinelle doit rassembler ces signes pour interroger la situation et lui demander de se nommer. Le danger ne se signale pas directement, il faut avoir l'intention de l'identifier pour qu'il apparaisse à la conscience. Cela reprend assez bien la description de la prise en charge des escarres et en particulier du rôle des aides-soignantes qui sont en première ligne et doivent tirer la sonnette d'alarme. Elles doivent être en veille permanente et attentives à tous les signes émergents qui annoncent un risque nouveau d'escarre. Elles ne peuvent se contenter d'attendre l'émergence de l'ulcère qui peut être silencieux, elles doivent entreprendre une action qui oblige le phénomène à se révéler. Il s'agit d'une attention active qui est étendue à la survenue de nombreux signes différents ce qui nécessite une interprétation de la situation. On ne sait pas d'où va venir le danger, mais il va falloir le nommer au bon moment. Le cri de la sentinelle s'exprime alors par l'annonce immédiate du risque, éventuellement de façon un peu différée, lors des transmissions ciblées quotidiennes

Dans cette définition, il y a aussi la notion de préparation et d'organisation du Qui-Vive : une sentinelle a été mise à un endroit donné préparé à l'avance. Un réseau de sentinelles reliées entre elles a pu être établi. Les sentinelles ont des protocoles d'action et des moyens pour juger du danger. C'est typiquement la situation de l'escarre où plusieurs personnes seront sollicitées et pourront s'appuyer sur des processus d'identification du risque et d'alerte. La capacité à agir directement leur sera donnée de façon à agir au plus vite, mais également de façon à donner du sens à l'attention.

La notion de Qui-Vive fait référence à une attitude collective. Ainsi le fait que la sentinelle s'empare d'un outil de défense, permet d'enclencher l'alerte au niveau collectif. L'action engagée par la sentinelle, réactive l'attention de l'ensemble du réseau. Cette notion de « réseau sentinelle » renvoie aux mécanismes collectifs du Qui-Vive. Il ne s'agit pas seulement d'être en alerte pour un patient singulier. Il faut être en alerte sur l'ensemble du service, sinon l'organisation toute-entière risque d'être emportée dans la spirale de l'échec.

La traduction anglaise qui est proposée par le dictionnaire Collins en ligne pour le terme Qui-Vive est celle de « to be on the alert » (Dictionnaire Franco-Anglais Collins, 2012). La définition anglaise est intéressante car elle va encore un peu plus loin dans la description des dispositions cognitives attachées au Qui-Vive. « To be on the alert » c'est être attentif de façon vigilante (« vigilantly attentive, watchful »), nous retrouvons là la notion de sentinelle. C'est être également mentalement réactif et perceptif (« mentally responsive and perceptive »), cela nous renvoie aux processus cognitifs intériorisés par les professionnels des hôpitaux B, C et D. Cela introduit également la notion de rapidité dans l'action (« brisk or lively in action ») et décrit assez bien l'insistance des chefs de service à lier détection et

action. Cela rend compte de la forte propension des professionnels de santé à réagir dans l'instant.

A la notion de Qui-Vive nous pouvons, également dans la langue anglaise, associer la notion de « challenge ». La sentinelle est mise en « challenge », par le risque qui se dévoile. La contrepartie du Qui-Vive est donc « to be challenged ». Il y a ainsi opposition de deux attitudes, celle qui se met en alerte et se dispose à agir, et l'autre, en regard, qui est une forme passive. Les équipes rencontrées expriment ces différentes attitudes, certaines sont challengées et en éprouvent de la culpabilité, les autres sont en alerte et font confiance aux schémas d'action qu'elles ont su mettre en œuvre.

Le Qui-Vive est donc avant tout une forme active de préparation à l'action, mais qui ne spécifie pas encore complètement l'action elle-même. C'est une notion intéressante dans le domaine de la gestion car cela renvoie aux dispositions à agir et à la constitution d'un schéma de coordination qui permettra d'agir de façon pertinente et appropriée. Cette attitude recherchée évite finalement d'avoir à donner une trop grande précision sur les signes à interpréter et les actions à entreprendre. Elle autorise ainsi une grande adaptation à la menace et valorise l'intention plutôt que des mécanismes rigides spécifiés par avance. Cette posture autorise les marges de manœuvre (« organizational slack ») dont ont besoin les équipes confrontées à la résolution de situations complexes.

Nous avons donc avec le terme « Qui-Vive » une catégorisation de la rationalité d'intervention qui décrit parfaitement à la fois l'état d'esprit, les supports cognitifs et les mécanismes d'action qui régissent les services où la prise en charge des escarres est maîtrisée. De façon opposée, le terme permet également de rendre compte des situations où un Qui-Vive généralisé, non organisé conduit à l'incertitude, l'impuissance et finalement la culpabilité. Il s'agira alors d'une forme falsifiée du Qui-Vive. Cela traduit alors la non congruence des actions et de l'attention avec une exacerbation du sentiment d'impuissance ; c'est dans ce cas la version anglaise « to be challenged » qui serait appropriée. Nous pourrions utiliser cette version falsifiée du Qui-Vive pour critiquer les schémas de coordination qui, en multipliant les informations et les sources d'inquiétude (indicateurs tout azimut par exemple), sans mettre en regard les schémas d'organisation de la vigilance, conduisent à la culpabilisation. Nous avons pu observer qu'outre les effets psychologiques délétères que cela détermine, cela conduit aussi bien souvent à des conduites professionnelles inadaptées à la bonne prise en charge de la prévention et du traitement des escarres. L'attention est ainsi détournée des moyens de prévention pour s'épuiser dans les stratégies complexes des soins de pansement.

Ces deux interprétations différentes du Qui-Vive soulignent ainsi l'importance d'une deuxième dimension du schéma d'action qui s'appuie sur l'organisation des ressources et plus généralement sur la structuration de l'activité.

c. La parenté du Qui-Vive et du « Mindfulness »

Le Qui-Vive peut maintenant être rapproché du schéma du « Mindfulness » que nous avons introduit précédemment (Weick, Karl & Sutcliffe, Kathleen; 2006 ; Weick, Karl & Sutcliffe, Kathleen; 2007 2nd éd. ; Weick, Karl E.; 2006 ; Weick, Karl E. & Sutcliffe, Kathleen M.; 2003). Le Qui-Vive partage certaines des attitudes d'action qui définissent le « Mindfulness ». Ainsi, il associe une sensibilité aux détails, la recherche de l'expertise sur le terrain et une forte réactivité de son système d'action. Cependant, peut-on affirmer qu'il y ait une parfaite identité entre le « Mindfulness » et le Qui-Vive ? Il nous semble que ce sont deux processus qui décrivent tous les deux une forme d'articulation entre l'attention et l'action, mais sous deux formes différentes. Certains des mécanismes du « Mindfulness » permettent de décrire le Qui-Vive : capacité d'alerte, capacité à nommer la situation, capacité à concrétiser. Cependant, il nous semble que le Qui-Vive exprime une intrusion plus forte des capacités d'action dans les mécanismes d'attention. Le Qui-Vive porte déjà en soi des capacités d'action identifiées quand le « Mindfulness » laisse beaucoup plus ouvert les choix d'action. Le Qui-Vive met ainsi dans l'attente d'un type d'événement particulier et y prépare sans pour autant spécifier précisément l'action. Le « Mindfulness » laisse les opportunités beaucoup plus ouvertes, il privilégie l'attention pour une situation où l'événement à venir est tout à fait inattendu. Karl Weick en fait d'ailleurs le titre de son ouvrage : « Managing the unexpected ». Le « Mindfulness » est une vigilance qui doit permettre d'identifier rapidement les situations de crise et les dépassements de capacité. Les études de Karl Weick se sont ainsi attardées sur l'émergence des catastrophes (Cero Grande Fire), où les mises en péril des institutions (Bristol Inquiry). De façon différente les défauts de prise en charge des ulcères de pression, ne mettent pas les institutions dangereusement en péril, bien qu'ils puissent remettre en cause les mécanismes collectifs. Il ne s'agit pas de gérer une crise inattendue, mais de modifier les mécanismes d'attention de façon durable.

En mettant en évidence ces différences, nous ne souhaitons pas opposer « Mindfulness » et Qui-Vive, mais plutôt montrer qu'ils appartiennent à une même famille de patterns, qui articulent attention et action, mais pour des objectifs différents. L'un met l'accent sur l'attente et l'imprévu, l'autre sur l'anticipation de l'action dès l'activation de l'attention.

D'autres mécanismes d'action ont été décrits en utilisant les attitudes comme catégories descriptives. Nous pouvons citer à nouveau le travail de Dutton sur l'organisation de la compassion (2006) sur lequel nous allons revenir. L'organisation de la compassion a été décrite à partir des mécanismes d'aide qui ont émergé à la suite d'un incendie ayant détruit tout ce que possédaient trois étudiants d'un MBA. L'organisation de la compassion articule différents mécanismes dans le temps : activation de la compassion, mobilisation de la compassion et finalement démonstration de la compassion par des aides matérielles. Des sous-processus soutiennent ces mécanismes : l'émergence de rôles, l'activation des réseaux, les actions symboliques des leaders. Ces processus sont sous-tendus par des actions de déclenchement de la compassion, de diffusion de l'émotion et d'improvisation. Les auteurs de cette recherche la concluent en faisant une proposition que nous pouvons traduire ainsi : « l'attention distribuée est organisée dans un dispositif collectif d'action par des valeurs, des routines et des réseaux qui concentrent et diffusent l'attention, ce qui facilite la cohérence des actions ». Cette situation introduit la notion d'attention distribuée, comme un principe d'action qu'on peut retrouver à l'origine de plusieurs patterns d'action.

Des références au mécanisme de résilience peuvent également être avancées pour illustrer ce principe d'attention distribuée. (Hollnagel, Erik & Journé, Benoît; 2009 ; Hollnagel, Erik, Woods, David, & Leveson, Nancy; 2006 ; Tillement, S., Cholez, C. & Reverdy, T.; 2009). La résilience est ainsi définie comme une succession de différents processus : activité d'anticipation, perception des variations, interprétation des événements et de leur complexité, improvisation, redéfinition des rôles et capacité immédiate à corriger les erreurs et à apprendre à partir d'elles.

Nous retrouvons dans l'articulation des processus d'attention, de requalification et de réaction des éléments essentiels qui contribuent au « Mindfulness », au Qui-Vive, à la Compassion distribuée et au phénomène de résilience. Ces éléments mettent d'abord l'accent sur la dimension temporelle synchronique des mécanismes de structuration de l'action. Nous allons maintenant parcourir, les mécanismes différents qui composent le Qui-Vive de façon à montrer comment ils influencent spécifiquement la prise en charge des escarres.

d. La dimension synchronique du Qui-Vive

Le Qui-Vive constitue un pattern d'action qui s'inscrit dans une perspective synchronique de l'interaction comme le mindfulness, l'organisation de la compassion ou même la résilience. C'est une dimension temporelle qui lie les différents processus primaires et les adapte aux processus qui les suivent ou les précèdent dans une chaîne d'action. La structuration de cette chaîne d'actions met en exergue l'extrême dynamisme de ce

processus, ce qui l'oppose à une vision plus statique de la structure. Nous allons maintenant montrer en quoi cela permet de donner un sens différent à l'action et remet en cause les façons habituelles de conduire les soins. Les équipes, qui ont développé le Qui-Vive comme processus primaire de gestion des escarres, se différencient en effet des autres équipes sur de nombreux aspects de leur gestion clinique.

Quand la plupart des équipes considèrent l'ulcère de pression comme la manifestation d'une pathologie chronique, les équipes des hôpitaux B, C et D considèrent qu'il s'agit d'une pathologie aiguë au même titre que l'infarctus du myocarde. Chaque minute compte, chaque temps d'inattention peut être préjudiciable. Il faut donc devancer l'ulcère et ne pas s'y soumettre.

J'ai travaillé aux urgences, c'est beaucoup de la gériatrie.

Mon travail aux urgences c'est de lisser les flux, j'ai vu des patients se dégrader sur les brancards aux urgences.

Des délais d'attente, cela se traduit par des escarres. Une attente prolongée induit des escarres. Une escarre débute aux urgences se révèle en aigu et s'aggrave en SSR.

(Cadre B).

La plupart des équipes utilisent des grilles de mesure du risque, c'est sans doute utile pour attirer l'attention des équipes qui ne portent pas encore l'attention souhaitée. Mais les équipes des hôpitaux B, C et D se fient assez peu à ces grilles qui sont remplies une fois pour toute au début du séjour. Le Qui-Vive exige une attention de tous les instants, comment concilier cela avec le remplissage fastidieux d'une grille? Il faut donc substituer à la grille, une intériorisation des principes qu'elle contient, au travers de mécanismes cognitifs qui font agir. Les items de la grille doivent être intériorisés de façon à être repérés à tout moment et entraîner une réponse adaptée.

Chez des patients qui ne bougent pas beaucoup, qui sont dénutris qui mangent peu.

Des patients qui sont maigres et qui ont des pathologies aggravantes, un diabète par exemple. C'est une accumulation de facteurs de risque, et ça avec l'habitude on est assez vigilants là-dessus.

(IDE B)

Un signe inquiétant qui ne ferait pas partie de la grille devrait-il être ignoré ? Peut-on se satisfaire d'un score moyen quand chaque nouveau signe doit faire rechercher d'autres

signes et faire revoir l'ensemble de la stratégie? La grille n'est qu'un guide dont la vertu essentielle est d'attirer l'attention. L'intuition et le savoir pratique en sont des compléments essentiels.

Le Qui-Vive pousse à anticiper, à rechercher l'information en amont. Le matelas à répartition de pression est commandé quelquefois avant que le patient n'arrive dans le service. Attendre que le patient arrive pour remplir la grille ne ferait que différer l'action. Le remplissage de la grille peut être un frein à l'action qui pour être efficace doit souvent être anticipée.

Mais pourquoi ici on n'en a pas, c'est assez simple : lorsqu'on reçoit la personne, je demande à la réception quelle est son autonomie. J'y tiens beaucoup, je la note. On s'est aperçu qu'on prenait du retard au niveau de la prise en charge des patients au niveau de l'autonomie.

(Cadre C)

Beaucoup d'équipes nomment des référents qui seraient garants du savoir-faire. Les équipes des hôpitaux B, C et D n'ont pas de référents, à quoi cela sert-il lorsque tout le monde est sur le front ? Les compétences peuvent être nécessaires à tout moment, la nuit et le week-end. Les référents rassurent mais ne sont pas toujours là.

Il y a beaucoup de turn-over de personnel, les référents ne sont plus présents, il faut gérer la motivation. Des documents ont été créés pour les référents mais n'ont pas été diffusés par les ressources humaines. Il faudrait s'assurer que cela suit.

(Pharmacien A)

Le Qui-Vive est l'organisation d'un front, chaque sentinelle est garante du bien commun, les médecins peuvent-ils désertier le front ? Les médecins des hôpitaux B, C et D œuvrent au milieu des équipes, prêts à intervenir dès qu'il y a besoin. Leur implication dans l'ensemble de l'arsenal des pratiques, y compris dans la panoplie des pansements, garantit la bonne articulation des points de vue et la cohérence des interventions.

Il faut avoir une pensée claire, la plus dépouillée, pour que les gens comprennent que dans telle situation, c'est comme cela qu'il faut faire. Comme dans l'hygiène, eh bien voilà, il y a des règles bien précises.

Sur la plaie, au départ, il ne faut pas mettre d'antiseptique pour préserver la flore bactérienne locale, il ne faut pas trop faire souvent, respecter la physiologie, mettre la plaie en condition humide, expliquer que les germes ils sont à la fois acteurs et témoins de l'évolution de la plaie. Expliquer qu'il faut vivre avec, être un peu écologique. En expliquant tout cela, en étant pédagogique, on peut arriver à avoir un comportement plus adapté. De là à enlever la pensée magique, je ne sais pas.

(Médecin B)

Le Qui-Vive a pour vertu d'intriquer l'attention et l'action, cela amène ainsi à revoir les circuits de prescription. Les longues chaînes de commandement sont contraires à l'esprit du Qui-Vive. Il faut équiper les sentinelles et leur donner des armes immédiates de riposte, leur apprendre à s'en servir et vérifier régulièrement leur fonctionnement.

Ici, c'est pas complètement hiérarchisé, tout le monde doit alerter, tout le monde a un rôle. Si on utilise trop d'outils, cela peut nuire.

Cette année on a fait une formation avec l'ANFH [...] cela a permis à des infirmières de prendre la parole.

Ce qui est intéressant c'est de ne pas faire de la quantité pour de la qualité. Ce qui est intéressant, c'est quand il y a une équipe qui suit, ça je trouve cela génial. Il ne faut pas faire l'escarologue, il vaut mieux faire de la formation. Travailler sur la culture du service.

(Médecin C)

Le Qui-Vive amène les médecins et les cadres à revoir leur implication. Ils ne sont plus seulement les experts d'un savoir technique, ils doivent savoir réguler les routines et la réflexion innovante, l'expertise technique et l'organisation des coordinations, l'information et l'interprétation.

Ainsi le pattern du Qui-Vive change à la fois la compréhension de l'ulcère de pression, de l'attention qu'on lui porte et des attitudes. Cet ensemble de dispositions constitue un tout qui fédère, construit un sens commun et génère de nouvelles routines. Chacune des parties du tout renforce le pattern d'action et se renforce de la congruence qu'elle entretient avec l'ensemble. La notion d'alerte à toutes les étapes construit le Qui-Vive qui lui-même définit un cadre d'action qui s'impose à chacune des étapes. Le terme de Qui-

Vive permet ainsi de résumer l'ensemble d'un pattern d'action qui oriente et articule les différents processus qui le composent.

Nous allons maintenant expliquer comment la mise en phase synchronique des processus, qui composent le pattern d'action, est soutenue par une autre dimension, dite diachronique. Cette dimension diachronique permet de structurer l'activité en s'appuyant sur différentes ressources qui perdurent d'une prise en charge à l'autre.

3. *L'influence réciproque des objets, rôles et normes*

Le rôle important des artefacts est un troisième phénomène important que nous avons relevé dès les premiers entretiens. Cependant, les relations entre objets et organisation de travail ne nous apparaissent pas comme univoques et à sens unique. Des rapports dialectiques sont tissés entre les outils et les fonctions.

Le rôle des objets dans la structuration des activités a été mis en exergue par Wanda Orlikowski (1992 ; 2000). Les outils matériels ont d'abord été étudiés par les chercheurs comme des équipements technologiques qui agissaient comme des forces extérieures à l'organisation. A cette vision instrumentaliste, s'est opposée une vision qui s'intéressait aux utilisations que les acteurs faisaient de la technologie. La technologie est alors apparue comme un élément de contexte qui influençait la façon dont l'organisation se structurait. Dans cette vision, la technologie restait néanmoins indépendante des comportements humains qu'elle contraignait, conditionnait et prédisait.

L'émergence des nouvelles technologies, en particulier celle des technologies dématérialisées de l'information, a fait apparaître des relations plus complexes entre « outillage » et structure des organisations du travail. La structure peut ainsi être considérée comme encryptée dans l'outillage matériel. La façon de structurer les liens sociaux est ainsi inscrite dans l'organisation matérielle des outils. Dans une perspective encore plus récente, la structure émerge de l'utilisation qui est faite des technologies. Les outils ne sont plus des artefacts figés mais des agencements matériels qui émergent des pratiques. Nous retrouvons cet intérêt pour les objets matériels dans les travaux de Latour qui les considèrent comme des actants qui encryptent les structures et les rapports de pouvoir (2005).

Nous verrons que cette perspective théorique permet d'éclairer les pratiques émergentes qui ont été décrites lors de notre étude. A côté des objets matériels, tels que les matelas ou les pansements, les acteurs mobilisent également des objets immatériels. Des grilles de classification et plus généralement des nomenclatures permettent de catégoriser et de garder la mémoire des événements. Des règles sont également énoncées, plus souvent comme déontologies ou règles de prudence, plutôt que sous la forme de protocoles formels. L'ensemble de ces nomenclatures, grilles et règles forment un équipement immatériel qui

assure la mémoire et les habitudes sous la forme de structures émergentes de travail. Le monde des objets est ainsi constitué à la fois des objets matériels que l'on peut s'échanger et des objets immatériels plus intimement liés à la connaissance pratique. Nous pourrions montrer également comment l'ambiguïté des objets matériels a fait évoluer les rôles des acteurs dans la gestion des escarres. Cela introduira plus généralement le rôle des objets dans l'évolution des prises en charge des patients.

a. Les objets frontières définissent de nouveaux rôles

Les Services de Suite et de Réadaptation (SSR), qui ont été rencontrés, font de l'escarre un combat. Mais ce faisant, ils ont donné à l'escarre une identité qui prend quelquefois le pas sur le patient. Les professionnels de santé ont alors tendance à se focaliser sur les outils qu'ils peuvent opposer à l'escarre constituée plutôt qu'à l'état général du patient. Les pansements sont alors mis en première ligne. Nous retrouvons, la trace de cette mise en première ligne des pansements, dans l'histoire des établissements performants. Depuis ils ont évolué vers d'autres techniques.

La prévention doit intervenir même quand l'escarre est déjà constitué, quel que soit son stade. Il faut toujours traiter la cause.

Ce qui domine dans certains services, c'est la plaie. Alors, ce qui intéresse tout le monde, les soignants, c'est « qu'est-ce que je mets dessus », « qu'est-ce qui va aider à guérir ». Mais alors, on s'égare par rapport à la cause, qui peut toujours être présente. Le plus important c'est pas le traitement de la plaie avec des pansements.

(Médecin B)

De nouveaux artefacts sont en effet apparus, qui ont marqué une évolution de l'investissement vers les moyens de prévention. Nous pouvons ainsi juger la maîtrise de chacun des services par les outils qu'il valorise. Les services nouvellement engagés dans la lutte contre les escarres parlent de pansements, les plus anciens parlent de matelas et de compléments nutritionnels. Les services performants ont développé une nouvelle panoplie essentiellement composée des supports permettant la répartition de la pression du poids du corps sur les surfaces osseuses, et des compléments nutritionnels permettant de lutter contre la dénutrition. Les outils définissent ainsi une mémoire des pratiques et une connaissance qui facilite de nouvelles modalités d'action. Les personnels, en puisant dans cette panoplie, font beaucoup plus que puiser dans un arsenal, ils puisent dans la mémoire cumulée des services.

Au-delà des actes qui sont contraints ou favorisés par les outils, nous observons une constante recomposition des rôles par les outils. La panoplie n'est pas seulement un ensemble d'outils, c'est aussi un costume qui crée la fonction. L'infirmière, le médecin et l'aide-soignante définissent leurs rôles, en fonction des outils et de la panoplie qu'ils mobilisent. Ainsi la connaissance des pansements valorise l'infirmière. Dans les premiers hôpitaux A1, A2 et A3, aux coordinations incertaines, l'utilisation de tel ou tel pansement reste souvent une décision individuelle de l'infirmière qui a développé des tours de main et fait les pansements « à sa sauce ». Ainsi les infirmières peuvent être tentées de surinvestir le domaine des pansements alors qu'il faudrait plutôt essayer de prévenir les escarres. Cela les conduit à privilégier le traitement des escarres constituées au détriment de la prévention chez les patients fragiles.

Le problème est souvent un manque de temps, le temps de traitement d'une escarre peut aller jusqu'à 1h30. Ici quand il y a beaucoup de temps pris pour faire les pansements, il y a moins de temps pour accompagner l'alimentation. Plus on a d'escarres, plus on risque d'en créer.

(Diététicienne D)

Les médecins de ces hôpitaux, qui ont des difficultés à prendre en charge les escarres, montrent beaucoup de réticence à investir le domaine des pansements. Les médecins, en général, ne considèrent pas que les pansements fassent partie de leurs attributions, car en se focalisant sur les pansements ils pensent se tromper de registre professionnel. Cela les conduit à isoler ces pratiques du reste de la conduite thérapeutique au détriment d'une cohérence de la prise en charge.

Les labos donnent des super fiches. On a utilisé un nouveau produit (Aquacel) mais c'était une catastrophe. Suite aux conseils de la pharmacie (les conseils sont toujours bons à prendre), on a changé. Les médecins n'étaient pas contents. Ils font les prescriptions, en fait, ils ne connaissent pas, mais ils ne l'admettent pas et nous disent de mettre n'importe quoi.

(IDE A)

De leur côté, les aides-soignantes disposent des matelas et des compléments diététiques, mais elles sont souvent soumises à une longue chaîne de prescription qui va du déclenchement de la prescription médicale à la convocation de l'ergothérapeute ou de la diététicienne, puis à la transcription infirmière pour enfin revenir à l'aide-soignante. Par définition, une aide-soignante n'agit pas seule, mais sous la tutelle d'une infirmière. Les

matelas à répartition de pression, en devenant des outils thérapeutiques, échappent à leur contrôle direct et sont soumis à prescription. Des mécanismes identiques se mettent en place pour la mise à disposition des compléments alimentaires. De longues chaînes de prescription sont instituées et par ailleurs il faut se battre pour obtenir l'aide de la cuisine, qui ne perçoit pas son rôle dans la lutte contre la dénutrition.

Ce ne sont pas les AS qui donnent le complément comme cela.

Les diététiciennes font une évaluation et valident les prescriptions.

On commence à avoir des compléments maison, mais c'est la lutte avec la cuisine.

On a des soupes enrichies. On a une réunion trimestrielle avec les diététiciennes, cela permet un dialogue. Elles passent régulièrement et sont alertées. Elles ont une fiche alimentaire.

(Médecin C)

Cette présentation de l'utilisation des outils matériels renverse l'équation habituelle, ce ne sont pas les rôles qui définissent les objets à utiliser, mais au contraire, les artefacts tels qu'ils sont perçus, qui déterminent le rôle des personnes (Barley, Stephen R.; 1986). Cette description qui considère de façon symétrique les acteurs et les objets peut s'appuyer sur l'Action Network Theory (Latour, B.; 2005). Cette approche renverse les causalités : les outils font irruption du monde matériel et s'imposent au monde des hommes. Ce sont les outils qui composent de nouvelles façons de faire et qui contraignent ou facilitent le travail des personnes dans des réseaux de signification.

Nous allons maintenant montrer comment le statut de ces objets et les catégories dans lesquelles ils sont répertoriés peuvent influencer le rôle perçu des personnes. L'ambiguïté des objets peut alors favoriser des évolutions dialectiques entre acteurs et outils et faire tomber certains des tabous professionnels qui organisent le travail à l'hôpital.

En fait les objets, tels les matelas ou les compléments diététiques, ont un statut ambigu car ils se situent entre confort et traitement. Les matelas, qui ont fait la démonstration de leur efficacité, ont souvent été acquis en faisant appel à des associations de bienfaisance, comme s'il s'agissait d'ajouter un peu de confort, quand en fait, il s'agissait d'acquérir des moyens thérapeutiques. C'est la proximité avec les services de soins palliatifs qui a fait évoluer l'image des matelas. Ceux-ci ont d'abord été introduits dans les unités de soins palliatifs qui sont eux-mêmes hybrides dans leurs objectifs, puisqu'ils mobilisent l'arsenal thérapeutique dans un objectif qui n'est plus celui de la guérison mais celui du confort de vie. Ces services de soins palliatifs sont situés eux-mêmes à proximité des SSR, voire à l'intérieur de ces SSR. Cette disposition architecturale a permis de constituer une

vitrine de l'efficacité des outils. Ou pour reprendre une description inspirée de l'ANT, nous pourrions dire que les outils se sont imposés en affirmant leur efficacité pour des patients très difficiles à soigner. Cela a convaincu les médecins et les soignants de l'intérêt à mobiliser ces nouveaux moyens. Cette disposition a ainsi modifié le jugement par un phénomène de contamination des idées, les matelas à répartition de pression ont ainsi imposé leur efficacité au-delà des frontières des services.

Les matelas ont beaucoup fait progresser, en particulier le Nimbus [marque d'un des matelas les plus performants].

On a été surpris, en soins palliatifs on a eu des escarres guéries alors que les gens étaient en mauvais état. L'escarre n'est pas une fatalité.

(Médecin C)

De la même façon, il n'est pas anodin de parler de compléments diététiques ou nutritionnels, les uns sont plutôt utilisés dans le monde commun pour faire perdre du poids, quand les autres doivent aider à en faire gagner. Les diététiciennes se plaignent souvent de la perception erronée de leur rôle par les autres professions. Pour simplifier on les appelle « la diet » ce qui renvoie à la notion de restriction tout à fait inappropriée pour la question des ulcères de pression.

Cette perception du caractère superflu des compléments diététiques s'exprime dans les décisions budgétaires de fin d'année. La décision de les arrêter est prise, comme s'il ne s'agissait pas d'un traitement indispensable et comme, si on pouvait s'en passer avant les fêtes de Noël.

Mais en fin d'année on n'a plus rien : plus de pansement, plus de complément.

Le choix des pansements a été restreint, en fonction des tarifs on change de marque régulièrement.

(IDE A)

Les matelas et les compléments diététiques peuvent finalement être considérés comme des « objets frontières » qui peuvent relever de plusieurs catégories (Star, Susan Leigh; 2010 ; Star, Susan Leigh; 2010 ; Star, Susan Leigh & Griesemer, James R.; 1989). Ce sont à la fois des outils du confort et des moyens de prévention et de traitement. Cette ambiguïté ouvre des possibilités dans les hôpitaux performants comme nous le verrons ci-dessous. En effet, l'ambiguïté des objets autorise à transgresser les tabous. Les aides-soignantes peuvent se voir déléguer la décision d'utiliser tel ou tel matelas, un choix de

compléments peut aussi leur être ouvert. Ainsi, elles accèdent à des fonctions thérapeutiques qui leur sont habituellement interdites. Mais pour leur ouvrir vraiment cette possibilité, il faut reconstruire un cadre d'utilisation où les ergothérapeutes et diététiciennes se placent sur le terrain de l'éducation, plutôt que sur celui de la prescription. De même, les médecins doivent faire l'effort de constituer des protocoles d'utilisation, de façon à introduire des mécanismes de prescription à distance. Les experts des différents outils, infirmières, ergothérapeutes, et diététiciennes doivent ainsi inventer de nouveaux rôles entre médecins et aides-soignantes.

*On avait des matelas de prévention mais mis sans réflexion puisque pas d'arbre décisionnel. On a travaillé avec l'ergothérapeute et on a présenté les résultats à ceux qui voulaient, tout le monde est venu sur les 2 sites...
On a fait une fiche d'explication simple pour les IDE pour mieux tracer.
On a établi un logigramme pour décider du type de matelas.
On trace cela dans le dossier informatisé, j'indique cela dans le logiciel, après il y a discussion avec les IDE à partir du logigramme. On s'était rendu compte que les matelas étaient mal attribués. Le nimbus était mis à ceux qui ne le nécessitaient pas.
On n'indique pas le type précis car je veux impliquer les AS et IDE dans la décision.
Maintenant, dès qu'il y a rougeur, elles alertent et toutes les mesures sont mises en place.
(Médecin C).*

Ainsi, les objets matériels peuvent s'intégrer dans de nouveaux schémas de jugement et d'action qui font intervenir des acteurs, des processus de gestion, des outils. Chacun des éléments du schéma d'action renforce et fait évoluer le schéma lui-même. Cela constitue ainsi un monde peuplé d'objets et d'acteurs particuliers qui obéissent à des règles de préséance et des modalités particulières d'action. Les objets, en s'intégrant dans des « panoplies »¹⁴, créent à la fois des régularités et des possibilités d'évolution. Les régularités constituent la mémoire entre les différentes prises en charge de patient, mais cette mémoire est évolutive, car elle est influencée par les représentations changeantes qu'on se fait des objets.

¹⁴ La panoplie est un ensemble d'objets de même nature, une gamme dans laquelle on peut puiser pour un objectif déterminé. La gamme ainsi constituée répond à un objectif général, tout en préservant l'adaptation et le choix de l'opérateur. En constituant une famille d'objets, elle désigne aussi un rôle social qui peut constituer un déguisement.

b. Les nouvelles nomenclatures

Les équipes se créent de nouvelles façons de catégoriser les plaies, des aides visuelles permettent de les classer et de mettre en exergue des stades qui étaient jusque-là ignorés. Par exemple, les rougeurs non effaçables à la pression constituent le premier stade de l'escarre. En requalifiant cette situation, c'est toute une politique de traitement qui est revue. La rougeur qui était considérée autrefois comme précurseur de l'ulcère, est aujourd'hui considérée comme sa première manifestation et induit une action en retour. Cette nouvelle nomenclature qui intègre les rougeurs n'est pas contestée, quand bien même il peut être surprenant de parler d'ulcère quand la peau est encore restée intacte. D'autres équipes vont même jusqu'à identifier un stade 0 de l'ulcère de pression, il s'agit d'une situation où le patient est fortement à risque mais ne présente encore aucune des manifestations de l'escarre. L'expression « ulcère stade 0 » est ambiguë : une référence est faite à l'ulcère pour aussitôt le démentir par une graduation « 0 ». Ces requalifications qui font anticiper l'ulcère avant même ses premiers signes, ont pour vertu d'anticiper les fragilités du patient et de projeter les moyens de traitement très en amont de la situation que l'on veut éviter.

Par ailleurs l'utilisation des grilles d'évaluation du risque assurent une fonction d'anticipation en faisant entrer les patients dans des catégories qui ont surtout pour objectif d'attirer l'attention. Les grilles pronostiques habituelles de Braden ou Norton sont très mal calibrées et la littérature scientifique en montre régulièrement les limites (Anthony, D., Parboteeah, S., Saleh, M. & Papanikolaou, P.; 2008 ; O'Tuathail, C. & Taqi, R.; 2011 ; Papanikolaou, P., Lyne, P. & Anthony, D.; 2007). L'appréciation qu'elles donnent du risque est très peu transférable d'un service à l'autre. Mais ces grilles semblent avoir surtout pour intérêt d'objectiver et de requalifier des situations courantes à l'intérieur d'une unité de façon à initier une attention nouvelle sur la question de l'escarre. L'insistance à noter de nouveaux paramètres dans le dossier a alors pour objectif de mettre en évidence des problèmes jusqu'alors ignorés.

L'Indice de Masse Corporelle a été noté seulement dans 38% des cas. On a travaillé sur ça. Cela a permis de travailler sur le dossier [pour noter des facteurs de risque]. On est sorti du rouge sur l'ensemble des critères.

Cela a permis de mettre les choses à plat, des groupes de travail ont été mis en place. Depuis, les recommandations sont suivies : la diététicienne intervient à l'entrée. Un questionnaire de renseignement est rempli.

(Cadre A)

Ces nouvelles nomenclatures permettent de préciser l'état du patient et d'évaluer le risque. Elles sont beaucoup plus qu'une simple aide diagnostique, elles aident à fixer l'attention et à faire apparaître de nouvelles questions. A nouveau, les relations entre ces nomenclatures et la qualification du regard sont à double sens. Les nomenclatures permettent de comparer les patients entre eux et de garder la mémoire de leur gravité. Mais les nomenclatures n'ont pas pour seule utilité de calculer le risque d'un patient singulier, elles évoluent également en fonction de l'intensité de l'engagement du service. L'utilisation d'un « stade 0 » pour qualifier des patients qui n'ont pas encore d'ulcère signifie que l'on va les traiter comme s'ils en avaient un. Cette gradation a finalement une double signification : non seulement elle permet d'évaluer le risque d'un patient singulier, mais plus encore elle signifie que le service est entré dans une politique intensive de dépistage et de prévention. L'utilisation du « stade 0 » identifie les services qui sont au fait de l'évolution la plus récente de la prise en charge et qui ont poussé le plus en amont les stratégies préventives.

c. Les différentes figures du patient.

Le statut du patient est lui-même influencé par les nomenclatures et les panoplies utilisées. L'intensité de la lutte contre la plaie d'escarre dans les hôpitaux A met la plaie au premier plan. La focalisation des traitements sur les pansements concentre les discours sur la plaie. A l'inverse, lorsque les établissements B, C et D investissent sur la prévention, alors le patient réapparaît comme sujet qui peut avoir son mot à dire.

L'hôpital B a été le premier à tester les nouvelles approches thérapeutiques et l'avis du patient a été recherché pour mesurer l'efficacité sur la douleur. La douleur ne peut en effet être isolée du patient, c'est une émotion vécue par un sujet dans un contexte particulier. Il est donc naturel de s'adresser directement aux patients pour évaluer les nouvelles techniques.

La douleur c'est un vaste problème, certains ont mis des anesthésiques locaux, de la crème... Il ne faut pas oublier que la douleur a un rôle physiologique, c'est un signal d'alerte. Actuellement, on est en train de culpabiliser les équipes soignantes, on a un décret-loi : les patients ne doivent plus souffrir, maintenant on en est là, c'est marqué comme cela. Dès que le patient a mal, on a une culpabilité du soignant qui est très violente. On a une dame qui est arrivée avec une plaie, hématome, nécrose fistulisation... elle avait tout un protocole... en fait, elle avait surtout peur d'avoir mal. Est-ce qu'elle avait mal? Le fait de changer de service, d'avoir une nouvelle infirmière, contribuait à avoir cette anxiété. Maintenant, on a enlevé les morphiniques. Alors, il y a aussi une autre thérapeutique le protoxyde d'azote, mais ça s'est mal passé avec une patiente, mais le problème c'est qu'on ne peut pas toujours l'utiliser tous les jours tout le temps car cela a des effets néfastes. Moi, j'estime qu'en les traitant de façon vraiment humaine, psychologique on peut maîtriser la douleur. Sans vouloir m'en vanter. (Médecin B)

Pour l'hôpital D, le patient est un être autonome qui vient chercher le recours de nouvelles technologies.

Donc, je ne peux pas décider de prendre un patient en charge, si je ne sais pas ce que vais lui apporter. Et si je lui apporte une réponse, c'est de dire là on peut évoluer avec lui vers la guérison, vers la non guérison, et voilà les raisons de la non guérison ; et proposer au patient la meilleure chose qui puisse exister pour résoudre son problème. (Médecin D)

Pour l'hôpital C, le patient fait partie d'une communauté, il n'a pas perdu ses liens sociaux en venant à l'hôpital.

Les équipes savent comment la personne va se présenter. C'est surtout le jour où elle arrive, que les équipes regardent. Elles n'ont pas le temps de trop anticiper, elles sont dans le présent, mais elles s'y attendent. Inconsciemment elles s'y attendent... Elles ont soulevé l'étiquette [du tableau], automatiquement elles regardent, si elles savent, si elles connaissent, d'où ils viennent, par curiosité, mais c'est une bonne curiosité. (Cadre C)

La requalification du patient amène à modifier les façons de faire, mais inversement ces façons de faire modifient l'attractivité de l'établissement pour ses clients. L'hôpital D, en requalifiant l'escarre comme une plaie chronique, se crée une nouvelle clientèle plus autonome et plus jeune qui, peu à peu, prend la place de l'ancienne.

L'hôpital C, en insistant sur l'origine géographique des patients, assume un rôle citoyen qui le fait apporter son soutien aux maisons de retraite voisines de façon à anticiper les problèmes. Il a déplacé son horizon et projette ses actions préventives en dehors de son périmètre habituel dans une vision territoriale élargie de son rôle.

d. Prescription, interpellation et canalisation de l'action

Les nomenclatures et les panoplies autorisent une assez grande autonomie des acteurs qui peuvent puiser de façon très réactive dans ces réserves de ressources, soit pour identifier un risque et activer l'attention, soit pour agir et mobiliser les moyens préventifs et thérapeutiques. Mais la priorisation des actions collectives, leur bonne articulation, la hiérarchisation des recours, nécessitent des ressources d'un autre ordre qui permettent de diriger l'action collective et de la canaliser, au sens que lui a donné H Simon (1983 trad. éd. 1945). Nous avons ainsi des processus de canalisation de l'action qui reposent sur des mécanismes professionnels conventionnels. Ces mécanismes sont souvent informels, mais sont alors très sensibles à la modification des organisations. Nous verrons deux mécanismes que l'on peut également qualifier d'informel : l'un de proximité, le tutorat, et l'autre à distance, le rappel à la déontologie.

D'autres mécanismes obéissent à des règles plus précises, ces mécanismes peuvent être qualifiés de conventionnels, car ils correspondent à des habitudes et à des logiques professionnelles qui permettent la coordination. Deux mécanismes conventionnels sont très souvent mentionnés. Tout d'abord, et ce n'est pas une surprise dans le secteur médical, le mécanisme de la prescription. Ensuite, et c'est peut-être moins immédiat, un mode dégradé de la prescription, celui de l'interpellation. Nous verrons enfin comment ces deux mécanismes trouvent une déclinaison plus formalisée, respectivement dans le mécanisme de protocolisation de la délégation, et ensuite, dans celui du ciblage des transmissions.

Mécanismes informels perturbés par le changement des équipes

Les mécanismes sont souvent informels et sont très sensibles aux changements de composition des équipes ou aux façons d'organiser le planning.

Mais depuis 3 à 4 mois, il y a une recrudescence [des escarres], on avait du matériel, mais on a changé l'organisation : les AS travaillaient par unité, on a cassé les équipes qui travaillaient par niveau. Cela a déstructuré le suivi : on a oublié les changements de position et l'alimentation.

(IDE A)

Le mécanisme de coordination informel, qui a été mis à mal, obéit à un registre qui est celui de la connaissance implicite ou tacite (Nonaka, Ikujiro & von Krogh, Georg; 2009). Les modifications abruptes de la composition des équipes mettent à mal ce savoir tacite accumulé.

De nombreux autres mécanismes informels permettent de coordonner les actions. Le recours à l'expertise du médecin sous une forme de tutorat est ainsi un mécanisme très développé, en particulier à l'hôpital B. La forme du tutorat ne nécessite pas de formalisation des coordinations, il intervient à la demande en fonction des situations.

Quand on a un doute pour tel ou tel patient, quand il y a un problème, une rougeur, une phlyctène, quoi que ce soit. On sait qu'on peut demander [au médecin] des conseils, quel type de pansement mettre. Au niveau du conseil on sait qu'on est écouté, quand on a besoin d'un conseil, on sait qu'on peut demander et qu'il sera à l'écoute pour nous donner une méthode, un choix au niveau d'un pansement, au niveau d'un produit, ou même au niveau d'une technique.

(IDE B)

Le modèle du tutorat, qui exige une grande disponibilité, a un autre avantage, il permet au médecin d'être très souvent au contact des soins, ce qui lui permet d'être en prise avec les pratiques et de se rendre compte par lui-même de l'évolution des patients.

J'essaie de voir le maximum de plaies. Mes collègues aussi. Quand on regarde la plaie, on discute avec les IDE. Elles nous interpellent quand il y a des difficultés, elles ont leurs idées, j'ai les miennes, nous arrivons à un consensus. Mais nous avons des protocoles qui sont clairs. Sinon, je vais voir spontanément des pansements.

(Médecin C)

Cependant, le médecin a souvent besoin d'affirmer des principes généraux de façon à marquer les esprits et à renforcer les règles de travail. Ces principes sont souvent énoncés

sous la forme d'une règle qui peut être qualifiée de déontologique car elle reste très générale et nécessite d'être interprétée en pratique (Batifoulier, P; 1992). Nous retrouvons ainsi ces énoncés de type déontologique dans plusieurs entretiens.

J'ai demandé que tous les patients avec escarre soient vus par la diététicienne. Je fais une enquête alimentaire, je prescris des apports, je donne des conseils de suivi. (Diététicienne D)

Notre objectif c'est d'en avoir 0, c'est un objectif important notamment chez les personnes âgées puisque nous pouvons connaître les différentes problématiques liées à l'escarre. (Directeur C)

On a dit : tout patient avec escarre doit avoir une fiche douleur et on a vérifié avec un audit que c'était le cas. (Médecin C)

Des mécanismes plus formels, appuyés par les habitudes professionnelles viennent accompagner et aider les processus de canalisation de l'action. La prescription est un modèle classique en médecine qui obéit à des règles particulières.

Mécanisme de prescription

L'hôpital D est celui qui fait le plus souvent référence au mécanisme de prescription.

Alors c'est tout, c'est une consultation, je monte, je vois le patient, j'ai tout le dossier du patient avec moi. Je définis la stratégie de prise en charge, aussi bien en terme curatif qu'en terme préventif. Et je fais passer les professionnels qui justifient la prise en charge: diététiciennes, ergothérapeutes... pour les matelas, pour les chaussures, consultation externe s'il le faut pour le doppler. Je définis toute la prise en charge globale du patient, en tenant bien compte du problème local de l'escarre, mais dans une prise en charge globale partagée avec le médecin qui prend en charge le patient. A partir de là, cela fait une certaine cohérence. (Médecin D)

Selon ce mode de coordination, le médecin est un expert, qui en fonction de son observation va conseiller la prise en charge qui lui semble adéquate. Mais, par contre, il ne

vérifiera pas que la démarche a été suivie. La contrainte de réalisation est une contrainte qui est plutôt d'ordre moral et qui consiste à suivre les conseils avisés que l'on a demandés. Ce mode de coordination privilégie l'autonomie des acteurs qui composent un réseau d'experts et peuvent se prescrire mutuellement. L'expert, quand il est prescrit, ne peut se dérober à la prescription d'un autre ; il doit rendre son avis, mais ne se préoccupe pas du suivi de son avis. Le suivi de l'avis reste de la responsabilité du prescripteur. Ce mode de coordination garantit l'autonomie des experts et ne préempte pas la responsabilité du médecin qui est en charge du patient. Ce mode de gestion a bien entendu un travers important qui est l'absence de vision collective de la prise en charge. Pour fonctionner, il doit s'accompagner d'un arsenal déontologique fort, qui s'appuie sur le sens moral. Ce mode de coordination, analysé de façon superficielle, peut cependant donner l'impression que les médecins sont de mauvais gestionnaires qui ne se préoccupent pas de l'efficacité collective. Il correspond, en fait, à un mode de gestion élaboré qui précise implicitement les rôles et les responsabilités des uns et des autres.

Mécanismes d'interpellation

D'autres experts peuvent être recrutés pour donner leurs avis. Les diététiciennes, les ergothérapeutes sont convoquées au chevet du patient.

D'habitude, l'AS me contacte. Si on me dit qu'il y a un escarre, je viens. Les médecins nous prescrivent plutôt pour la dénutrition ou l'albumine basse. En fait, l'escarre est rarement un motif de prescription de diététique.

(Diététicienne A)

Les diététiciennes et les ergothérapeutes peuvent être prescrites de façon classique par les médecins, mais ce mode de convocation s'avère souvent peu adapté à la réactivité que commande la prise en charge des ulcères de pression. De plus, leur rôle n'est pas toujours bien identifié au sein des structures. Ce défaut de visibilité les amène à passer dans les couloirs pour se montrer. Elles se mettent en situation d'être interpellées.

C'est pas facile. Il existe des patients dénutris et en surpoids (obèse avec albumine basse). Cela pose des problèmes pour la mobilisation.

Il faut que j'aille à la pêche, je passe dans les services et on m'interpelle. Pour la dénutrition, il y a une demande des familles.

(Diététicienne A)

L'interpellation est un analogue de la prescription, c'est un mode de prescription qui est mis à disposition des aides-soignantes. Les aides-soignantes ne peuvent prescrire, cela contreviendrait à la hiérarchie des rôles, mais elles peuvent interpellier, ce qui revient au même sans en avoir les aspects formels.

La protocolisation comme mode de prescription à grande échelle

Le médecin et l'ergothérapeute de l'hôpital C ont rédigé un protocole pour décider de l'attribution des matelas. Cela leur a permis d'explicitier leur savoir et ainsi de permettre la délégation de la décision aux aides-soignantes selon des règles convenues.

On a travaillé avec l'ergothérapeute et on a présenté les résultats à ceux qui voulaient, tout le monde est venu sur les 2 sites...

On a fait une fiche d'explication simple pour les IDE pour mieux tracer.

On a établi un logigramme pour décider du type de matelas.

(Médecin C)

La rédaction d'un protocole peut ainsi être perçue comme une forme de prescription collective qui autorise l'autonomie d'action.

Le ciblage comme formalisation de l'interpellation

L'interpellation spontanée par un individu ou une équipe réduite dépend du ressenti de cet individu ou de ce petit groupe. Un mode collectif permet de formaliser et de tracer l'interpellation à l'échelle de l'unité de soin. Cette forme d'interpellation s'appuie sur la pratique des transmissions ciblées, qui fait partie des modes courants de coordination dans beaucoup d'équipes de soin.

On fait des transmissions ciblées, c'est noté avec l'informatique. J'ai été en formation, on peut ouvrir une cible sur le dossier informatique, on peut noter le résultat et fermer la cible. Chaque patient est passé en revue, on s'y est mis il y a trois mois. Cela demande beaucoup de temps, mais cela a amélioré les choses car, maintenant, on écrit sur l'ordinateur les transmissions. On passe en revue chaque patient, c'est mieux que la simple transmission orale, mais cela prend du temps.

(AS A)

Les transmissions ciblées consistent à identifier collectivement un problème, à le tracer dans le dossier du patient comme axe prioritaire d'attention et d'action, et ainsi de canaliser l'énergie collective pour la résolution de ce problème. Ce mécanisme de coordination est à la fois une forme d'interpellation et de prescription collective. Le sens de ce mécanisme n'est pas toujours bien compris et peut être falsifié lors des formations.

*Mais je mets un bémol là-dessus, parce qu'elles ont eu une formation sur les transmissions ciblées. Les transmissions ciblées depuis qu'elles l'ont faite [la formation] effectivement. Ils ont pris quelqu'un...ça dépend des gens qui font la formation. Est-ce qu'on est très pratique, est-ce qu'on cherche à faciliter les choses, quels objectifs on a? Ou est-ce qu'on veut appliquer une espèce de théorie sans voir le côté pragmatique pour améliorer les choses.
(Cadre C)*

Au travers de tous les exemples précédents nous avons vu comment la coordination de l'action collective pouvait s'appuyer sur un ensemble de pratiques de gestion plus ou moins formelles. Ces pratiques mobilisent souvent d'anciennes conventions professionnelles (déontologie, prescription) et les adaptent sous des formes réactualisées (interpellation, transmissions ciblées).

e. Le schéma diachronique d'interaction

Nous avons vu comment les outils, les nomenclatures et les règles de décision composaient une structure de coordination toujours évolutive. Le statut du patient lui-même évolue au gré des mécanismes de structuration des pratiques. A chaque arrivée d'un nouveau patient, un nouveau cycle d'action est initié et s'appuie sur les artefacts matériels et immatériels. L'activité est ainsi rythmée par les arrivées et les départs. La constance des prises en charge peut être assurée par des protocoles et des supports écrits. Mais ceux-ci sont en fait plutôt rares, et quand ils existent, ils ne sont pas toujours utilisés.

Mais ici il n'y a pas trop de problème dans le sens où l'équipe est très, je trouve, assez pointue sur la prévention de l'escarre.
Il y a des protocoles, mais moi j'utilise des protocoles oraux...
[Les protocoles] sont dans ... un tiroir... honnêtement peu les utilisent. En fait on les connaît... Les gens [les] connaissent et de toute façon on en parle tellement que oralement les gens connaissent.
(IDE B)

Seul l'hôpital C fait un usage plus systématique du protocole, sans toutefois en abuser. La mémoire des bonnes façons de faire, repose essentiellement sur les habitudes et la mémoire collective. En définitive, l'action s'appuie sur différents registres (nomenclatures, mécanismes de canalisation, panoplies d'outils) dans lesquels puisent les acteurs, plutôt que sur des protocoles formalisés. Les outils composent ainsi une panoplie dans laquelle on pourra puiser, cela contraint et facilite l'action. Mais cette panoplie n'est pas figée. Elle s'enrichit continuellement de l'expérience et fait évoluer les façons de faire. La nomenclature joue également un rôle de registre en définissant et en qualifiant à la fois la pathologie et les patients. De la même façon que la panoplie, la nomenclature entretient la mémoire et peut évoluer par des mécanismes de requalification au gré des prises en charges. Ces deux registres sont complétés par l'énoncé de règles de décision qui composent un ensemble de règles de prudence, une phronesis selon la terminologie d'Aristote.

Tous ces registres assurent la mémoire des actions passées et permettent de relier les cycles d'action entre eux. Ils laissent un sillage qui permet de tracer la cohérence des pratiques, tout en ménageant des possibilités d'évolution. Cette interaction est de type diachronique car elle fait se correspondre les processus de même nature qui se répètent au cours des différents cycles d'action.

4. Les connaissances comme outil de modalisation

La gestion de la connaissance est un thème qui prend une part très importante dans les interviews réalisées. Elle apparaît ainsi comme le quatrième et dernier phénomène qui a émergé de façon très précoce lors des entretiens. Cette importance va au-delà du rôle des connaissances dans les processus de décision, car les connaissances interviennent aussi dans la constitution de l'identité de l'organisation.

Ce lien entre identité organisationnelle et modalité de développement des connaissances a été récemment illustré par les difficultés d'une organisation qui souhaitait importer de nouvelles modalités d'apprentissage (Nag, Rajiv, Corley, Kevin G. & Gioia,

Dennis A.; 2007). Le mode de connaissance apparaît ainsi comme une dimension importante de l'appartenance à une entreprise. La façon dont les employés d'une entreprise utilisent les connaissances, notamment celles qui ne sont pas explicites, nous renseigne sur les mécanismes profonds d'action de l'entreprise. La connaissance n'est plus alors considérée comme un objet d'échange, mais comme une capacité particulière de penser et d'agir.

Dans notre étude, les connaissances apparaissent comme un facteur de légitimation des chefs de service. Les managers (cadres et médecins) les utilisent également de façon à établir une analogie entre pédagogie et gestion. La gestion clinique devient ainsi une source d'inspiration pour la gestion des unités de soin. Finalement, nous verrons que la mobilisation des connaissances s'appuie sur des modèles implicites qui différencient les hôpitaux B, C et D. Cela crée des identités distinctes qui s'appuient sur des conventions particulières et des registres cognitifs qui seront analysés plus en détail dans le chapitre VII.

a. Une légitimité à conquérir par les chefs de service

Les chefs de service, dans les faits, n'exercent pas vraiment d'autorité hiérarchique directe. L'hôpital est souvent décrit comme une organisation duale ou pluraliste dans laquelle coexistent différentes hiérarchies (Denis, J.-L., Lamothe, L. & Langley, A.; 2001 ; Osty, Florence, Sainsaulieu, Renaud, & Uhalde, Marc; 2007). Nos observations confirment ces analyses : les médecins chefs de service doivent d'une certaine façon se faire coopter par les équipes.

On a des médecins qui font partie de l'équipe. Ce sont des maillons de l'équipe ici. C'est pas le médecin qui passe... On lui dit ce qu'on a à lui dire etc... C'est vraiment un maillon....

On a des médecins qui sont très présents... Tout est passé en revue. Il y a un échange très facile avec le médecin ici.

Quand vous me dites que le médecin fait partie de l'équipe, qu'est-ce que cela veut dire?

Il est dans l'équipe. Parce que j'ai vu des médecins, moi, qui étaient quand même à côté.

C'est pourquoi j'insiste là-dessus. C'est quelqu'un qui est très présent.

(Cadre C)

Il n'y a pas non plus de relation hiérarchique entre le chef de service et la cadre du service. Il y a plutôt une bonne entente, au pire une coexistence, et chacun garde son champ de légitimité. La connaissance et l'expertise sont alors des substituts à la ligne hiérarchique et composent les relations de pouvoir au sein des services. Une hiérarchie des savoirs sous-tend la hiérarchie des rôles : on fait comme si le savoir du médecin, englobait celui de

l'infirmière qui lui-même englobait celui de l'aide-soignante. Cet emboîtement justifie les modes de prescription qui vont du médecin vers l'infirmière puis vers l'aide-soignante. Cette hiérarchisation des savoirs peut être mise en parallèle avec la hiérarchie des rôles dans les entreprises (Martin, John A. & Sam Overman, E.; 1988). Cependant, cet ordre hiérarchique est contesté par les associations professionnelles infirmières qui distinguent aujourd'hui le rôle prescrit et le rôle propre de l'infirmière. Le rôle propre donne ainsi une autonomie à la connaissance infirmière par rapport à la connaissance médicale. Les infirmières qui ont la connaissance théorique et pratique des pansements d'escarre, peuvent sur ce registre, revendiquer une autonomie professionnelle. Mais cette autonomie se paye au niveau de l'organisation, soit par un manque de cohérence, soit par des efforts accrus pour coordonner les actions.

Nous avons une liste de base pour les pansements, mais chacun travaille dans son coin. On a une gamme large, dans les services [ils] ne savent pas par quoi remplacer. Ce n'est pas évident de travailler par classe.
(Pharmacienne D)

Pour les pansements on se gère tout seul. Les médecins ne connaissent pas bien. On en parle entre nous. Chacune a ses trucs, on échange des infos. Le matin on est 2, on fait le pansement ensemble et donc on se conseille.
(IDE A)

Lorsque le médecin ne connaît pas une technique, ou ne la revendique pas, il n'a plus la légitimité pour coordonner l'action. Les médecins chefs de service des hôpitaux B, C et D ont, au contraire, tous les trois investi dans la connaissance des pansements.

*On avait beaucoup [d'escarres], cela a été difficile à vivre.
On n'avait pas mesuré, on ne savait pas en quantité, mais il y en avait beaucoup.
C'étaient des escarres importantes sur des gens en fin de vie, on était assez démunis.
Je n'avais pas de formation à l'époque sur les pansements, les équipes...
On n'avait pas de protocole, chacun mettait ce qu'il voulait à sa sauce.
Il y avait des grosses plaies ; on se sentait démunis, impuissants.*
(Médecin C)

La hiérarchie des savoirs s'impose aussi à l'extérieur de l'établissement. Le médecin de l'hôpital D parle de maîtres, comme si chacun appartenait à une hiérarchie professionnelle fondée sur l'expertise et devait se situer dans cette hiérarchie.

Ben je crois que je vois, quand je me déplace un peu, quand je vais dans des congrès, dans certains autres établissements. Je me rends compte, quand même, qu'il y a des gens qui ont peut-être une expérience que je n'ai pas. Bon ben voilà, je ne peux pas ne pas avoir de maîtres. Ce ne serait pas... Je crois qu'il y a des gens qui... Je crois que ce qui me manque aujourd'hui, c'est plus le temps, le temps de bien voir les patients. Parce que forcément ça a explosé.

(Médecin D)

La connaissance s'expose dans les congrès pour se faire reconnaître. La réputation de l'expertise, ainsi constituée, draine vers l'hôpital D les patients qui ne peuvent être guéris par les moyens habituels. Ce modèle hiérarchique de la connaissance (Martin, John A. & Sam Overman, E.; 1988) s'oppose à d'autres modèles qui associent des savoirs spécifiques à des fonctions ou des communautés de pratiques (Brown, John Seely & Duguid, Paul; 1991 ; Brown, John Seely & Duguid, Paul; 2001). En focalisant l'attention sur les savoirs explicites, c'est à dire en particulier ceux qui sont produits par la recherche biomédicale, nous risquons d'omettre la partie tacite ou implicite de la connaissance (Nonaka, Ikujiro & von Krogh, Georg; 2009). Ce type de savoir est lié aux expériences, aux sens, aux routines, aux modèles cognitifs. C'est un savoir difficilement transposable. L'hôpital B qui investit beaucoup sur les émotions, la culture du service et les routines, a développé un savoir tacite important, mais difficilement exportable dans les autres services. Ce savoir tacite est, par contre, un facteur puissant de cohésion au sein du groupe.

Nous allons maintenant approfondir les modalités particulières de gestion mises en œuvre par les chefs de service. En l'absence de légitimation par la hiérarchie, les médecins et les cadres s'appuient de façon analogique sur des modèles d'action qu'ils connaissent et en particulier sur la pédagogie et la pratique des soins pour affirmer leur légitimité de managers.

b. La pédagogie et la clinique comme métaphores de la gestion

Les relations managériales à l'hôpital s'appuient souvent sur des relations de maître à élève. Classiquement, les chefs de service des hôpitaux universitaires sont également professeurs de médecine. Dans d'autres secteurs d'activité, il ne va pas de soi que ces deux

fonctions aillent de pair. Dans le secteur industriel, par exemple, l'expertise et le management sont généralement deux fonctions distinctes. A l'inverse, dans le champ de la santé, le manager enseigne souvent à ses collaborateurs. Cela peut être amplifié lorsque le cadre a occupé des fonctions d'enseignant dans son parcours antérieur.

J'étais connue puisque enseignante à l'IFSI. J'ai retrouvé des anciennes élèves, mais cela c'est un peu plus facile. Donc sensibiliser à cela, et par le fait que j'étais formatrice, avec les aides-soignantes et les infirmières c'était beaucoup plus facile.
(Cadre C).

Les relations pédagogiques constituent un mode de coordination qui rend légitime le manager. Les médecins et les cadres utilisent également le modèle clinique comme mécanisme de gestion : un diagnostic donne lieu à une thérapeutique puis à un suivi... Les analogies au modèle du thérapeute sont souvent explicites, et donnent quelquefois l'impression que le management consiste à accompagner les équipes sur le chemin de la guérison. Le médecin de l'hôpital C se fixe ainsi un objectif de développement qu'il accomplira étape par étape avec ses collaborateurs.

C'était la première étape. Les patients sont pesés systématiquement, les poids sont regardés. La deuxième étape, ça était de mesurer l'albumine. Il a fallu convaincre mes collègues. La troisième étape, ce sera d'obtenir des IMC, et la dernière étape ce sera le MNA...

Je raisonne sur un programme d'ensemble, mon programme c'est zéro escarre.

Je vais au rythme des équipes

(Médecin C)

Le rôle des cultures professionnelles dans le management et en particulier dans le management de la connaissance a été reconnu dans les secteurs industriels à forte valeur ajoutée (Birkinshaw, Julian, Nobel, Robert & Ridderstrale, Jonas; 2002). Les managers, cadres et chefs de service, en l'absence de formation spécifique, s'appuient sur des modèles qu'ils maîtrisent. Le registre de la connaissance explicite est ainsi un registre familier qui a une grande influence sur les logiques d'action. Nous verrons que ces registres constituent des logiques d'action fortes qui donnent du sens au développement des activités de soin.

c. Les limites de la connaissance experte

Dans la prise en charge des escarres, la connaissance experte trouve ses limites car la performance est avant tout une question de gestion d'équipe. Les médecins des hôpitaux B et C refusent d'endosser le statut d'expert, d'escarologue, qui de leur point de vue ne sert à rien. Le médecin de l'hôpital B est particulièrement explicite sur la critique de l'expertise technique qui occulte le savoir-faire organisationnel.

Je l'ai déjà fait, j'ai vu que mon action ne servait à rien. On voulait que j'intervienne comme un médecin qui intervient classiquement dans sa spécialité, un cardiologue, un pneumologue. Mais la prise en charge de l'escarre, je me suis épuisé à expliquer qu'il fallait toutes les mesures de prévention. Alors s'il faut à chaque fois écrire cela c'est usant. C'est long et usant, je l'ai dit. J'ai même fini par être agressif, cela a dû les choquer, j'ai écrit : "Voir avec le surveillant de réorganiser la prise en charge de l'escarre dans le service". Et puis dans d'autres cas, vous avez une démission complète des médecins, ça c'est classique, comme dans certains services on appelle le spécialiste de la douleur parce qu'il a rien à foutre de la douleur, comme on appelle le dermato pour un truc classique parce qu'il ne veut pas s'investir là-dedans. Il y a cette facilité là que je trouve déplorable. Je crois que tout médecin doit savoir traiter la douleur, de pas mal de choses et ne doit pas faire appel à des spécialistes pour ce genre de chose. Ou alors pour les choses compliquées? Alors pour l'escarre ce n'est pas une intervention qui va tout résoudre. Je perds mon temps et on perd le temps de tout le monde. (Médecin B)

Les savoirs implicites qui rationalisent l'action ont en définitive un rôle très important dans les modes de gestion qui sont développés. Il ne suffit pas d'importer la connaissance mais de la gérer au quotidien selon différentes modalités. Dans la section suivante nous allons identifier les différents registres de la connaissance que les services des hôpitaux B, C et D mobilisent pour faciliter les coordinations.

d. Le mode de connaissance comme facteur de différenciation

Les trois hôpitaux B, C et D appuient leur dynamique de progression sur la gestion des connaissances. Les médecins chefs de service et les cadres apportent la connaissance de différentes manières : par un tutorat attentif (Médecin B), par l'organisation des connaissances et leur mise à disposition sous forme de protocoles (Médecin C), par la participation à des modules de formation technique (Médecin D). Ces différentes modalités introduisent des rapports au monde de la connaissance qui sont différents et font référence à différentes épistémologies. Ils ont tous un fond commun de connaissance qui correspond à

la tradition médicale, mais chacun mettra en avant des caractéristiques particulières de ce fonds commun.

Le modèle interprétatif (hôpital B)

Le médecin de l'hôpital B fait référence à la tradition clinique qui s'appuie sur une compréhension fine de l'anatomie, de la physiologie, de la biologie et de la bactériologie.

Il faut avoir une pensée claire, la plus dépouillée, pour que les gens comprennent que dans telle situation, c'est comme cela qu'il faut faire. Comme dans l'hygiène, et bien voilà, il y a des règles bien précises.

Sur la plaie, au départ, il ne faut pas mettre d'antiseptique pour préserver la flore bactérienne locale, il faut pas trop faire souvent, respecter la physiologie, mettre la plaie en condition humide, expliquer que les germes ils sont à la fois acteurs et témoins de l'évolution de la plaie. Expliquer qu'il faut vivre avec, être un peu écologique. En expliquant tout cela, en étant pédagogique, on peut arriver à avoir un comportement plus adapté. De là à enlever la pensée magique : je ne sais pas.

(Médecin B)

Chaque cas doit être analysé en fonction des connaissances médicales fondamentales et doit être interprété de façon à pouvoir agir efficacement. La prise en charge est adaptée à chaque patient en fonction de la compréhension que l'on a de la situation. Cette situation préexiste à la compréhension qu'on en tire, tout l'art du médecin consiste donc à interpréter les signes pour comprendre la situation pathologique du patient. Cette approche s'accommode mal des protocoles tout faits, l'approche est souvent singulière.

Le modèle constructiviste (hôpital C)

Le médecin et la cadre de l'hôpital C s'appuient sur les recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé. La médecine fondée sur les preuves leur apporte les éléments qui leur permettront de faire progresser l'équipe. La protocolisation des activités et la mesure des résultats sont plus souvent utilisés que dans les autres services.

On a expliqué qu'on est en V2010 [démarche de certification des hôpitaux], avec des indicateurs qui vont tomber sur le SSR. L'audit leur a été présenté, on a expliqué pourquoi c'était important.

On a des Norton [grille d'évaluation du risque] dans les dossiers. On n'en avait pas avant. On n'a pas fait qu'imposer le Norton, on a mis en place une échelle de mise en place des matelas, elles savent qu'avec un Norton inférieur à 13 il faut un matelas. Après on réfléchit s'il faut un matelas ou pas. Le Norton est utilitaire. Ce n'est pas qu'une échelle. On a mis en place un logigramme derrière. On a essayé de rattraper une démarche qu'on n'avait pas faite au départ.

(Médecin C)

L'approche de l'hôpital C se fonde sur les résultats des démarches hypothético-déductives de la recherche clinique. Nous pourrions donc qualifier cette démarche de positiviste. Cependant, à y regarder de plus près, nous observons que la route n'est pas tracée à l'avance, le futur se construit en fonction des avancées précédentes. Un objectif général d'une plus grande médicalisation des prises en charge est poursuivi, mais sans que l'on sache à l'avance quelle voie sera prise pour y parvenir. Quand on demande au médecin si d'autres outils lui permettront de faire évoluer les pratiques, sa réponse montre plutôt de l'opportunisme.

Bof, je sais pas trop, on est en train de les construire.

On avait un protocole en 2002, mais pour arriver à cela, il faut y aller progressivement. On a repris des protocoles existants.

Il faut avancer doucement, après il faut évaluer et réajuster.

Je me base sur ce que je lis, les recommandations, je vais dans des congrès, mais je ne connais pas d'autres personnes

(Médecin C).

La nouvelle culture se construit progressivement au rythme permis par les équipes. Il n'y a pas de connaissance indépendante de l'activité ni de vérité qu'il faudrait révéler. La connaissance est un construit collectif qui met l'équipe en capacité de maîtriser de nouvelles situations (Orlikowski, Wanda J.; 2002).

Le modèle positiviste instrumental (hôpital D)

Le dernier hôpital est le champion de la maîtrise technique. Nous pourrions considérer qu'il construit aussi son univers de connaissance. Cependant le recours majeurs aux objets techniques l'inscrit dans la matérialité et l'instrumentation.

Cela évolue quand un établissement s'y met. Et là, on voit des innovations très intéressantes : des mini doppler, des capteurs de pression d'oxygène. Les matelas ont évolué. On a des systèmes de cicatrisation par le vide, l'électrostimulation.

Il y a beaucoup d'argent là-dedans. Mais il faut mettre en place une organisation très efficace. Mais la formation fait beaucoup défaut, j'organise deux formations par an.

(Médecin D)

Ce modèle de la connaissance est un modèle qui s'exporte bien car il repose sur une connaissance explicite qui s'enracine dans les objets et qui est beaucoup plus facile à transférer que le savoir tacite (Nonaka, Ikujiro; 1994 ; Nonaka, Ikujiro & von Krogh, Georg; 2009). La consultation externe comme mode de coordination est particulièrement bien adaptée à ce mode de connaissance. La connaissance peut devenir un objet de transaction et d'échange dans un réseau reconnaissant les expertises singulières. Lorsque le savoir est explicite, transposable, la logique sous-jacente est quelquefois qualifiée d'épistémologie de la possession (Cook, Scott D. N. & Brown, John Seely; 1999).

Dans les trois hôpitaux la connaissance se présente donc à la fois comme ressource, comme objet d'échange et comme un déterminant de la structure d'action (Tsoukas, H. & Mylonopoulos, N.; 2003). Le mode de connaissance induit ainsi des modes d'organisation particuliers et agit ainsi comme une contingence extérieure à l'organisation (Birkinshaw, Julian, Nobel, Robert & Ridderstrale, Jonas; 2002). Les différentes façons de mobiliser les connaissances construisent finalement des univers épistémologiques particuliers (Brown, John Seely & Duguid, Paul; 2001).

Synthèse du chapitre IV

La chaîne d'actions, qui articule les processus élémentaires entrant dans la prise en charge d'un patient, exprime des mécanismes collectifs qui sont résumés par le terme de Qui-Vive. Celui-ci exprime des attitudes qui ne prennent sens que dans une perspective collective. Cette chaîne d'action détermine un premier axe d'interaction selon une dimension temporelle synchronique qui articule l'attention et l'action.

Les actions au quotidien sont soutenues par des artefacts, des processus cognitifs, et des règles qui sont institués par l'action et lui persistent. Cela crée un deuxième axe d'interaction selon une dimension temporelle diachronique qui articule des éléments structurants tels que nomenclatures, règles de prudence et panoplies qui persistent au-delà de l'événement constitué par la prise en charge d'un patient particulier.

Le mode de connaissance privilégié par chacun des trois hôpitaux B, C et D induit des modes de coordination différents, recourt à des objets différents, et, au total, crée des environnements distincts qui associent des savoirs, des identités et des pratiques particulières. Ces rapports différents au savoir déterminent des univers épistémologiques qui influencent les façons d'agir et de se coordonner.

Les émotions entrent finalement dans ce réseau de signification à la fois comme ressources et production. Elles dynamisent l'action et la sanctionnent comme un mécanisme d'évaluation à part entière.

Chapitre V Les mécanismes qui structurent le schéma d'action

De nombreux phénomènes de nature interactive ont émergé d'une première lecture des données au chapitre IV. Nous allons maintenant réinterroger ces données de façon plus analytique, de façon à les réorganiser en suivant trois étapes.

La première étape procède à la description des « faits marquants » apparus dans chacun des établissements. L'accent sera mis sur les processus qui construisent le pattern d'action que nous avons identifié comme un Qui-Vive.

La deuxième étape réorganise les « faits marquants » identifiés à l'étape précédente dans l'ensemble des établissements de façon à décrire des mécanismes communs de structuration du schéma d'action. Les deux dimensions temporelles synchronique et diachronique, qui ont déjà été évoquées, permettront de mettre l'accent à la fois sur les processus caractéristiques de la chaîne d'action et sur les éléments rémanents qui permettent de les accomplir.

La troisième étape propose de qualifier et articuler les éléments structurants de façon à proposer un schéma général d'action. Les capacités qui en découlent seront discutées.

1. *La relecture des faits marquants comme éléments structurants*

Les faits marquants sont des éléments concis qui permettent de caractériser les parties des interviews qui donnent de l'épaisseur aux phénomènes identifiés au chapitre IV. Ces parties de discours décrivent des phénomènes de nature interactive tels les processus d'action, les objets qui structurent l'activité ou bien le développement de processus réflexifs. Ces morceaux choisis sont juxtaposées de façon à pouvoir les résumer en quelques phrases qui constituent les faits marquants. La relecture des faits marquants permet ainsi d'analyser l'ensemble des discours recueillis dans les trois établissements avec une grille de lecture identique, ce qui permettra à la fois d'identifier des phénomènes de même nature et ensuite de les comparer entre établissements.

a. *La prise en charge des escarres à l'hôpital B*

L'hôpital B est un hôpital de taille moyenne (plus de 650 lit en soins aigus et 950 au total) au sein duquel se situent le secteur SSR, les soins palliatifs et la gériatrie. Le SSR

éprouve des difficultés à faire partager son approche de la prise en charge des ulcères de pression par les autres services de l'hôpital malgré un engagement fort du médecin chef du service.

L'ensemble des personnels, de l'aide-soignante jusqu'au médecin, portent une attention exacerbée au risque de survenue d'une escarre dans le service. Cette vigilance particulière est soutenue par la sensibilité extrême du médecin à cette pathologie.

En plus, on a un patron qui est très vigilant sur ce problème, il y est très intéressé et sensible, tant du point de vue de la prévention que du traitement...

Il en parle de manière régulière, à la fois en expliquant les méthodes préventives, en s'intéressant lorsqu'il fait la visite à aller voir ce genre de chose...

Il faut absolument éviter qu'il y ait des escarres. C'est son truc, beaucoup plus que d'autres médecins dans d'autres services.

(IDE B)

Quand les patients arrivent, c'est la première chose qu'on regarde...

L'escarre, ce n'est pas normal, c'est le chef qui a dit ça. Nous on suit mais il a raison.

Par rapport à il y a 25 ans, cela a changé, cela a été efficace...

Nous sommes un service impliqué, et le succès est là.

C'est sincère ce que je vous dis. C'est notre chef qui nous a appris cela.

(AS B)

Si on ne veut pas avoir d'escarre, ça oblige à avoir un investissement très important. Moi, j'agis sur l'émotionnel parce que si on banalise, on voit ça avec un regard de mouton mort. Il y a un fatalisme qui s'installe...

Moi, j'essaie de le faire passer en le disant tout le temps. La question sur l'escarre doit être automatique, est-ce que ce patient est en danger d'escarre.... Cela il faut que cela soit mis en place automatiquement dans sa tête.

(Médecin B)

Fait marquant B1

Un investissement très important est consenti par le médecin pour affirmer l'importance de la lutte contre les escarres.

Fait marquant B2

Les émotions et les symboles sont mobilisés pour expliquer les enjeux et en montrer le sens.

Une grande expertise est mise en œuvre pour repérer les signes annonciateurs et requalifier la situation du patient comme une situation à risque. Cette expertise est partagée par l'ensemble des personnes. Les émotions permettent l'émergence d'une attention qui se structure.

La prévention des escarres est dans la tête de tout le monde, avant même que la rougeur n'apparaisse, on met tout en place le lit , [le régime] avec la diététicienne... Il y a cette démarche avec toute l'équipe... Cela repose sur les personnes, les échanges, la communication. Le Dr B est un grand comédien. Quand une rougeur apparaît, il va faire l'acteur.

Le message passe rapidement dans toute l'équipe. La première fois qu'une nouvelle a dû dire qu'une rougeur est apparue... c'était pas facile. Le fait qu'il y ait cette ... crainte, on met tout en place pour que la prise en charge soit optimum.

(IDE B)

La dénutrition, la déshydratation sont également importantes. On surveille ces 4 points là. Si un patient ne bouge pas de son lit on se dit il faut mettre un [matelas] Nimbus. S'il y en a un qui se libère on le met au patient...

Nous avons fait une formation il y a 2-3 ans qui a duré 2 heures pour voir où on en était.

C'est important d'être vigilant.

(AS B)

La banalisation de l'escarre, la méconnaissance de ses mécanismes et sa faible fréquence peuvent amener à l'ignorer. Il faut savoir qualifier les situations à partir des signes d'alerte.

Le problème pour l'escarre, c'est que pour éviter qu'il vienne, il faut être très réactif. Dans des services où c'est habituel, on est organisé. Par contre, le danger c'est dans les services où d'un point de vue statistique c'est plus rare...

Dans les services comme les nôtres, le problème c'est qu'on a des patients qui restent longtemps et qui sont évolutifs. A un jour J, il peut être à un risque égal 1 et puis le jour suivant à 10. Là il faut être réactif. Mettre en place les moyens de prévention...

Moi je suis révolté car dans le monde médical [l'escarre] est banalisée. On reçoit des patients avec des tas de pathologies et qui ont une escarre, ce n'est pas mis dans le courrier...

(Médecin B)

Fait marquant B3

Les personnels, à tous les niveaux, sont très attentifs à tous les détails, leur appréciation du patient est très précise et documentée.

Fait marquant B4

La reconnaissance du risque est un moment délicat qui amène à requalifier les signes de façon à ne pas banaliser les situations.

A ce stade, les émotions sont toujours présentes, le doute et l'incertitude sont acceptées et permettent de requalifier les situations. Au moment de passer à l'action, des mécanismes permettent d'orienter les initiatives. Cela peut passer par des conseils ou par des processus d'échanges comme par exemple les transmissions ciblées.

Quand on a un doute pour tel ou tel patient, quand il y a un problème, une rougeur, une phlyctène, quoi que ce soit. On sait qu'on peut lui [au médecin] demander des conseils, quel type de pansement mettre. Au niveau du conseil on sait qu'on est écouté, quand on a besoin d'un conseil on sait qu'on peut demander et qu'il sera à l'écoute pour nous donner une méthode, un choix au niveau d'un pansement au niveau d'un produit ou même au niveau d'une technique...

Dans certains cas, de par notre expérience, on peut avoir des méthodes qu'on peut favoriser. Il va être à l'écoute et puis il va dire à un moment donné je pense qu'il est préférable de faire cela. C'est lui quand même qui décide d'une manière générale.

(IDE B)

Quand on a quelque chose à dire on le dit. Une transmission ciblée c'est bref on ne s'attarde pas, il faut préciser. On a notre cahier de transmission. On a un tableau des transmissions. On arrive on a le tableau et on voit s'il y a des escarres, si il y a une grosse escarre, on le voit.

(AS B)

Après avoir attiré l'attention sur les différents signes évocateurs, il faut savoir reconsolidier l'attention et l'action sur des règles simples qui permettent de fixer les idées et d'orienter. Il faut avoir une pensée claire, la plus dépouillée, pour que les gens comprennent que dans telle situation, c'est comme cela qu'il faut faire. Comme dans l'hygiène, et bien voilà, il y a des règles bien précises...

En expliquant tout cela, en étant pédagogique, on peut arriver à avoir un comportement plus adapté...L'escarre, c'est tellement polymorphe, que si on veut un protocole, il va falloir un gros document pour imaginer toutes les situations possibles. Il faut simplifier au maximum : pression, pression. Il va falloir trouver des solutions et ça on ne peut pas tout écrire. On a mis les pansements par catégorie : cela aide.

(Médecin B)

Fait marquant B5

Après la phase de recueil des signaux d'alerte, des mécanismes d'échange permettent d'orienter l'action. Cela passe par des processus de conseil ou de validation des propositions.

Fait marquant B6

Le passage de la détection des signes à l'action est modélisé par des principes simples qui permettent de comprendre le sens de l'action.

Les actions possibles sont décrites dans une panoplie de gestes qui sont à disposition des aides-soignantes et des infirmières.

La prévention, c'est les matelas, les oreillers sous les mollets, les mettre sur le côté, le Bepanthen dès que c'est rouge ou irrité. C'est nous spontanément qui le faisons. Quand c'est trop prononcé, par exemple une cloque, on appelle l'infirmière. Quand c'est rouge on met du Bepanthen, des décharges. L'infirmière intervient quand cela ne se passe pas bien, ou quand elle voit une rougeur.
(AS B)

Les actions entrent dans des processus reconnus qui constituent des routines du service. La ritualisation des actes leur confère une dimension sacrée.

*Le rôle du cadre est de faire en sorte que l'information au niveau des techniques curatives et préventives passe bien. Au niveau de l'utilisation du matériel, son rôle c'est que tout le monde soit au courant et que tout le monde aille dans le même sens...
Il y a un brassage permanent de nouveaux, il faut éduquer tous les gens.*
(IDE B)

*C'est une équipe bien organisée qui va utiliser au mieux les compétences. Il faut avoir de la connaissance, de l'entraînement, de l'entraînement dans l'action, et puis trouver la meilleure adéquation pour que les différents acteurs du soin puissent bien s'organiser.
Le problème, pour l'escarre, c'est que pour éviter qu'il vienne, il faut être très réactif. Dans des services où c'est habituel, on est organisé.*
(Médecin B)

*Les soignants savent ce qu'il faut faire. Le problème c'est qu'ils le fassent ... à bon escient.
Alors moi je dis il faut que cela soit une obsession...
Il faut que cela soit intégré aux comportements. On ne peut pas oublier des choses importantes, c'est un rituel intégré.
(Médecin B)*

Fait marquant B7

Les personnes soignantes ont à disposition une panoplie de gestes et de matériels qui ont été sélectionnés au cours du temps et de l'expérience.

Fait marquant B8

La ritualisation des actions amène une automaticité qui produit une très grande réactivité. Cette ritualisation se constitue au cours du temps et peut être revue en fonction des expériences.

L'attention et les routines sont soutenues dans le temps par l'implication des acteurs, le rappel régulier des processus d'action et la mémoire des engagements consentis.

*Le médecin en parle de manière régulière, à la fois en expliquant les méthodes préventives, en s'intéressant lorsqu'il fait la visite à aller voir ce genre de chose. Quand il y a un problème il s'y intéresse et met tout ce qu'il faut en route dès le départ.
(IDE B)*

*Le cadre est là pour éduquer, faire passer des messages, faire passer l'information auprès des professionnels de santé, auprès des paramédicaux du service.
Nous le faisons aussi, mais lui il touche tout le monde rapidement pour que cela soit pérenne...
Les gens connaissent et de toute façon on en parle tellement que oralement les gens connaissent...
(IDE B)*

L'efficacité est jugée par chacun au cas par cas. Un échec est immédiatement interprété de comme une défaillance qu'il faut corriger.

*Nous voyons que nous sommes efficaces quand il n'y a plus d'escarre...
Au niveau de l'équipe s'il y a une escarre, on se dit qu'est-ce qu'on a fait qui n'était pas bien.
On sera 3 fois plus vigilants ensuite pour traiter.
(AS B)*

*Je vais gueuler s'il y a une escarre, secouer tout le monde. Quelqu'un n'a pas fait son boulot, je ne veux pas le savoir. Après c'est eux. Cela incombe complètement à l'infirmière sur le plan prévention.
(Médecin B)*

Fait marquant B9

L'attention se prolonge au niveau de l'action et des résultats de l'action par une très grande circulation de l'information au sein de l'équipe.

Fait marquant B10

Le résultat est jugé sur l'absence de nouvelles escarres. Toute défaillance réactive l'attention.

Il est important de pouvoir s'assurer de l'efficacité des actions par des mécanismes de vérification. L'entente sur les principes permet de surveiller leur efficacité. Les patients sont recrutés pour faire partager leurs appréciations.

*Autrefois chacun faisait à sa sauce selon sa sensibilité propre. Ce qui fait qu'il n'y avait pas vraiment d'efficacité, on ne pouvait pas mesurer l'efficacité cela changeait tout le temps.
Ici il y a un protocole établi, et on peut savoir si c'est efficace.
(IDE B)*

On a été les premiers à utiliser des matelas à répartition de pression à l'hôpital dans les années 90. On les a expérimentés sur des patients bien lucides qui nous ont dit la différence. On s'est dit qu'il devait y avoir une efficacité. Cela a été démontré de façon scientifique.
(Médecin B)

Des moments d'analyse de l'action sont organisés de façon à mener à la fois une réflexion commune sur chacun des patients mais plus généralement sur l'ensemble des pratiques.

[La réunion de service] permet au médecin de faire une synthèse de chaque patient, en expliquant ce que le patient a, en expliquant la thérapie mise en œuvre, les soins, l'évolution et ce que le patient va devenir....
C'est le médecin qui explique, puis chacun donne son avis sur l'évolution, ce qu'on en pense, s'il y a des tirs à corriger dans tous les domaines. Au niveau du nursing, des pansements, du traitement, de l'arrêt du traitement...
(IDE B)

Quand on est en gériatrie on n'a pas beaucoup de choses curables.
Quand on en a, on s'y accroche. L'escarre est évitable, on peut le soigner, donc cela vaut le coup de s'y attaquer.
(Médecin B)

Fait marquant B11

L'organisation des actions selon des logiques établies permet de mesurer leur efficacité et de la démontrer. L'attention est renforcée par la possibilité d'agir et d'être efficace.

Fait marquant B12

Une pratique réflexive est organisée de façon à donner du sens sur l'ensemble de la chaîne attention-action. Cela permet de revoir les pratiques dans leur ensemble.

Tableau 6 Faits marquants recueillis à l'hôpital B

Fait Marquant	Description	Signification théorique
B1	Un investissement très important est consenti par le médecin pour affirmer l'importance de la lutte contre les escarres.	L'attention doit être mise en scène.
B2	Les émotions et les symboles sont mobilisés pour expliquer les enjeux et en montrer le sens.	Les symboles et l'émotion sont recrutés.
B3	Les personnels, à tous les niveaux, sont très attentifs à tous les détails ; leur appréciation du patient est très précise et documentée.	Les mécanismes de l'attention sont élaborés et précis.
B4	La reconnaissance du risque est un moment délicat qui amène à requalifier les signes de façon à ne pas banaliser les situations.	La banalisation est exclue par des mécanismes de décryptage des situations.
B5	Après la phase de recueil des signaux d'alerte, des mécanismes d'échange permettent d'orienter l'action. Cela passe par des processus de conseil ou de validation des propositions.	Le passage de l'attention à l'action est organisé.
B6	Le passage de la détection des signes à l'action est modélisé par des principes simples qui permettent de comprendre le sens de l'action.	Le passage de l'attention à l'action est modélisé.
B7	Les personnes soignantes ont à disposition une panoplie de gestes et de matériels qui ont été sélectionnés au cours du temps et de l'expérience.	Une panoplie d'outils facilite les actions pertinentes.
B8	La ritualisation des actions amène une automaticité qui produit une très grande réactivité. Cette ritualisation se constitue au cours du temps et peut être revue en fonction des expériences.	La chaîne attention-action est raccourcie par des rituels.
B9	L'attention se prolonge au niveau de l'action et des résultats de l'action par une très grande circulation de l'information au sein de l'équipe.	Le flux d'information est important au sein du service.
B10	Le résultat est jugé sur l'absence de nouvelles escarres. Toute défaillance réactive l'attention.	Il y a une attention aux résultats
B11	L'organisation des actions selon des logiques établies permet de mesurer leur efficacité et de la démontrer. L'attention est renforcée par la possibilité d'agir et d'être efficace.	La chaîne d'action est évaluée en permanence.
B12	Une pratique réflexive est organisée de façon à donner du sens sur l'ensemble de la chaîne attention-action. Cela permet de revoir les pratiques dans leur ensemble.	Une réflexion sur les pratiques est provoquée à échéance régulière.

b. La prise en charge des escarres à l'hôpital C

Très ancré sur son territoire, l'hôpital C est un établissement de petite taille isolé à la pointe d'une péninsule. Cet établissement est l'héritier d'une tradition mutualiste de solidarité qui a su créer des réseaux avec les médecins généralistes. Sa stratégie consiste aujourd'hui à faire valoir ses activités médicales dans un réseau important de maisons de retraite.

Le médecin du SSR explique qu'il est important de mettre les aides-soignantes en position d'alerter très rapidement quand elles observent des signes précurseurs d'ulcère. Leur attention est valorisée et activée par différents mécanismes.

*Les AS ont été sensibilisées, dès qu'il y a une rougeur elles signalent, elles alertent. C'est effectivement la première chose, c'est ce qui est le plus important.
Il y a eu des formations, de l'information qui a circulé, des protocoles.
(Médecin C)*

Cette mise en place de l'attention est organisée avec toutes les fonctions. Cela fait partie d'une dynamique d'ensemble qui réunit toutes les professions soignantes.

*Toute une dynamique s'est mise en place : d'abord groupe pansement en 2002, fiche pansement pour la traçabilité, formation des équipes, un livret a été réalisé.
Il y a eu plein de réunions avec des infirmières, cela a débouché sur la création d'une première fiche pansement, on évaluait le type d'escarre, le pansement qu'on mettait en place. Une procédure a été rédigée pour la prévention des escarres au niveau de l'établissement. Un poster a été rédigé affiché dans les services. Des formations ont été faites.
(Médecin C)*

La cadre nous explique également comment elle anticipe l'arrivée des patients et comment elle active l'attention avant l'arrivée de ceux-ci.

*Au cours d'une réunion on a bien précisé les choses. Quand je reçois quelqu'un, je l'indique sur le planning, j'indique d'où elle vient, pourquoi elle vient et quelle est son autonomie. Donc pourquoi elle vient, si elle a une escarre, si elle n'en a pas.
(Cadre C)*

Fait marquant C1

L'attention portée au risque d'escarre est définie comme un rôle spécifique qui mérite qu'on y alloue des moyens.

Les différents moyens évoqués comprennent des formations, des outils d'aide, une mise en valeur du rôle spécifique des aides-soignantes.

Fait marquant C2

L'attention n'est pas fortuite, c'est un geste technique qui s'apprend et permet une mobilisation efficace de la compassion. Elle est construite méthodiquement, elle peut être anticipée.

Le médecin explique que l'attention portée à l'escarre fait partie d'une attention plus globale sur la fragilité du patient. Avant de conclure sur les démarches de prévention, tout un recueil de signes permettra de mieux appréhender l'ensemble des éléments. Ceci fait partie d'une démarche de progression du service dans la prise en charge des patients. Toute une dynamique s'est mise en place : d'abord groupe pansement en 2002, fiche pansement pour la traçabilité, formation des équipes et finalement un livret a été réalisé.

Les AS ont été sensibilisées, dès qu'il y a une rougeur elles signalent, elles alertent. C'est effectivement la première chose, c'est ce qui est le plus important.

L'escarre c'était la première étape. Les patients sont pesés systématiquement, les poids sont regardés. La deuxième étape c'est de mesurer l'albumine. Il a fallu convaincre mes collègues.

(Médecin C)

La cadre insiste sur la résistance à la banalisation. Il faut tout regarder y compris ce qui va bien. Il ne faut pas prendre de raccourci et rester très analytique à cette étape.

Non, elles ne disent que ce qui va mal, et moi je me bats pour que il y ait quelque chose qui dise que le reste va bien. Là, par contre, c'est très difficile parce que les formations aux transmissions ciblées ne prennent pas en compte ce qui va bien. On cible ce qui ne va pas. Par contre, quand on a un procès, je l'ai vécu, comment peut-on justifier que la personne allait bien et qu'on est passé la voir. On s'est battu sur le RAS, maintenant on n'est que dans ce qui va mal, mais ce qui va bien on ne le transmet pas. Je trouve que c'est une perte.
(Cadre C)

Fait marquant C3

Tout signe doit être retenu, y compris ceux qui signalent que tout va bien. Il faut éviter les raccourcis et savoir recueillir de nombreuses informations.

Fait marquant C4

Le service inscrit son action dans un programme plus vaste qui comprend la lutte contre la douleur et la dénutrition. L'attention doit se porter sur de nombreux signes.

La dénutrition et la douleur constituent des extensions de l'attention. A ce stade, le travail de conviction des différents acteurs est une composante importante du processus de qualification de la situation.

Un travail d'explication permet de changer le regard qui est porté sur l'escarre. Le regard sur les différentes fonctions change aussi. Le sens de l'action est réaffirmé en montrant les dynamiques qui lient l'observation aux actions qui doivent en découler.

L'escarre n'est pas une fatalité. Le regard AS est la première chose. Ce sont les premières personnes à former, si elles n'alertent pas, le reste ne peut pas marcher. Ce qui est le plus important, c'est que les aides-soignantes soit formées pour alerter, c'est elles qui voient les rougeurs. C'est elles qui doivent alerter les infirmières qui alertent l'ergothérapeute. Derrière il y a un bilan nutritionnel.
(Médecin C)

Avant de décider, on fait attention au contexte, à la situation et au sens que cela donne aux actions.

Dans les soins palliatifs, on fait des pansements de confort. On ne les fait pas tous les jours. Parce que cela ne sent pas bon, pour éviter les odeurs et le confort. Ce n'est pas des pansements pour guérir. On a du Kalinox et Meopa pour la douleur. On utilise beaucoup la prémédication, on a une consommation de morphinique importante. On fait une évaluation systématique avec des échelles de douleur. Si c'est douloureux, on ne fait pas, on discute entre Médecin, Infirmières et AS pour décider si on fait.
(Médecin C)

Le regard des aides-soignantes est un regard expert. Il ne s'agit pas simplement de voir, mais bien d'être à l'affût des différents signes. Cela nécessite une formation spécialisée.

Cela a été très dur, parce que j'ai voulu qu'il y ait des aides-soignantes formées, c'est à dire des titulaires aides-soignantes, pas des ASH, et qu'elles soient là sur la totalité de la journée. On se retrouvait quelquefois avec des ASH uniquement l'après-midi, par exemple. Cela a été dur, car les ASH se sentaient reconnues, il y a une part de reconnaissance. Donc il a fallu questionner les connaissances et elles se sont aperçues qu'effectivement les connaissances n'étaient pas forcément là et donc que la compétence ne pouvait pas être exercée complètement.
(Cadre C)

Fait marquant C5

On ne doit pas préjuger du résultat sur des premières impressions.

Le contexte doit être pris en compte pour préciser la valeur des signes.

Fait marquant C6

Donner l'alerte est une fonction à laquelle on doit être formé. Le regard est un geste qui s'apprend et donne lieu à qualification.

De grands principes sont exprimés pour canaliser l'attention et l'action. Ces principes servent de fil conducteur.

On a dit : tout patient avec escarre doit avoir une fiche douleur et on a vérifié avec un audit que c'était le cas. On a tracé, on a fait des audits.

On avait des fiches pansement mises en place dans les services.

On a eu 2 modèles de fiches, maintenant c'est informatisé.

(Médecin C)

Des outils sont créés pour faciliter la transmission de l'information et induire, chez les professionnels en amont, une attention maîtrisée.

En admission directe on a fait une feuille qu'on envoie par internet au médecin qui nous la retourne par internet pour nous indiquer l'état de la personne.

C'est nous qui l'avons fabriquée et nous l'avons envoyée à tous les médecins de ville.

A partir de ça, je fais ma petite feuille, une étiquette. Mais on l'a 10 jours avant ou en même temps que le patient, on l'a assez souvent [pour les patients provenant de l'hôpital voisin].

Donc, je retéléphone pour réactualiser quand ça fait longtemps qu'on a eu les renseignements. De la réactualisation, je la passe sur la fiche en T sur le tableau mural.

(Cadre C)

Fait marquant C7

Des principes généraux, qui engagent moralement les acteurs, sont énoncés pour cadrer et orienter. Des vérifications régulières attestent que ces principes sont respectés.

Fait marquant C8

L'attention est soutenue par des outils qui facilitent en interne, ou même induisent en externe une attention orientée pour l'obtention d'information en vue d'une action.

Des routines permettent d'utiliser les informations recueillies pour définir l'action.

Il y a une cible pansement. Lorsque j'ai fait l'audit, j'ai été voir si elles utilisaient les transmissions ciblées. La transmission ciblée a été mise en place en 2008.

L'Infirmière m'appelle quand il y a problème. C'est encore beaucoup oral. La transmission ciblée est une trace dans le dossier.

(Médecin C)

Le lien entre l'observation et l'action, est primordial pour le succès de l'action. Ce lien est activé par des habitudes et des routines de travail qui mettent les décideurs en première ligne. Toutes les personnes se retrouvent au cœur des opérations.

J'essaie de voir le maximum de plaies. Mes collègues aussi. Quand on regarde la plaie, on discute avec les infirmières, elles nous interpellent quand il y a des difficultés, elles ont leurs idées, j'ai les miennes, nous arrivons à un consensus. Mais nous avons des protocoles qui sont clairs. Sinon je vais voir spontanément des pansements.

(Médecin C)

Les routines et les outils sont constamment revus pour enrichir les observations et élargir les modalités d'action.

Cela nous a permis de travailler avec les aides-soignantes sur l'autonomie. Il manquait un item dans notre fiche. Je m'en suis rendue compte comme cela. Il manquait un item sur la transmission de l'autonomie entre équipes. Je l'ai rajouté. La transmission de l'autonomie avant le soin reflète la réalité. On s'était aperçu qu'effectivement très peu de choses sur l'autonomie étaient transmises. On attendait comme cela des lustres.

(Cadre C)

Fait marquant C9

Des règles d'action sont installées et font le lien entre l'attention et l'action. Il y a un entraînement quotidien qui met chacun en première ligne.

Fait marquant C10

La gamme des outils mis à disposition est constamment enrichie. Une panoplie d'outils est constituée.

Les résultats des actions entreprises sont surveillés très régulièrement.

Nos taux de prévalence ne sont pas très importants.

Les chiffres que j'ai trouvés montrent 14% à 33% en SSR. Je voulais faire un audit de pratique sur les pansements, pour vérifier que les infirmières mettent en pratique l'information que je leur ai donnée en formation sur les pansements. Maintenant on va essayer de se faire un audit tous les ans sur les escarres.

(Médecin C)

Ce qui compte avant tout c'est la réussite, peu importe les relations fonctionnelles, qui ne doivent pas faire obstacle à l'action.

Ici, ce n'est pas complètement hiérarchisé, tout le monde doit alerter, tout le monde a un rôle, si on utilise trop d'outils cela peut nuire. Ce qui est intéressant, c'est de ne pas faire de la qualité pour de la qualité. Ce qui est intéressant, c'est quand il y a une équipe qui suit, ça je trouve cela génial. Il ne faut pas faire l'escarologue, il vaut mieux faire de la formation.

Travailler sur la culture du service.

(Médecin C)

L'orientation vers le résultat est une dimension culturelle forte qui l'emporte sur toute autre considération. Des mécanismes, comme la transmission ciblée, peuvent être détournés de leur objectif premier, mais les principes d'action partagés rappellent le sens qui doit être donné à l'action.

Oui, on peut alourdir, on peut faire l'inverse du ciblage.

En décision, il faut réajuster jusqu'au moment où cela va bien et signifier que cela va bien.

Aller de l'action jusqu'au résultat. Et le résultat doit amener à l'abolition du problème.

C'est la logique. Cela doit être en continu et on doit voir effectivement l'état de la personne s'améliorer ou bien le problème se régler.

(Cadre C)

Fait marquant C11

L'attention ne se justifie que si elle peut se traduire par des actions. Recueillir une information n'a d'intérêt que par ce qu'elle fait faire.

Fait marquant C12

L'attention doit se prolonger jusqu'au résultat, elle doit accompagner l'action pour garantir la détermination à agir.

Des mini-enquêtes sont réalisées de façon à revoir le processus de prise en charge.

On avait des matelas de prévention mais mis sans réflexion puisque pas d'arbre décisionnel. On a travaillé avec l'ergothérapeute et on a présenté les résultats à ceux qui voulaient, tout le monde est venu. On a fait une fiche d'explication simple pour les infirmières pour mieux tracer. On a établi un logigramme pour décider du type de matelas. On s'était rendu compte que les matelas étaient mal attribués. Le matelas Nimbus était mis à ceux qui ne le nécessitaient pas. On n'indique pas le type précis car je veux impliquer les AS et infirmières dans la décision. Maintenant dès qu'il y a rougeur elles alertent et toutes les mesures sont mises en place.
(Médecin C)

L'observation permet d'orienter le travail de façon à en modifier l'impact sur les différentes personnes impliquées.

Et à partir de là on s'est dit et bien on n'a plus qu'à travailler. On va partir de l'observation, de l'observation il y a des choses qui ne sont pas admissibles. Donc on ne peut pas laisser ces choses là parce que il y a un impact sur le patient, il y a un impact sur le soignant. Ici, il y a beaucoup de choses qui sont faites en termes de formation sur la maltraitance.
(Cadre C)

Fait marquant C13

Le processus de prise en charge est revu lors de mini-enquêtes.

Fait marquant C14

Le sens qui est donné au travail est analysé.

Tableau 7 Faits marquants recueillis à l'hôpital C

Faits Marquants	Description	Signification théorique
C1	L'attention portée au risque d'escarre est définie comme un rôle spécifique qui mérite qu'on y alloue des moyens.	L'organisation montre l'importance qu'elle accorde à l'attention.
C2	L'attention n'est pas fortuite, c'est un geste technique qui s'apprend. Elle est construite méthodiquement, elle peut être anticipée.	L'attention est organisée, anticipée, accompagnée.
C3	Tout signe doit être retenu, y compris ceux qui signalent que tout va bien. Il faut éviter les raccourcis et savoir recueillir de nombreuses informations.	L'attention évite la banalisation
C4	Le service inscrit son action dans un programme plus vaste qui comprend la lutte contre la douleur et la dénutrition. L'attention doit se porter sur de nombreux signes.	L'attention est étendue à des champs connexes.
C5	On ne doit pas préjuger du résultat. Le contexte doit être pris en compte pour préciser la valeur des signes.	L'attention évite les jugements a priori.
C6	Donner l'alerte est une fonction à laquelle on doit être formé. Le regard est un geste qui s'apprend et donne lieu à qualification.	L'attention est exigeante, spécialisée, qualifiée.
C7	Des principes généraux sont énoncés pour cadrer et orienter. Des vérifications régulières attestent que ces principes sont respectés.	Des mécanismes d'orientation de l'attention sont mis en place.
C8	L'attention est soutenue par des outils qui facilitent en interne ou même induisent en externe une attention orientée pour l'obtention d'information en vue d'une action.	Les outils favorisent le passage à l'action.
C9	Des routines sont installées et font le lien entre l'attention et l'action. Il y a un entraînement quotidien qui met chacun en première ligne.	Des règles orientent l'action.
C10	La gamme des outils mis à disposition est constamment enrichie. Une panoplie d'outils est constituée.	L'action est équipée.
C11	L'attention ne se justifie que si elle peut se traduire par des actions. Recueillir une information n'a d'intérêt que par ce qu'elle fait faire.	L'orientation vers l'action est une dimension culturelle forte.
C12	L'attention doit se prolonger jusqu'au résultat, elle doit accompagner l'action pour garantir la détermination à agir.	L'attention est soutenue jusqu'au résultat.
C13	Le processus de prise en charge est revu lors de mini-enquêtes.	Un processus d'enquête est organisé.
C14	Le sens qui est donné au travail est analysé.	Une réflexion sur le sens de l'activité est menée.

c. La prise en charge des escarres à l'hôpital D

L'hôpital D est de statut privé associatif, c'est un établissement de petite taille qui a restructuré ses activités en abandonnant des activités chirurgicales et obstétricales pour se centrer sur des activités de SSR et de soins palliatifs. L'enjeu de l'hôpital est de faire reconnaître son excellence technique dans le nouveau domaine d'activité.

Les personnes qui travaillent dans l'hôpital D ont intégré la dimension stratégique de la prise en charge de l'escarre dans le nouveau positionnement de l'organisation. Elles expriment un engagement personnel qui s'oppose au fatalisme.

Les AS ont un grand rôle d'observation pour transmettre s'il y a un risque. On avertit. Les patients viennent en post opératoire des hôpitaux voisins. Ici au centre hospitalier on fait attention aux changements de position, à l'hydratation. C'est rare d'avoir des escarres. Si les patients arrivent avec, ils ne repartent pas avec, c'est comme cela ! Cela témoigne de la bonne prise en charge.

(AS D)

Il y a une méconnaissance du grand public, il faudrait que les gens fassent plus attention, il faut une éducation thérapeutique sur l'importance de la nutrition. Le grand public connaît mal et n'est pas sensibilisé. Il y a du fatalisme.

(Diététicienne D)

J'ai pris connaissance de ce sujet ces dernières années, c'est un problème récent qui est apparu avec le changement d'activité de la clinique. Les dispositifs médicaux sont particuliers. Il y avait besoin d'information, j'ai appris sur le tas...

Cela fait la réputation de l'établissement. Les familles ne s'en préoccupent pas. C'est plutôt entre établissement, on juge les collègues.

(Pharmacienne D)

Les gens sont un peu fatalistes : est-ce que vous allez m'apporter quelque chose de nouveau ? Il faut gagner la confiance du patient et de la famille. C'est quand même nous qui sommes responsables de l'escarre. La démarche citoyenne c'est aussi ça, l'escarre c'est de la maltraitance...

Cela nous a impactés dans la mesure où nous avons été obligés, à partir de là, de définir une politique claire de prise en charge de ces patients avec la création d'un comité de lutte contre les escarres, avec des protocoles bien établis, avec des plans de formation des infirmières, avec la définition d'un responsable, d'un référent escarre dans l'établissement... Pour moi c'était clair : je suis référent escarre dans l'établissement, il n'est pas question qu'il y ait des escarres dans le service. Il y a une communication, pluridisciplinaire, l'AS sait que ce qu'elle dit va être valorisé. Il y a une transmission orale puis ciblée. Cela va dans l'ordinateur. L'info passe au niveau des binômes, chacun a son mot à dire sur l'escarre. (Médecin D)

Fait marquant D1

Chaque fonction identifie l'importance de l'escarre et mesure son rôle personnel dans la prise en charge.

Fait marquant D2

Pour que le phénomène soit reconnu, il faut attirer l'attention et provoquer l'émotion à l'intérieur aussi bien qu'à l'extérieur de l'établissement : chez les patients, les familles et les autres hôpitaux.

Fait marquant D3

Le nouveau positionnement de l'établissement amène ce regard nouveau qui lui permet d'affirmer sa place dans le réseau de soin.

Le nouveau positionnement facilite la communication et le travail sur la prise en charge de cette pathologie autrefois délaissée. Des appréciations qui mobilisent les émotions personnelles sont exprimées à l'encontre des défauts de prise en charge des patients.

Les infirmières se posent des questions ouvertement. Elles osent dire qu'il y a des escarres. Cela donne envie de revoir les stades de gravité, j'y vais de temps en temps. On pourrait calculer l'impact de la nutrition en fonction des stades.

(Diététicienne D)

Pour en arriver là, c'est que ce qui devait être fait ne l'a pas été. Je comprends pour les gens venant du domicile, il y a des facteurs aggravants [dénutrition], mais quand même.

Il y a peut-être absence de vigilance pour la prévention.

Au niveau des services : ils font des photos, cela m'est arrivé d'en avoir pour info. C'est impressionnant. Les labos nous donnent aussi des photos, c'est pareil, c'est aussi catastrophique...

(Pharmacienne D)

C'était déjà un problème qu'on avait, mais cela n'était pas aussi bien structuré. Ce n'était pas trop la problématique des spécialités d'organe, même si je ne leur jette pas la pierre.

Mais en tout cas, le changement d'activité nous a obligés à identifier cela comme un critère important de la qualité des soins...

Cela a été défini comme un axe stratégique avec la création d'un comité avec nomination de membres. Avec une pluridisciplinarité, de l'aide-soignante, au médecin en passant par les autres intervenants : kiné, ergothérapeute, diététicienne...

Il faut montrer que ce n'est pas la conséquence d'un vieillissement que l'on doit subir... On peut être jeune et avoir une escarre parce qu'on est paraplégique. On peut être une personne âgée et avoir une escarre, ce n'est pas une fatalité...

Nous, nous ne regardons pas que la plaie, nous regardons le patient justement, donc la question ne se pose pas. J'ai fait une conférence [dans une ville voisine] il y a deux semaines. J'ai dit je ne veux pas parler de la plaie aux infirmières. Je veux dire pourquoi la plaie est compliquée. On a analysé aussi bien les facteurs psycho-sociaux du patient que les facteurs locaux liés au terrain, au patient lui-même et quelques facteurs liés à la plaie...

Je dis que ce n'est pas facile, mais si on prend des raccourcis trop rapides, alors après on culpabilise.

(Médecin D)

Fait marquant D4

La reconnaissance de l'importance de la prise en charge amène à préciser les signes à recueillir et à s'interroger sur leur signification.

Fait marquant D5

Le nouveau regard qui est posé amène à revoir la façon d'aborder la pathologie, à la redéfinir. Le statut des patients est également revu.

L'intérêt porté à la pathologie, la précision et la multiplicité des signes font poser la question de l'homogénéisation des prises en charge.

*[Le médecin de l'établissement] s'est fait une réputation. Il est le référent pansement, il va dans tout l'établissement. Il est présent partout. Il a une place reconnue. Si on a un souci on l'appelle. C'est bien de savoir vers qui adresser les questions...
Les labos passent ; ils nous présentent leur gamme... Ils font des formations pour mieux utiliser les produits. C'est important et nécessaire.
Nous sommes connus dans les EHPAD, nous sommes reconnus comme spécialistes de ce problème. [Le médecin de l'établissement] est connu.
Au niveau des différents établissements, il faut avoir la même prise en charge. Il faut avoir le même suivi, pour des patients qui vont transiter. Il faut un suivi du soin pour avoir de meilleurs résultats (par exemple aux urgences et au bloc), pour faire mieux ensemble.
On peut mettre en commun des savoir-faire, le même matériel, suivre les patients à risque.
On peut mutualiser les connaissances.
(Pharmacienne D)*

*C'est là que j'ai décidé de créer la consultation plaies chroniques. Car les patients qui sortaient n'avaient plus de réponse. On les voyait beaucoup plus tard, ils avaient beaucoup changé. On a été obligé, quand ils sortaient, de leur proposer une réponse en consultation externe. C'est là que cela a explosé, car il n'y avait pas sur le territoire de consultation structurée pour la prise en charge de ce type de patients...
(Médecin D)*

Les infirmières se sentent d'abord valorisées, puisqu'on leur permet de participer à ce genre de manifestation, elles rencontrent d'autres professionnels, elles partagent des expériences, et du coup elles découvrent qu'elles ne sont pas isolées dans leur petit coin à bricoler. Du coup, ça motive les équipes. Surtout, la formation a été fondamentale. Une infirmière a fait un DU (diplôme universitaire). Il y en a d'autres qui sont motivées pour le faire, partagent l'information et l'expérience de celle qui a fait un DU. Le comité d'escarre qui implique tout le monde, qui remonte toutes les informations, toutes les difficultés, qui définit après derrière le protocole. Après cela redescend vers les équipes, après il y a une réévaluation. Tout cela fait qu'il y a une espèce de cohérence. Le fait qu'il y ait un seul référent médecin qui coordonne toute la politique de prise en charge des plaies. Dès qu'il y a une plaie quelque part c'est une demande de consultation aussi bien en externe qu'en interne. Il y a des escarres au troisième, on va demander au médecin...

(Médecin D)

Fait marquant D6

Il y a une recherche de cohérence dans les réponses apportées par mutualisation des connaissances et structuration de l'information.

Fait marquant D7

Des pratiques nouvelles sont mises en place pour créer des points de rencontre, la commission escarre, la consultation externe, forment des nœuds qui permettent de passer de l'attention à l'action.

Des habitudes sont prises et se constituent en règles d'action. Ces règles ne sont pas nécessairement écrites mais constituent des habitudes auxquelles on se tient. Elles sont souvent formulées comme des principes formulés de façon simple.

Il y a une bonne cohésion d'équipe, tout le monde va dans le même sens. Quand on a décidé une action on s'y tient. Le médecin et l'infirmière référente prescrivent conjointement. Cela s'applique. Il y a une feuille de suivi, cela permet de tracer...

Lors des toilettes nous observons, c'est transmis sur l'ordinateur et oralement à l'Infirmière. On signale si rougeur et douleur.

Pour les moyens de protection, on demande à l'Infirmière ou on se sert directement. On demande pour être sûre de bien faire.

Pour l'alimentation, on demande la diététicienne et on signale le problème à l'Infirmière. Il existe une feuille d'alimentation.

(AS D)

Auparavant, j'ai beaucoup travaillé en EHPAD, j'ai donc une bonne connaissance de l'escarre.

J'ai demandé que tous les patients avec escarre soient vus par la diététicienne. Je fais une enquête alimentaire, je prescris des apports, je donne des conseils de suivi. Quelques-uns des patients sortent avec une escarre pas complètement guérie, mais pas beaucoup. On doit pouvoir le savoir...

(Diététicienne D)

Ici, on fait un bilan d'entrée, il y a un protocole sur les chariots de soin avec une reconnaissance selon les différents stades. Il y a un calepin qui permet de faire le staging. Nous avons une liste de base pour les pansements, mais chacun travaille dans son coin. On a une gamme large, dans les services ne savent pas par quoi remplacer. Ce n'est pas évident de travailler par classe. [Le médecin] fait les pansements les plus compliqués. Du coup l'Infirmière est poussée.

(Pharmacienne D)

C'est une consultation, je monte, je vois le patient, j'ai tout le dossier du patient avec moi. Je définis la stratégie de prise en charge aussi bien en terme curatif qu'en terme préventif. Et je fais passer les professionnels qui justifient la prise en charge: diététiciennes, ergothérapeutes... pour les matelas, pour les chaussures. Consultation externe s'il le faut pour le doppler. Je définis toute la prise en charge globale du patient, en tenant bien compte du problème local de l'escarre, mais dans une prise en charge globale partagée avec le médecin qui prend en charge le patient. A partir de là, cela fait une certaine cohérence... Ben parce que, on n'invente rien, on s'inspire d'un consensus. Quelles sont les recommandations de la Haute Autorité. Que doit-on faire quand on a une escarre de stade IV. Quels sont les moyens de la maison, qu'est-ce qui existe... Le fait d'harmoniser, cela simplifie la prise en charge. En plus, il arrive que le médecin ne soit pas forcément présent, soit parce qu'il est parti en congrès ou parti en vacances.
(Médecin D)

Fait marquant D8

Des habitudes sont prises qui facilitent les interactions et les coordinations. Des outils sont bricolés pour faciliter les apprentissages et fixer les processus.

Fait marquant D9

Chaque fonction définit ses façons de faire de façon à ce que son action soit comprise par les autres.

La cohésion de l'équipe, l'attention et les mécanismes de coordination sont entretenus par des mécanismes spécifiques.

Il y a une bonne cohésion d'équipe, tout le monde va dans le même sens. Quand on a décidé une action, on s'y tient. Le médecin et l'infirmière référente prescrivent conjointement. Cela s'applique. Il y a une feuille de suivi, cela permet de tracer... Il faut tous aller dans le même sens pour le bien du patient, les efforts progressent, on peut montrer cela.
(AS D)

A la clinique, on ne se la cache plus comme avant. Avant on cachait les escarres. La diététicienne n'était pas prévenue, le travail risquait d'être critiqué.

Maintenant je suis convoquée quand il y a des signes [biologiques].

(Diététicienne D)

On a valorisé les personnels, que ce soient les aides-soignantes, que ce soient des infirmières, en leur montrant, en les impliquant directement, et donc ce n'est pas seulement aux médecins d'aller aux congrès, les infirmières peuvent aussi participer. Cette année, en janvier, quand je suis allé au grand congrès de la société francophone des plaies et cicatrisation il y avait 7 à 8 infirmières avec moi...

(Médecin D)

Les infirmières de ville m'expriment cette souffrance. Elles ne savent pas quoi faire. Elles peuvent être très efficaces, mais quand il y a besoin on peut reprendre le patient et le soigner sous antalgique puissant. Il doit y avoir une stratégie de recours. Nous avons un environnement qui permet d'utiliser des moyens qui nécessitent un environnement sécurisé. On peut hiérarchiser les recours.

(Médecin D)

Fait marquant D10

L'expertise est reconnue, la participation à des échanges est encouragée, la cohésion est valorisée.

Fait marquant D11

Des possibilités de recours permettent de ne pas rester sur un échec, de ne pas rester isolé face à des résultats insuffisants.

Les processus de valorisation et de recours conduisent naturellement à réévaluer les pratiques.

On peut innover dans ce domaine. Nous avons un médecin référent, il peut apporter beaucoup. Le rôle du médecin est important : il vient voir les pansements, il change les protocoles si besoin, des photos sont prises pour voir l'évolution.

(AS D)

L'escarre est un sujet qui m'intéresse. C'est enrichissant si on peut avoir des résultats après traitement. L'observation des évolutions favorables fait changer les mentalités (ne pas se limiter à une soupe et un yaourt). On m'appelle pour avoir des compléments. Nous avons des repas enrichis maison, c'est l'AS qui commande. Je vois la chaîne des plateaux repas, et je vois immédiatement ceux qui ont un problème...

Des informations sont données sur la bonne utilisation des pansements pour le bon stade. Les Infirmières se posent des questions ouvertement. Elles osent dire qu'il y a des escarres. Cela donne envie de revoir les stades, j'y vais de temps en temps. On pourrait calculer l'impact de la nutrition en fonction des stades...

Je suis interpellée dans les couloirs. Il faut en parler avec l'Infirmière, savoir pourquoi les patients en sont arrivés là. Il y a différentes causes. Selon les origines, il y a différents risques de récurrence. La communication orale est importante car nous avons besoin d'un ressenti, on ne l'a pas par écrit.

(Diététicienne D)

J'ai des patients, la seule alternative c'était l'amputation. On me dit voilà vous me l'avez adressé, il a les tendons à nu, il a une plaie qui s'infecte épouvantablement. Bon vous guérirez l'infection mais vous ne guérirez plus jamais la plaie, parce qu'il y a ceci, parce qu'il y a cela. Et la seule alternative si ça continue à s'infecter comme cela, on l'ampute et on arrive en territoire sain. Mais alors je dis pourquoi on n'essaierait pas une attitude conservatrice. Si ça marche, ça va, si ça ne marche pas, au moins on aura essayé. Donc, j'ai voulu proposer cette technique à des patients qui étaient vraiment en dernières ressources. Et extraordinairement, ça a marché. Et donc j'ai trouvé que c'était à publier. On a sauvé les jambes des gens, on a guéri des ulcères veineux, on a guéri des gens qui traînaient avec des pathologies. Et donc à partir de là ça justifiait une publication.

(Médecin D)

Fait marquant D12

Chaque cas clinique peut amener à une interrogation sur la totalité de la prise en charge.
L'observation de plusieurs cas constitue une mini enquête.

Fait marquant D13

Des temps de discussion sont intégrés aux pratiques, soit de façon informelle par relation directe soit de façon formelle lors de réunions organisées.

Tableau 8 Faits marquants recueillis à l'hôpital D

Fait marquant	Description	Signification théorique
D1	Chaque fonction identifie l'importance de l'escarre et mesure son rôle personnel dans la prise en charge.	Chacun est concerné.
D2	Pour que le phénomène soit reconnu il faut attirer l'attention à l'extérieur de l'établissement : chez les patients, les familles et les autres hôpitaux.	L'attention est étendue à l'extérieur de l'établissement.
D3	Le nouveau positionnement de l'établissement amène ce regard nouveau qui lui permet d'affirmer sa place dans le réseau de soin.	L'attention portée à l'escarre est stratégique.
D4	La reconnaissance de l'importance de la prise en charge amène à préciser les signes à recueillir et à s'interroger sur leur signification.	Les signes sont précisés et multipliés.
D5	Le nouveau regard qui est posé amène à revoir la façon d'aborder la pathologie, à la redéfinir. Le statut des patients est également revu.	La pathologie est redéfinie.
D6	Il y a une recherche de cohérence dans les réponses apportées par mutualisation des connaissances et structuration de l'information.	Les informations sont concentrées à certains endroits.
D7	Des pratiques nouvelles sont mises en place pour créer des points de rencontre qui permettent de passer de l'attention à l'action.	Des points de rencontre sont créés.
D8	Des habitudes sont prises qui facilitent les interactions et les coordinations. Des outils sont bricolés pour faciliter les apprentissages et fixer les processus.	Des règles d'action sont instituées. L'action est équipée.
D9	Chaque fonction définit ses façons de faire de façon à ce que son action soit comprise par les autres.	Des règles d'action sont instituées.
D10	L'expertise est reconnue, la participation à des échanges est encouragée. La cohésion est valorisée.	L'activité est valorisée.
D11	Des possibilités de recours permettent de ne pas rester sur un échec, de ne pas rester isolé face à des résultats insuffisants.	Des recours sont mis en place pour assurer le résultat.
D12	Chaque cas clinique peut amener à une interrogation sur la totalité de la prise en charge. L'observation de plusieurs cas constitue une mini enquête.	Les activités sont constamment analysées.
D13	Des temps de discussion sont intégrés aux pratiques, soit de façon informelle par relation directe soit de façon formelle lors de réunions organisées.	Des moments de réflexion sont institués.

2. Une structuration commune de l'activité.

Dans chacun des trois établissements l'attention au risque d'escarre est portée à un haut degré de vigilance et s'articule aux actions retenues pour leur efficacité démontrée. Cette vigilance et cette réactivité permettent de qualifier la chaîne d'action comme un Qui-Vive collectif. Nous allons maintenant préciser les processus clés de ce Qui-Vive avant d'y associer les ressources qui assurent leur continuité dans le temps.

a. La structuration synchronique

Le passage de l'attention à l'action définit un pattern d'action sophistiqué qui fait apparaître six processus élémentaires communs aux trois hôpitaux. Le Tableau 9 ci-dessous opère un regroupement pour dégager les aspects performatifs de cette structuration de l'action, c'est à dire ce qui est réellement produit par l'action. Cette description de l'activité met en exergue l'articulation de différents processus selon un schéma synchronique de l'action de la même façon que les mots construisent des phrases ou pour employer un terme de linguistique, un syntagme.

Le Tableau 9 Processus communs aux trois hôpitaux (page 208) décrit chacun des « mots » ou processus d'action qui entrent dans la constitution du pattern d'action du Qui-Vive. Ce tableau a été construit par regroupement des différents faits marquants qui faisaient référence à une action de même nature. Cette action est alors décrite comme un sous-processus qui engage une action performative, c'est-à-dire une intervention qui fera agir. Chacun des sous-processus identifiés sera décrit de façon plus approfondie à la suite du tableau.

Tableau 9 Processus communs aux trois hôpitaux

Processus	Description performative	Hôpital B	Hôpital C	Hôpital D
Initiation	L'attention est suscitée, provoquée et mise en scène	B1 B2	C1	D1 D2 D3
Elaboration	L'attention est spécifiée et organisée. Les signes sont précisés.	B3	C1 C2 C6	D4
Qualification	Des situations types sont définies qui permettent de qualifier la pathologie.	B4	C3 C4 C5	D2 D5
Canalisation	La reconnaissance des différentes situations conduit à certains types d'action.	B5 B6 B9	C7 C13	D6 D7 D11
Instrumentation	Des outils sont puisés dans une panoplie mise à disposition.	B7	C8	D8
Implémentation	L'action s'appuie sur des règles d'action qui la facilitent et la systématisent.	B8	C9	D8 D9

Les faits marquants qui décrivent des moments de l'activité, peuvent être regroupés selon différentes valeurs performatives. Nous faisons ainsi émerger des processus élémentaires que nous allons décrire selon l'action performative qu'ils engagent.

Initiation

L'attention au risque d'escarre n'est pas spontanée, elle doit être activée par différentes représentations. Cela peut reposer sur un engagement personnel du chef de service, c'est quelquefois formulé comme un enjeu stratégique de positionnement de l'hôpital.

L'engagement est mis en scène symboliquement par l'expression des acteurs ou l'affichage symbolique d'une priorité institutionnelle. Cet engagement concerne toute l'organisation et chacune des personnes rencontrées donne des preuves de cet engagement. Les responsables de service ont à cet égard un devoir d'exemplarité et l'authenticité de leur engagement recrute l'attention de chacun.

Elaboration

L'attention est construite, cela requiert une expertise et des techniques spécifiques. Les aides-soignantes qui sont en première ligne sont formées à porter ce regard spécialisé sur les patients. Le regard est soutenu par une intention à la recherche des détails qui signaleront les situations à risque. Les signes ne s'imposent pas au regard, c'est le regard qui va à la recherche des signes. La systématisation du regard n'est pas suffisante car les signes peuvent être atypiques, inattendus et discrets. On se méfie alors de la banalisation et on entretient au contraire une attention permanente, éventuellement anticipée, de façon à déclencher une réaction rapide et un branle-bas de toute l'équipe.

Qualification

L'information sur les situations à risque doit être qualifiée de façon à porter du sens. Des échanges permettent de s'entendre sur une compréhension commune de la situation. Ce travail d'explication peut amener à modifier le regard qui est habituellement porté sur l'escarre ou sur le patient. Le médecin qui agit au sein du service peut à tout moment intervenir pour requalifier une situation, préciser un signe ou conforter l'appréciation. Il procède à un travail d'interprétation en s'aidant de ses connaissances cliniques et physiopathologiques. Cela constitue un diagnostic médical qui consiste en une qualification non figée et temporaire de la situation. La qualification permet d'en appeler aux émotions en caractérisant la situation de détresse.

Canalisation

Le passage de l'attention à l'action est organisé et canalisé. Des mécanismes sont mis en place pour orienter les actions en fonction des situations. Ce processus peut s'appuyer sur des artefacts (protocoles, fiches, aides visuels) ou bien sur des mécanismes de coordination tels que les transmissions ciblées. Le ciblage de la transmission indique bien un mécanisme de canalisation qui trie l'information de façon à orienter les efforts collectifs sur une

dimension de la prise en charge et de façon à veiller à la résolution du problème identifié. Les règles d'action sont souvent exprimées selon des principes simples qui facilitent la compréhension et permettent de suivre le résultat. Cette canalisation peut également passer par des mécanismes formels de prescription. Des expertises spécifiques peuvent être sollicitées (diététicienne, ergothérapeute) pour aider au choix de l'action.

Instrumentation

L'intention d'action s'appuie sur des outils identifiés et préparés à l'avance. Une panoplie de ressources a ainsi été constituée dans laquelle on pourra puiser pour agir. La disposition des outils a été anticipée de façon à ce que le recours puisse être immédiat. Des mécanismes émergents de constitution de réserves permettent également de s'affranchir des contraintes de la prescription. La panoplie des outils a été constituée au cours du temps par observation, bricolage et requalification des objets. Il faudra malgré tout, souvent faire des choix au sein de la panoplie, en fonction des outils disponibles et de l'optimisation des ressources. Le choix est dépendant des outils disponibles et des réserves constituées.

« Implémentation »

Le médecin qui se forme au pansement d'escarre accroît sa performance et celle de l'équipe par confrontation du savoir et des situations pratiques. Le passage de l'attention à l'action s'appuie sur des habitudes collectives entretenues. La systématisation fait gagner du temps et permet de diffuser la pratique. Une véritable jurisprudence, établie au cours du temps, fait correspondre des actions types à des situations spécifiques. Enfin, l'entraînement à l'action permet de gagner en réactivité et en efficacité. De véritables rituels sont ainsi cognitivement intégrés. Les cadres des services entretiennent ces habitudes par différents artefacts et mécanismes de coordination qui permettent de mettre à jour les routines.

La description détaillée des activités met en valeur chacun des processus élémentaires qui entrent dans la chaîne d'actions. Leur association définit une logique d'action qui fonde son efficacité dans un rapport étroit de l'attention et de l'action. Cette articulation construit la dimension synchronique de l'activité selon trois étapes essentielles : une première phase d'initiation où l'attention doit être préparée à l'avance puis étendue ; une seconde étape de qualification et de canalisation où les signaux sont réorganisés de façon à mutualiser l'information ; enfin une dernière phase d'extension et de passage à l'action. Ce pattern définit une synchronicité particulière qui fait alterner des phases d'extension de l'activité et des phases de concentration et de mutualisation. Cela structure l'activité dans une dimension longitudinale et synchronique de la prise en charge des patients que nous avons appelée le Qui-Vive.

Cette structuration de l'activité s'appuie sur des ressources de différents types que nous allons relier aux différents processus identifiés.

b. Les ressources rémanentes comme éléments diachroniques

Pour initier, organiser, orienter, et sélectionner le flux des actions, les acteurs créent des utilités qui faciliteront les processus. Ces utilités persistent dans le temps et peuvent être réutilisées lors d'un cycle suivant. Elles se créent dans le quotidien comme le résultat de l'action, et deviennent immédiatement des ressources pour les cycles d'action suivants. Ces éléments de rémanence créent ainsi un environnement agi (« enacted ») qui facilite ou contraint l'action (Vogus, Timothy J., Sutcliffe, Kathleen M. & Weick, Karl E.; 2010). Ces éléments qui persistent d'un cycle à l'autre comprennent non seulement des routines mais aussi une multitude d'artefacts, d'objets qui peuvent être bricolés ainsi que des règles tacites. Une connaissance le plus souvent tacite, quelquefois explicite se crée et permet de maintenir les savoir-faire (Nonaka, Ikujiro & von Krogh, Georg; 2009). Tout ceci constitue un appareillage rémanent qui structurera le cycle suivant d'action.

Différents types de ressources ont ainsi pu être identifiées comme des ressources qui persistent sur plusieurs cycles et participent à la structuration de l'activité. Nous avons ainsi des mécanismes d'identification du risque, des grilles de sévérité de la pathologie, des typologies de patients et des histoires qui fixent les idées. Le Tableau 10 page suivante en donne une liste plus complète en les rattachant aux processus qui entrent dans le schéma synchronique d'action.

Tableau 10 Catégorisation des ressources par type d'activité

Processus	Ressources utilisées
Initiation	Emotions, valeurs, symboles, engagement professionnel
Elaboration	Histoires, personnes référentes, aides mémoire, photographie
Qualification	Score de risque, liste de signes, grille de gravité, mesures biologiques
Canalisation	Transmission ciblée, Organisation du dossier, logigramme, modalités de prescription
Instrumentalisation	Matériel de support, pansements, compléments diététiques
« Implementation »	Techniques de soins, protocoles de soins, stratégies thérapeutiques

Nous proposons un regroupement des ressources selon 3 catégories qui correspondent aux différentes phases du Qui-Vive.

Les rémanences qui permettent l'initiation et l'élaboration de l'attention forment une **nomenclature** que les acteurs utilisent pour faire émerger l'attention ou qualifier la situation. Lors des phases de qualification des situations et de canalisation vers l'action, d'autres rémanences interviennent : des règles cognitives permettent d'élaborer des diagnostics ; des principes opératoires sont activés ; des déontologies sont invoquées ; des procédures opératoires standard peuvent être rédigées. Cet ensemble de règles plus ou moins formelles constitue **des règles de prudence** que nous pourrions regrouper sous le terme de phronesis.

Enfin la mobilisation des routines et la construction d'outils, quelquefois au sens le plus strict du terme quand il s'agit de calles qu'on place sous les lits ou bien de réserve que l'on stocke dans les réfrigérateurs, constituent **une panoplie** dans laquelle les acteurs pourront puiser.

Nous regrouperons toutes ces ressources sous l'appellation de ressources rémanentes pour signifier à la fois leur durabilité, mais également leur caractère volatile et changeant comme une mémoire matérielle qui peut persister mais aussi changer ou s'altérer. Les ressources rémanentes guident l'action, mais sont également constamment

revues et réorganisées par les actions et les problèmes rencontrés. Ainsi une bande trop étroite a créé une surpression chez un patient de l'hôpital B, l'équipe en a déduit de nouvelles règles d'utilisation de la panoplie des bandes et des pansements. A l'avenir il ne devrait plus être possible d'utiliser ce type de bande. Dans un autre établissement (hôpital C), les aides-soignantes procédaient à des massages qui étaient contre-indiqués. La crème qui facilitait ces massages a été supprimée de la panoplie de façon à interdire le massage.

Sans qu'il n'y ait de correspondance absolue entre ressources rémanentes et processus d'action, chaque ressource intervient plus particulièrement lors d'un des sous processus du pattern d'action. Les nomenclatures interviennent lors de phases d'activation de l'attention, les règles de prudence lors du passage de l'attention à l'action et finalement les panoplies interviennent pour la réalisation des actions. Les rémanences constituent des ressources pour l'action et sont créées par l'action. Les relations entre l'action et les ressources qu'elle nécessite sont ainsi à double sens. L'action utilise et crée à la fois des ressources qui peuvent persister et guident ainsi le cycle d'action suivant.

Des liens sont ainsi créés entre différents cycles d'action, c'est-à-dire entre les cycles constitués par chacune des nouvelles prises en charge de patient. Les ressources rémanentes en guidant le processus de prise en charge, créent un lien diachronique entre les différents cycles d'action et les mettent en phase. Un temps d'interaction diachronique apparaît ainsi qui vient compléter le temps synchronique de l'action. Nous verrons maintenant comment cette dualité de la temporalité d'action peut aussi s'appuyer sur une dualité des temps réflexifs.

c. Les temps de réflexion et de mise en cohérence

C'est à l'aune du résultat que sera jugée l'organisation: « Pas de nouvelle escarre dans notre service ». Cet absolu inspire toute la chaîne qui va de l'activation de l'attention jusqu'à la mobilisation des moyens de prévention et de traitement. Mais ce principe agit aussi quotidiennement. L'orientation vers le résultat est ainsi une valeur forte qui oriente à la fois la réflexion sur la prise en charge globale et les choix d'action au quotidien dans toutes les phases de l'action.

Des activités d'analyse et de réflexion sont ainsi spécifiquement associées à l'activité, elles sont décrites dans le Tableau 11.

Tableau 11 Activités de réflexion et d'évaluation

Processus	Description Performative	Hôpital B	Hôpital C	Hôpital D
Réflexion à distance	Des processus réflexifs sont organisés.	B12	C13 C14	D12 D13
Evaluation quotidienne	Les résultats immédiats sont pris en compte et orientent les actions.	B10 B11	C10 C11 C12	D10 D11

Deux modalités différentes d'évaluation et de réflexion se distinguent par leur temporalité. Un premier temps organise des moments d'arrêt dans l'action et permet de réévaluer globalement les cycles de prise en charge des patients. Un deuxième temps organise l'évaluation au quotidien en se concentrant sur la bonne exécution du sous-processus.

i. Temps réflexif et dimension synchronique

Des mécanismes réflexifs sont institués pour réévaluer l'ensemble d'une chaîne d'actions qui va de l'attention à l'action. Ces mécanismes se réalisent souvent en retrait de l'action immédiate, ils sont distanciés. Selon les établissements, ils prennent différentes formes. La réunion de staff permet de revoir les cas, de faire des synthèses, de s'entendre sur les objectifs (Hôpital B). Des mécanismes plus formels d'audit décrivent l'activité et en réévaluent les résultats à date régulière (Hôpital C). Les congrès et colloques peuvent être l'occasion d'échanges avec d'autres équipes et permettent de se comparer à elles (Hôpital D).

Ces mécanismes réflexifs impliquent fortement les équipes dans des moments collectifs. C'est un temps qui s'inscrit plutôt dans la dimension de l'événement, en particulier quand il s'agit de faire le point sur un patient (Schatzki, Theodore R.; 2006). Ce temps permet ainsi de juger de la performance de l'ensemble du cycle de prise en charge selon une dimension synchronique liée au déroulement de l'action.

ii. *Temps évaluatif et dimension diachronique*

Des mécanismes quotidiens d'évaluation entretiennent l'attention, veillent à la pertinence des décisions et assurent l'optimisation de la panoplie des outils. Ces mécanismes organisent une réflexivité sur un schéma très bref qui permet à des interactions courtes de se réaliser, notamment entre le médecin et les personnels soignants. Cela peut aller du conseil jusqu'à la validation du choix d'action, en passant par des rappels et des interdictions. Ce temps court permet de réactiver les règles et les routines. Il établit ainsi une correspondance entre des processus identiques qui se répètent dans le temps. Nous proposons d'inscrire ce mécanisme dans le temps de l'activité, en opposition au temps de l'événement (Schatzki, Theodore R.; 2006). Il permet en effet de stabiliser ou de faire évoluer chacun des sous-processus qui composent la chaîne d'action, en lui faisant correspondre l'expérience passée, la réalisation présente et la projection dans le futur selon une dimension diachronique. Ce temps fait ainsi apparaître les invariants de l'activité médicale qui la structurent : classiquement nous retrouvons ainsi des étapes diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques qui décrivent l'activité et s'appuient sur des routines et des artefacts matériels.

3. *Le dispositif performatif de la gestion des escarres*

A ce stade de l'analyse, trois éléments importants de la structuration des pratiques de prise en charge émergent : un pattern d'action associant plusieurs processus, des éléments rémanents et des capacités réflexives. Ceci compose un dispositif qui fait agir et que nous appelons, pour cette raison, performatif. Nous allons proposer un schéma d'articulation (Figure 4) de ces trois éléments en nous appuyant sur la littérature qui a inspiré ce schéma.

a. Structuration synchronique du pattern of actions

En considérant le pattern d'action comme un ensemble de processus élémentaires structurants, nous proposerons un schéma de représentation de la structuration de l'activité centré sur la chaîne principale d'actions. Cette lecture permet de mieux préciser les processus élémentaires utilisés dans le cadre d'une pratique spécifique puis de décrire les ressources structurantes sur lesquelles ils reposent.

En décrivant un pattern d'action qui articule attention et action pour former le Qui-Vive, nous nous rapprocherons d'autres patterns d'action décrits dans la littérature. Le mindfulness décrit par Weick (2007 2nd éd.) organise un flux de processus où l'attention et l'action occupent une place importante. Lorsque Dutton (2006) étudie l'organisation de la

compassion, elle fait également se suivre des mécanismes d'activation de l'attention et de mobilisation des actes compassionnels.

Le pattern d'actions correspond ainsi à un ensemble de processus qui se déroulent de façon habituelle en s'appuyant sur des habitudes et des schémas performatifs collectifs. La distinction des processus au sein d'un même pattern permet de rendre compte de l'implication de différentes personnes lors d'un schéma complet d'action. Ainsi les aides-soignantes, les infirmières et les médecins contribuent différemment au pattern d'action en s'impliquant plus ou moins dans les différents processus. Cela introduit des mécanismes de pouvoir par des contrôles d'accès aux différents sous processus. Ainsi les aides-soignantes qui sont autonomisées dans les premières phases d'observation sont plus fortement encadrées lors des phases de canalisation de l'action. Lors du passage à l'action elles retrouvent de l'autonomie pour puiser dans la panoplie des outils. L'investissement dans chacun des processus élémentaires peut également différer d'une organisation à l'autre. Ceci module le pattern d'action et permet de rendre compte de l'orchestration différente du pattern d'action par les différents établissements. Cela sera étudié plus spécifiquement au chapitre suivant.

b. Ressources rémanentes et mécanismes endogènes de changement.

Pour rendre compte du caractère non figé de l'organisation, nous proposons de faire apparaître les éléments matériels structurants comme des éléments de mémoire plutôt que comme des objets figés. Ces éléments rémanents, ou ressources rémanentes peuvent agir dans deux directions : contraindre ou bien rendre possible.

Les outils et les registres d'interprétation que nous avons identifiés non seulement encadrent l'action mais plus encore évoluent avec l'action. Les interpréter comme des éléments de rémanence, permet d'attester de leur persistance après l'action, tout en soulignant leur caractère contingent et toujours changeant en fonction de l'expérience acquise. Ces éléments rémanents s'inscrivent ainsi dans une dimension diachronique de l'activité.

Les ressources rémanentes sont ainsi décrites comme autant de registres dans lesquels puiser. Les nomenclatures, les règles de prudence, les panoplies sont à la fois des outils qui permettent de construire l'action mais également des façons de rendre compte de l'activité. Cela permet de signaler le cadre dans lequel on situe son action et ainsi de se faire comprendre des autres (Orlikowski, Wanda J.; 2000). Les ressources dans lesquelles puisent les acteurs, permettent de caractériser l'action ou de l'indexer pour reprendre les concepts de Goffman ou Mead (Goffman, Erving; 1991 Trad. éd. 1974).

En articulant les ressources rémanentes à des processus spécifiques de la chaîne d'action nous reprenons les schémas avancés par Feldman pour parler des routines (2003). Ainsi l'association d'une nomenclature et d'un mécanisme d'activation de l'attention peut être décrite comme une routine spécifique d'action. Toute une littérature peut être mobilisées pour parler des routines comme des mécanismes qui créent autant l'action qu'ils ne sont créés par l'action (Cohen, Michael D.; 2007 ; Feldman, Martha S.; 2000 ; Feldman, Martha S.; 2004 ; Feldman, Martha S. & Pentland, Brian T.; 2003 ; Salvato, Carlo & Rerup, Claus; 2011). Selon les auteurs de ces articles, le terme de routine ne renvoie pas à une conception figée de l'action, terre à terre et sans réflexion car la routine constitue un schéma qui se régénère dans l'action. Cependant nous partageons l'avis de Cohen (2007) sur l'utilisation du terme de routine. Toutes les précautions, qui seront développées pour préciser leur caractère flexible et adaptable, aura beaucoup de difficulté à faire oublier le présupposé sur leur rigidité.

c. Temps réflexif et « sensemaking »

En marge de l'activité décrite ci-dessus, les trois établissements ont développé des approches réflexives qui leur permettent de réévaluer leurs pratiques de prise en charge. Ces approches réflexives portent sur l'ensemble de la chaîne attention-action ainsi que sur chacun des processus élémentaires qui entrent en jeu. Nous avons ainsi deux temps qui se distinguent. Nous avons un premier temps qui analyse l'ensemble d'un cycle d'action en organisant des temps d'arrêt (Sandberg, J. & Tsoukas, Haridimos; 2011). Un deuxième temps intègre des mécanismes d'évaluation au cours de l'activité (Tsoukas, Haridimos; 2009). Ce double mécanisme témoigne de la forte implication des médecins chefs de service dans le quotidien des activités de soin.

Les mécanismes réflexifs, qui portent sur le cycle complet d'action, s'inscrivent dans une perspective de « sensemaking » (Weick, Karl E., Sutcliffe, Kathleen M. & Obstfeld, David; 2005). En organisant des temps d'arrêt dans l'action, ou bien en profitant de la fin d'un cycle d'action (le départ du patient), les équipes de soins reconstituent ce qui s'est passé. Elles donnent rétrospectivement du sens aux événements et aux actions entreprises. Le diagnostic initial n'est qu'une piste pour l'action. C'est à la fin de la prise en charge qu'on pourra savoir ce qui était en jeu ou tout au moins essayer de le caractériser. La réunion du staff ou bien les processus d'audits reviennent sur ce qui a été réalisé de façon à mettre des interprétations sur ce qu'on a fait. La participation aux colloques de la même façon donne du sens à l'activité qui est déployée dans l'unité de soin. Ce sont aussi des temps qui permettent de susciter l'engagement lors de chaque nouvelle prise en charge en rappelant la vocation première des soins.

Les mécanismes d'évaluation qui accompagnent au quotidien les processus élémentaires d'action organisent la sélection et la rétention des ressources rémanentes. Ils permettent d'enrichir les apprentissages par des mécanismes de dialogue autour de l'activité elle-même (Tsoukas, Haridimos; 2009). Ce sont des temps qui permettent plutôt de renforcer la continuité de la structure des activités. En s'appuyant sur les éléments rémanents, ils rassurent sur l'efficacité et transforment la culpabilité initiale en fierté du travail maîtrisé.

Les deux mécanismes réflexifs sont complémentaires, l'un engage les acteurs dans chaque nouvelle prise en charge d'un patient particulier, l'autre les rassure sur l'efficacité des processus mis en œuvre.

d. La constitution du dispositif d'action

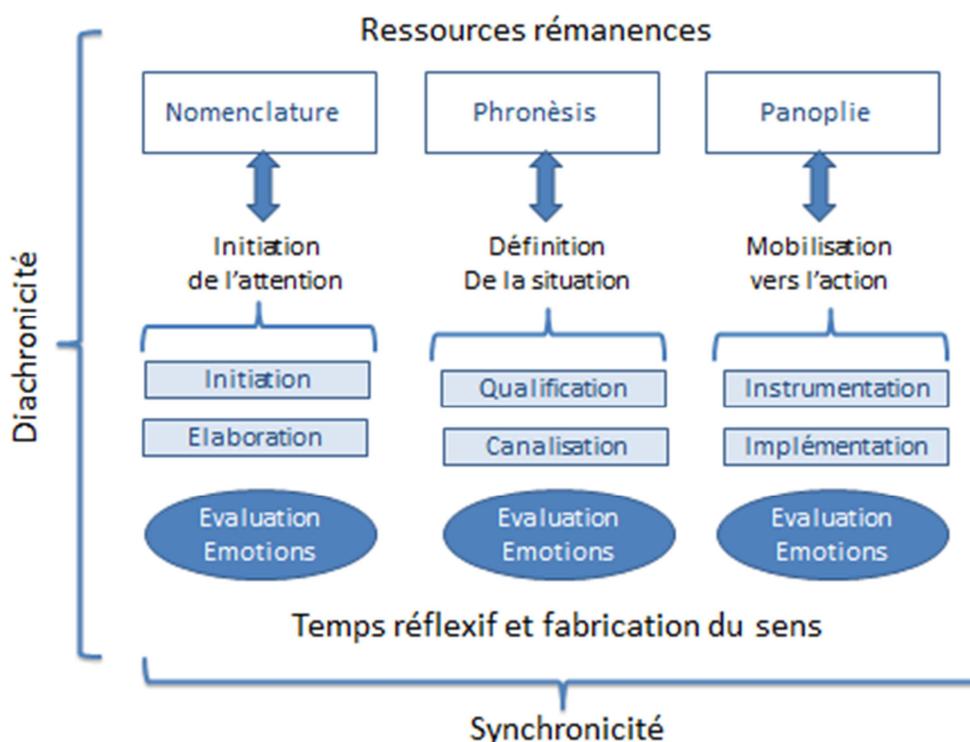
Après avoir distingué la dualité temporelle des mécanismes de structuration de l'action nous allons maintenant proposer un schéma de représentation du dispositif qui réunit ces deux temporalités ainsi que les activités réflexives qui les ponctuent.

L'action en santé est fortement caractérisée par un découpage de l'action en unités qui sont chacune centrée sur la prise en charge d'un patient. Chaque nouvelle prise en charge d'un patient à risque d'escarre met en œuvre un dispositif général d'action décrit par le schéma en Figure 4. Au centre du schéma se situe le pattern d'action du Qui-Vive qui est le cœur du mécanisme interactif et qui constitue sa dimension synchronique. L'activité articule différents processus élémentaires : initiation, élaboration, qualification, canalisation, instrumentalisation, « implementation ».

L'axe vertical du schéma permet de relier chacun des processus décrits précédemment à des éléments structurants rémanents : nomenclatures, règles d'action, panoplies d'outils. Ces relations sont à double sens de façon à exprimer le fait que les ressources sont autant créées par l'action qu'elles ne sont des facteurs facilitant ou contraignant l'action. L'ensemble d'un processus et des ressources rémanentes qu'il sollicite constitue une sorte de routine. L'ensemble des routines constitue un dispositif d'action.

Enfin des processus réflexifs viennent appuyer le déroulement de l'action en marquant la double temporalité (synchronique et diachronique) du schéma. Ces mécanismes d'évaluation font intervenir des processus cognitifs parmi lesquels les émotions jouent un rôle important.

Figure 4 Schématisation du dispositif d'action



Chaque soin prodigué à un patient s'appuie sur une structuration des soins qui était déjà présente avant l'arrivée du patient. En retour chaque fois qu'un patient est soigné cela réalise le soin attendu et dans le même temps donne la possibilité de faire évoluer le dispositif général d'action. La prise en charge d'un patient constitue ainsi un cycle d'action et une occasion d'apprendre qui au fond constitue l'essence de la démarche clinique (Foucault, Michel; 1963). Plusieurs analogies ont pu être données à cette structuration de l'action. Ainsi le langage s'actualise dans la parole mais existe aussi indépendamment de la parole (Giddens, Anthony; 1979 p. 13). Cela détermine selon Giddens deux dimensions synchronique et diachronique de l'activité linguistique qui ont influencé notre façon de décrire la structuration de l'activité hospitalière. En reprenant cette analogie nous pouvons dire que la médecine s'actualise dans la prise en charge de chaque patient. Cette vision de l'activité médicale, qui remet le patient et les soins prodigués au centre du dispositif, affirme le caractère hautement interactionniste de cette activité.

Le dispositif d'action que nous avons décrit montre une parenté avec le mécanisme de « Mindfulness » décrit par Karl Weick. Dans les deux cas, la description, qui est donnée de l'activité, s'appuie fortement sur la dimension synchronique de celle-ci. De plus,

l'introduction d'une dimension diachronique supplémentaire, amène à discuter les relations entre les deux dimensions.

La pièce centrale du schéma proposé est formée des processus qui constituent une chaîne d'actions. Cette représentation de l'activité, selon un schéma processuel, rejoint le concept de « Mindfulness » développé par Weick (2006 ; 2007 2nd éd.). L'organisation synchronique du lien entre attention et action constitue la caractéristique commune des deux patterns d'action. Néanmoins, ainsi que nous l'avons déjà évoqué au chapitre IV, les pratiques de gestion des ulcères de pression qui nous ont été décrites, s'écartent du « Mindfulness » sur plusieurs points. Les principes du « Mindfulness » permettent de faire face à l'imprévu. Lors de la prise en charge des patients à risque d'ulcère, les signes à surveiller sont par contre connus et les outils entrent dans des panoplies préparées à l'avance. Alors que le « Mindfulness » entretient la capacité à réagir à l'imprévu, le pattern d'action que nous avons décrit consiste à entretenir l'attention et à se préparer à agir de façon convenue. Ainsi le « Mindfulness » intervient plutôt en réaction alors que le pattern que nous avons décrit intervient plutôt en anticipation. Ces deux patterns ne s'opposent pas complètement, mais correspondent à des situations différentes qui commandent des modalités différentes de la synchronicité du lien entre attention et action.

Le schéma proposé par Karl Weick insiste peu sur la question des éléments structurants. Karl Weick a été amené à répondre à cette critique (2005). Nous retrouvons par contre chez Giddens (1979) la notion de différents niveaux de structuration : niveau structurel, modalité d'action et interaction. La schématisation que nous faisons des pratiques observées essaie également d'articuler ces différents éléments de structuration dans leurs dimensions synchronique et diachronique. Nous identifions ainsi les aspects performatifs, les ressources rémanentes et finalement les temps réflexifs. Cette mise en forme de notre expérience nous semble illustrer les tentatives de réconciliation théorique qui rapprochent les études des dynamiques interactives et les analyses de la structure et du rôle des routines (Levinthal, Daniel & Rerup, Claus; 2006 ; Rerup, Claus & Feldman, Martha S.; 2011).

L'article de Tore Bakken et Tor Hernes déjà mentionné (2006) nous semble apporter des éléments utiles pour poursuivre la réflexion sur l'articulation des deux dimensions synchronique et diachronique de l'activité. Le centre d'intérêt principal de cet article porte sur la distinction du rôle des verbes et des noms dans le travail de Karl Weick. Selon les auteurs, le choix d'utiliser des verbes, pour parler des organisations, n'est pas anodin, il reflète une position ontologique sur le monde qui le définit comme le résultat d'un flux ininterrompu de processus. Les verbes expriment cette vision processuelle du monde qui considère les abstractions et les entités comme des cristallisations secondaires aux processus. Ces abstractions et entités sont décrites par des noms. Un parallèle est ainsi fait entre d'une part

les verbes et les processus et d'une part entre les noms et les entités ou abstractions. Ceci nous semble correspondre à l'identification que nous avons faite respectivement de la dimension synchronique processuelle et de la dimension diachronique rémanente du schéma d'action. Selon Bakker et Hernes, les noms forment des contextes dans lesquels les verbes opèrent. C'est là tout à fait la vision que nous avons essayé de développer en parlant d'objets rémanents qui encadrent et facilitent ou contraignent les patterns d'action. Ces auteurs font d'ailleurs un rapprochement explicite entre les routines, les scripts d'action et les noms. Ils concluent leur article sur une réflexion sur la question du pouvoir dans l'organisation et la capacité des managers à nommer les choses. A nouveau cette réflexion théorique sur la place des noms et des verbes rejoint nos observations sur les capacités des managers à influencer l'action par des mécanismes de choix, de sélection des ressources rémanentes et de qualification. En nommant l'action au travers des artefacts et des ressources rémanentes, les managers contraignent, orientent l'action et facilitent l'action. Ils construisent ainsi des dispositifs performatifs.

Synthèse du chapitre V

Les faits marquants identifiés dans chacun des trois hôpitaux B, C et D permettent de préciser les processus qui entrent dans la constitution du Qui-Vive. Des processus d'initiation et de développement de l'attention sont suivis par des mécanismes de qualification et de canalisation qui permettent de définir la situation. Le schéma d'action se poursuit par une activation de l'action au travers de mécanismes d'outillage.

La dimension synchronique de l'action s'appuie sur des ressources rémanentes qui persistent après les événements en s'inscrivant dans des nomenclatures, des règles de prudence et des panoplies d'outils. Ces registres d'indexation constituent la dimension diachronique du schéma d'action.

Des moments réflexifs marquent cette double temporalité du schéma d'action tout d'abord en organisant des temps d'arrêt qui permettent de donner du sens à l'action, mais aussi en intégrant une évaluation permanente qui sanctionne le succès de l'action. Cette double temporalité permet à la fois l'innovation et le changement tout en maintenant les capacités d'engagement dans l'action.

L'ensemble des processus, ressources et éléments réflexifs peuvent être articulés en un dispositif d'action selon deux dimensions temporelles (synchronique et diachronique).

Chapitre VI La modalisation construit un cadre partagé de compréhension

Le schéma d'action présenté dans le chapitre précédent articule des mécanismes structurants selon deux dimensions différentes : une dimension synchronique et une dimension diachronique. A ces deux dimensions s'ajoutent des processus réflexifs. Ce schéma permet de décrire un cadre d'action commun aux trois hôpitaux B, C et D pour la prise en charge des escarres. En nous inspirant du travail d'Erving Goffman sur les cadres de l'expérience (1991 Trad. éd. 1974), nous pouvons nous interroger sur la capacité des équipes à modaliser ce schéma d'action pour lui donner un sens particulier.

Cette phase de l'analyse prendra appui sur les différents mécanismes structurants retrouvés lors des enquêtes et sur la façon dont ils sont mobilisés par les différents établissements. Nous chercherons des variations tout d'abord au niveau des mécanismes synchroniques (initiation de l'attention, définition de la situation, mobilisation vers l'action), puis au niveau des mécanismes diachroniques (Objets rémanents et mobilisation des connaissances) enfin au niveau des mécanismes réflexifs. Dans le chapitre suivant nous réorganiserons cette analyse avec des éléments du cadre d'analyse de l'école des conventions.

1. *La modalisation des éléments structurants*

a. La modalisation de l'axe synchronique

Le Tableau 9 (page 208) qui recense les faits marquants observés dans chacun des hôpitaux et les regroupe selon différents processus, semble montrer des différences d'utilisation dans les différents hôpitaux. Il est difficile d'établir une métrique précise avec les données collectées. Il semble néanmoins que l'hôpital B insiste plus sur les mécanismes d'initiation de l'attention et sur les mécanismes de canalisation. Cela correspond à un chef de service qui active les émotions et reste très présent pour accompagner les équipes sous la forme d'un tutorat. Toujours en se référant au Tableau 9, l'hôpital C investit plutôt dans l'élaboration de l'attention, la qualification des situations et la canalisation. Ces différentes approches sont amplifiées par tous les mécanismes de formalisation et d'explicitation des règles qui sont familiers à l'hôpital C. Par contre les mécanismes d'initiation de l'attention qui reposent plutôt sur des interactions plus informelles ou bien le recours à des techniques instrumentées passent au second plan dans cet établissement. Enfin l'hôpital D apparaît

comme celui qui est le plus investi sur les processus d'initiation de l'attention et d'instrumentation. A nouveau cela correspond assez bien au positionnement de cet établissement qui se présente comme un recours technique dans le territoire de santé. Il doit à la fois faire reconnaître le problème posé par l'escarre et mettre en avant ses compétences techniques pour le résoudre. Ceci peut être résumé en construisant le tableau 12 ci-dessous dans lequel est indiqué, pour chacun des processus, le rang de chaque hôpital en fonction du nombre de citations des faits marquants correspondants.

Tableau 12 Densité d'utilisation des sous-processus

Processus	Hôpital B	Hôpital C	Hôpital D
Initiation	2	3	1
Elaboration	2	1	2
Qualification	3	1	2
Canalisation	1	3	1
Instrumentation	1	1	1
« Implementation »	2	2	1

Certaines lignes comprennent des ex-aequo qui ont donc le même rang

Cette façon d'objectiver l'investissement est sans doute très influencée par la capacité d'un service à tracer son action et cela favorise, sans nul doute, l'hôpital C. Néanmoins il fait entrevoir les possibilités de modalisation de la structuration synchronique du schéma d'action.

Nous allons maintenant reprendre les processus essentiels et analyser comment ils peuvent participer à la modalisation du schéma d'action.

i. Initiation de l'attention

La première étape du schéma d'action consiste à initier et élaborer l'attention. Il s'agit de montrer l'importance que constitue l'escarre en général et surtout de réactiver cette attention régulièrement, lors de la prise en charge de chaque nouveau patient.

Cependant, cette démonstration de l'importance du problème peut se faire de différentes façons et sur différents registres selon les hôpitaux. Les trois établissements font

de la prise en charge des escarres un enjeu stratégique du service mais ceci à différents titres. L'hôpital D est sans doute le plus engagé car cela fait partie du repositionnement économique de l'hôpital. Son nouveau positionnement sur le secteur des personnes âgées lui commande l'excellence de façon à se différencier dans ce domaine.

L'hôpital C est, lui aussi, engagé dans une mutation qui repose sur une plus grande technicité des personnels de façon à médicaliser les activités. L'enjeu des escarres s'inscrit ainsi dans un programme plus vaste de lutte contre toutes les fragilités de type clinique : la lutte contre la douleur et la dénutrition complètent le dispositif de prise en charge des escarres.

Pour le service de l'hôpital B c'est plutôt un enjeu professionnel qui le conduit à montrer son savoir-faire aux autres services de l'hôpital pour ainsi gagner leur respect.

Ce type d'initiation de l'attention aura sa traduction dans les activités quotidiennes. Les émotions des agents de l'hôpital B sont constamment réactivées. Les histoires partagées rappellent les situations critiques ou les réussites. La douleur de telle patiente a été analysée et cette écoute attentive a permis de supprimer la morphine.

*On a eu une dame qui est arrivée avec une plaie, hématome, nécrose fistulisation... Elle avait tout un protocole... En fait elle avait surtout peur d'avoir mal. Est-ce qu'elle avait mal? Le fait de changer de service d'avoir une nouvelle infirmière contribuait à avoir cette anxiété. Maintenant, on [lui] a enlevé les morphiniques.
(Médecin B)*

Les agents de l'hôpital C sont formés à mieux regarder les patients, l'observation doit devenir plus technique et se médicaliser. Cela active des conflits sur les rôles des différents agents.

Les jeunes contractuelles disaient : vous dites qu'on ne peut même pas faire de soins de bouche. Je répondais, si, si, vous pouvez en faire, il n'y a pas de problème, mais vous observez quoi, qu'est-ce que vous allez observer, qu'est-ce que vous pouvez transmettre ?
-Ah bon, on sait bien si elle est sale.
-Sale oui, mais sale, c'est quoi sale?
Donc il a fallu pousser un peu en termes de connaissances et elles se sont aperçues qu'effectivement les connaissances n'étaient pas forcément là, donc la compétence ne pouvait pas être exercée complètement. Donc ça été un an de bataille.
(Cadre C)

L'hôpital D investit dans la formation technique des infirmières et met en avant son savoir-faire technique. L'institutionnalisation de la question de l'escarre met celle-ci au premier plan des préoccupations.

Donc effectivement, cela nous a impactés dans la mesure où nous avons été obligés, à partir de là, de définir une politique claire de prise en charge de ces patients, avec la création d'un comité de lutte contre les escarres, avec des protocoles bien établis, avec des plans de formation des infirmières, avec la définition d'un responsable, d'un référent escarre dans l'établissement. Cela a permis d'identifier une entité bien spécifique, ce comité anti-escarre. (Médecin D)

Les mécanismes d'initiation et d'élaboration qui sont ainsi développés au sein de chacun des services et dans leur environnement proche seront assez différents. Le médecin l'hôpital B se bat pour que les autres médecins s'intéressent au problème et pour cela, il fait appel à leur conscience professionnelle. Le médecin de l'hôpital C utilise le projet d'établissement pour faire inscrire, a posteriori, l'escarre comme une priorité stratégique de la direction. Enfin, le médecin de l'hôpital D active la culpabilité des autres établissements et leur fait une offre de service compensatrice.

ii. **Définition de la situation**

Le passage de l'attention à l'action se fait par des mécanismes de qualification et de canalisation des décisions. Cela consiste, classiquement en médecine, à établir un diagnostic, qui engagera les actions thérapeutiques correspondantes. Le rituel de la visite où le médecin passe voir chacun des patients, établit un diagnostic et fait ses prescriptions permet le déploiement de ce processus dans les trois établissements. De la même façon, au niveau des infirmières, le mécanisme de transmission ciblée est formellement identifié dans les hôpitaux B et C. Ce mécanisme permet de se mettre d'accord sur une situation et d'orienter l'action collective pour la résolution d'un problème. Cependant, en dehors de ces processus communs, nous observons des variantes dans l'organisation des activités.

Le médecin de l'hôpital B est très disponible et agira à la demande pour conseiller les infirmières qui se posent des questions. Il viendra remettre en perspective la situation clinique pour l'interpréter en fonction de ses connaissances de la physiopathologie de l'escarre.

On sait qu'on peut lui [au Dr B] demander au niveau des conseils, quel type de pansement mettre. Au niveau du conseil on sait qu'on est écouté, quand on a besoin d'un conseil, on sait qu'on peut demander et qu'il sera à l'écoute pour nous donner une méthode, un choix au niveau d'un pansement au niveau d'un produit ou même au niveau d'une technique. Dans certains cas, est-ce qu'on peut ne pas lever quelqu'un sur son fauteuil qui peut être dur et le laisser au lit sur un matelas Nimbus. On sait qu'on est à l'écoute et que c'est un échange.
(IDE B)

Le médecin de l'hôpital C, aidée en cela par la cadre du service et l'ergothérapeute, construit des protocoles de délégation qui permettent aux aides-soignantes d'agir en autonomie mais de façon encadrée.

*On avait des matelas de prévention mais, mis sans réflexion, puisque pas d'arbre décisionnel. On a travaillé avec l'ergothérapeute et on a présenté les résultats à ceux qui voulaient, tout le monde est venu sur les 2 sites...
On a fait une fiche d'explication simple pour les IDE pour mieux tracer.
On a établi un logigramme pour décider du type de matelas.*
(Médecin C)

Le médecin de l'hôpital D a structuré ses modes de canalisation autour d'une consultation, qu'il ouvre en interne et en externe.

Alors c'est tout, c'est une consultation, je monte, je vois le patient, j'ai tout le dossier du patient avec moi. Je définis la stratégie de prise en charge aussi bien en terme curatif qu'en terme préventif. Et je fais passer les professionnels qui justifient la prise en charge: diététiciennes, ergothérapeutes...pour les matelas, pour les chaussures, consultation externe s'il le faut pour le doppler. Je définis toute la prise en charge globale du patient, en tenant bien compte du problème local de l'escarre, mais dans une prise en charge globale partagée avec le médecin qui prend en charge le patient.
(Médecin D)

Nous avons ainsi trois modes de qualification et de canalisation : un mode d'ajustement mutuel par relation directe, un mode de contrôle à distance par la protocolisation, un mode transactionnel par un échange d'expertise structuré autour de la consultation. Ces modes constituent des variantes qui tendent à s'exclure mutuellement.

Par exemple le mode de la consultation est exclu par les médecins des hôpitaux B et C. Ils emploient tous les deux le néologisme « d'escarologue » pour qualifier le mode de la consultation spécialisée. Ils critiquent ainsi les médecins qui font de la prise en charge de l'escarre une discipline médicale à part entière. Cette approche est antinomique de la leur, car cela nie l'importance de l'organisation des services dans la genèse des escarres. Le médecin de l'hôpital B explicite parfaitement ce point de vue.

On voulait que j'intervienne comme un médecin qui intervient classiquement dans sa spécialité, un cardiologue, un pneumologue. Mais la prise en charge de l'escarre, je me suis épuisé à expliquer qu'il fallait toutes les mesures de prévention. Alors s'il faut à chaque fois écrire cela c'est usant. C'est long et usant, je l'ai dit. J'ai même fini par être agressif, cela a dû les choquer, j'ai écrit: "Voir avec le surveillant de réorganiser la prise en charge de l'escarre dans le service". Et puis dans d'autres cas, vous avez une démission complète des médecins, ça c'est classique, comme dans certains services on appelle le spécialiste de la douleur parce qu'il n'a rien à foutre de la douleur, comme on appelle le dermato pour un truc classique, parce qu'il ne veut pas s'investir là-dedans. Il y a cette facilité-là, que je trouve déplorable. Je crois que tout médecin doit savoir traiter la douleur, de pas mal de choses et ne doit pas faire appel à des spécialistes pour ce genre de chose. Ou alors pour les choses compliquées. Alors pour l'escarre ce n'est pas une intervention qui va tout résoudre. Je perds mon temps et on perd le temps de tout le monde.
(Médecin B)

A l'inverse, l'intérêt du médecin de l'hôpital D pour les nouvelles techniques et les derniers outils mis au point par l'industrie des matériels médicaux, lui donne l'image de l'expert qui intervient en recours pour les autres structures hospitalières. L'établissement favorise également, plus que les autres institutions, la formation diplômante des infirmières sur la prise en charge des escarres. Cela lui permet d'organiser la connaissance autour de l'expertise individuelle. Les deux autres établissements ont une politique moins volontariste sur les formations diplômantes et favoriseront plutôt le partage collectif des connaissances. Nous reviendrons plus loin sur l'importance des mécanismes de distribution de la connaissance.

iii. **Passage à l'action**

Il y a une homogénéité des pratiques thérapeutiques vues sous l'aspect de leur réalisation pratique. Pour l'exprimer autrement, les modes d'emploi techniques sont

respectés ce qui valide la dimension ostensive de l'action. Néanmoins, les conditions de réalisation des actes techniques sont à nouveau assez différentes.

L'hôpital B dispose d'une panoplie ouverte dans laquelle les infirmières et aides-soignantes peuvent puiser. La connaissance des modes d'action de ces matériels est essentielle. L'interprétation de la situation vue dans le paragraphe précédent, est une phase essentielle qui déterminera l'action à entreprendre. L'outil, que ce soit le pansement ou le matériel de répartition de la pression, n'est pas une fin en soi, mais un médiateur d'une action singulière à entreprendre. Cela amène quelquefois à bricoler des calles pour surélever les lits par exemple. Cela amène à contester, dans telle situation particulière, l'utilisation massive de morphiniques. Des solutions sont bricolées pour s'adapter à la singularité du patient. Le rôle du médecin est alors de valider les propositions des infirmières ou des aides-soignantes. Dans ce cas l'action est accompagnée.

Non, on n'en fait jamais trop, c'est pas difficile de mettre 2 oreillers. Même au niveau de personnes qui n'en ont pas. Avec les Nimbus cela nous aide, avant c'était du boulot, des changements toutes les 2 heures. Il faut être vigilant à ne pas laisser les patients dans les urines ou les selles. Le Dr (B) dans ce cas peut mettre une sonde.
(AS B)

Dans l'hôpital C, on ne sait pas nécessairement ce qui va fonctionner, on peut se fier à ce qui est recommandé par les agences, telle la HAS. Ce qui compte c'est la démarche d'élaboration de nouveaux modes de prise en charge, puis la vérification de leur efficacité. Cette approche est analogue d'une démarche scientifique hypothético-déductive. Une hypothèse d'efficacité est posée, un protocole est mis en place qui permet de standardiser la pratique, puis d'en vérifier l'impact sur un ensemble de patients. La protocolisation permet de déléguer l'action et de la contrôler à distance. Dans ce cas c'est une action déléguée.

*Cela nous a permis de travailler avec les aides-soignantes sur l'autonomie. Il manquait un item. Je m'en suis rendue compte comme cela. Il manquait un item sur la transmission de l'autonomie entre équipe. Je l'ai rajouté (item 18). La transmission de l'autonomie avant le soin reflète [-t-elle] la réalité?
On s'était aperçu que, effectivement, très peu de chose, sur l'autonomie étaient transmises. On attendait comme cela des lustres... J'ai 3 audits en cours. Quand ils seront finis, je ferai une analyse et un retour aux aides-soignantes.*
(Cadre C).

L'hôpital D entretient une confiance forte dans l'efficacité des outils techniques. Il investit dans les matériels innovants, quelquefois même avant que ceux-ci n'aient été reconnus par les agences d'autorisation. Il anticipe sur le déploiement de ces techniques, pour un usage plus courant. L'action est dirigée par les outils et les modes d'emploi, elle est induite par les fabricants de matériels. Les nouvelles technologies guident la prise en charge. Dans ce cas l'action est induite.

Donc j'ai voulu proposer cette technique à des patients qui étaient vraiment en dernières ressources. Et extraordinairement ça a marché. Et donc, j'ai trouvé que c'était à publier.

(C'était sur l'électro-stimulation?)

Oui, c'était l'électro-stimulation.

Voilà, on a une technique, certes pas remboursée par l'assurance maladie, certes pas reconnue en France encore, parce qu'on est parmi les premiers à la faire. Mais qui peut donner une réponse extrêmement satisfaisante.

(Médecin D)

b. La modalisation de l'axe diachronique

Nous entrevoyons déjà comment le schéma d'action peut également être modalisé par les éléments qui structurent la diachronicité. Nous avons vu au chapitre précédent que les prises en charge successives des patients constituent des cycles d'action s'appuyant sur des éléments qui « durent » d'un cycle d'action sur le suivant et permettent ainsi une continuité de l'action. Ces éléments constituent des ressources rémanentes parmi lesquelles nous pouvons identifier les objets rémanents et la connaissance accumulée. Les hôpitaux peuvent modaliser leur schéma d'action en choisissant, en sélectionnant et en bricolant ces éléments. Nous pouvons sur ce point faire référence aux travaux de Martha Feldman déjà évoqués (2004 ; 2003), qui interprètent les routines comme des processus en constant remaniement.

Historiquement les hôpitaux, lorsqu'ils se sont intéressés à la prise en charge des escarres, ont investi dans la technique des pansements, c'est-à-dire dans le traitement des escarres constituées. Ce n'est que secondairement qu'ils ont investi dans la lutte contre les facteurs de fragilité, ils ont alors fait intervenir d'autres outils, notamment les matelas et la diététique. Les outils qui sont mentionnés dans les interviews sont la marque de la maturation des pratiques. Toutes les équipes utilisent des pansements et des supports de répartition de pression, mais lorsque l'investissement est plus important dans le traitement ou la prévention, cela se traduira par une prépondérance de la citation des outils

correspondants. A un stade plus avancé, ces outils matériels seront supplantés par des discours qui mettent en avant les objets immatériels tels les logigrammes (Hôpital C) ou les routines d'action (Hôpital B).

Nous avons vu dans le chapitre IV 3.a (Les objets frontières définissent de nouveaux rôles) comment les objets pouvaient modifier les rôles dans une relation à double sens. Les objets construisent des nouveaux rôles, qui eux-mêmes, s'entourent de nouveaux objets. Les matelas à répartition de pression qui sont confiés aux aides-soignantes de l'hôpital C confèrent à celles-ci un rôle inédit dans le choix des moyens thérapeutiques. Ce rôle ne leur est pas encore dévolu pour les mesures diététiques, mais elles le revendiquent indirectement en constituant des stocks qui leur permettent d'agir en situation d'urgence.

Le choix des objets a une influence sur la définition des rôles ; ce faisant, il configure un environnement différent dans chaque établissement. L'équipement de l'hôpital D, qui comporte les dernières techniques innovantes en matière de cicatrisation, le positionne sur le traitement des escarres constituées difficiles à cicatrifier. Plus encore, cela le spécialise sur toutes les formes de plaies difficiles. La pathologie, ainsi que les patients, sont ainsi requalifiés par les outils utilisés à l'hôpital D. Les activités de l'hôpital D ne s'adressent plus seulement aux personnes âgées et fragilisées, mais à tous les patients jeunes ou vieux qui ont besoin d'un accompagnement de la cicatrisation. Nous pouvons alors définir cet environnement, qui évolue au gré du développement de l'activité, comme un environnement agi (« enacted »).

c. La modalisation des processus cognitifs et réflexifs

Le chapitre 4 (Les connaissances comme outil de modalisation) a montré l'importance des connaissances comme mécanisme d'accompagnement de l'activité. Nous avons aperçu également comment les managers pouvaient utiliser les connaissances de façon différente d'un établissement à l'autre.

L'hôpital B établit un cadre interprétativiste qui implicitement reconnaît une réalité qu'il s'agit de reconstituer. La science clinique interprète ainsi les états pathologiques pour orienter la thérapeutique. L'hôpital C ne sait pas à l'avance quelle nouvelle connaissance il mobilisera. Parti des escarres, il travaille aujourd'hui sur la douleur, et sans doute demain sur la dénutrition. Un monde nouveau se construit dans différentes dimensions et renverse les anciennes logiques du projet de vie, au profit du projet de soin.

Mais, quelque part, tout le monde n'était pas sur la même logique. Même si globalement, on avait l'impression qu'on avait une prise en charge tout à fait pertinente par rapport à la demande et au temps de réponse donné. Surtout qu'on avait un médecin qui avait été médecin aux urgences et qui a certainement, elle, donné un coup de pouce, quand je suis arrivée pour cette logique-là. Sûrement.

(Cadre C)

L'hôpital D privilégie une démarche positiviste instrumentale : le savoir sur les objets détermine l'efficacité dans une relation univoque entre le traitement et son effet.

Ces différentes approches donnent aux médecins des rôles différents. Le médecin de l'hôpital B est le garant de la bonne interprétation, il est le traducteur habilité par ses savoirs cliniques, physiologiques, anatomiques et bactériologiques. Le médecin de l'hôpital C met en connexion son service avec les connaissances acquises et répertoriées par les agences de santé (HAS). Sa légitimité repose, bien entendu sur son savoir médical, mais aussi sur sa connaissance des procédures d'enquête et plus généralement des dispositifs hypothético-déductifs. Le médecin de l'hôpital D est l'importateur des nouvelles technologies. Il est également légitime, du fait de la réputation qu'il s'est faite dans la région.

Dans les trois cas, la connaissance n'est pas distribuée de façon identique : le médecin de l'hôpital B est propriétaire de la connaissance fondamentale, le médecin de l'hôpital C est garant de la distribution de la connaissance par des mécanismes d'apprentissage, le médecin de l'hôpital D contrôle les flux d'information dans le réseau étendu des experts.

Nous avons vu précédemment que deux temporalités conditionnent les mécanismes réflexifs : un temps court d'évaluation quotidienne au contact des pratiques de soin, et un temps long qui permet de provoquer des arrêts dans l'action. C'est surtout sur ce deuxième aspect que nous observons des modalisations différentes.

L'hôpital B attache de l'importance aux réunions de staff, qui permettent de revoir les cas et de les analyser rétrospectivement. La réunion de staff permet de prendre des décisions pour le parcours du patient, elle permet également de fabriquer du sens a posteriori et de vérifier la compréhension commune de ce qui a été vécu collectivement.

L'hôpital C, en organisant des audits, permet de révéler le contenu de ses activités et de vérifier leur efficacité.

L'hôpital D privilégie les moments de rencontre et d'échange. Cela va de simples réunions locales jusqu'à des colloques nationaux ou des congrès internationaux. Ces

rencontres permettent de présenter les dernières techniques utilisées par l'hôpital D. L'accueil favorable qui est fait à ces expériences confère légitimité et réputation à l'hôpital D et aux pratiques qu'il développe.

Nous verrons dans le chapitre suivant comment ces modalisations construisent des typologies différentes et donnent des sens très différents aux pratiques de prise en charge.

2. *La lecture des mécanismes de modalisation*

Les pratiques développées par les différents hôpitaux B, C et D répondent à un même schéma d'action que nous avons défini comme un Qui-Vive. Néanmoins, ce Qui-Vive est l'objet d'une modalisation dans chacun des établissements.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que les services ne mettaient pas en avant les mêmes ressources rémanentes. L'histoire des établissements et les stratégies qu'ils mettent en œuvre peuvent influencer les mécanismes de sélection, de rétention et de promotion des différentes ressources rémanentes. Les acteurs puisent ainsi à l'intérieur de ces registres pour constituer des schémas d'action interprétables, parce que cohérents avec certaines façons de faire.

Les services ont des rapports à la connaissance qui sont également très différents les uns des autres. Ce phénomène a fait partie des toutes premières observations de l'étude. Trois grands types ont pu ainsi être évoqués : le modèle interprétativiste, le modèle constructiviste, le modèle positiviste instrumental. A partir de ces types identifiés, différents sens de l'action prennent corps. Nous avons vu, par exemple, comment le patient prenait des figures différentes selon les lieux : sujet d'attention dans un hôpital, citoyen dans un autre, ou usager-client dans le troisième.

Nous commençons ainsi à voir se dessiner des modalisations du cadre d'action primaire. Ces modalisations prennent appui sur des artefacts particuliers, des modes de connaissance, des valeurs spécifiques et des règles d'action qui composent différents univers de référence.

a. *L'explication par l'analyse conventionnelle*

L'approche qui consiste à parler de modalisation nous évite d'avoir à décrire des idéaux-types trop figés pour parler des univers d'action que nous avons rencontrés. En effet, le concept de modalisation permet de conserver aux mécanismes interactionnels leur rôle principal. La modalisation ne vient que secondairement infléchir les mécanismes interactionnels par le recrutement des ressources rémanentes et les variations du pattern

d'action. Pouvons-nous aller plus loin et essayer de décrire des structures qui tendent à se solidifier comme des systèmes et s'imposent à l'action? Nous retrouvons là le débat ancien instruit par Giddens entre structure, système et action (1979). Le compromis proposé par Giddens consiste alors à parler de structuration, c'est-à-dire à maintenir un lien entre les objets et les actions et à éviter ainsi que les objets s'autonomisent. Latour propose quant à lui de privilégier des objets mous, des mollusques (2005 p. 184)¹⁵. De son côté, Weick nous parle d'un entre deux à mi-chemin de l'évanescence de la fumée et de la dureté du cristal (2006). L'approche conventionnaliste nous semble se situer dans cet entre deux qui permet de rendre compte de ces mondes qui résistent un peu au temps, mais où les interactions restent plus importantes que les structures figées.

De façon à décrire les modalisations du cadre d'action, nous partirons de l'analyse de la cohérence des discours des trois hôpitaux. Le terme discours doit alors être entendu au sens large. C'est ici l'art de faire communiquer entre eux les dimensions synchroniques et diachroniques de l'activité. C'est aussi l'art de mettre en cohérence les actants (acteurs et objets) en les plongeant dans un contexte indexé qui permet d'agir et de se comprendre à « mi-mot ». Cette connivence permet de comprendre l'action d'autrui et de lui faire correspondre une réponse pertinente qui pourra elle-même être comprise comme une validation de la compréhension de l'acte initial. Cela fait référence, en définitive, au mécanisme interactif décrit par Giddens, Goffman et Weick.

L'analyse de la cohérence des discours qui sont développés dans les trois établissements, nous rapproche ainsi de la notion de convention. Nous pourrions essayer de rapprocher les différentes rhétoriques identifiées, de certains types de conventions décrites par les Economies de la Grandeur et présentées au chapitre II. Ce faisant, nous nous rapprochons dangereusement de la statufication du réel, qui est tant crainte par Latour ou Weick. En décrivant des typologies de discours nous risquons d'en faire des objets mythiques qui nous feraient oublier le parti pris interactionniste qui privilégie la surprise et l'invention. Notre propos n'est donc pas de décrire des formes a priori du management mais de montrer comment les acteurs peuvent donner du sens à l'action en créant des liens entre les deux dimensions de l'activité (synchronique et diachronique). Finalement c'est en repartant du mécanisme primaire d'action que nous nous efforcerons de garder intact le parti

¹⁵ *"As every reader of relativity theory knows, absolute frames of reference generate only horrible deformations, spoiling any hope of superimposing documents in some readable format, while soft and slimy 'mollusks of reference' (Einstein's term) allow physicist to travel from one frame to the next if not smoothly, then at least continuously".*

pris interactionniste. L'analyse conventionnaliste interviendra alors comme une description des mécanismes de modalisation de ce cadre primaire.

b. Les rhétoriques de légitimation

Les discours des trois hôpitaux B, C et D seront maintenant analysés au moyen de grilles qui permettent d'explicitier les conventions dont ils rendent compte. Ces discours divergent sans doute plus que ne le font les pratiques réelles, car chacun met en avant ce qui lui semble important et laisse dans le silence des pratiques réelles, mais considérées comme secondaires. Cependant, dans une optique de gestion, le discours reste important, car il nous indique comment l'organisation crée du sens autour des pratiques. Il nous signale aussi comment les acteurs se coordonnent et de quelle façon sont réglés les conflits de valeur (Czarniawska, B.; 2008 ; Czarniawska, Barbara; 2001 ; Lorino, Ph; 2005). Tout ceci constitue, selon nous, un levier important de la gestion, et nous allons voir maintenant, de quel type de discours conventionnels se servent les trois hôpitaux pour contextualiser leur action.

Nous allons dans la suite de ce travail tenter de décrire la cohérence interne de chacun des discours entendus, c'est-à-dire tenter de décrire la modalisation particulière du cadre d'action qu'ils soutiennent. Dans un premier temps, les modalisations, que nous avons évoquées dans le début de ce chapitre, seront reprises selon les caractéristiques « classiques » de description de l'école des conventions : les objets, les ressorts cognitifs, les accords sur les valeurs et les mises à l'épreuve entreront dans cette description. Cela nous amènera à utiliser un tableau de description des différentes conventions, qui soutendent les pratiques des différents hôpitaux, selon le format proposé par le Tableau 4 Description des idéaux-types de l'Economie de la Grandeur p 73).

Dans un deuxième temps, et de façon à savoir résister à la tentation de solidifier les choses, nous prendrons un point de vue qui consistera à conduire cette analyse conventionnaliste, à partir des processus élémentaires du pattern d'action du Qui-Vive (initiation de l'attention, définition de la situation et mobilisation pour l'action) dont les modalisations ont été étudiées précédemment. Cela nous obligera ainsi à rester proche des pratiques. Cette construction « d'en bas » est le prix que Bruno Latour nous demande de payer pour pouvoir invoquer d'autres mondes (2005). La grille que nous allons utiliser permettra ainsi de croiser les deux dimensions du schéma de structuration : d'une part, la dimension synchronique représentée par les différents processus entrant dans le pattern d'action du Qui-Vive et, d'autre part, la dimension diachronique constituée des objets rémanents et des processus cognitifs. Nous avons rajouté à cette dimension diachronique

les mécanismes de valorisation et de mise à l'épreuve qui ne sont pas encore intervenus dans notre analyse mais qui nous semblent, néanmoins, constituer un apport important des démarches conventionnalistes.

Nous aurons ainsi successivement une analyse selon les grilles conventionnelles idéale-typiques « classiques », puis une analyse selon une grille adaptée de l'analyse des éléments structuraux du schéma d'action précédemment décrits. Dans cette dernière grille nous croiserons les processus dynamiques qui constituent le Qui-Vive (initiation de l'attention, définition de la situation, passage à l'action) avec les ressources rémanentes et les processus réflexifs (valorisation et mise à l'épreuve).

i. ***Le type B : dispositif charismatique***

Selon les grilles classiques :

Les relations qui caractérisent la cité domestique correspondent assez bien à celles qui généralement régissent les modes de coordination en santé (Orvain, Jacques & Angelé-Halgand, Nathalie; 2011). Cela se confirme dans le cas particulier de l'hôpital B. Nous observons des principes de hiérarchie avec à sa tête un individu charismatique, bienveillant qui anime le bon sens et qui guide la famille. Les obligations des membres du groupe sont dirigées par le sens du devoir. La culture du service est mise en avant et se manifeste dans la cérémonie du staff. Ainsi, nous voyons peu à peu se dessiner la figure de la famille conduite par un patriarche bienveillant.

Le tableau suivant fait coïncider ce que nous avons observé dans l'hôpital B et la grille d'analyse qui est décrite page 73.

Tableau 13 Hôpital B, cité domestique ?

Principe supérieur	L'application du raisonnement clinique, la dignité humaine, le partage des valeurs
Etat de grandeur	Familier, attentionné, expérimenté, qui donne du sens
Dignité	Disponible, engagé, ayant du bon sens clinique
Sujets	La personne, les collaborateurs de longue date
Objets	Le café partagé, le nombre important de matelas
Formule d'investissement	Le devoir, l'empathie, la culpabilité d'avoir entaché l'honneur du service.
Rapport de grandeur	La confiance qu'on peut faire aux uns et aux autres.
Relation naturelle	Former, conseiller...
Figure harmonieuse	Le staff, l'équipe, la mise en scène de l'engagement du médecin chef
Epreuve	Le choix des valeurs pour décider de l'orientation, la discussion des questions éthiques, l'échec collectif
Mode de jugement	L'interprétation du bien du patient, l'interprétation de la situation clinique
Forme d'évidence	Les rituels, les bonnes habitudes, le raisonnement clinique.
Etat de Petit	Le personnel nouveau qui n'a pas encore l'habitude du service.

La grille d'interprétation appliquée à l'hôpital B met en valeur les caractéristiques de la cité domestique, néanmoins dans les relations que le chef de service entretient avec les autres services ou les autres établissements, nous pouvons identifier des façons de faire qui s'apparentent à celle de la cité de l'inspiration. Le chef de service que nous avons rencontré a du mal à se faire comprendre à l'intérieur de son hôpital. Il est inspiré par sa bataille contre l'escarre, mais il trouve peu de relais en dehors de son équipe. Comme le disent ses collaborateurs : « Il fait du théâtre ». Ceci n'a pas de connotation péjorative, son authenticité n'est pas mise en doute. De toute façon, comme dans la cité inspirée, peu lui importe qu'il

soit reconnu. Sa légitimité tient à la conviction qu'il a raison d'agir ainsi et à sa capacité à entraîner son équipe derrière lui. Les lieux clés sont des lieux de mise en scène : la salle de repos est un lieu d'échange et de déambulation, la réunion de staff permet de redonner du sens aux histoires vécues. La singularité des situations est mise en avant, l'épreuve-type est celle d'une histoire vécue avec le patient. La réussite de cette histoire dépend des capacités à inventer et à bricoler des solutions.

Le sens de la mesure n'est finalement pas la caractéristique de ce dispositif : au sens propre, car on ne mesure pas beaucoup, et au sens figuré, car on n'épargne pas les émotions.

Selon la grille adaptée du schéma d'action :

Nous allons maintenant relire cette convention à partir de notre compréhension du schéma d'action particulier de la prise en charge des personnes à risque d'escarre.

Dans l'hôpital B les différents processus du schéma synchronique d'action s'appuient sur des histoires cliniques (le cas de madame X, l'histoire de monsieur Y), des règles de jurisprudence et des rituels d'action.

L'histoire particulière est un **objet** rémanent important pour activer l'attention et rappeler l'engagement. L'histoire singulière fait ainsi persister dans le temps des correspondances entre des situations et des actions qui se sont révélées satisfaisantes.

L'action est canalisée par un autre objet : la règle de jurisprudence. Les règles d'action sont assez simples mais il faut savoir les mettre en application pour un contexte particulier. Les règles s'appuient sur des principes généraux, et les mettent en contexte. Cela crée des répertoires de situations et de décisions correspondantes que l'on garde en mémoire pour les réutiliser quand elles ont eu des conséquences positives, ou les éviter quand elles ont eu des conséquences péjoratives. Tout ceci constitue des habitudes fortement ancrées, constamment réévaluées. Ce sont des rituels qui guident l'action. Ces rituels sont évoqués, réactivés par la réunion de staff.

Au travers de cette description, nous voyons une rationalité se développer qui fait peu de place au protocole standard ou à l'outil technique. Les protocoles, comme le dit un infirmier, sont dans les têtes. L'outil est également mis au second plan. Il peut certes être bricolé et ajusté à la situation singulière, mais il est souvent contesté dans ces effets, car ceux-ci peuvent contredire le sens que l'on donne au soin. Ainsi, l'utilisation trop fréquente d'anesthésiant chez une patiente a certes diminué ses douleurs, mais en contrepartie, cela a induit une léthargie qui a favorisé l'immobilisation, puis les escarres. L'équipe est par contre très attentive au sens qui est donné aux soins. Il s'agit souvent de soigner des patients en fin

de vie, et ni les protocoles, ni les outils, n'ont à s'imposer dans ces moments chargés d'émotion.

Les connaissances, au travers des histoires vécues, s'appuient de façon importante sur les émotions. Le médecin-chef le revendique : on ne peut observer les patients avec « un regard de mouton mort ». Les activités engagent notre part d'humanité.

D'un point de vue plus technique, le médecin mobilise les connaissances cliniques dans la grande tradition de la deuxième moitié du XIXe et première du XXe siècle. Nous avons vu comment ce schéma pouvait être décrit comme un schéma interprétativiste. La pathologie existe en soi, indépendamment de notre regard, il s'agit de l'interpréter au travers des signes indirects que nous livre l'examen clinique. Les connaissances permettent d'agir sur une situation qui est appréhendée indirectement et qui est interprétée. Peut-on se tromper? La question n'a pas vraiment de sens car le diagnostic essaie de constituer une compréhension qui permettra d'agir au mieux. L'interprétation de la situation vaut par ce qu'elle fait faire, et non pas par son adéquation fidèle à une réalité à laquelle nous n'avons pas directement accès.

L'action est finalement mise en œuvre en suivant une routine adaptée à la situation. Le terme routine convient assez bien ici, car il n'illusionne pas sur l'efficacité de l'action. Nous avons plutôt affaire à des habitudes qui ont prouvé leur efficacité empirique. Sont-elles les plus efficaces ? Pas toujours. Elles répondent au principe du satisfecit : ce sont celles qu'on a sous la main et qui donnent empiriquement satisfaction. Elles seront choisies avec opportunisme. A nouveau, il n'y a pas de correspondance univoque entre les outils et l'efficacité. Les processus d'action qui sont choisis, sont ceux qui sont les plus à même, selon l'interprétation qui est faite du cas, d'apporter bien être et amélioration du pronostic. Ce sont aussi ceux qui sont disponibles au moment où le problème se pose et qui répondent ainsi à l'impératif d'agir.

Quelles seront les **valeurs** qui amèneront de la cohérence dans l'action collective ? L'approche interprétativiste ne permet pas de se référer à des règles toutes faites et toujours identiques. Il faut un interpréteur qui fasse un choix dans les différentes significations que l'on peut tirer d'un cas clinique. Le médecin joue ce rôle, mais il lui faut alors montrer une grande disponibilité de façon à accompagner l'interprétation collective que l'on se fait de chaque cas. L'engagement personnel et la vigilance de tous les instants sont des valeurs importantes à la phase d'initiation de l'attention.

La réunion de staff, qui a lieu toutes les semaines, est également un moment privilégié qui permet de vérifier la compréhension partagée des cas suivis. L'écoute est une

vertu cardinale, à la fois pour comprendre ces cas, mais aussi pour agir sur les interprétations qui sont élaborées collectivement.

Finalement, la dimension empirique de l'efficacité nécessite un engagement personnel des agents. En effet, on préfère la volonté d'agir et de réussir à l'évaluation scrupuleuse des outils et des protocoles. Cette volonté d'agir puisera dans les routines, la jurisprudence et les astuces pour trouver une voie de traitement adéquate.

Le résultat statistique ne peut constituer, à lui seul, le **jugement** que l'on porte sur l'activité du service. Chaque cas est singulier et l'attention qui lui est portée sera plutôt jugée sur le respect des habitudes et de la culture du service. Le jugement sera adapté à la singularisation des approches, par une focalisation sur la dimension spirituelle de l'engagement et la capacité à se révolter face à des situations inacceptables.

Le danger viendra au contraire du renouvellement du personnel par le recrutement de nouveaux agents qui n'ont pas la culture du service. Au stade du passage à l'action, le danger viendra d'une forme de résignation et de banalisation.

L'ensemble du dispositif est finalement soutenu par la dimension très charismatique d'un chef de service toujours très présent et au contact des équipes. Il réactive constamment la capacité à s'indigner, il accompagne la construction des histoires qui donnent du sens aux actions et il paie de sa personne pour trouver les bricolages efficaces.

Le tableau ci-dessous, reprend tous ces éléments dans un schéma croisé qui permet ainsi de reconstituer la cohérence du dispositif d'action que nous proposons d'intituler : « dispositif charismatique ».

Tableau 14 Analyse du dispositif charismatique

	Objets rémanents	Connaissances mobilisées	Valeurs partagées	Mise à l'épreuve et jugement
Initiation de l'attention	Histoires, cas cliniques	Emotions	Engagement personnel, vigilance	Respect de la culture du service
Définition de la situation	Règles de jurisprudence, réunion de Staff	Connaissances cliniques	Partage du sens et qualité de l'écoute	Intégration de la dimension spirituelle
Passage à l'action	Rituels	Correspondance entre des situations et des routines d'action	Volonté d'agir, réactivité	Refus des situations dégradantes

Nous pouvons rapprocher le dispositif charismatique que nous avons observé, des typologies plus générales décrite par les Economies de la Grandeur. Deux des idéaux-types décrits par les Economies de la Grandeur, et rappelés au chapitre II nous semblent définir l'hôpital B. Le dispositif charismatique que nous construisons à partir de l'observation de l'hôpital B, présente ainsi des caractéristiques empruntées aux cités domestiques et de l'inspiration décrites par Boltanski et Thévenot. Il s'agirait alors d'une hybridation de ces deux mondes au service d'une épistémologie interprétativiste.

ii. ***Le type C : dispositif hypothético-déductif***

Selon les grilles classiques :

Le dispositif hypothético-déductif, comme son nom l'indique, fait référence à une rationalité de type scientifique et industrielle. L'efficacité, jugée sur des critères statistiques, est la pierre de touche de cette logique. Le travail offre des formes de valorisation personnelle, notamment par les diplômes et la certification de la qualité du service. Le progrès et la construction de nouvelles pratiques constituent l'orientation générale. Le système est maîtrisé au moyen de plans, de protocoles et de logigrammes. Il est régulièrement testé et évalué pour sa performance collective. Toutes ces caractéristiques nous donnent à voir la figure harmonieuse de la cité industrielle.

Le tableau suivant fait coïncider ce que nous avons observé dans l'hôpital C et la grille d'analyse qui est décrite en chapitre II.

Tableau 15 Hôpital C, cité industrielle ?

Principe supérieur	La culture du soin appuyé sur des références professionnelles et scientifiques.
Etat de grandeur	L'organisation, l'objectivité
Dignité	Celui qui est disponible.
Sujets	Les personnes au travail et qui ont les compétences et les diplômes.
Objets	Les protocoles, les ordinateurs sur les chariots.
Formule d'investissement	Le progrès, l'investissement dans des pratiques nouvelles.
Rapport de grandeur	La démonstration que l'on peut faire.
Relation naturelle	Former, maîtriser, protocoliser.
Figure harmonieuse	La relation pédagogique, le déploiement des audits cliniques.
Epreuve	Vérification des hypothèses par démonstration expérimentale.
Mode de jugement	La règle professionnelle, le savoir-faire.
Forme d'évidence	La démonstration, la mesure.
Etat de Petit	Le personnel qui ne sait pas définir ses compétences, ou qui se trompe de registre

Néanmoins, comme précédemment, nous pourrions nous interroger sur le caractère univoque du dispositif. Il nous semble qu'une deuxième cité peut être retrouvée, ce qui vient un peu hybrider la cité industrielle. L'histoire de l'hôpital C nous rappelle l'engagement mutualiste des premiers directeurs. Les personnels font souvent référence aux communes dont viennent les patients. Un patient est identifié par le village où il habite. L'engagement du médecin se situe sans faille en aval des productions des agences de santé. Il ne se pose pas de question et applique méthodiquement les plans de santé publique (escarre, douleur, nutrition). Tous ces éléments font référence à la cité citoyenne décrite par Boltanski et

Thévenot. Cette association a également été décrite dans des travaux précédents (Orvain, Jacques & Angelé-Halgand, Nathalie; 2011). Nous avons ainsi une convention qui anime l'hôpital B et qui fait référence à la fois à la cité industrielle et à la cité citoyenne.

Selon la grille adaptée du schéma d'action :

Le médecin et la cadre de l'hôpital C partagent les mêmes objectifs, il s'agit pour elles de faire progresser techniquement les équipes. Elles ont certes le souci des patients, mais au fond la lutte contre les escarres peut apparaître comme un prétexte. Non pas que la lutte contre les escarres soit secondaire, mais elles savent que le chemin est long, que d'autres prises en charge doivent également être améliorées (la prise en charge de la douleur, la prise en charge de la dénutrition...). Elles ont commencé avec les escarres, elles auraient pu entamer leur démarche avec un autre problème, car elles savent qu'elles ne peuvent pas tout mener de front. Elles sont engagées dans la construction de nouvelles façons de faire et le médecin l'exprime ouvertement : on ne sait pas trop à l'avance ce qui sera le combat de demain. L'opportunisme est la règle, mais dans un cadre général de progression technique et de construction d'une approche plus médicalisée.

Des **objets**-types étayent et équipent cette construction. Le service de soins est très bien équipé du point de vue informatique, des ordinateurs sont disposés sur les chariots de soin et permettent aux infirmières d'avoir en temps réel les prescriptions urgentes du médecin. Un réseau wifi permet de mettre les différents ordinateurs en liaison permanente. Ce dispositif ferait rêver en 2009 beaucoup de grosses structures hospitalières. Il s'imposera certainement dans l'ensemble des hôpitaux, mais il est notable qu'il se soit rapidement développé à l'hôpital C. Les rappels automatiques de l'ordinateur et les fiches que l'on se transmet via e-mail attirent l'attention des uns et des autres.

Cette organisation se substitue aux discussions dans la salle des infirmières. Nous observons un mécanisme similaire de protocolisation de la communication avec les médecins de ville. Ces derniers envoient par e-mail des fiches décrivant les patients qu'ils adressent. Ces différents artefacts aident ainsi à définir la situation du patient. Finalement, l'action peut être anticipée, construite par des protocoles et des logigrammes qui « industrialisent » les processus et facilitent le passage à l'action.

Les **connaissances** s'appuient sur des référentiels externes qui apportent la légitimité dont on a besoin pour faire évoluer les soins. Les mécanismes interprétatifs permettraient-ils d'appuyer cette démarche ? Ce n'est pas certain. Outre qu'il faudrait établir une reconnaissance forte du leadership du médecin, ce qui peut demander du temps, il nous semble que le mécanisme interprétatif reposerait plutôt sur des ressources internes qui

ont tendance à pérenniser les façons de faire. Le choix de références externes soutient, au contraire, plus facilement l'idée du changement.

Dans ce contexte de progression, il est nécessaire de mesurer les évolutions. La méthodologie de l'audit clinique, lorsqu'elle est acceptée par les participants, permet d'objectiver les pratiques réelles. Il y a ainsi une cohérence entre les objets qui prescrivent les actions (protocoles et logigrammes) et les modes de connaissance qui nécessitent une standardisation des pratiques de façon à pouvoir en rendre compte. Le mode de connaissance qui est privilégié induit ainsi les façons d'agir : ce n'est pas l'audit qui va apporter un mode de connaissance adapté à la protocolisation, mais à l'inverse la protocolisation qui s'avère nécessaire de façon à permettre l'audit. Beaucoup a déjà été écrit sur ce sujet, notamment par Michael Power (1999) qui a montré comment les pratiques de gestion s'étaient adaptées à la mesure et non l'inverse.

Les **valeurs** qui animent l'hôpital C sont en cohérence avec l'orientation qui a été prise par le médecin et la cadre et qui est soutenue par la direction de l'établissement. Il s'agit d'améliorer techniquement les prises en charge et de faire pénétrer une logique plus «médicalisée» dans les services. Un conflit de valeurs est mis à jour par la cadre. Ce conflit oppose projet de vie et logique de soin. La première logique a prévalu dans le service, c'est celle que l'on retrouve dans les établissements d'accueil pour personnes âgées. Il importe, dans cette situation, d'offrir un cadre de vie à des personnes dépendantes en privilégiant leur autonomie et leurs choix de vie. Si la personne est fatiguée et ne veut pas bouger, les agents respecteront ce choix. Les soins interviennent en recours s'ils sont demandés. A l'inverse, dans la logique du soin, le patient remet une partie de son autonomie aux professionnels de santé. Une situation particulière éclaire l'usage de ces différentes logiques. Ainsi le syndrome de glissement correspond à une situation où les patients peuvent se laisser aller, perdre pied, s'affaiblir et finalement décéder. Dans la logique du soin, il faudra aller contre la tendance naturelle du patient et le solliciter pour éviter le syndrome de glissement et finalement la dégradation progressive. Cette logique s'oppose à l'acceptation de la situation telle qu'elle se présente dans une logique d'autonomie, et essaye au contraire de construire une nouvelle situation. Les deux logiques s'opposent dans les façons de prendre en charge les résidents ou les patients. Cette opposition va bien au-delà de la seule prise en charge des patients et a des conséquences pour l'organisation du temps de travail des aides-soignantes : celles-ci ne pourront plus faire de pause-café toutes en même temps, mais devront faire des roulements. Elles sont en effet passées d'une situation de recours, où on les appelle si nécessaire, à une situation où elles doivent assurer une prise en charge permanente, qui ne peut souffrir de rupture. Cette disponibilité est notamment nécessaire, car les aides-soignantes s'inscrivent maintenant dans une chaîne

de soin et elles doivent être disponibles pour les autres éléments de la chaîne (Infirmières et médecins).

Nous voyons au travers de cet exemple émerger de nouvelles valeurs, qui sont celles de l'anticipation, de la formalisation et de l'objectivation. Selon ces valeurs, la construction d'une nouvelle pratique nécessite des plans, et l'on doit pouvoir s'assurer du respect des plans par une objectivation des résultats. La protocolisation s'oppose ainsi à l'individualisation, ou en tout cas, nécessite des efforts de complexification importante pour s'adapter à chaque situation singulière.

Le **jugement** sur l'activité découle assez directement des outils, des valeurs et du mode de connaissance. Les personnes sont certifiées par les diplômes qu'elles ont acquis. Cela garantit la qualité de l'attention. Ainsi, la cadre insiste auprès de ses collègues sur l'importance d'avoir des aides-soignantes diplômées tout au long de la journée, et pas seulement le matin.

La bonne définition de la situation repose sur l'utilisation du référentiel adéquat. Entre projet de vie, et logique du soin il faut choisir. La progression de la logique du soin sanctionne ainsi les progrès à accomplir.

L'action est jugée d'abord par sa conformité au référentiel, puis par son efficacité objectivée sur des indicateurs de résultat. Finalement quand il y a un doute sur une technique ou une action, celles-ci sont évaluées au travers d'audits, qui constituent, de fait, de petits protocoles expérimentaux.

La légitimité du médecin et de la cadre repose fortement sur leur capacité à mettre en œuvre une méthodologie d'analyse des processus et de mesure de la performance. Les valeurs d'organisation et de programmation sont mises en avant par rapport aux valeurs qui permettent de singulariser les pratiques.

L'ensemble des caractéristiques qui permettent de décrire cette rationalité, sont décrites plus en détail dans le tableau page suivante.

Tableau 16 Analyse du dispositif Hypothético-déductif

	Objets rémanents	Connaissances mobilisées	Valeurs partagées	Mise à l'épreuve et jugement
Initiation de l'attention	Examen organisé, fiches d'accueil, Informatisation	Recommandations professionnelles	La logique du soin	La compétence du regard, le diplôme
Définition de la situation	Logigramme, transmissions ciblées	Analyse des processus et des mécanismes de coordination	La planification, la formalisation	La progression de la culture du soin
Passage à l'action	Protocole d'action	Méthodologie des audits et de l'évaluation	L'action est jugée sur ses résultats objectifs	Les outils sont testés par des protocoles expérimentaux

Le modèle hypothético-déductif que nous construisons à partir de l'hôpital C, peut être rapproché des idéaux-types industriels et citoyens des Economies de la Grandeur. Cette association a été retrouvée dans des travaux précédents (Orvain, Jacques & Angelé-Halgand, Nathalie; 2011) comme une forme de légitimation de l'action étatique dans le champ de la santé.

Par ailleurs, l'approche hypothético-déductive permet de progresser par questionnement et réajustement. Cette approche ne prend pas pour acquis les données issues des démonstrations positivistes mais les réévalue souvent dans son contexte d'action. La logique qui est ainsi développée soutient la possibilité de construction et de développement de nouvelles capacités.

iii. ***Le type D : dispositif rhizomatique de réputation***

Selon les grilles classiques :

La dimension fortement transactionnelle du dispositif décrit dans l'hôpital D, fait inmanquablement penser à la cité marchande des Economies de la Grandeur. La concurrence est souvent évoquée, les usagers ressemblent de plus en plus à des clients. Le prix et l'argent ne sont pas évoqués directement, mais nous voyons se profiler la question de l'agrément des nouvelles technologies en vue d'un remboursement. Les infirmières évoquent

également de façon spontanée l'ajustement de leurs pratiques aux nouvelles tarifications, ce qui est tout à fait étranger aux établissements voisins qui sont de statut public.

Ce dispositif est décrit de façon plus analytique dans le tableau ci-dessous.

Tableau 17 Hôpital D, cité de l'opinion?

Principe supérieur	La maîtrise des techniques qui apporte la considération.
Etat de grandeur	L'expert qui est reconnu.
Dignité	La réputation.
Sujets	Le médecin spécialiste, l'infirmière spécialisée, les auxiliaires techniques.
Objets	Les dispositifs techniques, les publications.
Formule d'investissement	Participe aux colloques, s'expose, applique la technique.
Rapport de grandeur	La réputation technique, le diplôme (DU)
Relation naturelle	Organiser un colloque, intéresser des confrères.
Figure harmonieuse	La consultation externe, l'avis spécialisé.
Epreuve	L'envoi des patients par d'autres confrères travaillant à distance.
Mode de jugement	Le rayonnement professionnel, les sollicitations à distance.
Forme d'évidence	Le succès professionnel.
Etat de Petit	Ceux qui ne maîtrisent pas les techniques et ne connaissent pas le réseau.

A nouveau cependant, une seule cité ne parvient pas à épuiser le sujet. Ainsi l'importance de la réputation évoque la cité de l'opinion : il faut être reconnu et réputé. Le médecin invité pour présenter ses travaux en Floride devient un peu la star locale des escarres. Il est identifié et accroît son audience. Cela nous évoque immédiatement la cité de la réputation décrite par les Economies de la Grandeur.

Boltanski, avec Chiapello, a proposé une septième cité dans laquelle nous retrouvons certains traits de l'hôpital D (1999). Il s'agit de la cité par projet qui hybride les caractéristiques des mondes de l'inspiration, de l'opinion et des mondes marchands. A l'hôpital D, l'importance des échanges et de la mise en réseau sont des caractéristiques communes que nous retrouvons. La dimension stratégique des pratiques étudiées pour le positionnement de l'hôpital et leur mise en œuvre de façon programmatique nous rapprochent également de la notion de projet. C'est pourquoi nous avons choisi de décrire ce dispositif comme un dispositif rhizomatique de réputation.

Selon la grille adaptée du schéma d'action :

L'innovation passe par les **Objets** matériels à l'hôpital D. Les dernières techniques sont immédiatement adoptées et permettent à l'hôpital de se signaler à l'attention des autres établissements. Cela constitue une stratégie qui renforce son positionnement comme structure de recours. L'établissement acquiert ainsi les dernières technologies qu'il peut rentabiliser par une stratégie de spécialisation. A l'hôpital D, les objets ont d'ailleurs cette particularité de pouvoir être autonomisés. La relation qu'ils entretiennent avec l'action est directe. L'objet technique se prête particulièrement bien à une relation d'échange et sa standardisation permettra assez facilement de lui attacher un prix.

L'acte médical, en se matérialisant lors d'une consultation, prend également la forme d'un objet qui pourra être mis à disposition d'une nouvelle clientèle et faire l'objet de transaction. Au contraire, la relation singulière que nous avons repérée dans l'hôpital B, ou l'effort de construction dans l'hôpital C, se prêtent beaucoup plus difficilement à cette valorisation économique.

La valorisation de l'instrument technique met en avant une **Connaissance** de type positiviste. La connaissance suppose l'articulation étroite entre les instruments et leur efficacité. Cette convention d'action repose sur l'hypothèse que notre monde est connu et que nous connaissons les règles Newtoniennes qui le meuvent. Ce principe inspire également la démarche générale de l'établissement, qui est un des seuls à mettre en œuvre une démarche stratégique explicite.

Nous avons vu précédemment au chapitre IV (page 160), comment le mécanisme de la consultation permettait de respecter l'autonomie des acteurs et de les consacrer ainsi comme des clients. Plus encore, le mécanisme de consultation permet de faire de l'expertise une connaissance explicite qui peut s'échanger sous la forme d'un bien ou d'un service (Nonaka, Ikujiro & von Krogh, Georg; 2009). La consultation externe est ainsi standardisée de façon à répondre à des besoins identifiés. La connaissance est également fortement tributaire des objets, elle peut se limiter éventuellement à leur mode d'emploi et s'intéresse

assez peu à la connaissance des mécanismes de coordination, et plus prosaïquement assez peu au management.

L'ambition d'accroître la réputation de l'établissement est la **Valeur** fondamentale du dispositif. La réputation de l'hôpital est en effet un facteur d'attractivité et de reconnaissance du savoir-faire dans le domaine du traitement des escarres constituées. La qualité du service est jugée sur la satisfaction des correspondants. Le terme correspondant englobe ici différents acteurs, en premier lieu, les patients bien évidemment, mais également les médecins correspondants. Nous avons vu que les patients étaient assez différents de ceux accueillis par les autres hôpitaux. Ce sont des sujets qui peuvent faire des choix, qui prennent en main la gestion de leur santé et qui peuvent porter une appréciation sur le service médical rendu. Les médecins correspondants peuvent également valoriser le service rendu, en adressant de nouveaux patients dans le cadre d'un recours technique. La satisfaction des patients et des médecins de ville permet de juger la prestation d'expertise technique et fait la bonne réputation de l'établissement D.

Enfin, il est inutile de redire que l'innovation technique est fortement valorisée et fait partie des caractéristiques qui sont mises en avant pour faire valoir l'hôpital.

La réputation qui constitue une valeur forte conditionnera les formes de **Jugement**. L'attraction de patients venant de très loin est un gage de réussite. Cette extension de la zone d'influence valide la stratégie de l'établissement. Le succès de l'établissement est ainsi associé à sa capacité à faire reconnaître l'escarre, comme un enjeu de santé, par les autres établissements.

Plus subtilement, l'hôpital D saura requalifier la pathologie pour la déplacer vers ses centres d'expertise. On ne parle plus d'escarre mais de « plaies chroniques et de problème de cicatrisation ». Outre que cela évite d'utiliser un terme stigmatisant qui pourrait rebuter une clientèle plus jeune, cela a l'avantage de requalifier l'activité. Cette requalification conduit à donner un nouveau nom à la consultation externe qui s'appelle désormais : « Consultation plaies chroniques et cicatrisation ».

Enfin, la participation à des colloques permet de témoigner des prouesses techniques de l'établissement, d'entrer dans un réseau d'expertise et de se faire connaître dans et par ce réseau. La reconnaissance est ainsi à double sens, le réseau est reconnu par les experts qui y rentrent, et ces experts sont eux-mêmes reconnus car ils font partie du réseau. Cette reconnaissance mutuelle certifie la compétence à traiter les escarres.

La figure du médecin est ici celle d'un super-expert technique qui valorise son activité en l'organisant sous la forme d'une consultation externe permettant les transactions du savoir-faire. Le tableau ci-dessous en rend compte.

Tableau 18 Analyse du dispositif rhizomatique de réputation

	Objets rémanents	Connaissances mobilisées	Valeurs partagées	Mise à l'épreuve et jugement
Initiation de l'attention	Positionnement technologique de l'établissement	Communication stratégique	Réputation de l'établissement	Extension de la zone d'influence
Définition de la situation	Consultation experte	Connaissance explicitée échangeable	Satisfaction des correspondants	Capacité à requalifier les situations
Passage à l'action	Instruments techniques	Savoirs techniques	Innovation technique	Présentation dans les colloques

Ce dispositif de réputation a pu être décrit à partir des grilles classiques et selon une nouvelle catégorie apparue plus récemment dans les travaux des Economies de la Grandeur (Boltanski, L & Chiapello, E; 1999). Cette nouvelle typologie associe des caractéristiques de la cité de la réputation à celles de la cité marchande ainsi que certaines de la cité de l'inspiration.

La connaissance technico-positiviste est une dimension essentielle des échanges, des transactions et de la capacité à reconnaître une expertise explicitée. Ce choix épistémologique soutient les formes de coordination du dispositif que nous proposons de nommer : « dispositif rhizomatique de réputation ».

c. Des logiques d'action qui s'excluent

Nous avons décrit trois dispositifs performatifs qui mettent en œuvre un même schéma d'action, mais en insistant sur certains processus, en utilisant différents objets structurants et surtout en mobilisant des rapports à la connaissance différents.

Ces choix sont-ils seulement des choix d'opportunité ou bien, comme nous l'avons déjà évoqué, indexent-ils différents registres d'action qui seraient exclusifs les uns des autres? Nous avons en partie répondu à cette question dans ce qui précède. Une des

premières qualités d'un dispositif est de constituer une cohérence entre les objets, les valeurs et les épreuves de jugement.

En prenant appui sur chacun des dispositifs, nous essaierons de voir les compatibilités ou les incompatibilités qu'ils entretiennent les uns avec les autres. Nous reprenons ainsi la forme de présentation utilisée par Boltanski et Thévenot dans leur ouvrage principes de présentation des six cités (1991).

Point de vue du dispositif charismatique

Le dispositif charismatique, qui anime l'hôpital B, intègre fortement la notion de singularité des situations, contrairement aux deux autres dispositifs. Ainsi l'hôpital C, qui mobilise les protocoles standards comme forme de légitimation, a naturellement plus de difficulté à valoriser les approches singulières. L'hôpital D admet une forme de singularité, c'est celle du client, néanmoins il ne peut invoquer trop fortement la singularité, car à terme les possibilités d'action doivent être celles des outils techniques et la standardisation doit permettre les transactions. La singularité inspire le dispositif charismatique et s'oppose, au moins en partie, aux rationalités des deux autres dispositifs.

La figure du chef de service qui découle de la logique intrinsèque à ce dispositif est celle d'un leader qui est présent et prêt à interpréter toute situation singulière qui se présente. Il accompagne les choix et peut agir par exception. Cette logique ne convient pas aux deux dispositifs suivants qui privilégient la force de la méthode, ou l'intégration dans un réseau d'expertise technologique.

Point de vue du dispositif hypothético-déductif

La formalisation des outils et la protocolisation aident à légitimer le changement souhaité par l'hôpital C. La dynamique du changement est partagée par les hôpitaux C et D, mais elle emprunte des voies différentes : pour l'un (l'hôpital C) il s'agit de travailler sur les mécanismes de coordination, pour l'autre (l'hôpital D) il s'agit d'importer de nouveaux outils techniques.

Ne pourrait-on pas hybrider les deux formes et affirmer qu'il faut travailler, à la fois, sur les modes de coordination et les outils techniques ? Outre qu'il est difficile de maintenir plusieurs orientations stratégiques à la fois, il nous semble que cela ferait émerger des contradictions logiques. L'approche technologique fait ainsi l'impasse sur l'importance des mesures de management et de prévention. Cela vient par exemple accréditer l'idée qu'une poudre miracle pourrait tout résoudre, quand la question aujourd'hui est celle de la formation, de la qualification du regard et de la création de routines efficaces par le biais de logigrammes. Pour l'hôpital C la priorité est ainsi de renforcer la culture collective.

L'utilisation de protocoles de coordination met en avant le travail collectif et ne peut s'hybrider facilement, soit avec la notion de singularisation, soit avec celle de l'efficacité technologique, car d'un côté, la singularisation aurait pour désavantage de minimiser le rôle des protocoles, et de l'autre côté, la focalisation sur la technologie viendrait minimiser l'importance du travail de fond sur la coordination. Cela explique que la rationalité industrielle-citoyenne ne puisse se compromettre trop facilement avec les autres logiques.

Dans ce dispositif, le sujet important, que ce soit le chef de service ou le cadre, est l'expert des méthodes. Cette approche par les méthodes n'a pas besoin d'un leader charismatique, cela pourrait même constituer une contradiction en affaiblissant la portée et la légitimité des protocoles. L'Evidence Based Medicine, qui inspire cette approche, s'est d'ailleurs donné comme objectif programmatique, l'affaiblissement du rôle des experts. C'est donc en toute logique que la méthode est mise en avant par rapport à la connaissance clinique ou l'expertise technologique.

Point de vue du dispositif rhizomatique de réputation

Le dispositif D fait peu de cas de la notion de management, contrairement aux deux autres. Il partage, par contre, avec l'hôpital B, la capacité à intégrer les dimensions singulières. Il partage également avec l'hôpital C la confiance dans les modes d'emploi et les notices d'usage.

Cependant, le médecin de l'hôpital D est le seul à revendiquer, avec autant de force, la maîtrise des objets techniques et la reconnaissance du réseau. Il fait de la prise en charge de l'escarre, une nouvelle discipline quand les deux autres établissements éprouvent beaucoup de gêne et de difficulté à revendiquer l'expertise technique. Ces deux hôpitaux, en opposition avec l'hôpital D, refusent de s'inscrire dans ce qui pourrait apparaître comme une nouvelle spécialité : « l'escarologie ». Pour eux, en effet, cela minimise le rôle de la gestion du service et du travail sur les coordinations.

Le sujet important, qu'il s'agisse du médecin ou des infirmières référentes, est ici un expert des outils techniques qui tire sa renommée de son appartenance à un réseau. Cela exclut, de fait, qu'il joue trop sur le charisme. Car, à moins d'être à la tête du réseau, il vaut mieux exprimer une modestie de bon aloi et savoir reconnaître sa juste place dans le réseau. Cet expert ne revendique pas non plus les compétences du méthodologiste, d'ailleurs il ne remet pas en cause l'efficacité des outils qui a été démontrée par d'autres, il importe cette efficacité sans la remettre en cause. Cela oppose son positivisme à celui du médecin de l'hôpital C qui, non seulement, s'appuie sur les démonstrations de type hypothético-déductif, mais, plus encore, les met elle-même en œuvre.

d. Autres dispositifs

Nous avons centré notre étude des dispositifs performatifs sur les établissements qui démontraient en 2009-2010 une maîtrise des pratiques de prise en charge des patients à risque d'escarre. Nous venons de voir que les hôpitaux B, C et D mettaient en œuvre un schéma d'action modalisé selon différentes typologies.

Les hôpitaux A1, A2 et A3 initialement rencontrés éprouvaient à l'inverse des difficultés pour assurer cette prise en charge. Nous pouvons maintenant faire l'hypothèse qu'ils ne savaient pas mettre en œuvre le schéma d'action identifié. Un manque de sens commun et une articulation imparfaite entre attention et action caractérisait en effet leur situation. Pour au moins l'un de ces hôpitaux (Hôpital A3), il y avait même une déconnexion complète entre attention et action ; cette déconnexion sera commentée plus loin.

Nous pouvons essayer de regarder brièvement si les modalités qu'ils ont suivies permettaient ou non de générer un dispositif performatif. Nous avons identifié au moins deux situations qui expliquent l'impuissance ou du moins la difficulté à structurer l'activité : la première correspond à un dispositif politique. Ce dispositif est à l'origine du projet de travail sur la prise en charge des escarres et il est animé par le centre hospitalier le plus important de la zone géographique (Hôpital A1). La deuxième situation a pu être observée dans un hôpital local (Hôpital A3), où les infirmières étaient très isolées. Nous compléterons ces observations par celle d'un autre hôpital local, qui a échappé à cette situation de difficulté de façon assez originale (Hôpital E).

i. Dispositif politique

L'hôpital A1 a développé un dispositif d'évolution de sa prise en charge des escarres appuyé sur des représentations et des comités. L'accord et le soutien de l'Agence Régionale de Santé sont essentiels pour légitimer le rôle des acteurs dans ce projet. C'est un modèle qu'on pourrait qualifier de politico-administratif puisque la mise à l'épreuve se fonde sur deux principes : le soutien de l'autorité politique et la coordination de type hiérarchique. Ce modèle peut être rapproché de la cité citoyenne décrite par les Economies de la Grandeur (Boltanski, L & Thévenot, L; 1991). Le tableau page suivante en reprend les caractéristiques essentielles.

Tableau 19 Hôpital A, cité citoyenne?

Principe supérieur	Etre reconnu par l'autorité de tutelle.
Etat de grandeur	Coordonne les autres établissements.
Dignité	Rôle de coordination.
Sujets	Les responsables qualité, les référents.
Objets	Le contrat d'objectifs et de moyens.
Formule d'investissement	Délégation, représentation.
Rapport de grandeur	La hiérarchie.
Relation naturelle	La réunion, la commission.
Figure harmonieuse	Comité Escarre, CLIN, la réunion de projet.
Epreuve	Obtenir l'adhésion, se voir confier la coordination
Mode de jugement	L'accord politique de l'ARS.
Forme d'évidence	Le règlement, la loi, la certification HAS.
Etat de Petit	La personne isolée qui n'a pas de lien avec la hiérarchie, qui n'a pas de pouvoir de représentation

Cette forme de coordination a eu pour avantage de faire circuler de l'information, d'échanger des expériences, mais au prix d'un temps de travail important. Les résultats sont encore incertains, cependant, nous notons une inflexion de l'incidence des escarres à l'hôpital A1 en 2011, sans que l'on puisse savoir si cela résulte du projet lui-même. Ce modèle de coordination est par ailleurs très dépendant de l'investissement de la direction de l'établissement et du soutien de l'Agence Régionale de Santé. L'expérience a montré en effet que ces deux investissements étaient variables et qu'en particulier, l'ARS, par une

absence de continuité de son action, ne savait pas créer les conditions structurantes d'un dispositif performatif émergent. Très concrètement, après avoir promis une aide financière et fait espérer à l'hôpital A1 qu'il serait tête de réseau en faisant ses preuves sur le projet escarre, l'ARS a choisi une autre voie et a décidé de regrouper tous les hôpitaux du territoire autour de l'hôpital B. Cela n'aura que peu d'influence sur la prise en charge des escarres sur le court terme. Par contre, cela a un effet immédiat sur la déstabilisation des équipes constituées autour du projet escarre dans les hôpitaux A1, A2 et A3.

Les dernières rencontres dans l'hôpital A1 en 2011, ont par contre montré l'émergence dans un des services d'un dispositif tout à fait semblable au dispositif utilisé par l'hôpital C. Ce dispositif hypothético-déductif semble se mettre rapidement en place et avoir des résultats. Il pourrait être intéressant d'analyser les rapports que peuvent entretenir le modèle politico-administratif et le modèle hypothético-déductif. En particulier, il s'agirait de voir, si la deuxième approche peut bénéficier de la première par une inscription de la question à l'agenda politique, puis d'un effet de structuration sur le terrain selon le dispositif hypothético-déductif. Nous pouvons aussi nous interroger sur l'utilité à ne pas voir le projet de type politico-administratif comme une fin en soi, mais plutôt, comme une des conditions d'émergence de dispositifs performatifs différenciés et adaptés à chaque contexte.

Cette observation est confortée par les considérations de Karl Weick et de Barbara Czarniawska sur le rôle des institutions que nous avons déjà évoqué (2005). Ils considèrent en effet que si, l'institutionnalisation ne permet pas de résoudre les problèmes posés, elle peut cependant aider à les formuler. Dans ce cas le dispositif peut être inopérant.

ii. Dispositif fabriqué

Le dispositif du Qui-Vive, sous une forme tronquée, peut susciter l'engagement des personnels soignants, sans apporter les éléments structurants qui en feront un dispositif performatif. Nous avons ainsi rencontré dans l'hôpital A3, des professionnelles de santé très isolées dans leur service et démunies mais qui montraient un fort engagement dans la lutte contre les escarres. L'absence d'articulation de cette inquiétude sur des mécanismes d'organisation de la compassion peut expliquer la culpabilité qu'elles ont exprimée. Le dispositif peut alors être considéré comme inadéquat ou inadapté. Après des échanges avec leurs collègues des autres hôpitaux, les infirmières de l'hôpital A3 se sont par exemple rendu compte, qu'elles avaient des matériels très utiles dans un des placards du service, mais qui n'avaient jamais été sortis. L'inadéquation du dispositif n'a pas permis de recruter les ressources pertinentes pourtant matériellement disponibles. Ce cas nous amène à faire

l'hypothèse de différents mécanismes de falsification des dispositifs, ce que Goffman appelle des fabrications du cadre de l'expérience (1991 Trad. éd. 1974).

Ainsi, nous pourrions qualifier différents types d'inadéquation du dispositif : le dispositif peut être neutre et non facilitant, les infirmières et les aides-soignantes s'épuisent face à des situations qu'elles ne maîtrisent pas. Cela peut être plus grave, le dispositif peut s'opposer à la bonne structuration de la prise en charge. C'est ce qui se passe dans l'hôpital A3, lorsque les médecins libéraux qui suivent leurs patients hospitalisés font des prescriptions contradictoires ou ne suivent pas quotidiennement l'évolution de la plaie. Enfin, le dispositif peut être perverti lorsque les signes d'inquiétude sont activés, et que les personnels soignants sont challengés sans qu'il n'y ait véritablement d'effort de structuration de la prise en charge. Nous parlerons dans ce cas de fabrication du dispositif en reprenant le terme utilisé par Goffman. Nous n'avons pas retrouvé cette dernière situation dans notre échantillon. Néanmoins, lorsque les autorités sanitaires nationales décident de faire mesurer le risque d'escarre sans mettre en parallèle des indices d'équipement en matelas à répartition de pression, nous pouvons nous interroger sur une possibilité de fabrication du dispositif et un risque d'épuisement des équipes.

iii. Dispositif neutralisé

Enfin, pour terminer sur une note plus optimiste, nous décrivons la situation de l'hôpital E. L'hôpital E est isolé et faisait face à une situation comparable à celle de l'hôpital A3. Cet hôpital n'avait pas, jusqu'à une époque récente, de médecin salarié et dépendait du passage des médecins libéraux avec les écueils précédemment mentionnés : absence de suivi et expertise médicale incertaine sur les pansements d'escarre. Les infirmières se plaignaient, en particulier, du fait qu'il fallait défaire les pansements lors du passage de chaque médecin ce qui désorganisait les soins. L'hôpital a fait d'importants efforts d'informatisation et, comme l'hôpital C, a maintenant des ordinateurs sur les chariots de soin avec possibilité d'archivage de photos. Les infirmières prennent maintenant des photos des escarres et les montrent aux médecins, ce qui leur évite d'avoir à ouvrir les pansements en leur présence. Elles ont astucieusement organisé, de cette façon, un processus de mise à l'écart des médecins pour retrouver la maîtrise des pansements. Ce processus n'a pas été étudié en profondeur, mais il montre cependant toutes les capacités d'adaptation des équipes autour des questions d'interaction. Ici, en fait, il s'agit d'une neutralisation d'un dispositif d'interaction inopérant. Depuis, un médecin attiré a été recruté, celui-ci s'intéresse très heureusement aux escarres.

Au travers des histoires précédentes nous voyons une typologie de fabrication des dispositifs se dessiner :

- Dispositif performatif
- Dispositif inopérant
- Dispositif fabriqué
- Dispositif neutralisé

Les trois dispositifs qui ne sont pas performatifs constituent des arrangements qui ne font pas agir dans l'objectif souhaité. L'étude de cette typologie sort du cadre de notre étude mais pourrait offrir des perspectives de recherche intéressantes. Cela constitue, comme Goffman l'a introduit, un nouveau niveau de compréhension qui se superpose à celui de la modalisation des cadres primaires.

Synthèse du chapitre VI

Le schéma d'action primaire peut-être modalisé par des variations intervenant sur ses dimensions synchroniques et diachroniques.

L'importance donnée à l'un de ses sous-processus (par exemple à l'initiation de l'attention plutôt qu'aux mécanismes de canalisation) fait ainsi varier le mécanisme primaire d'action.

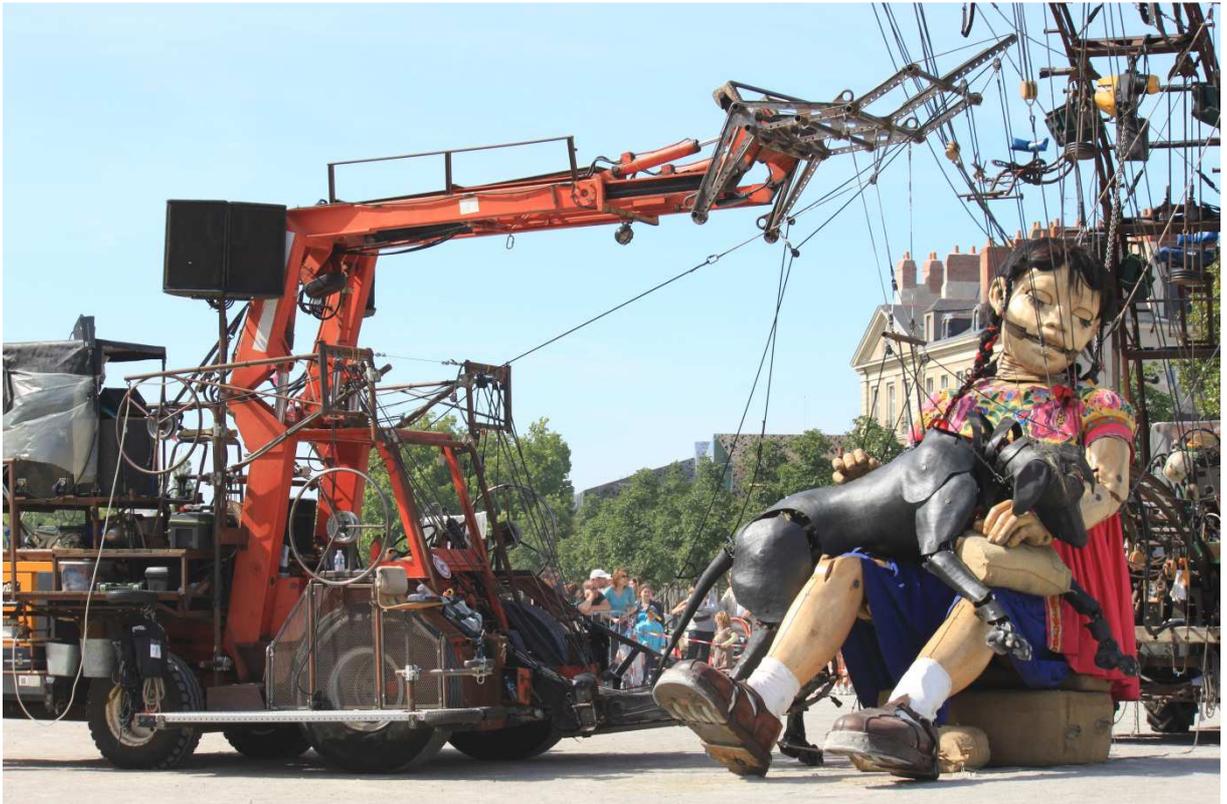
La sélection des ressources rémanentes, leur enrichissement et leur maintenance obéissent à des choix contextualisés qui permettent aux acteurs de modaliser cette dimension de l'action.

Les modalisations peuvent être systématiquement analysées à partir des objets recrutés, des mécanismes cognitifs, des valeurs et des modes de jugement utilisés. La modalisation du schéma primaire permet ainsi d'inscrire ce schéma dans des arrangements plus généraux qui font référence à des conventions sociales.

Différents cadres de légitimation ont pu ainsi être retrouvés : le cadre charismatique, le cadre hypothético-déductif et le cadre rhizomatique de réputation. Ces cadres ont été décrits ailleurs comme des conventions sociales fortes qui permettent l'intercompréhension et la création du sens au travail.

PARTIE III : Les dispositifs performatifs en santé

- Le management des dispositifs performatifs denses
- La promulgation sociale des dispositifs performatifs denses
- Le parti pris d'une ontologie de site



Performance de rue le 28 mai 2011 à Nantes

*« La possession et tous ses synonymes sont des expressions tout à fait appropriées pour redéfinir ce que serait une 'marionnette sociale'. Les ficelles sont toujours là, mais elles véhiculent de l'autonomie ou de l'assujettissement en fonction de la façon dont elles sont tenues. À partir de maintenant, lorsque nous parlons d'acteur, nous devons toujours ajouter le vaste réseau d'attaches le faisant agir. »
(Latour, B.; 2006 p. 317)*

Chapitre VII Le management des dispositifs performatifs denses.

Les investigations qui ont été menées dans le cadre du projet de recherche, ont construit une opposition entre deux types d'établissements : d'une part des établissements où prédominait un sentiment fort de culpabilité et d'isolement, et d'autre part des établissements où, au contraire, les agents hospitaliers éprouvaient de la fierté pour le travail effectué dans leurs unités.

La première catégorie d'établissements est caractérisée par une faiblesse des interactions. Les acteurs focalisent leur attention sur une version instrumentale de l'action en se concentrant sur le traitement des escarres constituées. Ils développent ainsi une forme ostensive de l'action, c'est-à-dire une action qui se confond avec ses manifestations visibles.

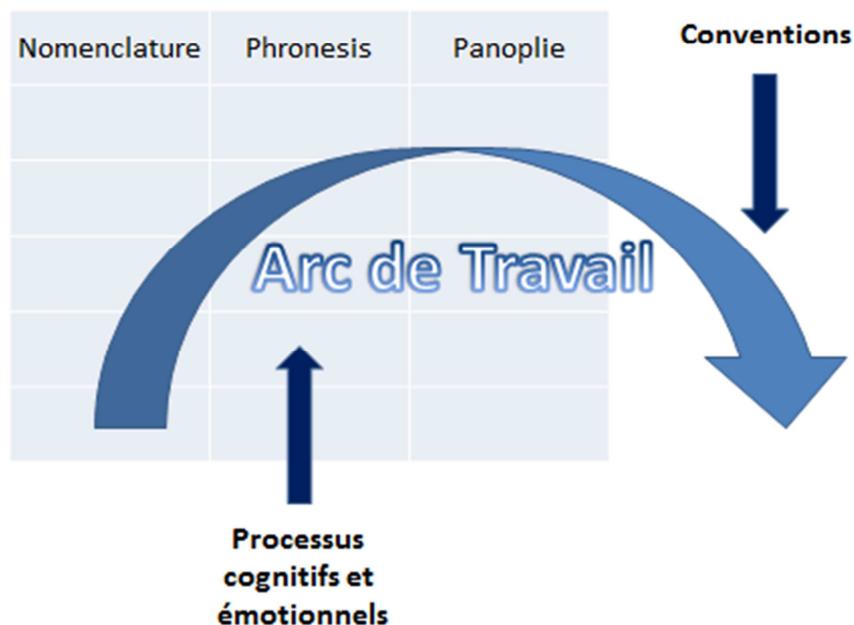
La deuxième catégorie d'établissements, que nous pouvons considérer comme performante, se distingue des premiers par l'utilisation d'un schéma général d'action permettant des interactions multiples qui font agir. C'est ce que nous appelons un dispositif performatif dans la mesure où il dessine un cadre de déploiement structuré de l'action des individus.

Dans un premier temps nous verrons quelles sont les caractéristiques qui permettent de décrire un dispositif performatif, puis dans un deuxième temps nous verrons comment ce dispositif peut être densifié, enfin nous verrons comment le dispositif résulte de pratiques managériales spécifiques.

1. *Les caractéristiques des dispositifs performatifs*

Le terme dispositif désigne un ensemble de mesures prises en vue d'atteindre un objectif. Le terme affiche la pluralité des moyens et des dimensions de l'action. En observant les pratiques performantes de gestion des escarres et nous appuyant sur les théories pragmatiques de l'action nous avons identifié trois dimensions différentes de la performance. La première dimension est constituée par l'arc de travail, c'est-à-dire le pattern d'action. Pour la gestion de l'escarre il s'agit de l'organisation du Qui-Vive. Cet arc de travail se déploie sur l'arrière-plan des ressources rémanentes (nomenclature, phronesis, panoplie) qui en constitue une deuxième dimension. Pattern d'action et ressources composent ainsi un schéma d'action primaire. Finalement l'arc de travail, appuyé sur ces ressources s'inscrit dans une méta-conversation, qui constitue la troisième dimension du dispositif. Cette description du schéma d'action peut être représentée par la Figure 5 ci-dessous.

Figure 5 Dispositif d'action



Le graphique qui est proposé tente de rendre compte de la vision dynamique de l'action, dont a témoigné notre étude sur la gestion des escarres. Pour rester cohérent avec cette approche et éviter de réifier les mécanismes de structuration, nous avons amplement utilisé des vecteurs qui symbolisent des dynamiques et des forces d'action. Cela atteste du caractère performatif du dispositif.

Le terme performatif qui est utilisé par Feldman pour parler des routines (2003) est emprunté à un article de Strum et Latour (1987). Dans cet article les auteurs opposent des modèles sociaux ostensifs et performatifs. Le modèle ostensif décrit les caractéristiques des liens sociaux tels qu'ils peuvent être perçus de l'extérieur. Ces liens composent une structure qui s'impose aux acteurs. Des liens d'appartenance, de domination peuvent ainsi être décrits.

A l'inverse le modèle performatif compose un champ d'actions dans lesquels les acteurs pourront se positionner pour agir. Les pratiques seront ainsi mises en avant, et c'est dans l'action que les liens sociaux se créeront. Le dispositif performatif sera donc à la fois la condition et la conséquence de la mise en mouvement des acteurs.

La performativité d'un dispositif pourra ainsi être jugée tout d'abord sur sa capacité à mettre au premier plan la chaîne d'action qui associe les différents processus élémentaires contribuant directement à l'intervention. Cette performativité sera également évaluée par

l'articulation des processus sur des ressources rémanentes en constant remaniement. Enfin la possibilité de modaliser le dispositif amplifiera, ou comme c'est indiqué par le schéma « courbera » la performance du dispositif.

a. Le pattern d'action

L'arc de travail, qui représente un flux d'action, est le premier des vecteurs de force qui interviennent dans le schéma d'action. Il en constitue le cœur. Ce concept d'arc de travail a été développé par Anselm Strauss, pour définir les associations de processus mis en œuvre par les soignants, de façon à conduire la trajectoire des patients (Strauss, A.; 1992 Textes réunis par Isabelle Baszanger). Dans l'exemple des escarres, il s'agit de la mise en œuvre d'un Qui-Vive. Pour les organisations nécessitant une haute fiabilité, nous pourrions évoquer la lucidité organisée (« Mindfulness »). Pour celles qui mettent en œuvre des activités à risque, comme par exemple les activités chirurgicales, et qui nécessitent un contrôle rapide des situations, le pattern de résilience pourra apparaître comme particulièrement pertinent. Ce flux d'action s'organise à partir de processus élémentaires d'action ; dans le cas du Qui-Vive, il s'agit de l'initiation et de l'élaboration de l'attention, de la qualification des situations et de la canalisation pour l'action, enfin de l'instrumentation et de « l'implémentation ».

Ces patterns d'action s'inscrivent dans la dimension synchronique, ou syntagmatique, de l'action. Le terme syntagme est un terme de linguistique qui désigne une chaîne de signes qui construit une signification. La dimension syntagmatique de la structuration de l'action, à laquelle fait référence Giddens (1979 p. 48, 55), désigne la possibilité d'associer des actions pour créer des patterns porteurs d'une signification particulière.

Des situations différentes justifieront ainsi des patterns différents. La plus ou moins grande pertinence d'un pattern d'action pour une situation donnée pourra faire juger de la performativité du dispositif. Nous avons ainsi esquissé précédemment la possibilité d'avoir des dispositifs inopérants, fabriqués ou neutralisés qui se démarquent des dispositifs performants.

b. La dimension diachronique de l'action

Le flux d'action se déploie dans un champ de ressources rémanentes. Les artefacts matériels et immatériels ne sont plus des objets passifs, mais les médiateurs de l'action et les promoteurs de rôles émergents. L'importance donnée à la gestion des ressources rémanentes dans une articulation étroite avec les processus élémentaires d'action permet de faire évoluer la capacité des équipes.

En mettant l'accent sur la dimension diachronique nous faisons apparaître un temps différent de celui des événements. Ce temps incorpore le passé, le présent et l'avenir, c'est un temps qui permet de rendre compte de l'évolution de la structuration de l'activité. Ce temps est ainsi identifié par Theodore Schatzki comme le temps de l'activité en opposition au temps des événements (2006). Cette seconde temporalité donne de la profondeur à l'action en permettant de relier chacun des processus élémentaires aux ressources rémanentes qui lui sont associées. Cela constitue des routines évolutives d'action qui renforcent l'effectivité des actions.

Nous pourrions à nouveau utiliser un terme de linguistique pour désigner la dimension qui structure l'espace des unités d'action et des routines. Cette dimension sera appelée paradigmatique en référence à la dimension du langage qui associe un signifié et un signifiant. Nous faisons ainsi un parallèle entre le signe du langage et la routine du schéma d'action. La routine, ainsi que la conçoit Martha Feldman (2003), est à la fois une description et une réalisation. C'est ce lien entre réalisation et description qui constitue la dimension paradigmatique de l'action.

c. Les modalisations conventionnelles

Les mécanismes de distribution de la connaissance, de fabrication du sens et de gestion des conventions professionnelles sont également des contributeurs puissants à l'orientation de l'action.

La capacité à interpréter le schéma d'action selon des schémas conventionnels, permet ainsi de donner un sens à l'action qui soit aisément reconnaissable par les acteurs. Cela assure la cohérence et le compactage du schéma d'action. Nous avons pu identifier différents cadres conventionnels qui mettent en jeu, pour chacun des processus entrant dans le pattern d'action, des objets particuliers, des modes spécifiques de connaissance, des valeurs et des modes de jugement.

Cela dessine des univers auxquels chacun peut se référer pour indexer son action. Nous avons pu ainsi faire émerger différents types de management conventionnel : le type charismatique, le type hypothético-déductif, le type rhizomatique de réputation. L'orientation du schéma d'action selon ces horizons d'intelligibilité permet de construire des ensembles cohérents dans lesquels les objets, les règles, les modes de coordination s'orientent pour entrer en résonance. Il peut y avoir, à l'inverse, création d'une dissonance par manque de cohérence entre les différents mécanismes qui interviennent dans le dispositif.

En appuyant le dispositif d'action sur une convention nous l'inscrivons dans une méta-conversation, ainsi que cela a pu être décrit par Daniel Robichaud (2004) à propos de la récursivité du langage politique. La modalisation du schéma primaire d'action permet

d'inscrire celui-ci dans un cadre plus général d'action : une méta-conversation ou selon la sociologie française, une convention.

2. La densification du dispositif

Dans un article récent consacré au management des politiques publiques, Martha Feldman et Kathryn Quick (2009) développent le concept d' « Inclusive Public Management » que nous pourrions traduire par management public participatif. Pour parler de ce type de management, qui favorise le jeu des acteurs, elles utilisent un schéma théorique qui associe actions, ressources et cadre d'action. Ce schéma est fortement récursif dans la mesure où les trois éléments qui le composent sont interdépendants et s'influencent mutuellement pour faire varier les pratiques dans le temps. La structure d'action que nous mettons en évidence à partir des pratiques de gestion des escarres, est très semblable à ce schéma utilisé par Feldman pour parler de management public.

Le manager, en organisant un dispositif performatif qui s'appuie sur un pattern d'action, des ressources et des conventions, donne aux interactions un cadre de développement. Il crée ainsi de nouveaux champs permettant de nouvelles formes d'action managériale. Le manager passe ainsi d'une forme ostensive de l'action, qui se limite à en décrire les formes opératoires, à une vision performative qui s'attache à créer l'environnement propice au développement de l'action selon le pattern attendu. Cette distinction entre le caractère ostensif et performatif de l'action managériale fait référence aux travaux de Strum et Latour qui nous incitent à aller au-delà des apparences pour comprendre les raisons profondes d'agir des collectifs d'individus (1987).

Un dispositif performatif dense pourra ainsi être conçu en portant attention à chacune des dimensions syntagmatique, paradigmatique et conventionnelle précédemment décrites. La densification du schéma ne rend pas celui-ci plus compliqué, il l'organise et le structure. Le concept de densification permet ainsi d'orienter les mécanismes de gestion comme un processus d'identification des principaux axes de force, le long desquels les efforts d'approfondissement peuvent être produits.

Ainsi l'identification de chacun des sous-processus, de leur objectif spécifique et de leur mode d'articulation attestera de la densité syntagmatique du dispositif. L'équilibre et la cohérence du dispositif pourront également être jugés sur la capacité de celui-ci à mettre en relation les processus élémentaires et les ressources rémanentes qui persistent d'un cycle d'action à l'autre. Cela définira ainsi la densité du dispositif, selon sa dimension paradigmatique ou diachronique, pour reprendre le terme de Giddens (1979).

Finalement, la complétude du dispositif pourra être jugée sur sa capacité à faire référence à un cadre plus général apportant de la cohérence et du sens. Nous pouvons

opposer le dispositif performatif dense à des organisations managériales considérées comme peu performantes. Ainsi Mathieu Detchessahar et Anouck Grévin décrivent un mode de management dans les services de soins et de réadaptation qu'ils qualifient de « gestionnite » (2009). Ce mode de management détourne les managers intermédiaires du travail quotidien de leurs équipes en les saturant de demandes multiples de contrôle bureaucratique. Ces outils de gestion les éloignent du travail du terrain car, accaparés dans les réunions de direction, ils deviennent lointains. Nous pourrions ainsi dire qu'ils ont abandonné les dimensions syntagmatiques, paradigmatiques et conventionnelles du travail. Le nouveau cadre de management qui leur est imposé, est un cadre « à plat » sans dimension et faiblement interactif, dans lequel l'information a remplacé la communication.

3. Le management d'un dispositif performatif dense

La description du dispositif performatif, malgré toutes les précautions prises et en particulier au recours à l'image vectorielle, peut donner l'image d'un objet figé. De façon à aller au-delà de cette représentation nous allons tenter de traduire le dispositif comme un ensemble d'actions managériales. Nous allons utiliser des verbes d'action de façon à revenir aux principes interactionnistes qui ont prévalu au début du travail. Nous pouvons ainsi identifier au moins trois interventions managériales qui permettent d'entretenir un dispositif performatif dense. Les managers peuvent qualifier l'action, ils peuvent inter-structurer l'action et son environnement et finalement inscrire l'action dans un ordre légitime.

a. Qualifier

Par leur action, les chefs et cadres des services rencontrés requalifient la prise en charge de la pathologie. Leur façon d'agir constitue ainsi des repères pour l'action des autres. Leur engagement montre tout d'abord l'importance qu'ils attachent au problème. Leur implication dans l'initiation et l'élaboration de l'attention les amènent plus particulièrement à qualifier les situations dans une perspective d'action. Cette requalification leur permet aussi de déplacer la question pour en modifier le cadre de gestion. Le statut du patient est ainsi réinterprété par chacun des trois services au travers des mécanismes de prise en charge qu'ils ont développés.

Cette qualification ne concerne pas seulement la situation singulière à prendre en charge mais plus généralement l'activité qui est créée. Le fait d'identifier des patterns d'action, comme le Qui-Vive, permet ainsi de rendre compte du caractère collectif de la performance et de ne pas se limiter à la description des contributions individuelles.

La posture collective identifiée déterminera, de façon simple, les attitudes attendues et guidera la contribution des différents acteurs avec une parcimonie des coûts de transaction. Le Qui-Vive n'a plus à être décrit dans des protocoles compliqués, cette attitude anime « naturellement » les façons d'agir. Ces mécanismes interactifs qui structurent l'activité, soutiennent ainsi directement les mécanismes performatifs, c'est-à-dire ceux qui font agir collectivement.

En qualifiant les patterns d'action, les managers agissent sur les prédispositions de leurs collaborateurs à agir. L'accent est ainsi mis sur les prédispositions à agir plutôt que sur le calcul et la décision. Déjà Dewey, cité par Cohen (2007)¹⁶, considérait que les habitudes conditionnaient notre sensibilité à agir plus efficacement qu'un protocole d'action.

Finalement les managers peuvent éclairer des mécanismes complexes qui donnent du sens au travail en s'appuyant sur les rôles individuels, les relations informelles, l'environnement de travail qui est créé et le rôle social qui est accompli (Rosso, Brent D., Dekas, Kathryn H. & Wrzesniewski, Amy; 2010 ; Wrzesniewski, Amy, Dutton, Jane E. & Debebe, Gelaye; 2003).

b. Inter-structurer l'action et l'environnement

La capacité à agir est fortement influencée par les capacités et les ressources qui sont fournies par l'environnement. Dans notre cas, tous les hôpitaux n'ont pas le même équipement en matelas à répartition de pression alternée et cela a des conséquences manifestes sur la prise en charge des patients. Néanmoins, les pratiques développées au sein des équipes peuvent modifier l'environnement local et créer de nouvelles ressources.

En alimentant le champ des pratiques avec une perspective interactionniste, les managers modifient l'environnement : ils l'instituent ou « l'énactent ». En agissant dans le cadre d'une activité, ils s'impliquent dans la dimension synchronique de l'activité. Mais la participation à l'action au quotidien les implique aussi dans la gestion des ressources rémanentes qui persisteront et pourront être utilisées lors des cycles suivants, selon un axe diachronique. L'enrichissement des nomenclatures par de nouvelles expériences, l'évolution des règles de décision en fonction des situations rencontrées, l'élargissement de la panoplie des outils, font évoluer les pratiques de façon continue.

Ainsi, comme cela a été décrit par Feldman (2003), les ressources peuvent faire l'objet de variation, de sélection, et de rétention. Ces mécanismes de création et de

¹⁶ « *The essence of habits is an acquired predisposition to ways or modes of response, not to particular acts except as, under special conditions, these express a way of behaving. Habits mean special sensitiveness or accessibility to certain classes of stimuli, standing predilections and aversions, rather than bare recurrence of specific acts* ».

modification des répertoires sont également évoqués par Cohen (2007) qui nous invite à les étudier comme forme d'expression du pouvoir. Nous avons pu effectivement observer comment l'accès aux outils était un élément important d'encadrement de la création des routines. La capacité de redéfinition des routines en continu est ainsi un élément de flexibilité important pour inventer les solutions et modifier l'environnement.

Nous avons observé des managers fortement impliqués dans les décisions quotidiennes. Ils sont à la fois chefs de service et producteurs de soins. C'est une particularité du champ de la santé où il semble important que les managers soient impliqués dans les actions quotidiennes. L'implication forte des managers dans les aspects performatifs de l'activité, les amène à développer de nouvelles ressources aux côtés des autres agents. Ce schéma interactif interindividuel engage l'autonomie des acteurs dont on sait qu'il est un facteur de satisfaction au travail (Rosso, Brent D., Dekas, Kathryn H. & Wrzesniewski, Amy; 2010). C'est, plus généralement, une des particularités relevées par Karl Weick dans les organisations nécessitant une haute fiabilité (High Reliability Organizations) (2007 2nd éd.). Les chefs de service ne se contentent pas de piloter la prise en charge dans une vision synchronique de l'action, mais participent aussi au quotidien des activités. Ils s'inscrivent ainsi dans la dimension diachronique de l'action.

Comme cadres intermédiaires ils font ainsi preuve d'ambidextrie (Huy, Quy Nguyen; 2002 ; Raisch, Sebastian, Birkinshaw, Julian, Probst, Gilbert & Tushman, Michael L.; 2009), c'est-à-dire à la capacité de maintenir l'activité tout en l'adaptant, en jouant à la fois sur la dimension diachronique et synchronique de l'action.

c. Inscrire l'action dans une méta-conversation

L'enrichissement des nomenclatures, la sophistication des règles de décision, la sélection des outils peu à peu créent des schémas différents qui modalisent l'action et font émerger des structures différentes dans chacun des établissements. Le patient, qui avait pratiquement disparu des discours entendus lors des premiers entretiens (Hôpitaux A), est revenu au-devant de la scène comme une personne pouvant revendiquer une certaine autonomie dans les hôpitaux B, C et D. Dans ces établissements, les mécanismes d'activation et d'entretien de la compassion se sont développés sur des modes de structuration différents qui ont créé autant de profils différents de patients : un patient porteur d'émotions qu'il faut accompagner dans un parcours difficile (hôpital B), un patient appartenant à une communauté qu'il s'agit de servir (Hôpital C), un patient ayant à sa disposition les technologies les plus récentes (Hôpital D). Cette observation peut être rapprochée des observations de Feldman (2004) sur le changement de nature des

ressources mobilisées par la structure. La même ressource peut être modifiée et utilisée différemment par les pratiques organisationnelles et ainsi conférer un sens complètement différent à l'action. Dans notre expérience, le patient devient un sujet différent selon qu'il est accueilli par l'un ou l'autre des établissements.

L'évolution des ressources rémanentes, le type de connaissance mobilisée, les valeurs qui sont partagées et l'activation de différentes formes de jugement, constituent ainsi des conventions de travail, que le manager pourra reconnaître comme des facilitateurs ou, au contraire, comme des freins à une compréhension commune. Les conventions agissent comme des modalisations du cadre d'action, qui permettent aux managers de le contextualiser pour correspondre à la trajectoire de l'établissement et donner un sens qui s'inscrit dans des rationalités attendues. Ainsi, chacun des hôpitaux B, C et D a adopté une modalisation de ses pratiques, qui lui permet de défendre une stratégie de positionnement particulière. Le service de l'hôpital B, en adoptant une perspective charismatique, se positionne sur un pied d'égalité avec les autres services cliniques, dans une tradition clinique classique. Le service de l'hôpital C, en adoptant le modèle hypothético-déductif, revendique la médicalisation de ses activités et fait entrer ses personnels dans la logique du soin. L'hôpital D, en adoptant un dispositif rhizomatique de réputation, revendique une position de recours technique au niveau de la région toute entière.

Les dispositifs qui ont été mis en place dans les différents établissements ont permis à ces établissements non seulement d'évoluer en ce qui concerne la prise en charge des ulcères de pression, mais aussi, au niveau plus général, en ce qui concerne la logique de gestion des soins qu'ils ont développée. Les dispositifs apparaissent ainsi comme des facteurs de dynamisation et de changement qui créent un nouveau sens pour l'action en l'inscrivant dans des rhétoriques plus générales. Nous pourrions finalement conclure à l'importance qu'il y a à évaluer les dispositifs dans leur ensemble. Le choix des objets, les modalités de mobilisation des connaissances, le partage de valeurs particulières et le type de mise à l'épreuve créent des arrangements porteurs d'un sens général qui facilite les mécanismes d'intercompréhension, de coordination et de négociation. Plus particulièrement l'activation des valeurs des individus au travail peut être un des facteurs de leur engagement (Bansal, Pratima; 2003). Ainsi la structuration de l'activité, qui permet d'organiser la compassion comme une production primaire de l'hôpital, s'oppose à la trivialisat

Synthèse du chapitre VII

Un dispositif performatif constitue un arrangement pour faire agir les acteurs.

Il ne se limite pas à la description ostensive de l'action à réaliser, mais crée un champ d'action structuré par trois dimensions essentielles :

- la dimension syntagmatique de déploiement des patterns d'action,
- la dimension paradigmatique d'enrichissement des routines
- la dimension conventionnelle qui inscrit l'action dans des rationalités plus générales.

La structuration du dispositif performatif met en avant les possibilités d'action et s'affirme ainsi comme une démarche performative.

En agissant dans les trois dimensions de la structuration de l'action et en approfondissant leur action managériale selon ces trois dimensions, les managers densifient le dispositif performatif.

Pour constituer un dispositif performatif dense les managers ont à leur disposition plusieurs modalités d'action qui correspondent aux trois dimensions précédentes :

- Ils qualifient les patterns d'action;
- Ils inter-structurent l'action et l'environnement dans lequel elle se déploie ;
- Ils inscrivent les dispositifs dans des conventions qui les rendent légitimes.

Chapitre VIII La promulgation sociale des dispositifs performatifs denses

Les caractéristiques d'un dispositif dense qui ont été décrites au cours de ce travail pourront être proposées comme critères de description d'un dispositif performatif en santé. Nous pouvons à ce stade, nous interroger sur la capacité de ce cadre d'interprétation à influencer les débats sur la performance dans différents champs : le champ professionnel, le champ des politiques publiques, le champ de l'enseignement et de la recherche. Par ailleurs, et en sens inverse, ces différents champs peuvent participer à la promulgation sociale (l'énaction) des dispositifs performatifs denses, en intégrant leurs principes dans les cadres conceptuels qu'ils utilisent.

1. La dimension organisationnelle des politiques de santé

La santé, comme l'éducation, constituent des champs d'activité fortement encadrés par les politiques publiques. La dimension gestionnaire y prend de plus en plus d'importance à côté des dimensions réglementaires et sociales. Cette dimension gestionnaire pose la question des moyens d'action de l'autorité publique, en particulier dans le domaine de la performance hospitalière. Ce travail n'est pas le lieu d'une discussion sur le rôle de l'encadrement réglementaire, sur les possibilités de planification stratégique ou encore sur les capacités à utiliser les leviers de la tarification comme argument économique. Par contre, la perspective que nous avons développée, permet d'apporter au régulateur des éléments nouveaux d'appréciation de la performance endogène des organisations. Plus pratiquement, nous pourrions, à partir du cadre interprétatif proposé, développer un point de vue sur les processus d'accompagnement ou d'évaluation de la performance développés aujourd'hui en France dans le champ des organisations de santé. Plus particulièrement, nous évoquerons les activités d'appui à la performance de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance), la mise en œuvre de la dernière version de la procédure de certification des établissements de santé par la HAS (Haute Autorité de Santé) et finalement le recours toujours plus important aux indicateurs pour le suivi de la performance.

L'ANAP développe des dossiers qui recensent les expériences de différents établissements sur des thématiques précises. La question de la gestion des escarres a d'ailleurs fait l'objet d'un de ces dossiers, comme cela a été indiqué au début de ce travail.

L'ANAP étudie aujourd'hui la question d'aller au-delà de cette activité d'inventaire en formulant des recommandations de bonnes pratiques en matière de gestion. La rédaction de ces recommandations fait partie des missions qui lui ont été assignées lors de sa création. En dehors des situations où une relation d'objet prévaut, nous pouvons douter de l'efficacité d'une prescription qui ignore les mécanismes interactionnels. Ainsi en ce qui concerne la gestion des ulcères de pression, nous avons vu, par exemple, que les mécanismes de mobilisation de l'attention reposaient sur des processus multiples adaptés au contexte et qu'il était donc difficile de prescrire une seule « bonne » façon de faire en ce domaine. Par contre, il y a sans doute lieu de montrer les différentes dimensions de la gestion des ulcères de pression et d'attirer par exemple l'attention sur l'importance de structurer les ressources. Plus que des recommandations de bonnes pratiques, il s'agirait alors de théoriser à minima les situations rencontrées, de façon à faciliter la compréhension des mécanismes de densification de la gestion en les ouvrant au débat professionnel et scientifique.

Le processus du Qui-Vive, identifié dans le cadre de l'étude des prises en charge des ulcères de pression pourrait ainsi être comparé à d'autres schémas d'action comme celui du Mindfulness. La discussion pourrait alors être engagée sur les vertus comparées des dispositifs utilisant ces deux patterns d'action dans des situations spécifiques. Le rôle d'une agence pour l'appui à la performance, comme l'ANAP, serait alors d'animer, de promouvoir et de faire connaître ces débats plutôt que de vouloir prescrire une seule et bonne façon de faire.

Nous avons évoqué la certification des établissements au chapitre II comme un mécanisme d'évaluation fortement inspiré du modèle fonctionnaliste. Ce modèle a l'avantage de se centrer autour du concept d'action et d'introduire les notions de normes et de valeurs. Cependant, le schéma fonctionnaliste néglige l'acteur et le temps. La version V2010 de la certification des établissements a fait évoluer son modèle en se recentrant sur un schéma d'action de type PDC-A (Plan, Do, Check, Act. : prévoir, mettre en œuvre, analyser-corriger) pour chacun des critères d'évaluation. Cette version remet ainsi au centre du dispositif d'évaluation un schéma de l'action organisationnelle qui fait intervenir la dimension syntagmatique de l'action. Cette approche intègre de façon intéressante une dimension temporelle de synchronisation des activités managériales. Cette évaluation pourrait gagner en cohérence en faisant varier le schéma d'action en fonction des situations d'action étudiées. Les documents de l'HAS usent et abusent du schéma d'action décrit par l'acronyme PDCA, et nous pouvons nous interroger sur l'adéquation du schéma PDCA à toutes les situations managériales rencontrées. Il faudrait alors repenser les critères de certification de la HAS de façon à proposer des schémas d'action adaptés à l'objectif visé. La nouvelle version du manuel de certification qui est en préparation en juin 2012 semble aller

dans cette direction. Elle prévoit en effet d'intégrer le suivi de patients types dans le cadre de la procédure d'évaluation. Cette approche tente ainsi de redonner une place aux schémas primaires d'action et s'écarte un peu plus du modèle fonctionnaliste.

Une autre évolution de la certification, pourrait aller dans le sens d'une promulgation des dispositifs denses. Il s'agirait de compléter la dimension événementielle par une analyse de la gestion des ressources rémanentes associées au schéma d'action. Les éléments d'appréciation, qui servent aujourd'hui à évaluer chacun des critères identifiés dans le manuel de certification, pourraient plus systématiquement interroger les conditions de gestion des ressources rémanentes (temps de formation, échanges dans les équipes, matériels disponibles, évolution des processus).

Si nous prenons pour exemple le critère 8.j du manuel de certification sur la gestion du risque transfusionnel nous verrons que le critère est assez succinctement décrit : un dispositif de vigilance est-il en place, les processus sont-ils mis en œuvre, les produits sont-ils utilisés de façon pertinente ? Cette interrogation pourrait être reformulée autour d'un schéma d'action spécifique de la situation. En utilisant le cadre du « Mindfulness » ou de la lucidité organisationnelle, nous aurions alors d'autres types de questions : comment l'organisation entretient-elle une vigilance permanente, comment l'organisation facilite-t-elle l'alerte au moindre signe, comment entretient-elle des capacités de réaction et de résilience ? En regard de ce schéma d'action, l'entretien des ressources rémanentes correspondantes pourrait être analysé. Mais nous touchons sans doute là aux limites des possibilités de contextualisation d'un mécanisme de certification déjà complexe.

Les indicateurs de performance sont aujourd'hui le troisième pilier institutionnel de l'évaluation des organisations. Beaucoup de connaissances ont déjà été produites sur ce sujet. Nous ne reviendrons pas sur la question de l'évaluation des résultats, dont les difficultés ont été abondamment discutées notamment en Grande-Bretagne (Adab, P., Rouse, A. M., Mohammed, M. A. & Marshall, T.; 2002 ; Julious, S. A. & George, S.; 2007 ; Lilford, R., Mohammed, M. A., Spiegelhalter, D. & Thomson, R.; 2004 ; Spiegelhalter, D., Grigg, O., Kinsman, R. & Treasure, T.; 2003 ; Tu, Y. K. & Gilthorpe, M. S.; 2007). Nous nous limiterons ainsi aux indicateurs qui ont pour vocation de faire agir plutôt qu'à ceux qui permettent de rendre des comptes sur les résultats. La perspective interactionniste fait entrevoir qu'il sera difficile de déterminer des facteurs instrumentaux universels qu'il faudrait mettre en lumière pour faire agir, puisque selon la perspective interactionniste, l'action est fluide, innovante et réactionnelle. L'attention devrait alors se porter sur des indicateurs qui tracent les efforts de densification des dispositifs, plutôt que sur des indicateurs qui tracent des mécanismes précis de déploiement de l'activité. Selon la terminologie d'Herbert Simon, nous adopterions ainsi une rationalité procédurale (1983 trad. éd. 1945).

En reprenant l'exemple de la gestion des ulcères de pression, nous pouvons tenter d'esquisser ce que pourrait être le tableau de bord qui rendrait compte d'un dispositif performatif dense. Il s'agirait, tout d'abord, de pouvoir faire ressortir le phénomène du Qui-Vive. Les temps de réaction organisationnelle entre l'identification d'un risque et la mise en œuvre des moyens adaptés semblent, de ce point de vue, constituer des informations clés. Nous avons pu observer sur le terrain, des mécanismes d'anticipation de mise à disposition des matelas à répartition de pression. Un indicateur sur le temps d'arrivée d'un matelas pourrait ainsi constituer un très bon indicateur de la réactivité organisationnelle. De la même façon, la longueur des chaînes de prescription est un bon indicateur de la capacité à agir. En ce qui concerne les ressources rémanentes, il pourrait être « intéressant » de connaître les politiques d'achat des établissements. La distribution et la maintenance des connaissances au sein des équipes pourraient aussi constituer des éléments « intéressants ».

Nous voyons cependant avec ces exemples, que les indicateurs qui font agir, auront d'autant plus d'efficacité qu'ils seront adaptés à une situation donnée et à une perspective d'évolution partagée. Nous pouvons à cet égard invoquer des travaux sur les systèmes de management de la performance qui développent à ce sujet une perspective critique (Broadbent, Jane & Laughlin, Richard; 2009). Ces travaux opposent des mécanismes transactionnels, qui d'une certaine façon dictent la bonne façon de déployer l'action au travers d'un système d'indicateurs, à des mécanismes relationnels qui évalueront les capacités des systèmes internes à traduire des objectifs partagés, à s'adapter aux singularités et à donner du sens aux efforts consentis. Pour la gestion des ulcères de pression, il ne s'agirait donc plus de dicter les indicateurs à utiliser, mais d'apprécier si les indicateurs, mis en place au sein d'une équipe, traduisent bien une perception partagée de la situation, permettent une compréhension commune des processus à développer et sanctionnent la réussite du dispositif dans son ensemble. Dans l'exemple de l'hôpital B, la convention professionnelle repose sur des mécanismes informels intersubjectifs. Cette convention peut être mise en péril par un défaut de transmission du sens de l'action aux nouveaux arrivants. Le système d'accompagnement de la performance , qu'il s'agisse d'indicateurs ou de tout autre système d'évaluation et de renforcement, devrait alors insister sur l'accompagnement des nouveaux arrivants, sur la mise en œuvre de processus d'intégration et finalement sur la capacité à juger du confort d'action des nouveaux arrivants dans cette nouvelle équipe.

L'exemple présenté ci-dessus plaide finalement pour une contextualisation des tableaux de bord en fonction du dispositif mis en place et pour sa capacité à faire agir dans une direction donnée.

2. Les conséquences pour l'enseignement

De nombreux chercheurs en science de gestion s'interrogent aujourd'hui sur la capacité qu'ils ont à traduire leur connaissance dans des formes pédagogiques adaptées. Barabara Czarniawska note ainsi que les connaissances produites atteignent rarement les étudiants (2008). Il est plus facile d'enseigner dans une perspective moderniste qui rassure les étudiants sur leur capacité instrumentale à gérer une activité que dans une perspective interactionniste qui fait la place au hasard et à l'indétermination. Ainsi, on enseignera classiquement qu'un plan d'action précis est la condition du succès. Mais Cohen, March et Olsen nous ont montré que les justifications conséquentialistes sont souvent bâties a posteriori (1972). L'expérience indique ainsi que les plans les meilleurs sont ceux qui laissent des espaces pour la surprise et l'innovation (Romme, A. Georges; 2003).

Arrivé à la fin du travail de recherche, la question de sa traduction pédagogique se pose donc. Comment enseigner les dispositifs performatifs denses à de futurs managers dans une perspective interactionniste? L'enseignement gagnerait à être introduit par un rappel sur les prérequis et les limites des différentes épistémologies. Il ne s'agit pas d'invalider, en toute situation, les approches positivistes, fonctionnalistes ou sociologiques classiques, mais d'en préciser les conditions d'utilisation. L'invocation d'un système de pensée devrait ainsi immédiatement amener les élèves à apporter des réserves quant au champ d'application de ce système.

Les mécanismes de densification des dispositifs pourraient ensuite faire l'objet d'apprentissages. Comment intégrer les émotions, entretenir l'attention et la mobiliser pour l'action ? Comment articuler ces différents éléments pour créer des schémas performatifs ?

Une attention particulière pourrait être portée à la gestion des ressources rémanentes. Quelle est la nature des nomenclatures, phronesis et panoplies utilisées ? Quels rôles sont ainsi créés ? Comment la connaissance est-elle distribuée ? Quels jeux de pouvoir cela entretient-il ?

Savoir reconnaître différents schémas et conventions d'action (le mindfulness, le Qui-Vive, le centrage patient) et savoir en critiquer les caractéristiques pourrait faire partie des compétences attendues.

Finalement, le programme pourrait apprendre à travailler dans un ordre négocié, notamment en s'appuyant sur des ouvrages pédagogiques qui considèrent l'organisation plutôt comme une activité que comme un résultat (Fineman, Stephen; 2010).

3. Les perspectives de recherche

L'étude de la gestion des ulcères de pression a fait ressortir un schéma d'action particulier que nous avons nommé le Qui-Vive. Il serait intéressant de poursuivre la description de ce schéma et de vérifier s'il peut être retrouvé dans d'autres situations de soins. Ce schéma entretient des parentés avec le mécanisme de mindfulness. Est-ce qu'un cadre commun pourrait regrouper ces schémas qui prescrivent des attitudes et des intentions d'action, plutôt que des tâches à accomplir ? Les rapports entre l'attention et l'action semblent déterminants et permettraient sans doute de caractériser différentes activités médicales. Le niveau d'attention peut-il caractériser différentes formes de lucidité comme le suggère Karl Weick (2006) ? De son côté, Anselm Strauss distingue différents types de ce qu'il appelle l'arc de travail au sein des hôpitaux (1992 Textes réunis par Isabelle Baszanger). Il identifie ainsi le travail de machine, le travail de sécurité clinique, le travail de confort, le travail sur les sentiments, le travail sur les erreurs, le travail sur le corps, le travail d'information, le travail de négociation et le travail d'articulation. Pour Strauss il s'agit de faire éclater la catégorie «travail médical» de façon à en montrer à la fois toutes les particularités et les différents processus élémentaires qui la composent. Quelques situations typiques pourraient ainsi être décrites : un arc de travail qui privilégie une attention qui permet de rester ouvert à toute nouvelle situation (mindfulness), un arc de travail qui se prépare à une éventualité particulière (Qui-Vive), un arc de travail qui active la vigilance sur les erreurs et qui fait œuvre de résilience (Hollnagel, Erik & Journé, Benoît; 2009 ; Hollnagel, Erik, Woods, David, & Leveson, Nancy; 2006), un arc de travail qui maintient l'attention de façon soutenue pendant un instant court (activité à risque). Une étude de ces différentes situations de travail aurait le mérite d'enrichir le discours sur la sécurité et la performance en montrant la variété des postures possibles. Cette définition situationnelle pourrait également s'inspirer de travaux effectués dans le domaine de la sécurité industrielle (Journé, Benoît , 1999) et permettrait de veiller à l'économie des moyens par la définition de situations types qui appellent des coordinations de type particulier.

A l'inverse, il pourrait être intéressant d'identifier des situations où des conflits de logiques et des interprétations différentes d'un même schéma d'action constituent des tensions dans les organisations. Quel est alors le rôle des institutions pour concilier ces différentes interprétations (Weber, Klaus & Glynn, Mary Ann; 2006) et faciliter l'ordre négocié (Strauss, A.; 1992 Textes réunis par Isabelle Baszanger) ? Ou, comme le dirait Pierre-Yves Gomez, comment mettre en adéquation convention de qualification (la qualité du service) et convention d'effort (l'engagement des acteurs) (1994) ?

Nous avons décrit les caractéristiques d'un dispositif d'action et nous avons utilisé le cadre conventionnaliste pour décrire les modalisations de ce dispositif. Nous avons ainsi

introduit une parenté entre dispositifs et conventions. Les deux termes font référence à des agencements qui facilitent la compréhension en instituant des espaces où les mécanismes de coordination seront tenus pour acquis et n'auront plus à être, ni expliqués, ni justifiés. En prolongeant cette idée jusqu'à la constitution d'un espace symbolique qui permet d'agir par accord tacite, nous nous rapprochons des théories du néo-institutionnalisme (Ranson, Stewart, Hinings, Bob & Greenwood, Royston; 1980 ; Selznick, Philip; 1996).

Nous voyons ainsi se dessiner une typologie d'arrangements qui vont de la communauté de pratique (Gherardi, Silvia; 2009), à la convention (Gomez, Pierre Yves & Jones, Brittany C.; 2000) jusqu'à l'institutionnalisation (DiMaggio, Paul J. & Powell, Walter W.; 1983). De nombreux papiers confrontent ces différents arrangements au concept de structuring de Giddens (1979). Nous avons déjà évoqué ce débat qui a clivé les sciences sociales au cours du XXème siècle, entre les tenants du déterminisme et les tenants de l'autonomie du sujet. En remontant plus loin, il s'agit aussi de la dialectique entre le déterminisme soutenu par Démocrite et le libre arbitre défendu par Epicure (Handel, Warren; 2003). Nous retrouvons également ces discussions dans des articles récents consacrés aux mécanismes de structuration.

Lorsque Karl Weick approfondit la définition du sensemaking en 2005, il évoque les rapports de ce concept avec les théories néo-institutionnalistes (2005). Il pointe le fait que toute situation n'est pas systématiquement débattue de façon à créer du sens pour l'action, mais que bien souvent les acteurs puisent dans des mécanismes déjà expérimentés. D'un côté, en partant de l'expérience, les acteurs développent une perspective interactionniste : leur action crée son environnement et l'institue (l'énacte), ils créent du sens. De l'autre côté, en partant de ce qui est institué, les acteurs privilégient la perspective institutionnaliste : en se conformant à l'institution, les acteurs acceptent un cadrage des rapports sociaux. Sensemaking et institutionnalisation seraient donc finalement des deux revers d'une même médaille que Giddens rassemble sous le terme de structuring. Néanmoins, il manque sans doute dans ce rapprochement de l'activité de sensemaking et de l'institution un moyen terme qui est évoqué par Karl Weick, lorsqu'il mentionne l'école française des conventions, comme une possible réconciliation des deux termes (2005).

En définitive, plusieurs cadres de réconciliation sont proposés pour construire un continuum entre des pratiques socialisées, des conventions d'action et des institutions qui font agir. Déjà en 1980, Ranson, Hinings et Greenwood invoquaient les « provinces of meaning » pour décrire des cadres de signification qui guidaient l'action collective à l'intérieur des institutions. De même Klaus Weber et Mary Ann Glynn positionnent la production du sens à l'intérieur d'un cadre institutionnalisé qui fournit: des clés d'activation, un cadre limité d'interprétation et des mécanismes de renforcements (Weber, Klaus & Glynn, Mary Ann; 2006). Plus récemment, Silvia Gherardi joue avec les termes

« communautés » et « pratiques » pour expliquer que ce sont autant les pratiques qui créent les communautés que les communautés qui encadrent les pratiques (2009). Elle incite les chercheurs à dissiper le malentendu entretenu sur cette question depuis le départ, par l'accent qui a été mis sur le terme « communauté ». Un retour à des recherches sur les pratiques permettrait, selon elle, de réactiver un pan de recherche prometteur.

Nous avons ainsi une nomenclature qui se crée et permet de structurer les recherches sur les rapports entre situations d'action, logiques d'action et légitimité. Anselm Strauss décrit ces différents périmètres comme des segments à l'intérieur d'une profession. A l'heure de la reconfiguration des hôpitaux français autour de pôles cliniques, ces évolutions peuvent être analysées comme l'introduction de nouveaux segments hospitaliers, de nouveaux dispositifs performatifs qui feront apparaître de nouvelles conventions de travail.

Le concept de « structuring » est introduit par Giddens à partir d'une critique des théories fonctionnalistes et structuralistes (1979). Nous avons indiqué au chapitre II comment cette argumentation avait conduit à refuser l'opposition de deux temporalités : la synchronie et la diachronie. Cette opposition est considérée par Giddens comme l'équivalent d'un clivage entre la structure et l'acteur. Nous retrouvons cette opposition entre diachronie et synchronie régulièrement dénoncée dans les articles et ouvrages qui s'inspirent du « structuring ». L'opposition synchronie/diachronie est assimilée à l'opposition stabilité/dynamique et cette dualité est fermement rejetée par Giddens (1979)¹⁷ . Cette assimilation qui est faite entre synchronie, système statique et structure, nous a interrogé lors de l'analyse des données empiriques collectées. Lorsque les participants parlent de leurs actions, ils mentionnent de fait deux registres d'action, un premier registre temporel qui est celui de l'événement, un deuxième registre temporel qui est celui de l'activité. Ils font ainsi référence, d'un côté à ce qu'ils font au quotidien, et de l'autre à ce qui constitue pour eux un élément structuré de leur pratique. L'approche par le « structuring » a permis de rendre compte de cette ambivalence, en indiquant que les actes quotidiens à la fois structurent les activités et s'inscrivent dans un schéma structuré qui est le résultat de toutes les activités précédentes. Néanmoins cette approche, qui confond les différents temps de l'action, tend, selon nous, à occulter un temps de l'activité que nous avons caractérisé comme étant le temps diachronique. En fait lorsque les professionnels de santé agissent, ils mènent de front deux activités : l'une qui consiste à soigner (les soins), l'autre qui consiste à se référer et à faire évoluer une pratique (faire de la médecine). Ceci tend à être ignoré par

¹⁷ « *The identification of structuration, thus formulated, rejects any differentiation of synchrony and diachrony or statics and dynamics. The identification of structure with constraint is also rejected* ».

le concept global de « structuring », qui en se focalisant sur des unités d'action, nie d'une certaine façon la dimension collective des actions.

De plus, dans la théorie du « structuring » de Giddens, la structure ne semble plus s'opposer à l'acteur puisqu'elle constitue simplement une mémoire de ses actes. La structure est ainsi intériorisée par l'individu dans le moment de ses actes. Ceci a été critiqué dans une tentative récente de réhabilitation de la première période de la pensée de Parsons (King, Anthony; 2009). En effet, l'intériorisation de la structure par l'individu escamote d'une certaine façon les conflits d'interprétation des règles. A l'arrangement sans conflit, proposé par Giddens, peut être opposée l'approche conventionnaliste qui intègre les conflits et les tensions entre agents et structure (Handel, Warren; 2003). L'approche conventionnaliste permet ainsi de rétablir deux dimensions importantes du temps de l'action, celle où l'acteur agit conventionnellement et celle où il peut agir de façon réflexive et s'opposer aux conventions. Ce deuxième temps est présent dans la théorie conventionnaliste comme une mise en équivalence ou un temps de mise à l'épreuve de la convention.

L'étude que nous avons menée sur les pratiques de gestion des escarres soulève des questions qui illustrent la discussion précédente. Lorsque le chef de service active l'attention sur les facteurs de risque d'un patient, il agit ainsi dans le cadre du soin, mais il agit aussi pour légitimer une pratique d'attention aux facteurs de risque dans la prise en charge des escarres. Le concept de structuring de Giddens absorbe cette activité dans un temps général de la performance et lui fait perdre sa spécificité. En fait, les deux activités des chefs de service s'inscrivent dans des dimensions différentes du temps que nous avons fait coïncider avec la synchronie et la diachronie. La chaîne des événements se produisant au cours d'un cycle de prise en charge s'inscrit dans une synchronie qui correspond à la mise en œuvre d'une chaîne d'actions liées. Par contre la mise en correspondance des différents processus élémentaires constitue une diachronie qui fait se succéder les répétitions d'un même processus au cours de différents cycles de prise en charge et constitue ainsi un autre registre d'action.

Giddens rejette l'opposition synchronie/diachronie pour en fait rejeter les éléments statiques de la structure. Mais il opère cette disqualification parce qu'il assimile synchronie et absence de dynamique. En oubliant la dynamique temporelle des processus de synchronisation, il se prive ainsi d'une dimension temporelle qui nous semble importante. Theodore Schatzki a théorisé cette question en introduisant d'autres dimensions du temps: le temps de l'événement et le temps de l'activité (2006). Une organisation existe ainsi à la fois en produisant des événements et en instituant des pratiques portées par des événements. Elle existe à la fois par ses performances, qui se réalisent dans le temps des événements, et par sa gouvernance qui se réalise dans le temps de l'activité. La structure n'est plus seulement un effet de mémoire, mais une construction active selon une dimension

temporelle diachronique qui fait évoluer les processus élémentaires au gré des expériences, des informations externes et des nouveaux matériels. Théodore Schatzki explique que la dimension temporelle de cette activité est plus complexe que celle d'une chaîne d'actions car elle fait coïncider le passé, le présent et l'avenir comme un temps de l'activité qui se rappelle, se concrétise et se projette (2006).

La prise en compte de la double temporalité des actions dans une organisation semble particulièrement importante notamment pour l'action des managers. Cela peut en particulier rendre compte de l'ambidextrie que nécessite cette fonction (Raisch, Sebastian, Birkinshaw, Julian, Probst, Gilbert & Tushman, Michael L.; 2009). Les médecins hospitaliers, lorsqu'ils ne se cantonnent pas à des actes purement techniques, s'inscrivent naturellement dans ces deux registres temporels. L'étude de leur inscription dans ces deux dimensions, la légitimité que cela leur confère, les arbitrages qu'ils ont à mener entre ces deux temps de l'action constituent des questions importantes à l'heure où on leur demande d'être autant médecins que managers.

Synthèse du chapitre VIII

Les dispositifs performatifs denses ne sont pas isolés du cadre institutionnel dans lequel ils se développent. Par des effets d'inter-structuration ils peuvent modifier cet environnement.

L'opposition entre une vision ostensive de l'action, c'est-à-dire qui donne à voir l'action, et une vision performative qui intègre les conditions de sa réalisation dans des dispositifs denses est au cœur des débats sur les indicateurs de performance, la possibilité de prescrire de bonnes pratiques de management ainsi que sur le mécanisme de certification des hôpitaux.

L'enseignement du management en santé fait aujourd'hui peu de place aux concepts qui privilégient la fluidité de l'action, qui affirment son caractère hautement interactionniste et s'accommodent de l'incertitude. Le développement d'un enseignement différent pourrait s'appuyer sur une identification des différentes dimensions de l'action, sur un apprentissage des mécanismes de densification et finalement sur une lecture critique des mécanismes de production de sens au travail.

Plusieurs pistes de recherche peuvent découler de ce premier travail sur les dispositifs d'action. Ainsi le regroupement des services hospitaliers au sein de pôles pourraient être étudiés au regard de l'impact que cela a sur les dimensions syntagmatiques, paradigmatiques et conventionnelles des nouvelles pratiques collectives.

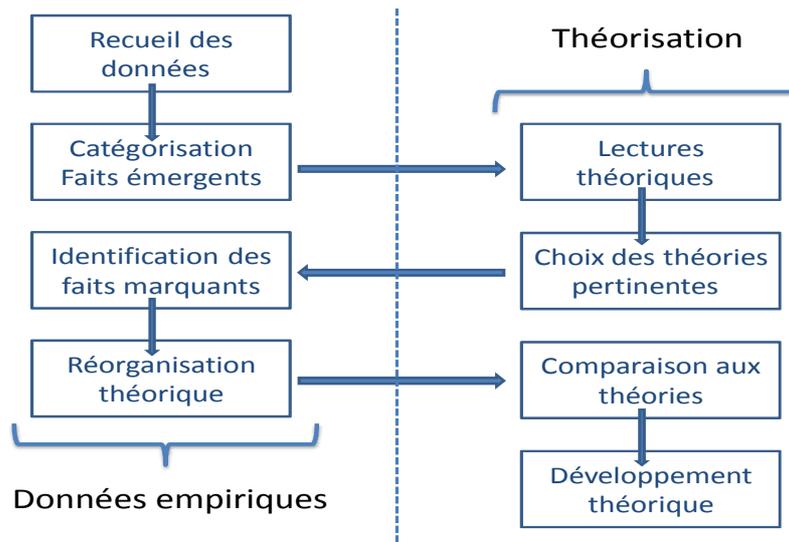
Chapitre IX Le parti pris d'une ontologie de site

La dernière étape d'un travail de recherche de nature qualitative, consiste habituellement à rapprocher les phénomènes majeurs observés des théories existantes, soit pour rendre compte de ces phénomènes sous une forme théorisée, soit pour proposer le développement de théories déjà existantes. Cette démarche est inductive lorsqu'après avoir fait le travail d'interprétation des données, elle génère ses théories, puis les compare aux théories existantes.

L'approche qui a été suivie est un peu différente. Elle peut être qualifiée d'abductive, dans la mesure où les phénomènes importants identifiés ont donné lieu à une recherche bibliographique, puis à un aller et retour entre données codées et théories. Cet aller et retour entre les phénomènes émergents et les apports théoriques constitue l'abduction en opposition à la déduction ou à l'induction. Ce cadre épistémologique est aujourd'hui défendu par plusieurs auteurs. Ainsi Philippe Lorino explique comment ce mode de raisonnement essaye de donner une explication théorique plausible à une situation inattendue (2005). Cette approche a également été proposée comme une source d'innovation théorique pour les sciences des organisations (Shepherd, Dean A. & Sutcliffe, Kathleen M.; 2011). Pour Sheperd et Sutcliffe, il est important que les données parlent d'elles-mêmes dans un premier temps. Les catégorisations sont, dans cette phase, naturelles et spontanées. Les phénomènes donnent lieu ensuite à une recherche dans la littérature scientifique, de façon à recenser des observations similaires et les théorisations qui les accompagnent. Dans la dernière phase, les phénomènes observés sont réinterprétés en fonction des théories existantes en refocalisant l'attention sur des faits marquants. Cette façon de faire essaye de répondre aux critiques habituellement faites à la méthode purement inductive (Shepherd, Dean A. & Sutcliffe, Kathleen M.; 2011). Selon ces critiques, la méthode inductive n'est jamais pure, car on ne peut exclure l'influence des connaissances théoriques antérieures du chercheur sur le codage qu'il effectue. Par ailleurs, il est souvent reproché à la méthode purement inductive de se contenter d'une description fouillée des phénomènes et de ne pas tenter de les théoriser. La proposition qui est faite par Sheperd et Sutcliffe est d'analyser les données aussi naïvement que possible, puis de faire émerger des points principaux, ensuite de sélectionner des travaux théoriques qui correspondent à ces faits et finalement étudier si les faits et les théories entrent en congruence ou bien si les faits nécessitent de nouveaux développements théoriques.

C'est cette approche qui a été suivie et qui est représentée par le schéma ci-après (Figure 6 Démarche abductive).

Figure 6 Démarche abductive



Cependant la démarche qui a été suivie est restée initialement inductive dans la mesure où un travail important d'analyse des données empiriques est intervenu avant que l'analyse de la littérature qui correspondait à des phénomènes proches de ceux observés ne soit utilisée. L'interprétation des données a permis ensuite de s'orienter sur les travaux des interactionnistes et de travailler sur les codes précédemment créés pour faire émerger des faits marquants qui donnent prise aux théories interactionnistes. Les apports théoriques se sont ainsi imposés dans la phase finale de l'analyse après une étude déjà approfondie des données. Une démarche abductive de confrontation régulière des données et de la littérature n'est ainsi intervenue que dans la partie finale de l'étude.

Une approche abductive dès le début du travail aurait sans doute permis une théorisation plus imaginative en permettant de revenir dès le début des entretiens sur les phénomènes majeurs que les théories pouvaient ou non éclairer (Shepherd, Dean A. & Sutcliffe, Kathleen M.; 2011). Cela aurait permis de se limiter à quelques-uns de ces phénomènes de façon à les approfondir pour éventuellement faire émerger de nouveaux éléments de théorisation. Cela fait partie des limites de cette étude dont l'apport essentiel est de montrer comment l'organisation des activités à l'hôpital au quotidien, permet d'illustrer les

débats sur la structuration des activités et la place des acteurs dans ce schéma. Le travail théorique final consiste plutôt au rapprochement de différentes théories, plutôt qu'à la proposition de nouveaux concepts.

Comment pouvons-nous cependant expliquer, que malgré cette démarche abductive tardive, l'ensemble du travail ait gardé une certaine cohérence ? Le travail éditorial à la fin du projet ne suffit pas à tout expliquer ; une logique sous-jacente devait être présente dès le début. Un article de Schatzki nous permet de revenir sur cette structure profonde du travail qui a permis l'interprétation que nous avons donnée du dispositif performatif (2005). Dans cet article Schatzki expose une nouvelle ontologie sociale qui se différencie, selon lui, de deux ontologies abondamment mobilisées en sciences sociales : l'ontologie de l'individu (« individualist ontology ») et l'ontologie de la société (« societist ontology »). L'ontologie de l'individu considère le fait social comme la synthèse des actions individuelles. C'est le terrain d'élection de l'individu calculateur. L'Evidence Based Management fait partie de ces ontologies qui considèrent qu'il suffirait à un individu, puissant, de connaître les règles du monde pour le faire tourner dans le bon sens. La version « ancienne » de l'institutionnalisme s'inscrit aussi dans cette perspective individualiste : l'homme politique déterminé peut imposer l'institutionnalisation de la vie sociale. Le chapitre II de cette thèse s'est appuyé sur les critiques des différents courants issus de cette approche.

A l'opposé, l'ontologie de la société s'oppose à l'individualisme et postule que la société est une réalité qui dépasse les individus. La question, pour les théories qui dérivent de cette ontologie, est de rechercher ce qui fait le ciment de la société. Marx invoque les rapports de production, Levi-Strauss les mythes, Parsons le système. Cette approche limite le rôle des sujets dans les schémas d'action. Nous avons effectivement vu au chapitre II comment ce type de théories pouvait donner des éléments d'explication de la performance des hôpitaux, mais qu'il restait une information résiduelle importante qui ne pouvait être prise en compte, notamment en ce qui concerne le rôle des acteurs et de leurs interactions.

Une nouvelle ontologie est donc nécessaire pour rendre compte de cette part résiduelle¹⁸. Schatzki propose de faire appel à l'ontologie de site (2005)¹⁹. C'est naturellement une approche qui s'inspire des faits situés et concrets. Les interactions qu'ils

¹⁸ Résiduelle ici ne veut pas dire minime, mais signifie « qui résiste à se faire expliquer » comme on l'entend d'une résiduelle d'un modèle de régression mathématique.

¹⁹ "A site is a type of context. For present purposes, a context can be loosely understood as an arena or set of phenomena that surrounds or immerses something and enjoys powers of determination with respect to it. Actions, for instance, occur in a spatial context; the objective spaces of the setting of action help determine how and which actions are performed."

produisent sont des éléments importants d'analyse. Les idées que l'on se fait a priori sur la hiérarchie des acteurs et le rôle des objets sont à bannir. Au contraire, il faut tenter de reconstituer l'ordre social en l'observant du bas. Shatzki explique d'ailleurs pourquoi l'ontologie de site est une alliée naturelle de l'ethnométhodologie, de l'interactionnisme symbolique et de la théorie de l'acteur réseau (Actor Network Theory). Nous avons ainsi une confirmation a posteriori qu'il était cohérent d'associer ces trois options dans la discussion sur le champ d'étude au chapitre I et sur l'épistémologie qui lui correspondait au chapitre III.

Les pratiques, comme site particulier de l'action sociale, sont présentées par Schatzki comme l'assemblage d'une chaîne d'action, d'un arrangement matériel et de principes communs qui orchestrent les fins, le sens et les émotions pour composer une structure téléo-affective. Le chapitre IV a, de même, tenté de dégager les phénomènes qui émergeaient comme des continuités entre les manifestations de l'action collective et les arrangements matériels. C'est ainsi que nous avons pu décrire dans ce chapitre, une modalité particulière d'action collective (le Qui-Vive), le rôle important des émotions comme guides de l'action, la connaissance comme instrument de la légitimité, et le rôle structurant des objets.

L'ontologie de site exprime, par ailleurs, le fait que la vie sociale est liée à un contexte d'action dans lequel elle s'exprime et que, ce faisant, elle crée aussi ce contexte. Pour expliquer un phénomène social, il faut donc comprendre le phénomène ainsi que le contexte dans lequel il se déploie. Les lieux, les événements, les pratiques de gestion constituent ces sites qui associent des formes d'action et des arrangements matériels. Il y a ainsi continuité entre l'acteur et le contexte dans lequel il agit. Le schéma qui a été proposé au chapitre V permet ainsi d'expliquer les pratiques de gestion des ulcères de pression comme une association entre actions et arrangements matériels. Les pratiques de gestion des escarres reposent ainsi sur une forme commune d'action qui s'appuie sur des ressources rémanentes (des arrangements matériels), et des pratiques réflexives qui ponctuent l'action.

Les pratiques constituent, selon Schatzki, des espaces d'intelligibilité qui donnent du sens aux choses. Il ne s'agit pas de donner de façon mécanique une signification à chaque acte, mais d'inscrire les actes dans un espace qui offre un horizon d'intelligibilité. Chaque fois qu'un acteur se déplace dans ces espaces d'intelligibilité, il peut donner du sens à ce qu'il fait. Ainsi l'infirmière, qui a perçu que la meilleure façon d'interpeller le médecin de l'hôpital B était de partager un café avec lui, reconnaît le caractère familial (patriarcal) de la gestion dans ce service. Elle s'en sert comme un moyen d'intercompréhension. En prenant le café, elle accepte les règles et accrédite que c'est la bonne façon de se comprendre. Les nouvelles aide soignantes qui n'ont pas compris ce fonctionnement, non seulement se mettent hors-jeu, mais invalident le fonctionnement du service et le mettent en danger.

Dans le chapitre VI, nous avons décrit trois horizons d'intelligibilité qui s'expriment par les différentes façons de cadencer l'enchaînement des processus et de choisir les

ressources rémanentes (des arrangements matériels selon Schatzki). Ainsi, chaque agent peut donner du sens à son action et la situer par rapport à un horizon, un idéal-type, qui lui indique les bonnes façons d'agir.

Schatzki nous donne des exemples d'espaces d'intelligibilité: celui de la politique, celui de la cuisine, celui du jardinage ou celui de l'université. Ces espaces d'intelligibilité composent des sémantiques particulières qui associent un registre d'actions pertinentes, des objets et un répertoire de mots. Dans le chapitre VI nous avons identifié des espaces sémantiques différenciés qui donnent une intelligibilité aux actions produites et une forme de performativité. Nous distinguons ainsi un espace charismatique-humaniste, un espace hypothético-déductif, un espace rhizomatique de réputation. Notre intention n'a pas été de limiter les horizons possibles, mais d'esquisser une approche d'identification de ces espaces par l'étude des chaînes d'action, des objets recrutés, des principes d'action et de mise à l'épreuve des actions produites.

Finalement, Schatzki ne conteste pas la capacité des ordres macrosociaux à encadrer l'action individuelle et collective ; cependant, il insiste sur le fait que l'efficacité de ces ordres macrosociaux ne peut être complètement comprise sans une analyse des sites qui associent pratiques et arrangements matériels²⁰. Pour comprendre les organisations, il est ainsi nécessaire de comprendre les chaînes d'action, de s'intéresser aux ensembles qui associent pratiques et arrangements matériels, d'essayer de relier ces arrangements avec d'autres réseaux de pratiques.

Chercher ce qu'il y a de commun entre différentes pratiques, mettre à jour les formes d'orchestration de ces pratiques, décrire les ordres téléologiques, interpréter les croyances et les désirs, voilà ce qui constitue le programme de recherche de la nouvelle ontologie que nous propose Schatzki. Nous en avons donné une interprétation pour l'enseignement et la recherche en management des organisations de santé au chapitre VIII.

Ainsi le travail qui a été présenté n'est pas neutre. Il s'est inscrit dans une ontologie particulière qui met en avant le caractère performatif de la culture professionnelle des médecins et des soignants. Cette orientation procède d'un parti pris qui conçoit les connaissances comme une construction sociale issue de la rencontre de différents réseaux d'acteurs. Cette conception s'oppose à une vision neutre et désincarnée de la science

²⁰ Ceci rejoint l'opinion de Pierre Bourdieu : « Toute mon entreprise scientifique s'inspire en effet de la conviction que l'on ne peut saisir la logique la plus profonde du monde social qu'à condition de s'immerger dans la particularité d'une réalité empirique, historiquement située et datée, mais pour la construire comme cas particulier du possible, selon le mot de Gaston Bachelard, c'est-à-dire comme un cas de figure dans un univers fini de configurations possibles » (Bourdieu, P.; 1994).

(Alcadipani, Rafael & Hassard, John; 2010 ;Callon, M. & Latour, B.; 1981; Latour, B.; 2005).
La recherche scientifique s'inscrit ainsi dans le débat social et n'échappe pas aux points de
vue situés que chacun d'entre nous a de la performance des organisations de santé.

Synthèse chapitre IX

La démarche de recherche s'est située entre induction et abduction. L'aller et retour entre l'analyse des données et la théorisation est en effet intervenu assez tardivement dans le travail de recherche.

Le travail a ainsi essentiellement eu pour objectif d'interpréter des pratiques de santé à l'aide de cadres théoriques rarement utilisés dans ce domaine en France.

Le travail affiche néanmoins une cohérence qui a été induite par l'ontologie de site sous-jacente. Le travail repose donc sur un a priori ontologique qui met en valeur le caractère performatif de la culture médicale.

CONCLUSION

La performance des hôpitaux est l'objet de travaux fréquents, cependant ces travaux l'étudient le plus souvent dans le cadre d'une épistémologie qui privilégie les facteurs macrosociaux. Ainsi l'étude des politiques publiques au travers de leurs aspects réglementaires, l'analyse financière par le biais de la tarification des actes ou la sociologie des groupes sociaux apportent certes des éclairages intéressants, mais elles risquent de laisser dans l'ombre des mécanismes qui se situent à un niveau intermédiaire : entre l'organisation dans son ensemble et l'individu. Les facteurs macrosociaux qui sont classiquement utilisés pour décrire la performance en santé, offrent en fait assez peu de prise aux acteurs de terrain dans le cadre de leur travail quotidien.

Les sciences de l'organisation permettent, au contraire, de s'intéresser au niveau méso-organisationnel du travail (Heath, Chip & Sitkin, Sim B.; 2001). Les collectifs, telles les unités de travail, l'équipe ou les pôles d'activité, sont des lieux de la production de l'hôpital qui favorisent les interactions entre les individus. Ce sont des sites d'action pour les cadres intermédiaires parmi lesquels nous identifions les cadres de santé et les médecins-managers. Le travail de recherche, qui a été conduit sur la performance des hôpitaux, a ainsi privilégié ce niveau méso-organisationnel, c'est-à-dire le périmètre des collectifs de travail de moyenne taille. Ce parti pris a nécessité de se rapprocher des conditions réelles de travail et de choisir un terrain d'investigation empirique. La gestion de la prise en charge des personnes fragiles à risque d'escarre, a ainsi offert un champ très fructueux pour une recherche sur l'organisation des soins à l'hôpital. Cette situation clinique constitue une difficulté pour les équipes soignantes qui ne peuvent la maîtriser seulement par des mesures techniques. Les différences observées entre les équipes, à la fois dans la littérature et sur le terrain, font en effet penser que les mécanismes organisationnels tiennent une part importante dans les solutions trouvées. C'est cette hypothèse qui a conduit tout le travail de recherche. Elle a nécessité de revoir en profondeur les cadres conceptuels habituellement mobilisés pour parler de l'action de façon à préserver le rôle des acteurs. La thèse qui est développée présente ainsi, tout d'abord un apport épistémologique sous la forme d'une revue critique des cadres conceptuels habituellement utilisés pour parler de la performance des hôpitaux, puis ensuite un apport théorique en proposant un cadre de compréhension des dispositifs d'action mis en œuvre dans les hôpitaux pour prendre en charge les patients fragiles à risque d'escarre.

Nous passerons en revue ces deux apports avant de resituer le travail dans son contexte et d'ouvrir de nouvelles perspectives.

1. Un détour épistémologique nécessaire

De façon à étudier la pratique de gestion des escarres, plusieurs cadres d'analyse fondés sur une perspective théorique qui s'intéresse à l'action, ont été mobilisés. Le premier de ces cadres, le cadre positiviste, s'appuie sur une vision instrumentale de l'action qui privilégie la relation causale mécanique entre un processus et un résultat. Un deuxième cadre s'appuie sur la théorie fonctionnaliste ou systémique du fonctionnement des groupes sociaux. Un troisième cadre s'appuie sur les théories sociales de l'organisation. Ces trois approches ont été mobilisées dans un premier temps, pour essayer de comprendre la différence observée entre les performances des différents services rencontrés.

La culture positiviste est souvent perçue comme la seule et unique source d'inspiration pour conduire l'action en santé. La démarche hypothético-déductive a fait le succès de cette approche en démontrant des relations de cause à effet entre par exemple des traitements médicamenteux et des guérisons. Cependant la relation d'objet qu'elle introduit offre une compréhension limitée des possibilités d'action d'un manager, en particulier lorsque les mécanismes d'action deviennent complexes et multiples. Dans l'étude des ulcères de pression, nous avons vu que cela pouvait conduire à enfermer les pratiques dans des approches qui privilégient le traitement sur la prévention. L'approche positiviste isolée, appauvrit ainsi la vision que l'on a de la performance, en la limitant à l'une des dimensions de l'action. Cette dimension technique de la performance est certes importante mais bien souvent insuffisante lorsque l'habileté collective est nécessaire.

La vision fonctionnaliste de la société a le mérite de s'intéresser au fonctionnement des groupes sociaux. Cette approche permet de mettre l'accent sur les processus d'action et les différentes dimensions qui les soutiennent : dimension stratégique, technique, structurelle et culturelle. Cet effort de conceptualisation de l'action s'appuie sur une vision biologique des systèmes et trouve une correspondance « naturelle » avec l'idée que l'on se fait habituellement du management, notamment en santé. Cependant ce modèle fait abstraction de la capacité des acteurs à interagir, à innover et à faire évoluer leur cadre d'action.

Le modèle socio-politique, à l'inverse, réintroduit les mécanismes de confrontation au sein des organisations. L'individu et les professions constituées deviennent des acteurs stratégiques et les organisations peuvent être prédites en fonction de leur contexte d'action. En poussant plus loin, l'approche conventionnaliste offre des éléments de compréhension des mécanismes collectifs qui permettent de décider et d'agir en dépassant le cadre de l'individu calculateur et intéressé. Cette approche ouvre des perspectives pour la compréhension des mécanismes de coordination de l'action.

Les trois cadres précédents, mis à l'épreuve de la gestion des escarres, expliquent difficilement la part résiduelle de la performance qui repose sur des mécanismes

dynamiques. Ces processus dynamiques font évoluer les pratiques, induisent des comportements de groupe et construisent des univers cohérents où les rôles et les objets occupent des places symétriques.

Une épistémologie spécifique a permis d'aller puiser dans les mécanismes interactionnels pour expliquer la performance des équipes hospitalières confrontées à la gestion des escarres. Cette épistémologie se fonde sur la tradition pragmatiste incarnée par Goffman, Strauss et Weick (Goffman, Erving; 1983 ; Goffman, Erving; 1991 Trad. éd. 1974 ; Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C.; 1997 1st éd. 1985 ; Weick, Karl; 1979 2nd ed.). Ce cadre de réflexion utilise le dispositif d'action, comme un espace de déploiement de la performance. Il donne également beaucoup d'importance aux interactions de différentes natures : interaction entre les personnes, interaction entre les processus d'action, interaction entre les actants (sujets, objets matériels et immatériels). En introduisant la notion d'ordre négocié, Anselm Strauss (1992 Textes réunis par Isabelle Baszanger) met en avant ces mécanismes interactionnels entre les différents acteurs à l'hôpital, et en montre les capacités de mobilisation pour l'action.

L'étude de la gestion des escarres à l'hôpital, en utilisant le cadre interactionniste symbolique, a poursuivi l'objectif de préserver les dynamiques d'action. Elle a mis en avant les collectifs d'individus comme des sites d'action qui intègrent des mécanismes complexes et efficaces d'intercompréhension. Ce travail au sein des services de suite et de réadaptation a montré également comment il pouvait générer de nouvelles questions théoriques.

2. Des managers et des acteurs

De façon à expliquer la performance des équipes de soins, nous avons émis l'hypothèse que cette performance résultait de la capacité des services performants à structurer leur activité. Le terme « structurer » n'est pas anodin et fait référence à tout un courant de recherche qui met en exergue les capacités d'action des individus (Giddens, Anthony; 1979). Cette approche privilégie le mouvement sur la structure figée et s'appuie sur la tradition interactionniste symbolique pour étudier les mécanismes d'organisation (Czarniawska, Barbara; 2006). Cela nous a amené à porter beaucoup d'attention aux schémas d'action et d'interaction. Cette vision dynamique de l'action amène également à beaucoup de prudence quand il s'agit de définir la contribution des ressources matérielles au schéma d'action. Le risque est en effet grand d'écraser les possibilités d'action sous le poids de la structure matérielle. En nous aidant de la théorie de la structuration (« structuring ») nous avons pu décrire la gestion des ressources comme un mécanisme de structuration intimement lié à l'action. Nous avons pu ainsi nous appuyer sur de nombreux travaux qui reconsidèrent aujourd'hui le rôle des routines et des artefacts matériels dans la structuration

de l'action (Cohen, Michael D.; 2007 ; Feldman, Martha S. & Pentland, Brian T.; 2003 ; Rerup, Claus & Feldman, Martha S.; 2011). Enfin nous avons pu montrer comment ces mécanismes de structuration pouvaient gagner en légitimité et en lisibilité par leur inscription dans des conventions sociales plus générales (Gomez, Pierre Yves & Jones, Brittany C.; 2000 ; Robichaud, Daniel, Giroux, Hélène & Taylor, R. James; 2004).

Au terme de notre travail, nous montrons qu'une gestion performante des escarres mobilise trois mécanismes majeurs qui structurent un dispositif performatif dense. L'action est tout d'abord organisée selon différentes dimensions ce qui constitue un dispositif. Ce dispositif est performatif car il privilégie la structuration de l'action en train de se faire plutôt que les structures figées. Enfin ce dispositif est dense car les managers lui donnent de l'épaisseur en agissant sur chacune de ses dimensions.

Nous allons reprendre dans l'ordre ces trois points.

Dispositif d'action

Nous avons pu montrer comment les pratiques de gestion des escarres mettaient en œuvre des éléments de structuration sur plusieurs axes. Nous avons ainsi identifié 3 dimensions de la structuration de l'action. Une première dimension (que nous avons nommée synchronique), permet de décrire un pattern d'action qui associe différents processus et mécanismes spécifiques de coordination. Une deuxième dimension (diachronique) articule ce pattern d'action et des ressources rémanentes comme une mémoire collective de l'activité. Enfin un mécanisme de modalisation permet d'adapter le schéma d'action selon différentes conventions sociales.

Nous avons ainsi tout d'abord mis en évidence un mécanisme de coordination qui est décrit par le langage familier comme un Qui-Vive. Ce pattern d'action articule une initiation de l'attention, une caractérisation de la situation et une mobilisation pour l'action. Ce Qui-Vive correspond à un schéma d'action collective qui met en première ligne des sentinelles prêtes à activer l'attention de l'ensemble du groupe et l'action qui en résulte. L'articulation des différents processus (initiation, caractérisation et mobilisation) structure la dimension temporelle des événements et compose ainsi la dimension synchronique de l'action.

Nous avons ensuite montré comment chacun des processus était soutenu par des ressources qui laissaient une mémoire collective. Des nomenclatures aident ainsi à soutenir l'attention et à l'activer. Une phronesis, correspondant à un ensemble de règles pratiques, permet de qualifier les situations et d'orienter l'action collective. Enfin une panoplie met à disposition des acteurs des outils préparés à l'avance. Nomenclature, phronesis et panoplie

constituent la dimension temporelle de l'activité, son axe diachronique qui au-delà des événements fait persister une mémoire et un savoir-faire comme des routines constamment réévaluées et modifiées. Des moments réflexifs inscrits dans l'action immédiate ou bien créés par des arrêts de l'action participent à l'entretien ou l'adaptation des routines.

Finalement des mécanismes de modalisation des dimensions synchroniques et diachroniques permettent d'inscrire l'action dans une logique supérieure, une convention, qui donne du sens à l'action. Nous avons pu décrire ainsi trois types de convention qui modalisent le schéma du Qui-Vive : un type charismatique-humaniste qui fonde sa légitimité sur le processus d'interprétation des situations, un type hypothético-déductif qui organise l'expérience pour apprendre collectivement et enfin un type rhizomatique de réputation qui s'inscrit dans un réseau d'expertise où les objets jouent le rôle de médiateurs.

Dispositif performatif

Notre étude fait ainsi apparaître les mécanismes interactifs comme de puissants effecteurs adaptés à différentes configurations de travail. Le manager en santé pourra ainsi mobiliser la dimension synchronique comme un résumé de l'attitude collective ; cela constituera ce qu'Anselm Strauss appelle « l'arc de travail » (Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C.; 1997 1st éd. 1985). Cet « arc de travail », ou pattern d'action, s'appuie sur des attitudes plutôt que sur des actions prescrites. Différentes situations pourront appeler différents patterns. Pour la gestion des escarres nous avons pu décrire le Qui-Vive comme un pattern efficace mais pour d'autres situations d'autres patterns peuvent se révéler plus pertinents. Le concept de pattern permet de spécifier la nature des coordinations sans avoir à prescrire l'action de façon précise. C'est un mécanisme qui permet de laisser aux acteurs leur autonomie tout en spécifiant les attitudes et les mécanismes de coordination attendus.

Ce pattern d'action prend appui sur le champ des ressources rémanentes qui en constituent l'arrière-plan diachronique (ou paradigmatique). Nous avons vu comment cet arrière-plan pouvait contraindre ou appuyer l'action et comment il était également le produit de l'action. Les services de soins performants sont finalement aussi, ceux qui ont réussi à modifier leur environnement matériel.

Cette description du dispositif d'action fait apparaître des possibilités managériales pour faire agir tout en préservant l'autonomie des acteurs. Nous retrouvons des arrangements similaires décrits dans d'autres situations d'action. Ainsi un article récent fait la description d'un dispositif de management public participatif (inclusive public management) qui propose un schéma d'interaction reconnaissant aux citoyens la capacité à intervenir (Feldman, Martha S., Khademian, Anne & Quick, Kathryn; 2009). Ce schéma propose d'articuler des actions, des ressources et un cadre d'interprétation. Cet assemblage est décrit comme une structure d'action qui permet d'évoluer avec le temps en laissant aux

acteurs des possibilités d'interaction. Nous avons ainsi identifié, avec cet article, une contribution qui fait entrevoir la possibilité de généraliser le concept de dispositif performatif à différents domaines.

Dispositif performatif dense

La prise en compte de différentes dimensions de la performance, l'axe synchronique, l'axe diachronique et les possibilités de modalisations, fait émerger différentes capacités d'action des managers. Ils pourront ainsi spécifier l'arc de travail et le qualifier ; ils pourront l'instituer (l'énacter) en portant attention aux conditions de création des ressources ; ils pourront finalement le modaliser en l'inscrivant dans une rationalité lui donnant du sens dans un contexte particulier.

Les possibilités d'action managériale que nous avons énumérées ci-dessus construisent une gestion dense des dispositifs performatifs en santé. Le manager s'écarte ainsi d'une gestion ostensive qui se limite à contrôler la mise en œuvre conforme des processus. Il agit en profondeur en accompagnant sa gestion d'une compréhension élaborée de l'arc de travail, en lui associant de façon cohérente les ressources et faisant émerger des significations qui en feront un dispositif performatif. Le manager passe ainsi d'une gestion ostensive qui se limite à la prescription des manifestations extérieures de l'action, à une gestion performative de l'action en santé qui s'appuie sur une densification du schéma d'action préservant et valorisant l'autonomie des acteurs.

En décrivant des dispositifs performatifs denses nous retournons finalement aux sources du terme « performance ». A l'origine, le terme « performance » était utilisé au pluriel car il s'agissait de décrire les caractéristiques qui permettaient de prédire le succès d'un cheval de course en certaines circonstances (Stiegler, Bernard; 2004). Il n'y avait pas alors une performance, mais des performances, en fait autant de performances que de situations. Les arrangements matériels, comme la nature du terrain, ou bien la longueur de la piste, ou encore la météorologie, déterminaient les différentes performances du cheval. Ce terme a ensuite été singularisé pour désigner un acte singulier voire exceptionnel. Il s'agit alors de la performance de l'artiste ou du « performer » en langue anglaise. L'histoire du terme peut ainsi être utilisée pour expliquer les dérives de sa signification : une attente singulière, exceptionnelle, qui s'impose à l'individu en toutes circonstances et qui sera jugée sur ses effets ostensifs (Heilbrunn, B.; 2004).

A l'inverse, en parlant de dispositif performatif dense, nous restituons à la performance son caractère d'origine : nous en faisons plutôt un ensemble de caractéristiques nécessaires qu'un résultat à atteindre. Finalement nous inscrivons la performance dans une vision dynamique de l'action et comme l'expression de la congruence

entre une situation d'action, un arrangement matériel et des conventions d'action. Cela situe les enjeux de la performance plutôt du côté des collectifs de travail et des managers plutôt que du côté des individus isolés.

3. Le site d'action comme nouveau terrain d'exploration

Le débat qui a opposé la structure et l'action au cours du XXème siècle se perpétue autour des concepts de structuration ou d'institutionnalisation. Des convergences sont tentées. Ainsi une publication de Karl Weick essaie de composer entre la notion de « sensemaking » et les productions récentes du néo-institutionnalisme (2005). Des articles récents tendent également à combler ce vide théorique en étudiant les routines comme une confrontation des pratiques réelles et des mécanismes de leur légitimation (Labatut, Julie, Aggeri, Franck & Girard, Nathalie; 2012 ; Salvato, Carlo & Rerup, Claus; 2011). Il nous semble que le cadre conventionnaliste pourrait également avoir un rôle à jouer dans ce débat, en offrant des mécanismes souples d'indexation des activités quotidiennes sur des registres d'action plus généraux et considérés comme légitimes.

Ces questions, qui opposent un cadre structuré et une capacité d'action, sont très actuelles en santé. Comment préserver l'autonomie nécessaire des acteurs, mais pourtant garantir la sécurité et l'efficacité des soins ? Le législateur est tenté de vouloir prescrire la sécurité des soins, mais est-il possible de tout prévoir ? Bien que du temps se soit écoulé depuis les premières descriptions du travail médical par Strauss, l'ordre négocié reste le mécanisme de coordination efficace quand l'hôpital est confronté à des situations inattendues. Alors comment donner un cadre à cet ordre négocié ? Il est intéressant, à cet égard, d'observer les évolutions récentes sur la question de la sécurité des soins. Un article récent dans une revue de l'Assurance Maladie dresse les perspectives dans ce domaine (Saintoyant, V., Duhamel, G. & Minvielle, E.; 2012). Les mécanismes de signalement des situations à risque s'avèrent peu efficaces car ils sont longs et distants des acteurs. Des mécanismes en circuit court leur sont aujourd'hui préférés. Plus généralement des mécanismes culturels sont invoqués de façon à gérer les situations à risques par des attitudes convenues. Un rapport soumis au Haut Conseil de la Santé Publique soutient cette position (Dédale, 2012)²¹. Ce rapport tente d'apporter une réponse à l'opposition entre la flexibilité et l'ordre. La solution qu'il propose consiste à créer des univers résilients qui préservent l'autonomie des acteurs.

²¹ Il faut que le système de soins s'approprie l'objectif de la sécurité des patients, la promesse en valeur professionnelle. Il lui faut conserver, valoriser et développer des caractéristiques de fiabilité organisationnelle liées à l'intelligence collective, à la réactivité, à la maîtrise des situations - y compris imprévues -, à la gestion des marges - y compris l'anticipation des marges futures -, à la gestion de réserves. Bref, tout en se donnant de l'ordre, il lui faut valoriser et développer cet ensemble de qualités que l'on regroupe aujourd'hui sous le vocable de « résilience organisationnelle ».

Le dispositif performatif peut offrir ce cadre de légitimation et de structuration d'une action autonome, mais nous avons vu que d'autres mécanismes pouvaient aussi être invoqués. Nous voyons ainsi se dessiner toute une typologie d'arrangements, ou plutôt de sites d'action pour reprendre la formule de Schatzki (2005), qui vont du mécanisme interactif le plus simple jusqu'aux routines les plus formalisées. L'étude de cette typologie ouvre de nouveaux horizons pour le management de la performance en santé.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
PARTIE I : Des pratiques de soins qu'il faut interpréter	17
Chapitre I Les pratiques performantes sont inégalement distribuées	19
1. La prise en charge des escarres.....	19
a. Description clinique et physiopathologique de l'escarre	21
b. Moyens de prévention et de traitement.....	24
c. Prévalence, incidence et difficultés rencontrées	25
2. L'organisation comme facteur de la performance clinique	26
a. La gestion des escarres : nouvelle problématisation.....	26
b. La gestion des escarres : Hypothèses principale et secondaires	27
3. Le champ d'investigation	28
a. Le choix du terrain	28
b. Les personnes rencontrées	29
c. La conduite des interviews.....	30
Chapitre II La gestion des escarres à l'épreuve des théories de l'action	33
1. Le modèle positiviste	34
a. L'Evidence Based Medicine.....	34
i. Evidence Based Medicine et Evidence Based Management.....	35
ii. Les processus cognitifs ne se limitent pas à la connaissance transférable	36
iii. Le cadre épistémologique choisi n'est pas neutre.....	38
b. Evidence Based Medicine et gestion des escarres	41
i. L'Evidence Based Medicine n'est pas suffisante.....	41
ii. L'apport de Tom Defloor pour une gestion experte	43

iii. Les données empiriques plaident pour le rôle de l'organisation	45
2. Le modèle fonctionnaliste de Talcott Parsons.....	48
a. Le modèle systémique dominant en santé.....	48
i. Le modèle de Sicotte et Champagne.....	49
ii. Le modèle de Shortell.....	51
iii. Une représentation qui exclut les acteurs	55
b. L'importance des acteurs et du temps dans la gestion des escarres.	59
i. L'illusion de la fonction stratégique	60
ii. L'influence réciproque des ressources, des normes et des rôles	62
iii. La culture comme ressource mobilisable	64
iv. La place nécessaire de l'agent et de la temporalité	65
3. Le modèle politico-social	65
a. La sociologie des organisations.....	66
i. L'organisation intègre les affrontements et les compromis sociaux.....	67
ii. Les conventions réintroduisent le jeu des acteurs.....	69
iii. L'institution établit un cadre formel d'interaction.....	75
b. La gestion des escarres dans son contexte d'action sociale	76
i. Le modèle productif de l'hôpital face à l'escarre	77
ii. Des jeux stratégiques complexes au sein des établissements.....	80
iii. Les dynamiques culturelles.....	82
iv. Un monde professionnel pluriel	83
v. Aller au-delà et puiser dans l'épaisseur des dispositifs d'action	84
4. Le nécessaire retour aux dispositifs d'action pour comprendre la gestion des escarres.	86
Chapitre III Le choix d'une épistémologie pragmatique	91
1. Saisir la performance des soins sur leur lieu de production	92
2. Une heuristique cohérente avec l'objet de recherche.....	93
a. L'étude de cas et la description en couche épaisse	93
b. La catégorisation ascendante à partir des données de terrain	94
3. Un cadre théorique d'interprétation qui remet l'action au centre	97

a. Les interactions comme mécanismes primaire d'organisation	98
b. Les patterns d'action (Karl Weick)	100
c. La structuration (Giddens, Dutton et Feldman)	101
d. Les conventions donnent du sens à l'action.....	104
i. Le cadre conceptuel conventionnaliste	107
ii. L'approche conventionnaliste dans le domaine de la santé	109
4. Une stratégie d'analyse en trois temps	111
a. Les processus interactionnels émergents	111
b. La réorganisation du dualisme structure-structuration du schéma d'action	112
c. La modalisation du schéma d'action par les conventions d'action.....	112
PARTIE II : Les interactions au cœur de la gestion	115
Chapitre IV Le schéma d'action primaire.....	117
1. Les émotions comme révélateur de la qualité des interactions	117
a. Les différentes formes de culpabilité.....	119
b. Le sentiment d'efficacité au travail	122
c. A quoi servent les émotions ?	129
d. L'organisation de la compassion.....	134
2. Le Qui-vive constitue un schéma primaire d'action	137
a. Les processus primaires du Qui-Vive	138
i. L'inquiétude partagée	139
ii. L'identification d'une menace collective	140
iii. La mise à disposition de ressources communes.....	141
iv. La réactivité comme valeur de travail.....	141
b. La constitution du Qui-Vive au cœur des pratiques.....	142
c. La parenté du Qui-Vive et du « Mindfulness »	146
d. La dimension synchronique du Qui-Vive.....	147
3. L'influence réciproque des objets, rôles et normes	151
a. Les objets frontières définissent de nouveaux rôles.....	152
b. Les nouvelles nomenclatures	157

c. Les différentes figures du patient.....	158
d. Prescription, interpellation et canalisation de l'action.....	160
e. Le schéma diachronique d'interaction.....	165
4. Les connaissances comme outil de modalisation.....	166
a. Une légitimité à conquérir par les chefs de service.....	167
b. La pédagogie et la clinique comme métaphores de la gestion.....	169
c. Les limites de la connaissance experte.....	171
d. Le mode de connaissance comme facteur de différenciation.....	171
Chapitre V Les mécanismes qui structurent le schéma d'action.....	177
1. La relecture des faits marquants comme éléments structurants.....	177
a. La prise en charge des escarres à l'hôpital B.....	177
b. La prise en charge des escarres à l'hôpital C.....	187
c. La prise en charge des escarres à l'hôpital D.....	196
2. Une structuration commune de l'activité.....	207
a. La structuration synchronique.....	207
b. Les ressources rémanentes comme éléments diachroniques.....	211
c. Les temps de réflexion et de mise en cohérence.....	213
i. Temps réflexif et dimension synchronique.....	214
ii. Temps évaluatif et dimension diachronique.....	215
3. Le dispositif performatif de la gestion des escarres.....	215
a. Structuration synchronique du pattern of actions.....	215
b. Ressources rémanentes et mécanismes endogènes de changement.....	216
c. Temps réflexif et « sensemaking ».....	217
d. La constitution du dispositif d'action.....	218
Chapitre VI La modalisation construit un cadre partagé de compréhension.....	223
1. La modalisation des éléments structurants.....	223
a. La modalisation de l'axe synchronique.....	223
i. Initiation de l'attention.....	224
ii. Définition de la situation.....	226
iii. Passage à l'action.....	228

b. La modalisation de l'axe diachronique	230
c. La modalisation des processus cognitifs et réflexifs.....	231
2. La lecture des mécanismes de modalisation.....	233
a. L'explication par l'analyse conventionnelle	233
b. Les rhétoriques de légitimation	235
i. Le type B : dispositif charismatique.....	236
ii. Le type C : dispositif hypothético-déductif.....	241
iii. Le type D : dispositif rhizomatique de réputation.....	246
c. Des logiques d'action qui s'excluent	250
d. Autres dispositifs	253
i. Dispositif politique.....	253
ii. Dispositif fabriqué	255
iii. Dispositif neutralisé.....	256
PARTIE III : Les dispositifs performatifs en santé.....	259
Chapitre VII Le management des dispositifs performatifs denses.	261
1. Les caractéristiques des dispositifs performatifs.....	261
a. Le pattern d'action	263
b. La dimension diachronique de l'action	263
c. Les modalisations conventionnelles.....	264
2. La densification du dispositif	265
3. Le management d'un dispositif performatif dense.....	266
a. Qualifier.....	266
b. Inter-structurer l'action et l'environnement	267
c. Inscrire l'action dans une méta-conversation	268
Chapitre VIII La promulgation sociale des dispositifs performatifs denses.....	271
1. La dimension organisationnelle des politiques de santé	271
2. Les conséquences pour l'enseignement.....	275
3. Les perspectives de recherche	276
Chapitre IX Le parti pris d'une ontologie de site	283

CONCLUSION.....	291
1. Un détour épistémologique nécessaire.....	294
2. Des managers et des acteurs.....	295
5. Le site d'action comme nouveau terrain d'exploration.....	299
TABLE DES MATIÈRES.....	301
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	307
TABLE DES SIGLES UTILISÉS.....	309
RÉFÉRENCES.....	311
Abstract.....	328
Résumé.....	328

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 Cadre conceptuel de la performance hospitalière	51
Figure 2 Schéma adapté des propositions de Shortell (1998)	52
Figure 3 Schéma d'analyse des critères d'accréditation (HAS, 2011)	54
Figure 4 Schématisation du dispositif d'action.....	219
Figure 5 Dispositif d'action	262
Figure 6 Démarche abductive	284
Tableau 1 Définition historique.....	20
Tableau 2 Grille de sévérité	22
Tableau 3 Echantillon des interviews	31
Tableau 4 Description des idéaux-types de l'Economie de la Grandeur	73
Tableau 5 Description de la cité par projet	74
Tableau 6 Faits marquants recueillis à l'hôpital B.....	186
Tableau 7 Faits marquants recueillis à l'hôpital C.....	195
Tableau 8 Faits marquants recueillis à l'hôpital D.....	206
Tableau 9 Processus communs aux trois hôpitaux	208
Tableau 10 Catégorisation des ressources par type d'activité.....	212
Tableau 11 Activités de réflexion et d'évaluation.....	214
Tableau 12 Densité d'utilisation des sous-processus	224
Tableau 13 Hôpital B, cité domestique ?	237
Tableau 14 Analyse du dispositif charismatique.....	241
Tableau 15 Hôpital C, cité industrielle ?	242
Tableau 16 Analyse du dispositif Hypothético-déductif.....	246
Tableau 17 Hôpital D, cité de l'opinion?	247
Tableau 18 Analyse du dispositif rhizomatique de réputation.....	250
Tableau 19 Hôpital A, cité citoyenne?	254

TABLE DES SIGLES UTILISÉS

AGIL	Attainment Goal Integration Latencies
ANAES	Agence Nationale d'Evaluation et d'Accréditation en Santé
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANT	Action Network Theory
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignante
EBM	Evidence Based Médecine
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
JSTOR	Journal Storage
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MEAH	Mission d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
PERSE	Prévention Education Recherche Soins Escarres
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation

RÉFÉRENCES

- Adab P, Rouse AM, Mohammed MA, and Marshall T. (2002) Performance league tables: the NHS deserves better. *BMJ* 324 (7329): 95-98.
- Alcadipani R, and Hassard J. (2010) Actor-Network Theory, organizations and critique: towards a politics of organizing. *Organization* 17 (4): 419-435.
- Alvesson M. (2002) *Understanding Organizational Culture*. London: Sage, 214 pages.
- Amblard H, Bernioux P, Herreros G, and Livian Y. (2005) 1ère éd 1996. *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris: Le Seuil, 292 pages.
- ANAES. 2002. "Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé." Date d'accès: 2012. Disponible à partir de http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436583/principes-de-mise-en-oeuvre-d-une-demarche-qualite-en-etablissement-de-sante.
- 2004. "Accréditation 2ème version (Communiqué de presse 18 octobre 2004)." Date d'accès: 2012. Disponible à partir de <http://www.has-sante.fr>.
- ANAES, PERSE, AP-HP, and SFFPC. 2001. "Conférence de consensus: Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé." Date d'accès: 2012. Disponible à partir de http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Escarres_court.pdf.
- Anthony D, Papanikolaou P, Parboteeah S, and Saleh M. (2010) Do risk assessment scales for pressure ulcers work? *J Tissue Viability*. 19 (4): 132-136.
- Anthony D, Parboteeah S, Saleh M, and Papanikolaou P. (2008) Norton, Waterlow and Braden scores: a review of the literature and a comparison between the scores and clinical judgement. *J Clin. Nurs*. 17 (5): 646-653.
- Argyris C. (1957) The Individual and Organization: Some Problems of Mutual Adjustment. *Administrative Science Quarterly* 2 (1): 1-24.
- Ashkanasy N, Widerom C, and Peterson M. (2000) *Handbook of Organizational Culture & Climate*. Thousand Oaks, CA: Sage,
- Autissier D, and Bensebaa F. (2006) *Les défis du Sensemaking en Entreprise*. Paris: Economica, 283 pages.
- Bachelard G. (1938) Edition Poche 1996. *La formation de l'Esprit Scientifique*. Paris: Vrin, 252 pages.

- Baker R, Ginsburg L, and Langley A. 2004. An Organizational Science Perspective on Information, Knowledge, Evidence, and Organizational Decision-Making. eds L Lemieux-Charles and F Champagne, 86-114. Toronto: University of Toronto Press.
- Bakken T, and Hernes T. (2006) Organizing is Both a Verb and a Noun: Weick Meets Whitehead. *Organization Studies* 27 (11): 1599-1616.
- Baldelli P, and Paciella M. (2008) Creation and implementation of a pressure ulcer prevention bundle improves patient outcomes. *Am J Med Qual* 23 (2): 136-142.
- Bansal P. (2003) From Issues to Actions: The Importance of Individual Concerns and Organizational Values in Responding to Natural Environmental Issues. *Organization Science* 14 (5): 510-527.
- Bardes CL. (2012) Defining Patient-Centered Medicine. *New England Journal of Medicine* 366 (9): 782-783.
- Barley SR. (1986) Technology as an Occasion for Structuring: Evidence from Observations of CT Scanners and the Social Order of Radiology Departments. *Administrative Science Quarterly* 31 (1): 78-108.
- Barry MJ, and Edgman-Levitan S. (2012) Shared Decision Making : The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New England Journal of Medicine* 366 (9): 780-781.
- Batifoulier P. (1992) Le rôle des conventions dans le système de santé. *Sciences Sociales et Santé* 10 (1): 6-44.
- Batifoulier P, and Gadreau M. (2006) Comportement du médecin et politique économique de santé. Quelle rationalité pour quelle éthique? *Journal d'Economie Médicale* 24 (5): 229-239.
- Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, and Vanderwee K. (2011) Pressure ulcer prevention, the state of the art: the contribution of Tom Defloor. *Int. J Nurs. Stud.* 48 (7): 787-790.
- Belorgey N. (2010) *L'hôpital sous pression*. Paris: La Découverte, 330 pages.
- Birkinshaw J, Nobel R, and Ridderstrale J. (2002) Knowledge as a Contingency Variable: Do the Characteristics of Knowledge Predict Organization Structure? *Organization Science* 13 (3): 274-289.
- Black JM, Edsberg LE, Baharestani MM, Langemo D, Goldberg M, McNichol L, and Cuddigan J. (2011) Pressure ulcers: avoidable or unavoidable? Results of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference. *Ostomy. Wound. Manage.* 57 (2): 24-37.
- Boltanski L, and Chiapello E. (1999) *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Gallimard, 843 pages.

- Boltanski L, and Thévenot L. (1991) *De la justification: les économies de la grandeur*. Paris: Gallimard, nrf, 483 pages.
- Bourdieu P. (1994) *Raisons pratiques: sur la théorie de l'action*. Paris: Le Seuil, 382 pages.
- (1997) *Méditations pascaliennes*. Paris: Le Seuil,
- Brabet J. 2005. Enacter l'enaction: une lecture subjective des travaux de Karl E. Weick. In *Les Défis du Sensemaking en Entreprise: Karl Weick et les sciences de gestion*, eds D Autissier and F Bensebaa, 75-95. Paris: Economica.
- Broadbent J, and Laughlin R. (2009) Performance management systems: A conceptual model. *Management Accounting Research* 20 (4): 283-295.
- Brown JS, and Duguid P. (1991) Organizational Learning and Communities-of-Practice: Toward a Unified View of Working, Learning, and Innovation. *Organization Science* 2 (1): 40-57.
- (2001) Knowledge and Organization: A Social-Practice Perspective. *Organization Science* 12 (2): 198-213.
- Callahan JL. (2002) Masking the Need for Cultural Change: The Effects of Emotion Structuration. *Organization Studies* 23 (2): 281-297.
- (2004) Reversing a conspicuous absence: Mindful inclusion of emotion in structuration theory. *Human Relations* 57 (11): 1427-1448.
- Callon M, and Latour B. 1981. Unscrewing the Big Leviathan : How Actors Macrostructure Reality and How Sociologists Help Them To Do So. In *Advances in Social Theory and Methodology : Toward an Integration of Micro- and Macro-Sociologies*, eds K Knorr Cetina and A Cicourel, 277-303. Boston: Routledge and Kegan Paul.
- Champagne F, Lemieux-Charles L, and Mcguire W. 2004. Introduction: Towards a Broader Understanding of Knowledge and Evidence in Health Care. eds L Lemieux-Charles and F Champagne, 3-17. Toronto: University of Toronto Press.
- Charmaz K. (2006) *Constructing Grounded Theory; A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage Publications, 208 pages.
- Cohen MD. (2007) Reading Dewey: Reflections on the Study of Routine. *Organization Studies* 28 (5): 773-786.
- Cohen MD, and Bacdayan P. (1994) Organizational Routines Are Stored as Procedural Memory: Evidence from a Laboratory Study. *Organization Science* 5 (4): 554-568.

- Cohen MD, March JG, and Olsen JP. (1972) A Garbage Can Model of Organizational Choice . *Administrative Science Quarterly* 17 (1): 1-25.
- Cook SDN, and Brown JS. (1999) Bridging Epistemologies: The Generative Dance Between Organizational Knowledge and Organizational Knowing. *Organization Science* 10 (4): 381-400.
- Creswell JW. (2007) 2nd ed. *Qualitative inquiry and research design*. Thousand Oaks: Sage Publications, 393 pages.
- Crozier M, and Friedberg E. (1977) *L'Acteur et le Système: les Contraintes de l'Action Collective*. Paris: Editions du Seuil, 493 pages.
- Czarniawska B. (2008) *A theory of Organizing*. Northampton MA, USA: Edward Elgar,
- Czarniawska B. (2001) Is it Possible to be a Constructionist Consultant? *Management Learning* 32 (2): 253-266.
- (2006) A Golden Braid: Allport, Goffman, Weick. *Organization Studies* 27 (11): 1661-1674.
- Dealey C. (2009) A joint collaboration: international pressure ulcer guidelines. *J Wound. Care* 18 (9): 368-372.
- Dédale. 2012. "Etude réalisée pour le Haut Conseil de la Santé Publique." Date d'accès: 2012. Disponible à partir de http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100701_anabibsecupatients.pdf.
- Deetz S. (1996) Crossroads – Describing Differences in Approaches to Organization Science: Rethinking Burrell and Morgan and Their Legacy. *Organization Science* 7 (2): 191-207.
- Defloor T, Clark M, Witherow A, Colin D, Lindholm C, Schoonhoven L, and Moore Z. (2005) EPUAP statement on prevalence and incidence monitoring of pressure ulcer occurrence. *J Tissue Viability*. 15 (3): 20-27.
- Defloor T, and Schoonhoven L. (2004) Inter-rater reliability of the EPUAP pressure ulcer classification system using photographs. *J Clin. Nurs*. 13 (8): 952-959.
- Denis J-L, Lamothe L, and Langley A. (2001) The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management Journal* 44 (4): 809-837.
- Denis J-L, Langley A, and Rouleau L. (2007) Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations* 60 (1): 179-215.

- Denis J-L, Lehoux P, and Champagne F. 2004. A Knowledge Utilization Perspective on Fine-Tuning Dissemination and Contextualizing Knowledge. eds L Lemieux-Charles and F Champagne, 18-40. Toronto: University of Toronto Press.
- Denis J-L, Langley A, and Rouleau L. 2004. La formation des stratégies dans les organisations pluralistes: vers de nouvelles avenues théoriques. Paper presented at AIMS.
- Detchessahar M, and Grevin A. (2009) Un organisme de santé malade de "Gestionnite". *Gérer et Comprendre* (98)
- Di Maggio P, and Powell W. (1997) Le néo-institutionnalisme dans l'analyse des organisations. *Politix* 10 (40): 113-154.
- Dickinson H. 2004. A Sociological Perspective on the Transfer and Utilization of Social Scientific Knowledge for Policy-Making. eds L Lemieux-Charles and F Champagne, 41-69. Toronto: University of Toronto Press.
- Dictionnaire Franco-Anglais Collins. 2012. "Collins." Date d'accès: 2012. Disponible à partir de <http://dictionnaire.reverso.net/francais-anglais/qui-vive>.
- DiMaggio PJ, and Powell WW. (1983) The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review* 48 (2): 147-160.
- Donabedian A. (2005) Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q.* 83 (4): 691-729.
- Dubet F. (1994) *Sociologie de l'Expérience*. Paris: Le Seuil, 273 pages.
- Dutton JE, Worline MC, Frost PJ, and Lilius J. (2006) Explaining Compassion Organizing. *Administrative Science Quarterly* 51 (1): 59-96.
- Ehreth JL. (1994) The Development and Evaluation of Hospital Performance Measures for Policy Analysis. *Medical Care* 32 (6): 568-587.
- Elias N. (1998) *La Société des Individus*. Paris: Pocket, 301 pages.
- (2003) *La Civilisation des Moeurs*. Paris: Pocket, 342 pages.
- (2003) *La Dynamique de l'Occident*. Paris: Pocket, 320 pages.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009) Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Eymard-Duvernay F. (2006) *L'économie des conventions: méthodes et résultats, tome I Débats.* Paris: Editions la découverte, 334 pages.

- Feldman MS. (2000) Organizational Routines as a Source of Continuous Change. *Organization Science* 11 (6): 611-629.
- (2004) Resources in Emerging Structures and Processes of Change. *Organization Science* 15 (3): 295-309.
- Feldman MS, Khademian A, and Quick K. (2009) Ways of Knowing, Inclusive Management, and Promoting Democratic Engagement: Introduction to the Special Issue. *International Public Management Journal* 12 (2): 123-136.
- Feldman MS, and Pentland BT. (2003) Reconceptualizing Organizational Routines as a Source of Flexibility and Change. *Administrative Science Quarterly* 48 (1): 94-118.
- Feldman MS, and QUICK KS. (2009) Generating Resources and Energizing Frameworks Through Inclusive Public Management. *International Public Management Journal* 12 (2): 137-171.
- Fineman S. 2006. Emotion and Organizing. In *The Sage Handbook of Organization Studies*, eds S Clegg, C Hardy, T Lawrence and W Nord, 675-700. London: Sage Publications.
- (2010) *Organizing & Organizations.*, London Sage publications
- Flyvbjerg B. 2006. Making Organization Research Matters: Power, Values and Phronesis. In *The Sage Handbook of Organization Studies*, eds S Clegg, C Hardy, T Lawrence and W Nord, 370-387. London: Sage Publications.
- Fombrun CJ. (1986) Structural Dynamics within and between Organizations. *Administrative Science Quarterly* 31 (3): 403-421.
- Fondation ESAI. 2004. "Les infirmières en gériatrie se plaignent d'un manque de reconnaissance selon la fondation ESAI." Date d'accès: 2012. Disponible à partir de <http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/les-infirmieres-en-geriatrie-se-plaignent-d-un-manque-de-reconnaissance-selon-la-fondation-eisai.html>.
- Foucault M. (1963) *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris: Presses Universitaires de France, 212 pages.
- Frost P, Dutton JE, Maitlis S, Lilius J, Kanov JM, and Worline MC. 2006. Seeing Organizations Differently: Three Lenses on Compassion. In *The Sage Handbook of Organization Studies*, eds S Clegg, C Hardy, T Lawrence and W Nord, 843-866. London: Sage Publications.
- Gadreau M, and Béjean S. (1996) Le "marché" de soins ambulatoires, la régulation des dépenses et l'éthique professionnelle. Entre contrat, contrainte et convention. *Journal d'Economie Médicale* 14 (7-8): 389-400.

- Gale CP, Roberts AP, Batin PD, and Hall AS. (2006) Funnel plots, performance variation and the Myocardial Infarction National Audit Project 2003-2004. *BMC. Cardiovasc. Disord.* 6: 34.
- Garfinkel H. (1967) *Studies in Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press, 288 pages.
- Gélis A, Stéfan A, Colin D, Albert T, Gault D, Goossens D, Perrouin-Verbe B, Fattal C, Pelissier J, and Coudeyre E. (2011) Therapeutic education in persons with spinal cord injury: A review of the literature. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 54 (3): 189-210.
- Gherardi S. 2009. Community of Practice or Practices of a Community? eds S Armstrong and C Fukami Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Gherardi S, Nicolini D, and Odella F. (1998) Toward a Social Understanding of How People Learn in Organizations. *Management Learning* 29 (3): 273-297.
- Giddens A. (1979) *Central Problems in Social Theory*. London: Palgrave Macmillan, 294 pages.
- Gioia DA. (2006) On Weick: An Appreciation. *Organization Studies* (01708406) 27 (11): 1709-1721.
- Goffman E. (1983) The Interaction Order: American Sociological Association, 1982 Presidential Address. *American Sociological Review* 48 (1): 1-17.
- (1991) Trad. éd. 1974. *Les cadres de l'expérience*. Paris: Les Editions de Minuit, 573 pages.
- Gomez PY. (1994) *Qualité et Théorie des Conventions*. Paris: Economica, 270 pages.
- Gomez PY, and Jones BC. (2000) Conventions: An Interpretation of Deep Structure in Organizations. *Organization Science* 11 (6): 696-708.
- Grimaldi A. (2009) *L'hôpital malade de la rentabilité*. Paris: Fayard, 288 pages.
- Guihan M, Garber SL, Bombardier CH, Durazo-Arizu R, Goldstein B, and Holmes SA. (2007) Lessons Learned While Conducting Research on Prevention of Pressure Ulcers in Veterans With Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 88 (7): 858-861.
- Guisset AL, Sicotte C, Leclercq P, and DHoore W. (2002) Définition de la performance hospitalière: une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. *Sciences Sociales et Santé* 20 (2): 65-104.
- Gunningberg L, and Stotts NA. (2008) Tracking quality over time: what do pressure ulcer data show? *Int. J. Qual. Health Care* 20 (4): 246-253.
- Haag C, and Laroche H. (2009) Dans le secret des comités de rédaction, le rôle des émotions: proposition d'un modèle théorique. *M@n@gement* 12 (2): 82-117.

- Habermas J. (1987) Trad. éd. 1981. *Théorie de l'agir communicationnel Tome I, Rationalité de l'agir et rationalisation de la société.*: Paris: Fayard, L'espace du politique, 448 pages.
- (1987) Trad. éd. 1981. *Théorie de l'agir communicationnel Tome II, Pour une critique de la raison fonctionnaliste.*: Paris: Fayard, l'espace du politique, 481 pages.
- Hackman R. (1995) Total Quality : Empirical, Conceptual and Practical Issues. *Administrative Science Quarterly* 40: 309-342.
- Handel W. (2003) Pragmatic Conventions: A Frame for a Theory of Action and Interaction. *The Sociological Quarterly*: 133-157.
- Heath C, and Sitkin SB. (2001) Big-B versus Big-O: What is organizational about organizational behavior? *Journal of Organizational Behavior* 22 (1): 43-58.
- Heilbrunn B. (2004) *La performance, une nouvelle idéologie?* Paris: La Découverte, 276 pages.
- Hochschild AR. (1979) Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *American Journal of Sociology* 85 (3): 551-575.
- Hollnagel E, and Journé B. (2009) Fiabilité et Résilience Comme Dimension de la Performance Organisationnelle. *M@n@gement* 12 (4): 224-229.
- Hollnagel E, Woods D, and Leveson N. (2006) *Resilience Engineering*. Aldershot: Ashgate, 397 pages.
- Huy QN. (2002) Emotional Balancing of Organizational Continuity and Radical Change: The Contribution of Middle Managers. *Administrative Science Quarterly* 47 (1): 31-69.
- Journé B. 1999. Les organisations complexes à risques: gérer la sécurité par les ressources. Thèse de Doctorat, Ecole Polytechnique.
- Julious SA, and George S. (2007) Are hospital league tables calculated correctly? 1. *Public Health* 121 (12): 902-904.
- Kanj LF, Wilking SV, and Phillips TJ. (1998) Pressure ulcers. *J Am Acad. Dermatol.* 38 (4): 517-536.
- Karpik L. (2007) *L'économie des singularités*. Paris: Editions Gallimard, 373 pages.
- King A. (2009) Overcoming Structure and Agency. *Journal of Classical Sociology* 9 (2): 260-288.
- Kirkham JJ, and Bouamra O. (2008) The use of statistical process control for monitoring institutional performance in trauma care. *J Trauma* 65 (6): 1494-1501.

- Kottner J, and Balzer K. (2010) Do pressure ulcer risk assessment scales improve clinical practice? *J. Multidiscip. Healthc.* 3: 103-111.
- Labatut J, Aggeri F, and Girard N. (2012) Discipline and Change: How Technologies and Organizational Routines Interact in New Practice Creation. *Organization Studies* 33 (1): 39-69.
- Langley A, and Denis JL. (2011) Beyond evidence: the micropolitics of improvement. *BMJ Quality & Safety* 20 (Suppl 1): i43-i46.
- Latour B. (2005) *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford: University Press, 301 pages.
- (2006) *Changer de société ~ Refaire de la sociologie, traduit de la version anglaise de 2005*. Paris: La Découverte,
- Lavis J. 2004. A Political Science Perspective on Evidence-Based Decision-Making. eds L Lemieux-Charles and F Champagne, 70-85. Toronto: University of Toronto Press.
- Lee AS. (1991) Integrating Positivist and Interpretive Approaches to Organizational Research. *Organization Science* 2 (4): 342-365.
- Lemieux-Charles L, and Champagne F. (2004) *Using Knowledge and Evidence in Health Care*. Toronto: University of Toronto Press, 311 pages.
- Levinthal D, and Rerup C. (2006) Crossing an Apparent Chasm: Bridging Mindful and Less-Mindful Perspectives on Organizational Learning. *Organization Science* 17 (4): 502-513.
- Lickert R. (1967) *The Human Organization*. New York: McGraw-Hill.
- Lilford R, Mohammed MA, Spiegelhalter D, and Thomson R. (2004) Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma. *Lancet* 363 (9415): 1147-1154.
- Lilius JM, Worline MC, Dutton JE, Kanov JM, and Maitlis S. (2011) Understanding compassion capability. *Human Relations* 64 (7): 873-899.
- Lilius JM, Worline MC, Maitlis S, Jason K, Dutton JE, and Frost P. (2008) The Contours and Consequences of Compassion at Work. *Journal of Organizational Behavior* 29 (2): 193-218.
- Lipshitz R. (2000) Chic, Mystique, and Misconception. *The Journal of Applied Behavioral Science* 36 (4): 456-473.
- Lorino P. (2005) Contrôle de gestion et mise en intrigue de l'action collective. *Revue Française de Gestion* 31 (159): 189-212.
- Lorino P. 2005. Les instruments, présence fantomatique dans l'oeuvre de Karl E. Weick. In *Les Défis du Sensemaking en Entreprise: Karl Weick et les sciences de gestion*, eds D Autissier and F Bensebaa, 49-73. Paris: Economica.

- Luft H, Garnick D, Mark D, and McPhee S. (1990) *Hospital Volume, Physician Volume, and Patient Outcomes*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- March JG, and Olsen JP. (2006) "The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life." *American Political Science Review* 78. *American Political Science Review* 100 (4): 675.
- Marcon Eric, Guinet A, and Tahon C. 2008. Performance hospitalière: pilotage et évaluation. In *Gestion et performance des systèmes hospitaliers*, ed Lavoisier, 37-103.
- Martin J, Frost P, and O'Neill O. 2006. Organizational Culture: Beyond Struggles for Intellectual Dominance. In *The Sage Handbook of Organization Studies*, eds S Clegg, C Hardy, T Lawrence and W Nord, 725-753. London: Sage Publications.
- Martin JA, and Sam Overman E. (1988) Management and Cognitive Hierarchies: What Is the Role of Management Information. *Public Productivity Review* 11 (4): 69-84.
- MEAH. (2009) Améliorer la prévention et la prise en charge des escarres.
- Meyerson DE. (1994) Interpretations of Stress in Institutions: The Cultural Production of Ambiguity and Burnout. *Administrative Science Quarterly* 39 (4): 628-653.
- (1998) Feeling Stressed and Burned Out: A Feminist Reading and Re-Visioning of Stress-based Emotions Within Medicine and Organization Science. *Organization Science* 9 (1): 103-118.
- Mintzberg H. (1979) *The Structuring of Organizations*. Englewood, New Jersey: Prentice Hall, 512 pages.
- (1982) *Structure et Dynamique des Organisations*. Paris: Eyrolles, 440 pages.
- Mitton C, Adair CE, McKenzie E, Patten SB, and Waye PB. (2007) Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. *Milbank Q.* 85 (4): 729-768.
- Moison J-C, and Tonneau D. (1999) *La démarche gestionnaire à l'hôpital*. Paris: Seli Arslan, 304 pages.
- Mossé P. (1998) La rationalisation des pratiques médicales, entre efficacité et effectivité. *Sciences Sociales et Santé* 16 (4): 35-59.
- Moursli A, and Cobbaut R. 2006. Analyse de la coexistence d'organisations non lucratives, lucratives et publiques dans le secteur des maisons de repos. In *L'économie des conventions: méthodes et résultats, tome II Développements*, 351-365. Paris: Editions la découverte.
- Mumby DK, and Putnam LL. (1992) The Politics of Emotion: A Feminist Reading of Bounded Rationality. *The Academy of Management Review* 17 (3): 465-486.

- Nag R, Corley KG, and Gioia DA. (2007) The Intersection of Organizational Identity, Knowledge, and Practice: Attempting Strategic Change Via Knowledge Grafting. *Academy of Management Journal* 50 (4): 821-847.
- Newton T. (2001) Elias and Organization: Preface. *Organization* 8 (3): 459-465.
- Nicholson S, Pauly M, Wu A-Y-J, Murray J, Teutsch S, and Berger M. (2008) Getting Real Performance Out of Pay-for-Performance. *Milbank Quarterly* 86 (3): 435-457.
- Nonaka I. (1994) A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organization Science* 5 (1): 14-37.
- Nonaka I, and von Krogh G. (2009) Perspective--Tacit Knowledge and Knowledge Conversion: Controversy and Advancement in Organizational Knowledge Creation Theory. *Organization Science* 20 (3): 635-652.
- O'Tuathail C, and Taqi R. (2011) Evaluation of three commonly used pressure ulcer risk assessment scales. *Br. J Nurs.* 20 (6): S27-8, S30, S32.
- Okhuysen G, and Bonardi JP. (2011) Editors' Comments: The Challenges of Building Theory Combining Lenses. *Academy of Management Review* 36 (1): 6-11.
- Orlikowski WJ. (1992) The Duality of Technology: Rethinking the Concept of Technology in Organizations. *Organization Science* 3 (3): 398-427.
- (2000) Using Technology and Constituting Structures: A Practice Lens for Studying Technology in Organizations. *Organization Science* 11 (4): 404-428.
- (2002) Knowing in Practice: Enacting a Collective Capability in Distributed Organizing. *Organization Science* 13 (3): 249-273.
- Orvain J, and Angelé-Halgand N. (2011) Les Manufactures de Santé: l'Art du Compromis Entre Domesticité et Industrie. *Sciences Sociales et Santé* 29 (1): 6-27.
- Orvain J, and Routelous C. 2010. Habilitation et déshabilitation des corps et des savoir-faire, Symposium de la Société Suisse de Philosophie (Lausanne).
- Osty F, Sainsaulieu R, and Uhalde M. (2007) *Les mondes sociaux de l'entreprise*. Paris: La Découverte, 399 pages.
- Papanikolaou P, Lyne P, and Anthony D. (2007) Risk assessment scales for pressure ulcers: a methodological review. *Int. J Nurs. Stud.* 44 (2): 285-296.
- Pekrun R, and Frese M. (1992) Emotion in work and achievement. *International Review of Industrial and Organizational Psychology* 7 (153): 196.
- Pfeffer J, and Fong CT. (2005) Building Organization Theory from First Principles: The Self-Enhancement Motive and Understanding Power and Influence. *Organization Science* 16 (4): 372-388.

- Philip S. (2012) Meta-analyses: tests of heterogeneity. *BMJ* 344
- Popper K. (1973) Trad. éd. 1959. *La logique de la découverte scientifique*. Paris: Editions Payot, 480 pages.
- Power M. (1999) *The Audit Society: Rituals of Verification*. Oxford: University Press.
- Proenca EJ, Rosko MD, and Dismuke CE. (2005) Service Collaboration and Hospital Cost Performance: Direct and Moderating Effects. *Medical Care* 43 (12): 1250-1258.
- Raisch S, Birkinshaw J, Probst G, and Tushman ML. (2009) Organizational Ambidexterity: Balancing Exploitation and Exploration for Sustained Performance. *Organization Science* 20 (4): 685-695.
- Ranson S, Hinings B, and Greenwood R. (1980) The Structuring of Organizational Structures. *Administrative Science Quarterly* 25 (1): 1-17.
- Rapp MP, Nelson F, Slomka J, Persson D, Cron SG, and Bergstrom N. (2010) Practices and outcomes: pressure ulcer management in nursing facilities. *Nurs. Adm Q.* 34 (2): E1-E11.
- Rerup C, and Feldman MS. (2011) Routines as Source of Change in Organizational Schemata: the Role of Trial-and-Error Learning. *Academy of Management Journal* 54 (3): 577-610.
- Reuben DB, and Tinetti ME. (2012) Goal-Oriented Patient Care : An Alternative Health Outcomes Paradigm. *New England Journal of Medicine* 366 (9): 777-779.
- Reynaud J-D. (1989) *Les Règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*. Paris: Armand Colin, 306 pages.
- Rickert H. (1997) Trad. Française éd. 1926. *Science de la culture et science de la nature*. Paris: Gallimard, NRF, 292 pages.
- Robichaud D, Giroux H, and Taylor RJ. (2004) The Metaconversation: The Recursive Property of Language as a Key to Organizing. *Academy of Management Journal* 29 (4): 617-634.
- Rojot J. (2003) *Théorie des Organisations*. Paris: ESKA, 534 pages.
- Rojot J, and Wacheux F. 2005. Karl E. Weick, théoricien subtil de la complexité : espace, temps et interactions. In *Les Défis du Sensemaking en Entreprise: Karl Weick et les sciences de gestion*, eds D Autissier and F Bensebaa, 128-133. Paris: Economica.
- Romme AG. (2003) Making a Difference: Organization as Design. *Organization Science* 14 (5): 558-573.

- Rosen J, Mittal V, Degenholtz H, Castle N, Mulsant BH, Hulland S, Nace D, and Rubin F. (2006) Ability, Incentives, and Management Feedback: Organizational Change to Reduce Pressure Ulcers in a Nursing Home. *Journal of the American Medical Directors Association* 7 (3): 141-146.
- Rosso BD, Dekas KH, and Wrzesniewski A. (2010) On the meaning of work: A theoretical integration and review. *Research in Organizational Behavior* 30: 91-127.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, and Richardson WS. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 312 (7023): 71-72.
- Sainsaulieu R. (1977) *L'Identité au travail, les effets culturels de l'organisation*. Paris: Presses de la Fondation nationale des sciences politiques,
- Saintoyant V, Duhamel G, and Minvielle E. (2012) Gestion des risques associés aux soins: état des lieux et perspectives. *Pratiques et Organisation des Soins* 43 (1): 35-45.
- Salvato C, and Rerup C. (2011) Beyond Collective Entities: Multilevel Research on Organizational Routines and Capabilities. *Journal of Management* 37 (2): 468-490.
- (2011) Beyond Collectives Entities: Multilevel Research on Organizational Routines and Capabilities. *Journal of Management* 37 (2): 468-490.
- Sanchez-Burks J, and Huy QN. (2009) Emotional Aperture and Strategic Change: The Accurate Recognition of Collective Emotions. *Organization Science* 20 (1): 22-34.
- Sandberg J, and Tsoukas H. (2011) Grasping the Logic of Practice: Theorizing Trough Practical Rationality. *Academy of Management Review* 36 (2): 338-360.
- Schachtel M. (2010) *L'Hôpital à la dérive: Le cri du coeur d'une infirmière*. Paris: Albin Michel,
- Schatzki TR. (2005) The Sites of Organizations. *Organization Studies* (01708406) 26 (3): 465-484.
- (2006) On Organizations as they Happen. *Organization Studies* 27 (12): 1863-1873.
- Selznick P. (1996) Institutionalism "Old" and "New". *Administrative Science Quarterly* 41 (2): 270-277.
- Shepherd DA, and Sutcliffe KM. (2011) Inductive Top-down Theorizing: a Source of New Theories of Organization. *Academy of Management Review* 36 (2): 361-380.

- Shortell SM, Bennett CL, and Byck GR. (1998) Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what it will take to accelerate progress. *Milbank Q.* 76 (4): 593-624.
- Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos AP, Barnsley J, Beland F, Leggat SG, Denis JL, Bilodeau H, Langley A, Bremond M, and Baker GR. (1998) A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Serv. Manage. Res.* 11 (1): 24-41.
- Simon H. (1983) trad. éd. 1945. *Administration et Processus de décision*. Paris: Economica, 321 pages.
- Smith DB, Schneider B, and Dickson M. 2006. Meso Organizational Behaviour: Comments on the Third Paradigm. In *The Sage Handbook of Organization Studies*, eds S Clegg, C Hardy, T Lawrence and W Nord, 149-164. London: Sage Publications.
- Smits PA, Champagne F, Contandriopoulos D, Sicotte C, and Preval J. (2008) Conceptualizing performance in accreditation. *Int. J Qual. Health Care* 20 (1): 47-52.
- Spiegelhalter D, Grigg O, Kinsman R, and Treasure T. (2003) Risk-adjusted sequential probability ratio tests: applications to Bristol, Shipman and adult cardiac surgery. *Int. J Qual. Health Care* 15 (1): 7-13.
- Star SL. (2010) Ceci n'est pas un objet frontière: Réflexion sur l'origine d'un concept (This is Not a Boundary Object). *Revue d'anthropologie des connaissances* 1: 19-34.
- (2010) This is Not a Boundary Object: Reflections on the Origin of a Concept. *Science, Technology & Human Values* 35 (5): 601-617.
- Star SL, and Griesemer JR. (1989) Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science (Sage)* 19 (3): 387-420.
- Stiegler B. 2004. Performance et singularité. In *La performance, une nouvelle idéologie?*, ed B Heilbrunn, 208-250. Paris: La découverte.
- Strauss A. (1992) Textes réunis par Isabelle Baszanger. *La trame de la négociation*. Paris: L'Harmattan, 311 pages.
- Strauss A, Fagerhaugh S, Suczek B, and Wiener C. (1997) 1st éd. 1985. *Social Organization of Medical Work*. New Brunswick, USA: Transaction Publishers, 310 pages.
- Strauss A, and Corbin J. (1990) *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Newbury Park, CA: Sage, 312 pages.
- Strum S, and Latour B. (1987) Redefining the Social Link: From Baboons to Humans. *Social Science Information* 26 (4): 783-802.

- Thomas DR. (2010) Does pressure cause pressure ulcers? An inquiry into the etiology of pressure ulcers. *J Am Med Dir. Assoc.* 11 (6): 397-405.
- Thomas DR. (2006) Prevention and Treatment of Pressure Ulcers. *Journal of the American Medical Directors Association* 7 (1): 46-59.
- Tillement S, Cholez C, and Reverdy T. (2009) Assessing organizational resilience: an interactionist approach. *M@n@gement* 12 (4): 230-265.
- Tsoukas H, and Mylonopoulos N. (2003) Part Special Issue Introduction: modelling organizational knowledge. *Journal of the Operational Research Society* 54 (9): 911-913.
- Tsoukas H. (2000) Knowledge as Action, Organization as Theory: Reflections on Organizational Knowledge. *Emergence* 2 (4): 104-112.
- (2009) A Dialogical Approach to the Creation of New Knowledge in Organizations. *Organization Science* 20 (6): 941-957.
- Tsoukas H, and Chia R. (2002) On Organizational Becoming: Rethinking Organizational Change. *Organization Science* 13 (5): 567-582.
- Tu YK, and Gilthorpe MS. (2007) The most dangerous hospital or the most dangerous equation? *BMC. Health Serv. Res.* 7: 185.
- Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah OA, and Guisset AL. (2005) A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *Int. J Qual. Health Care* 17 (6): 487-496.
- Vogus TJ, and Sutcliffe KM. (2007) The impact of safety organizing, trusted leadership, and care pathways on reported medication errors in hospital nursing units. *Med Care* 45 (10): 997-1002.
- Vogus TJ, Sutcliffe KM, and Weick KE. (2010) Doing No Harm: Enabling, Enacting, and Elaborating a Culture of Safety in Health Care. *Academy of Management Perspectives* 24 (4): 60-77.
- Walshe K, and Rundall TG. (2001) Evidence-based management: from theory to practice in health care. *Milbank Q.* 79 (3): 429-42V.
- Weber K, and Glynn MA. (2006) Making Sense with Institutions: Context, Thought and Action in Karl Weick's Theory. *Organization Studies (01708406)* 27 (11): 1639-1660.
- Weber M. (1964) Trad. éd. 1947. *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme.* Paris: Plon, 286 pages.
- Weick K. (1979) 2nd ed. *The Social Psychology of Organizing.* New York: Random House, 294 pages.
- Weick K, and Sutcliffe K. (2006) Mindfulness and the Quality of Organizational Attention. *Organization Science* 17 (4): 514-524.

- (2007) 2nd éd. *Managing the Unexpected: Resilient Performance in an Age of Uncertainty*. San Francisco: Jossey-Bass, 194 pages.
- Weick KE. (2006) Faith, Evidence, and Action: Better Guesses in an Unknowable World. *Organization Studies* (01708406) 27 (11): 1723-1736.
- Weick KE, and Sutcliffe KM. (2003) Hospitals as Cultures of Entrapment: A Re-Analysis of the Bristol Royal Infirmary. *California Management Review* 45 (2): 73-84.
- Weick KE, Sutcliffe KM, and Obstfeld D. (2005) Organizing and the Process of Sensemaking. *Organization Science* 16 (4): 409-421.
- Weiner BJ, Alexander JA, Shortell SM, Baker LC, Becker M, and Geppert JJ. (2006) Quality improvement implementation and hospital performance on quality indicators. *Health Serv. Res.* 41 (2): 307-334.
- Whittington K, Patrick M, and Roberts JL. (2000) A national study of pressure ulcer prevalence and incidence in acute care hospitals. *Journal of WOCN* 27 (4): 209-215.
- Wrzesniewski A, Dutton JE, and Debebe G. (2003) Interpersonal Sensemaking and the Meaning of Work. *Research in Organizational Behavior* 25: 93-135.

Thèse de Doctorat

Jacques Orvain

Les Dispositifs Performatifs Denses

Éléments dynamiques, structuraux et conventionnels
de la gestion des activités de soins.

Résumé

La performance de l'hôpital ne dépend pas seulement de ses facteurs d'environnement mais aussi de la capacité des équipes à structurer les pratiques de soins. Les mesures techniques sont insuffisantes et des pratiques spécifiques de gestion doivent être déployées pour faire face à ces situations difficiles.

Cependant les théories classiques de l'action interprètent de façon incomplète les difficultés rencontrées. Une épistémologie pragmatique permet d'introduire les interactions au sein des collectifs de travail comme des facteurs importants de la performance.

L'observation de la prise en charge à l'hôpital des personnes fragiles à risque d'escarre dans huit hôpitaux différents, a mis à jour les différentes dimensions structurelles de la performance:

- Une dimension synchronique qui articule les processus au sein d'un schéma d'action qui témoigne d'un Qui-Vive collectif.
- Une dimension diachronique qui appuie les processus sur des ressources rémanentes
- Une dimension conventionnelle qui modalise ces schémas

Des pratiques managériales de qualification, d'inter-structuration et d'inscription conventionnelle permettent ainsi de construire des dispositifs performatifs denses. Des conventions types instituent ces pratiques.

Mots clés

Comportement organisationnel, routines organisationnelles, performance organisationnelle, pratiques de soins, conventions, dispositifs performatifs.

Abstract

Hospital performance depends not only on its environmental factors but also on teams' ability to structure care practices. Technical measures are insufficient and specific management practices should be implemented to deal with these difficult situations.

Usual action theories do not interpret these difficulties in a comprehensive way. A pragmatic epistemology allows us to introduce interactions within work communities, as important factors for performance.

The observation of care practices for pressure ulcers in eight different hospitals has highlighted the different structural dimensions of performance:

- A synchronic dimension which articulates the processes within a pattern of action which reflects a high alert attitude.
- A diachronic dimension which supports the processes with enduring resources,
- A conventional dimension which modalizes these patterns.

Managerial practices such as qualifying, enacting and inscribing in conventions, help building deep sites of action. Archetypal conventions institutionalize these practices.

Key Words

Organizational behavior, organizational routines, organizational performance, healthcare practices, conventions, sites of action.