Université de Lille

École Doctorale SESAM

Lille Économie & Management – UMR 9221

Approche dynamique de la fiabilité et de la résilience organisationnelles : entre organisation et situation

Étude *in situ* d'un service d'accueil des urgences vitales

THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT ÈS SCIENCES DE GESTION

Par

Geoffrey LEURIDAN

présentée et soutenue publiquement le 9 novembre 2018

JURY

Directeurs de recherche	**Benoît DEMIL** Professeur à l'Université de Lille
	Bénédicte VIDAILLET Professeure à l'Université Paris-Est Créteil
Rapporteurs	**Benoît JOURNÉ** Professeur à l'Université de Nantes
	Annick VALETTE Professeure à l'Université Grenoble Alpes
Suffragants	**Hervé LAROCHE** Professeur à ESCP Europe
	Xavier LECOCQ Professeur à l'Université de Lille

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

L'Université de Lille n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Avant tout, il faut savoir poser des problèmes. Et quoi qu'on dise, dans la vie scientifique, les problèmes ne se posent pas d'eux-mêmes. C'est précisément ce sens du problème qui donne la marque du véritable esprit scientifique. Pour un esprit scientifique, toute connaissance est une réponse à une question. S'il n'y a pas eu de question, il ne peut y avoir connaissance scientifique. Rien ne va de soi. Rien n'est donné. Tout est construit.

Gaston Bachelard (1938, 1967, p. 14)

Les facultés de l'esprit qu'on définit par le terme analytiques sont en elles-mêmes fort peu susceptibles d'analyse. Nous ne les apprécions que par leurs résultats. Ce que nous en savons, entre autre choses, c'est qu'elles sont pour celui qui les possède à un degré extraordinaire une source de jouissances des plus vives. De même que l'homme fort se réjouit dans son aptitude physique, se complaît dans les exercices qui provoquent les muscles à l'action, de même l'analyse prend sa gloire dans cette activité spirituelle dont la fonction est de débrouiller. Il tire du plaisir même des plus triviales occasions qui mettent ses talents en jeu. Il raffole des énigmes, des rébus, des hiéroglyphes; il déploie dans chacune des solutions une puissance de perspicacité qui, dans l'opinion vulgaire, prend un caractère surnaturel. Les résultats, habilement déduits par l'âme même et l'essence de sa méthode, ont réellement tout l'air d'une intuition.

Edgar Allan Poe (1960, p. 11 sq.)

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

REMERCIEMENTS

Débutée à la fin de l'année 2013, c'est cinq ans plus tard que cette thèse s'achève. Plus qu'une expérience de recherche, c'est un projet professionnel à part entière issu d'une reconversion, où de praticien je passais enseignant-chercheur. Ce projet n'aurait pu voir le jour sans l'appui et les conseils d'un certain nombre de personnes. À ce titre, je tiens à remercier en premier lieu les professeurs Benoît Demil et Bénédicte Vidaillet de m'avoir accordé leur confiance en acceptant d'encadrer ma thèse. C'est une chance rare que de pouvoir choisir son sujet, son approche et son terrain, tout en se sachant soutenu dans ce projet. Au-delà de leur encadrement de thèse, leur engagement dans la communauté et leur bienveillance m'ont permis de mieux appréhender le métier d'enseignant-chercheur.

Je souhaite également témoigner de ma gratitude aux membres du jury pour avoir accepté d'évaluer cette thèse. Au fondement de la fiabilité organisationnelle, il y a le rôle du facteur humain et de la question du sens dans les organisations. À cet égard, les travaux du professeur Hervé Laroche m'ont permis de mieux comprendre les idées, parfois difficiles à saisir, de Karl E. Weick. Les recherches du professeur Benoît Journé sur la fiabilité organisationnelle et les développements conceptuels autour de l'intégration du facteur humain dans le maintien de la fiabilité sont au cœur de ma recherche. Ses travaux m'ont apporté un éclairage essentiel et ont structuré mes résultats ainsi que mes perspectives futures de recherches. Par ailleurs, ses travaux méthodologiques sur l'observation ont renforcé significativement mes dispositifs de collecte de données et ont également nourri ma réflexion sur la place du chercheur sur un terrain. Le secteur de la santé est complexe à appréhender du fait de l'activité de soins mais également compte tenu des structures organisationnelles de grande taille qui composent ce secteur, intégrées dans un système de santé en interaction avec de nombreuses parties prenantes. Les recherches de la professeure Annick Valette m'ont permis de comprendre les réformes des établissements de santé, l'impact sur les établissements de santé et sur les métiers de la médecine. Enfin, les travaux épistémologiques et méthodologiques du professeur Xavier Lecocq ont grandement contribué à améliorer cette thèse. Au-delà de ses travaux, c'est également un remerciement plus personnel, pour son écoute, le temps passé à discuter de mon travail et ses encouragements à oser, à tester et à me dépasser.

© 2018 Tous droits réservés.

Si la thèse est un travail individuel – qui prend parfois la forme d'une aventure –, ce n'est pas pour autant un travail solitaire. Les rencontres au gré des conférences – dont l'AIMS en est la pierre angulaire – m'ont permis d'inscrire mon travail au sein d'une communauté scientifique. À ce titre, je tiens à remercier les membres de la chaire RESOH pour les échanges en fin de thèse qui ont largement contribué à affiner ce travail et y voir les potentielles recherches futures. Au sein du LEM, je remercie les membres de l'équipe de recherche SOE qui, lors des réunions de recherche, m'ont beaucoup apporté. Outre les précieux conseils, ces réunions sont aussi une opportunité en tant que doctorant de présenter et confronter régulièrement ses résultats au regard de ses pairs. Parmi cette équipe de recherche, je tiens à remercier particulièrement Julie Bastianutti et Frédéric Garcias. Leur disponibilité et le temps consacré à discuter de la place de la recherche en sciences de gestion dans le monde – et réciproquement – m'ont permis d'aller au bout de cette aventure. Mes remerciements s'adressent également aux doctorants du laboratoire pour leurs conseils et les discussions plus ou moins vives aboutissant à des schémas ressemblant plus à la *Composition VIII* de Vassily Kandinsky qu'à un processus organisationnel. Enfin, mes remerciements s'adressent également à Catherine Carlier et Annette Legrand pour leur aide et leur disponibilité sans qui point de réunions, de conférences, de thèse imprimée et même d'inscription en doctorat.

Ce projet de s'immerger pendant plus d'un an dans un service d'urgence est un élément central de cette thèse et restera une expérience marquante en tant que chercheur. J'adresse ici mes plus sincères remerciements à ceux qui ont accepté ma présence durant ces mois sur le terrain. Si l'anonymat m'empêche de les remercier nommément, sans eux et sans elles, ce projet n'aurait jamais pu aboutir. Merci, donc, aux anesthésistes-réanimateurs, internes, infirmiers et aides-soignants du service d'accueil des urgences vitales d'avoir pris du temps afin de m'expliquer leur métier, leur travail, leur histoire, parfois jusqu'à tard dans la nuit, tôt le matin ou durant leur jour de repos.

Enfin, je souhaite exprimer toute ma gratitude à ma famille et mes proches. Mes amis de promotion du Master MSG Formation Continue – Cédric, Claude, Frédéric et Marie – qui ont cru en moi et m'ont poussé à débuter cette thèse. Au-delà du projet professionnel, la thèse est également un projet familial. Rien n'aurait débuté si Aurélie n'avait pas été là pour m'encourager à défendre mon projet de thèse afin d'obtenir un contrat doctoral. C'est elle, également, qui a su trouver les mots face aux difficultés du métier d'enseignant-chercheur,

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

pris entre enquête sur le terrain, enseignement et recherche. Pour finir, je tiens à adresser un dernier mot de remerciement à mes enfants, Clara et Sacha. La dernière année de thèse a mis leur patience à rude épreuve et a été l'occasion pour eux de me poser chaque jour cette fameuse question : « *Papa, il te reste encore combien de pages à écrire sur ta thèse ? Tu as bientôt fini d'écrire ?*». Voilà donc. J'ai fini d'écrire. En tout cas quelque chose a été écrit, il reste encore à discuter de sa complétude.

© 2018 Tous droits réservés.

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

SOMMAIRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE 13

CHAPITRE 1 – LES ORGANISATIONS FACE À LA DÉFAILLANCE 23
1. L'inéluctabilité de la catastrophe : la Normal Accidents Theory (NAT) 25
2. Maintenir la fiabilité : le courant des High Reliability Organizations (HROs) 37
3. Opposition et convergence entre HRO et NAT 51

CHAPITRE 2 – DES ORGANISATIONS HAUTEMENT FIABLES À DES PROCESSUS DE HAUTE FIABILITÉ 63
1. Étudier la fiabilité sous l'angle des processus : des organisations hautement fiables aux processus de haute fiabilité 63
2. Dépasser la dimension technique de la fiabilité : rôle du facteur humain et principes généraux dans le maintien de la fiabilité 84
3. Assurer la fiabilité et la résilience : différents processus à l'œuvre dans les organisations 101

CHAPITRE 3 – JUSTIFICATION ET PRÉSENTATION DU CHOIX DU TERRAIN : UN SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES COMME TERRAIN D'ÉTUDE EMPIRIQUE 129
1. Contextualiser le projet de recherche : une étude de la fiabilité ancrée dans un environnement organisationnel et institutionnel spécifique 130
2. L'enjeu de fiabilité dans les unités de soins : la sécurité du patient 140
3. Un service d'accueil des urgences vitales comme terrain de recherche 152

CHAPITRE 4 – UNE APPROCHE ETHNOGRAPHIQUE D'UN SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES : ENJEUX MÉTHODOLOGIQUES ET MISE EN ŒUVRE DES DISPOSITIFS DE COLLECTE ET D'ANALYSE DU MATÉRIAU EMPIRIQUE 173
1. Démarche générale du projet de recherche 173
2. Une approche ethnographique et le positionnement du chercheur sur le terrain 185
3. Les dispositifs de collecte et d'analyse des données 202

CHAPITRE 5 – DYNAMIQUE DES PROCESSUS DE MAINTIEN DE LA FIABILITÉ ET DE LA RÉSILIENCE ORGANISATIONNELLES : LES ESPACES DE DISCUSSION COMME ARTICULATION MULTI-NIVEAUX 241
1. Typologie des situations et fonctionnement en situation normale 242
2. D'une catégorisation des situations à un continuum de l'activité et ses conséquences au niveau organisationnel et situationnel 276
3. Intensité des situations et répercussions dans l'organisation : le rôle des espaces de discussion 292

CHAPITRE 6 – MISE EN PERSPECTIVE DES RÉSULTATS : L'IMPÉRATIF DE FIABILITÉ AU REGARD DE LA RATIONALISATION DE SES MOYENS 311
1. La fiabilité au prisme de la performance des organisations 311
2. Synthèse des contributions théoriques, méthodologiques et managériales 330
3. Limites et perspectives futures de recherche 339

CONCLUSION GÉNÉRALE 349

BIBLIOGRAPHIE 357

TABLE DES MATIÈRES 387

ANNEXES 405

© 2018 Tous droits réservés.

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

INTRODUCTION GÉNÉRALE

À peine arrivé sur le terrain, premiers échanges avec un infirmier en train de remplir un dossier médical : « *Tu vas voir, ici, il n'y a pas d'organisation* ». En nous présentant comme chercheur intéressé par la compréhension des organisations, l'infirmier nous indique à la fois que notre objet n'y est pas – et que donc, nous n'avons rien à faire ici –, mais il nous invite également à aller voir ce qui se passe dans ce qui, à ses yeux, n'existe pas. Ceci n'est pas sans rappeler l'avertissement au lecteur fait par Michel de Montaigne dans la préface de son livre *Les Essais*[1] : « *Ainsi, lecteur, je suis moi-même la matière de mon livre : ce n'est pas raison que tu emploies ton loisir en un sujet si frivole et si vain. Adieu donc*. ». Par ailleurs, en parlant d'organisation, l'infirmier parle de processus organisant l'activité, et non de l'objet organisation, puisque – physiquement – nous y sommes dans cette organisation qu'est l'hôpital. Comment les acteurs s'organisent, dans un contexte de soins liés à l'urgence vitale, constitue le cœur de cette recherche.

Avec la Révolution Industrielle du XIX^{e} siècle, les organisations n'ont cessé d'innover et de se transformer. Ces innovations et ces transformations ont engendré une complexification de l'environnement et des organisations qui le compose. Certaines de ces organisations évoluent par ailleurs dans des environnements à risque où les conséquences en cas d'erreurs peuvent être catastrophiques. Si l'on pense au premier abord à l'industrie nucléaire, ou encore à l'aéronautique, le secteur de la santé fait également partie de ces secteurs où les conséquences d'erreurs peuvent entraîner la mort du patient. Au sein du secteur de la santé, les services d'urgence ont particulièrement retenu notre attention du fait de l'incertitude liée à l'activité de ces services et de la difficulté de planification des ressources face à l'urgence et à l'imprévu.

L'incertitude dans les organisations est une thématique largement diffusée en sciences de gestion. Résidu incalculable du risque en finance, incertitude et adaptation à l'environnement en stratégie, faire avec les ressources à disposition et saisir les opportunités en lien avec l'effectuation et la sérendipité en entrepreneuriat, question de la contingence en théorie des organisations sont autant d'exemples soulignant la prégnance de l'incertitude dans notre champ scientifique.

[1] Michel de Montaigne, *Les Essais*, Livre I - Traduction en français moderne du texte de l'édition de 1595 par Guy de Pernon (2009)

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Mais avec l'incertitude se pose également la question des conséquences sur l'organisation en cas de défaillance. Pour certains secteurs d'activité, la défaillance, ou une sous-performance, n'ont pas que des conséquences en termes de survie économique de l'organisation mais également sur les membres qui y travaillent, l'environnement écologique, ou la Société dans laquelle l'organisation évolue. La question de l'incertitude prend alors un tout autre enjeu face à l'impératif d'assurer sa mission compte tenu des conséquences en cas de défaillance. Au-delà de leurs spécificités, tous ces secteurs ont un point commun qui constitue notre thème de recherche : le maintien de la fiabilité de ces organisations et leur capacité de résilience face aux situations auxquelles elles doivent faire face. Nous nous intéressons ici au secteur de la médecine, et plus spécifiquement aux unités de soins traitant de l'urgence vitale dans un hôpital public.

Cette thèse présente un triple intérêt, à la fois scientifique, sociétal et managérial. Au niveau scientifique, l'intérêt de ce projet de recherche s'articule autour de trois points. Tout d'abord, nous cherchons à étudier simultanément les pratiques en situation et l'impact sur la fiabilité du contexte organisationnel et institutionnel. Cette étude se positionne donc au croisement de deux pans de la littérature : l'un, plus micro, orienté sur les pratiques au plus proche du quotidien du terrain ; et l'autre, plus macro, étudiant l'environnement organisationnel et la tension entre objectif de fiabilité et rationalisation des moyens de l'organisation. L'articulation entre les niveaux d'analyse, et la construction dans le temps de la fiabilité, représentent les deux enjeux scientifiques principaux de cette thèse.

Le deuxième point concerne une meilleure compréhension de l'impact de l'urgence et de l'incertitude dans le maintien la fiabilité. Les services d'urgence médicale, par l'imprédictibilité inhérente à leur activité, offrent un terrain d'étude pertinent pour l'analyse de l'urgence et de l'incertitude dans les organisations. Nous cherchons à contribuer au débat théorique autour de l'incertitude par une approche au quotidien et immersive d'une organisation. L'observation d'une organisation sur une période prolongée permettra de mieux appréhender la construction au quotidien de la fiabilité par la prise en compte du contexte au moment où l'événement se produit - information limitée, imprédictibilité de la situation, pression temporelle de l'urgence, etc.

Enfin, un dernier point d'intérêt scientifique est la transposition des études, au contexte français de l'urgence médicale. En effet, le corpus de littérature est majoritairement constitué d'études anglo-saxonnes. Or, le contexte français – tant dans la pratique de la médecine d'urgence, que l'organisation hospitalière et l'environnement institutionnel – a des spécificités

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

qui nécessitent d'être prises en compte dans l'étude de la fiabilité et de la résilience. Notre programme de recherche, et les publications en lien avec celui-ci, s'inscrivent dans une dynamique scientifique autour de la question de la fiabilité, au croisement des sciences de gestion et de la médecine.

Au niveau sociétal, notre recherche représente un intérêt dans la compréhension des réformes du système de santé, qui ne sont pas que financières et impactent la pratique de la médecine, et potentiellement la sécurité du patient. Les services d'urgence, pour la très grande majorité d'entre eux, sont intégrés dans un établissement public de santé et ne sont pas épargnés par ces réformes. De plus, les services d'urgence ne sont pas des services comme les autres, compte tenu de leur gestion du flux non-planifié de patients de l'hôpital, et ont une importance stratégique dans le système de santé français. En effet, ils doivent faire face à une affluence croissante : le nombre de passage aux urgences a doublé ces vingt dernières années, confirmant une tendance générale à se rendre toujours plus fréquemment aux urgences.

Malgré l'importance prise par les services d'urgence, les moyens ne sont pas corrélés positivement avec cette affluence. De plus, les services d'urgence sont confrontés à un problème de valorisation de leur activité dans le système de financement actuel. Ceci a entraîné au fil des années de nombreuses démissions, burnouts et un mal-être des soignants face à l'impossibilité de remplir correctement leur mission de santé. Ces difficultés sont renforcées par les chocs environnementaux – épidémie de grippe, canicule, fermeture de cabinets médicaux, etc. - sur un système déjà en tension lors d'une affluence normale, et conduisent à des dysfonctionnements impactant les patients. L'actualité récente illustre les limites et les dysfonctionnements des services d'urgence face à la tension entre le volume d'activité et les moyens pour le gérer. C'est le cas, par exemple, à l'hôpital Cochin en 2014 - ou encore à Reims en mars ou à Tours en mai et en juin 2018 - de décès de patients dans la salle d'attente, décès constatés plusieurs heures après leur survenance compte tenu de l'engorgement de ces services d'urgence.

Enfin, cette recherche présente un intérêt pour les praticiens. Au-delà de l'importance du leader pour transformer ou développer un fonctionnement hautement fiable, notre recherche est une opportunité de contribuer à l'amélioration des pratiques au quotidien : formaliser les pratiques, discuter les problèmes rencontrés, créer des espaces de discussion, etc. Il s'agit également d'orienter l'usage des outils de gestion, et de faire accepter, auprès des institutions, des outils de réflexivité plus que des outils de contrôle et de prescription du comportement.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Il y a ici un intérêt à valoriser l'analyse des dysfonctionnements en dissociant l'erreur et la faute individuelle afin de contribuer à l'amélioration de la sécurité du patient. La problématique de la sécurité du patient n'est pas qu'individuelle et doit intégrer le niveau organisationnel.

Au final, l'intérêt managérial de notre thèse ne concerne pas uniquement le personnel soignant mais peut également présenter un intérêt pour les gestionnaires administratifs. Notre recherche apporte des éléments de compréhension sur l'allocation et la combinaison des ressources nécessaires aux services d'urgence compte tenu de l'imprédictibilité de l'environnement. L'observation des services d'urgence par un chercheur en sciences de gestion est une opportunité, pour la structure hospitalière, de mieux comprendre comment s'articulent au quotidien les moyens et les ressources de ces services, et ainsi atténuer l'écart entre personnel soignant et personnel administratif sur la mission et les moyens nécessaires à un service d'urgence.

En étudiant la construction de la fiabilité d'un service d'urgence médicale, notre analyse porte sur l'étude des situations rencontrées quotidien par l'unité de soins, mais également sur l'impact de l'organisation et de l'environnement sur la fiabilité requise durant la prise en charge d'une urgence médicale. En effet, la complexité et l'incertitude de l'environnement implique une organisation et des processus adaptés à cet environnement. Dans cette étude, nous analysons donc à la fois les pratiques constitutives des processus assurant le maintien de la fiabilité, et le contexte organisationnel de l'urgence médicale et des situations de prise en charge. Ainsi, notre problématique de recherche se structure autour de deux questions principales. Dans un premier temps, nous cherchons à comprendre comment les processus permettant le maintien de la fiabilité se déploient dans le contexte opérationnel. Dans un second temps, nous analysons l'impact du contexte organisationnel sur le maintien de cette fiabilité. Au-delà de la question du maintien de la fiabilité face aux situations rencontrées, nous cherchons à formaliser la dynamique des processus entre les situations rencontrées et l'organisation. Cette dynamique implique une pluralité de niveaux d'analyse allant de l'individu confronté à cette incertitude en situation, à l'environnement organisationnel face à cette incertitude. Nous intégrons également la question du temps, au sens où si la résilience s'observe en situation, elle est le fruit d'une construction qui dépasse ces seules situations et s'appuie sur des processus se déployant sur un temps plus long.

Nous abordons cette problématique par une double approche. Une première approche cherche à articuler en une image cohérente la collection des faits en décrivant les pratiques

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

des acteurs. La démarche ethnographique que nous opérons dans cette étude nous permet une approche au plus près du quotidien de l'activité d'un service d'urgence médicale. Une seconde approche d'orientation plus analytique vise à comprendre comment l'organisation fait face aux situations qu'elle rencontre et comment elle assure sa mission d'accueil de l'urgence médicale.

Cette double approche permet de suivre la construction des résultats de la thèse, allant des pratiques sur le terrain jusqu'aux résultats conceptuels. Elle s'inspire pleinement des éléments développés par Van Maanen (1979, p. 540) entre résultats de premier niveau – venant décrire ce qui se passe sur le terrain - et de second niveau – cherchant à expliquer ce qui s'y passe : « first-order concepts are the "facts" of an ethnographic investigation and the second-order concepts are the "theories" an analyst uses to organize and explain these facts ».

Afin de pouvoir répondre à notre question de recherche, nous faisons le choix d'une démarche abductive sous forme de boucles analytiques entre terrain et littérature scientifique. Cette démarche fait apparaître deux éléments importants de l'élaboration de cette thèse. Premièrement, la question de recherche au début de l'investigation sur le terrain est laissée volontairement large et sans propositions explicatives précises *a priori*. La question de recherche s'est précisée au gré des allers-retours entre le terrain et la littérature. Deuxièmement, l'élaboration de la revue de littérature n'est pas qu'une étape antérieure au travail de terrain mais se construit en amont du terrain - pour préparer l'investigation-, durant le terrain - pour affiner la question et les concepts mobilisés-, et après le terrain - durant la phase de rédaction pour formaliser la question de recherche, les résultats et les contributions afférentes. Le présent écrit n'a donc pas pour rôle de fournir une retranscription pas à pas du déroulement de la thèse mais de proposer une étude - d'où le caractère linéaire de la lecture, d'une recherche qui ne l'est pas.

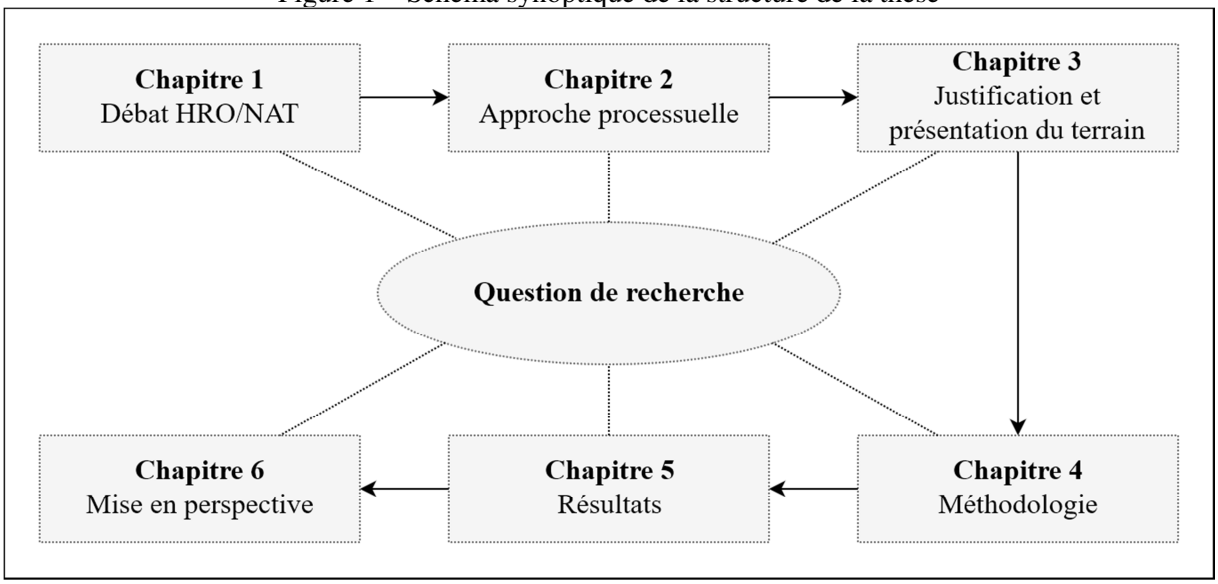
Ainsi, si la problématique finale est présentée à la fin du deuxième chapitre, elle est en réalité le fruit de questionnements et d'ajustements tout au long du processus de recherche. Le schéma synoptique de la structure de la thèse (Figure 1) retranscrit ces boucles de rétroactions sur l'ensemble des « étapes » entre elles. Ces boucles vont adapter la question de recherche, expliquant pourquoi nous la positionnons au milieu du schéma.

Cette thèse est organisée en six chapitres. Les deux premiers sont centrés sur la revue de littérature et formalisent la question de recherche. Le troisième chapitre explique la pertinence de notre étude empirique. Le quatrième chapitre présente notre réflexion méthodologique et

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

les dispositifs de collecte et d'analyse des données. Enfin, les deux derniers chapitres sont consacrés aux résultats de l'étude empirique et à une mise en perspective de ces résultats.

Figure 1 – Schéma synoptique de la structure de la thèse



Dans le premier chapitre, nous nous intéressons à comment les organisations font face aux défaillances. Il s'agit ici de comprendre comment les organisations font face aux différentes pressions de leur environnement pour des secteurs d'activité se révélant particulièrement instables, complexes ou risqués. Deux approches majeures de la défaillance sont étudiées : la *Normal Accidents Theory* (NAT) et le courant des *High Reliability Organizations* (HROs). Nous en relevons les différences et les points de convergence possibles afin de mieux définir la fiabilité organisationnelle dans ces secteurs d'activité.

La divergence principale entre les deux courants de pensée concerne la capacité d'action des organisations face à cet environnement instable, complexe et risqué. Pour la NAT, la complexité du système et le couplage fort rendent inéluctable la survenue d'accidents aux conséquences potentiellement catastrophiques. À l'inverse, le courant de pensée des HROs considère que, malgré un environnement complexe et les dangers inhérents à leurs secteurs d'activité, ces HROs sont capables de fonctionner sans défaillir. Néanmoins, si nous exposons cette divergence au premier abord, nous soulignons la proximité des deux courants notamment dans l'idée d'approcher la fiabilité en y incluant un contexte organisationnel et institutionnel et les pratiques au quotidien constitutives de cette fiabilité.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Dans un deuxième chapitre nous abordons la fiabilité sous un angle processuel. Au-delà de considérer certaines organisations comme hautement fiables, nous approchons la fiabilité au travers des processus assurant la fiabilité. D'organisations hautement fiables, nous étudions la fiabilité sous l'angle des processus de maintien de la fiabilité afin d'étudier comment ces processus se déploient et s'articulent entre eux dans les organisations.

Ceci nous amène à considérer les travaux de Karl E. Weick dans la compréhension des processus de haute fiabilité notamment autour de la construction de sens dans les organisations. Au-delà de la dimension technique de la fiabilité, le facteur humain[2] joue un rôle prépondérant dans la construction de la fiabilité, passant de facteur de défaillance à facteur de fiabilité.

En étudiant la question du facteur humain, nous exposons les principes fondamentaux nécessaires au fonctionnement des processus organisationnels de maintien de la fiabilité. Ces principes nous permettent par la suite de détailler les principaux processus en lien avec la haute fiabilité organisationnelle.

L'analyse de la littérature sur les processus de maintien de la fiabilité nous permet de structurer notre problématique de recherche autour de deux questions principales :

- Comment ces processus se déploient dans le contexte opérationnel face aux situations rencontrées ?

- Quel est l'impact du contexte organisationnel sur le maintien de la fiabilité ?

Le troisième chapitre est l'occasion pour nous d'expliquer la cohérence entre notre question de recherche et le choix de l'étude empirique. Ainsi, nous justifions de la pertinence d'étudier cette question au sein d'un service d'urgence médicale. L'impossibilité de prévoir le flux de patients – à la fois en termes de quantité et de gravité – et la pression temporelle liée à l'urgence médicale offrent une opportunité intéressante pour comprendre comment une organisation maintient sa fiabilité dans ces circonstances.

L'enjeu de fiabilité des services d'urgence se matérialise au travers de l'idée de de sécurité du patient. À ce titre, la médecine a opéré un tournant important dans les années 2000 suite à la publication du rapport *To Err Is Human*, qui souligne la place de l'erreur et du facteur humain dans le maintien de la fiabilité et la résilience en médecine.

[2] Nous mobilisons la notion de « facteur humain » dans son acception générale du rôle des hommes dans le travail (Dejours, 2010). Dans la littérature sur la sûreté industrielle, le facteur humain s'est longtemps opposé au facteur technique notamment en comparant la fiabilité de la machine avec celle des hommes. Les évolutions de la littérature sur la question soulignent la complémentarité plus que l'opposition de ces deux facteurs dans le maintien de la fiabilité d'un système.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Au croisement de l'urgence médicale et de l'inattendu des situations liées à son activité, nous présentons en détail le service d'accueil des urgences vitales qui a été le terrain d'étude de cette thèse.

Le quatrième chapitre présente la démarche méthodologique engagée dans cette thèse. Nous questionnons tout d'abord la cohérence de notre recherche entre problématique, terrain et méthodologie. Cette thèse s'inscrit dans une démarche qualitative orientée par une approche abductive de la recherche.

Face à notre objet de recherche nous expliquons le choix d'une approche ethnographique de notre terrain afin de pouvoir étudier les pratiques au quotidien permettant le maintien de la fiabilité. L'approche ethnographique nous amène à justifier notre positionnement sur le terrain entre observation et participation.

Une dernière section de ce chapitre est consacrée aux dispositifs de collecte de données face aux contraintes de terrain et à l'outillage analytique mis en place. Ainsi, la collecte de données s'est faite au travers de la mise en place d'une stratégie d'observation du terrain inspirée des travaux de Journé (2005). Le choix d'une observation participante est expliqué ainsi que le type de participation et les enjeux que cela représentent. À l'appui de l'observation participante, nous avons également réalisé un ensemble d'entretiens - exploratoires, ethnographiques et informels – et collecté un corpus de données secondaires. Dans le cadre de l'analyse des données nous expliquons les méthodes mobilisées qui ont conduit à l'émergence des résultats : attention flottante, mémos et *templates* analytiques. C'est également l'occasion pour nous de formuler les critères de validité scientifique et les risques méthodologiques inhérents à notre recherche. Enfin, notre démarche de recherche nous amène à proposer l'utilisation d'un journal d'enquête comme outil permettant l'articulation entre collecte et analyse des données.

Le cinquième chapitre est consacré à l'analyse des pratiques au quotidien des membres du service d'accueil des urgences vitales étudié et nous permet de structurer les principaux résultats de notre recherche. Un premier niveau de résultats décrit les pratiques en lien avec les processus de maintien de la fiabilité identifiés dans la littérature. Nous développons également le rôle du slack organisationnel comme élément constitutif du maintien de la fiabilité. Ces résultats soulignent le caractère multi-niveaux des processus et leurs conséquences sur la fiabilité et la résilience de l'unité de soins.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Un second niveau de résultat étudie les situations de prise en charge des patients. Nous abordons l'activité de l'unité de soins en termes de *continuum* et de trajectoires de situations. Ceci nous permet de nous intéresser aux inflexions de la trajectoire de prise en charge et à l'incertitude inhérente à l'activité d'un service d'accueil des urgences vitales.

Dans une dernière section, nous cherchons à comprendre comment les niveaux organisationnel et situationnel s'articulent. Nous mobilisons ici le concept d'espace de discussion (Detchessahar, 2003) dont nous proposons une relecture, avec des espaces de discussion routinisés et des espaces de discussion interstitiels. Ces différentes formes d'espaces de discussion permettent de construire, dans le temps, la fiabilité et la résilience organisationnelles.

Dans le sixième et dernier chapitre nous opérons une mise en perspective de nos résultats autour de la tension entre fiabilité et coût de cette fiabilité. Tout d'abord, nous cherchons à comprendre comment la fiabilité peut être évaluée et mesurée. Il apparaît intéressant de mettre en perspective le maintien de la fiabilité avec les coûts inhérents à ce maintien pour les organisations. Ainsi, la fiabilité peut être considérée comme une dimension, parmi d'autres, de la performance organisationnelle.

Par ailleurs, la fiabilité est souvent présentée comme absolue dans la littérature. Or sur le terrain, l'allocation des ressources et la rationalisation des coûts viennent questionner cet absolu avec la contrainte imposée sur les ressources de l'hôpital. Cette contrainte pourrait impacter à terme la fiabilité et la résilience de l'organisation mais est atténuée, pour le moment, par les processus mis en place et l'éthique professionnelle des soignants.

Cette mise en perspective de nos résultats autour du maintien de la fiabilité et de la résilience organisationnelles nous conduit, dans un dernier temps, à réfléchir au périmètre de notre thèse. Ainsi, nous proposons, tout d'abord, une synthèse de nos contributions théoriques, méthodologiques et managériales. Puis nous exposons les limites principales de cette thèse : la spécificité du terrain qui diminue la portée explicative de nos résultats, la difficulté d'accès aux négociations entre l'administration et les médecins et la sous-représentation dans nos résultats du rôle des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État (IADE) au sein de l'unité. Enfin, la synthèse de nos contributions et les limites évoquées nous permettent de formuler les perspectives futures de notre recherche à court et à moyen terme.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

CHAPITRE 1 – LES ORGANISATIONS FACE À LA DÉFAILLANCE

L'adaptation des organisations à leur contexte est une question ancienne en théorie des organisations. Une des théories de la contingence met en avant les interactions entre structure et environnement. Burns et Stalker (1961) analysent la structure des organisations selon le degré de complexité et de stabilité de son environnement et distinguent les structures mécaniste et organique. La structure mécaniste est adaptée à un environnement stable et se caractérise par une des procédures standardisées et une centralisation du système de décision. Quant à la structure organique, elle est adaptée à un environnement plus instable et privilégie l'adaptation à la standardisation. Nous y retrouvons notamment une faible spécialisation, un processus de décision décentralisée et une coordination des acteurs afin de s'ajuster mutuellement. Lawrence et Lorsch (1967) s'intéressent à l'adaptation des organisations face à différentes pressions environnementales, qu'elles soient d'ordre technologique, commercial, concurrentiel, etc. Ils démontrent notamment que les organisations adaptent leurs modes de fonctionnement au niveau de leurs sous-systèmes. La capacité d'adaptation, la réactivité et la flexibilité sont des éléments clés pour une organisation évoluant dans un environnement instable (Bierly & Spender, 1995, p. 640) : « *The organic, loosely coupled organization, flexible and responsive, dedicated to learning new solutions to new problems, has become the accepted wisdom* ». Pour étudier l'adaptation d'une organisation il ne faut donc plus la considérer comme un système global et homogène mais s'intéresser à ses différents sous-systèmes qui s'adaptent et évoluent à des degrés divers dans une dynamique organisationnelle.

Dans le prolongement des travaux des théoriciens de la contingence, certains secteurs d'activité se révèlent particulièrement instables, complexes ou risqués – nous pouvons citer par exemple le secteur nucléaire, l'industrie chimique ou le trafic aérien. Face aux conséquences en cas de défaillance des organisations évoluant dans ces secteurs, la fiabilité et la sécurité deviennent alors des enjeux importants et nécessitent des modes de fonctionnement spécifiques pour y répondre (sur les notions de fiabilité, sûreté et sécurité, voir Encadré 1).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 1 – Sur les notions de sécurité, de sûreté et de fiabilité

La sécurité peut être définie comme une « situation objective, reposant sur des conditions matérielles, économiques et politiques, qui entraîne l'absence de dangers pour les personnes ou de menaces pour les biens et qui détermine la confiance » (CNRTL[a]). La sécurité rassemble donc les conditions pour éviter tout danger pour les personnes ou les biens.

Les définitions proches de l'ingénierie définissent la sûreté comme l'absence d'accidents ou de conséquences inacceptables (Leveson, Dulac, Marais, & Carroll, 2009, p. 234) : « Safety can be defined as freedom from unacceptable losses ».

Il existe des spécificités selon les secteurs d'activités – dont le nucléaire ou l'aviation civile – qui distinguent sécurité et sûreté selon qu'il s'agisse d'actes malveillants ou non (Gandhi & Kang, 2013). En informatique, la sécurité désigne la prévention des accès non-autorisés à une information ou à sa modification tandis que la sûreté renvoie à la prévention des conséquences sur l'environnement (Stavridou & Dutertre, 1998). La sûreté consiste ainsi à protéger l'utilisateur ou l'environnement du système et la sécurité consiste en l'opération inverse, à protéger le système de l'utilisateur ou de l'environnement. Les différences entre sûreté et sécurité vont donc dépendre du contexte de l'utilisation des deux vocables.

La fiabilité est, quant à elle, définie comme la probabilité qu'un composant fasse ce pour quoi il est prévu (Leveson *et al.*, 2009, p. 234) : « the probability that a component satisfies its specified behavioral requirements over time and under given conditions ». Pour d'Arcimoles (2009, p. 161), « [a]u sens commun, la fiabilité d'un système, ou d'un individu, est sa capacité à rendre les services attendus ». Ainsi, nous formulons une définition proche de celle retenue par d'Arcimoles où **la fiabilité est la capacité d'un composant ou d'un système à accomplir une tâche spécifique dans des conditions données.**

[a] Source : Centre Nationale de Ressources Textuelles et Lexicales (www.cnrtl.fr)

Dès lors que nous nous intéressons à la fiabilité et à la sécurité dans une approche organisationnelle, la période 1980-1990 voit apparaître deux courants majeurs en lien avec ces sujets : d'un côté l'école de la fiabilité de Berkeley – à l'origine des *High Reliability Organizations* (HROs)[3] – et de l'autre, la théorie des accidents normaux – *Normal Accidents Theory* (NAT)[4]. Si les deux courants soulignent l'enjeu de fiabilité et de sécurité de ces organisations, la divergence se fait sur la capacité d'action des organisations face au risque d'accident. Si les théoriciens des HROs analysent comment ces organisations maintiennent un haut niveau de fiabilité, la NAT considère l'accident, et plus encore la catastrophe, comme inévitable du fait des caractéristiques organisationnelles.

Dans un premier temps, nous analysons la théorie des accidents normaux (NAT) afin de comprendre les déterminants de la normalité de ces accidents. Dans une deuxième section, nous abordons le courant des HROs et les raisons développées pour considérer certaines

[3] Les abréviations, sigles et acronymes utilisés dans cet écrit sont rassemblés dans un tableau de synthèse p.342

[4] Les acronymes anglais HRO et NAT seront conservés au lieu de leur version française (respectivement OHF et TAN) afin d'éviter une profusion d'acronymes

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

organisations comme hautement fiables, Enfin, dans une troisième section, nous étudions les oppositions et convergences possibles entre ces deux courants de pensée.

1. L'INÉLUCTABILITÉ DE LA CATASTROPHE : LA NORMAL ACCIDENTS THEORY (NAT)

Perrow (1984), dans son ouvrage *Normal Accidents : Living With High-Risk Technologies*, avance l'idée que la complexification des technologies amène à des accidents. La normalité des accidents s'explique par les caractéristiques du système : si un système est complexe alors, fatalement, l'accident va se produire (sur l'approche systémique des organisations, voir Encadré 2). Pour autant, cela ne veut pas dire que si ces caractéristiques ne sont pas réunies il n'y a pas de risque d'accident, mais que dans ce type d'organisation, ce sont les caractéristiques organisationnelles – systémiques – qui expliquent l'accident.

Encadré 2 – L'approche systémique des organisations

L'approche systémique des organisations renvoie à l'idée qu'une organisation est un système, un ensemble composé d'au moins deux éléments (sous-systèmes) en interactions. À la différence d'une approche cartésienne fondée sur le réductionnisme – i.e. consistant à découper un système en une somme d'éléments élémentaires – l'approche système considère qu'il faut appréhender un système dans son ensemble et les interactions entre les éléments qui le compose afin de comprendre le fonctionnement des éléments dans un système.

En sus de cette approche holiste, la notion de système renvoie également à l'idée d'échanges avec son environnement et de rétroactions afin de conserver un état stable. Le comportement du système peut être décrit comme ses différents états et les liens entre les différents stades, ainsi que par les interactions qu'il opère avec son environnent (Bertalanffy, 1972).

Comme le précisent Kast et Rosenzweig (1972), l'approche systémique des organisations est un sujet ancien, citant notamment Barnard (1938), Parsons et le fonctionnalisme systémique (1951), Burns et Stalker (1961) et les systèmes mécaniques ou organiques, ou Scott (1961) pour lequel ils reprennent ses propos : « the only meaningful way to study organization is to study it as a system […] Modern organization theory and general system theory are similar in that they look at organization as an integrated whole ».

1.1. DEUX VARIABLES EXPLICATIVES DE LA NORMALITÉ DES ACCIDENTS : LE COUPLAGE FORT ET LA COMPLEXITÉ DES INTERACTIONS

En étudiant certains secteurs d'activité à haut niveau de risque (industrie chimique, nucléaire civil, aviation, etc.), Perrow (1984, 1994a) avance l'idée que certains accidents sont le fait des caractéristiques intrinsèques de l'organisation. Lorsqu'une organisation – au sens d'un système évoluant dans un environnement – regroupe à la fois une complexité des

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

interactions entre les éléments qui la composent et un couplage fort entre ces éléments alors l'accident est inévitable. Cette inéluctabilité de l'accident est renforcée par les redondances mises en place pour pallier un potentiel manque de fiabilité, rendant le système encore plus complexe : la complexité appelle plus de complexité qui augmente le risque de catastrophe dans une spirale fataliste (sur les notions de complexité et de système complexe, voir Encadré 3).

Encadré 3 – À propos des notions de complexité et de complexité d'un système

Morin (1990, p. 10) donne une définition générale de la complexité comme « *ce qui ne peut être résumé en un maître mot, ce qui ne peut se ramener à une loi, ce qui ne peut se réduire à une idée simple* ». En d'autres termes, la complexité d'une chose – objet, concept, action, système, etc. – renvoie à son caractère non-décomposable en éléments plus simples, au « *nombre important d'éléments indépendants en interaction* » (Thiétart, 2000, p. 3).

Un système complexe peut être défini comme un grand nombre d'éléments interagissant entre eux. Malgré la connaissance des propriétés des parties et les lois régissant les interactions entre les éléments, il reste difficile de comprendre les propriétés du système (Simon, 2005). En un sens la complexité du système est supérieure à la somme des complexités des éléments. Selon Simon (1990), il est possible de caractériser un système complexe autour de quatre éléments : sa cardinalité (le nombre de composants du système), l'interdépendance entre les composants(plus il y a d'interdépendance et plus le système est complexe), l'indétermination du système, et le contenu des composants et leur unicité (à composant égal un système est plus complexe si le nombre de composants identiques est moindre). Il existe de nombreuses typologies de systèmes selon leur degré de complexité (e.g. Boulding, 1956; Bertalanffy, 1972; Le Moigne, 1977).

Au niveau d'une organisation complexe, nous retrouvons cette complexité des interdépendances : interdépendance de l'organisation avec l'environnement, interdépendance entre l'organisation et ses composants, interdépendance entre les composants de l'organisation (Thiétart, 2000). La complexité organisationnelle est renforcée par l'environnement incertain : incertitude liée à l'impossibilité de raisonner de manière linéaire, incertitude liée à la contingence des actions face à l'environnement que l'organisation subie et incertitude liée aux interrelations entre les composants qui la constituent (Thiétart, 2000). L'incertitude revêt également de nombreuses définitions auxquelles avec certains facteurs communs (Argote, 1982) : une information incomplète, une difficulté de prédire le futur état des facteurs associés à l'environnement organisationnel et une difficulté de planifier ou spécifier les activités à l'avance. Le hasard, l'inattendu et l'imprévu sont donc parties intégrantes du raisonnement et ne doivent pas être éliminés ou rationalisés : c'est le monde de l'essai, de la conjecture, de l'heuristique (Journé, Grimand, & Garreau, 2012).

La complexité des interactions renvoie à des séquences imprévues, inconnues ou inattendues, non-visibles et non compréhensibles immédiatement (Perrow, 1984, p. 78) : « Complex interactions are those of unfamiliar sequences, or unplanned and unexpected sequences, and either not visible or not immediately comprehensible ». Elle s'oppose aux interactions linéaires où les relations entre les composants du système se font avec des connexions dédiées, avec peu de rétroactions et une compréhension exhaustive ce qui est en train de se produire (voir Tableau 1).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Tableau 1 – Types d'interactions : complexes ou linéaires (adaptés de Perrow, 1994b)

Interactions complexes	Interactions linéaires
Connexions communes	Connexions dédiées
Interconnexion des sous-systèmes	Sous-systèmes distincts
Substitutions limitées	Substitutions aisées
Boucles de rétroactions nombreuses, dont certaines sont inhabituelles ou inattendues	Peu de boucles de rétroactions
Contrôle multiples et interagissant	But simple, contrôles distincts
Informations indirectes ou déduites	Informations directes
Compréhension limitée	Compréhension exhaustive

Le couplage correspond au degré de dépendance entre les éléments du système. Le couplage est fort lors qu'il y a une forte dépendance entre les éléments du système avec une seule façon de faire prévue dès la conception du système et peu de marge (Perrow, 1984, pp. 89–90) : « Tight coupling is a mechanical term meaning there is no slack or buffer or give between two items. What happens in one directly affects what happens in the other ». À l'inverse, le couplage faible laisse des délais de traitement, des méthodes alternatives et des marges de manœuvre aux sous-systèmes (voir Tableau 2).

Tableau 2 – Types de couplage : fort ou faible (adaptés de Perrow, 1994b)

Couplage fort	Couplage faible
Pas de délais de traitement	Délais de traitement possibles
Séquences invariantes	Variation dans l'ordonnancement des tâches
Une seule méthode pour aboutir à la finalité	Méthodes alternatives possibles
Peu de slacks en ressources complémentaires	Existence de slacks, de ressources complémentaires
Amortisseurs (buffers) et redondances prévus dans le design	Amortisseurs (buffers) et redondances fortuits
Substitutions limitées et prévues dès la conception	Substitutions fortuites possibles

Cet inéluctabilité de la catastrophe provient selon Perrow (1984) de l'impossibilité de gérer la complexité des interactions et le couplage fort simultanément. Pour l'auteur, gérer un environnement à risque nécessite une centralité de la décision où les opérateurs répondent rapidement, d'une façon prédéterminée et sans poser de questions. Mais un système complexe nécessite d'être flexible et décentralisée car une organisation centralisée ne peut pas être suffisamment réactive.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Perrow (2009, p. 1392) va même plus loin en insistant sur le rôle des acteurs dans ces organisations et leur incapacité à contrer la complexité des interactions et le couplage fort. Quand bien même ces acteurs font de leur mieux, restent attentifs et ont un pouvoir d'interrompre les opérations si un problème survient, ils ne peuvent compenser cette normalité des accidents :

> Normal accident theory is distinctive in that it says that even if we tried our best, and followed all the recommendations of High Reliability theory, for example, did not allow deviations to pile up, remained mindful, empowered lower levels in the hierarchy, had top executives committed to 'safety first', there is yet another source of accidents. If organizations are sufficiently 'interactively complex' and 'tightly coupled' it is rare, but 'normal' for them to have accidents.

Pour faire face à cette complexité des interactions et ce couplage fort, il faudrait que les organisations soient simultanément centralisées et décentralisées ce qui est, pour Perrow, impossible. Cette dualité d'être à la fois centralisé et décentralisé s'illustre notamment dans le processus de décision (Hopkins, 1999). Pour gérer la complexité, il faut un processus de décision décentralisée. Et pour gérer le couplage fort, il faut un processus de décision centralisé. Ne pouvant avoir à la fois un processus de décision centralisé et décentralisé, l'organisation ne peut donc pas simultanément combiner la complexité des interactions et le couplage fort (voir Tableau 3).

Tableau 3 – Centralisation et décentralisation de la décision (d'après Hopkins, 1999)

		Interactions	
		Linéaires	**Complexes**
Couplage	**Fort**	*Centralisation* pour le couplage fort *Centralisation* compatible avec les interactions linéaires	*Centralisation* pour gérer le couplage fort *Décentralisation* pour gérer les interactions imprévues
	Faible	*Centralisation* ou *décentralisation* possible	*Décentralisation* pour les interactions complexes *Décentralisation* pour le couplage faible

Face à cette ambivalence systémique – de devoir être à la fois centralisé et décentralisé – le système va générer des accidents, et plus généralement des catastrophes compte tenu du type d'activités et des conséquences en cas de défaillance. Perrow (1984) mesure l'ampleur de

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

la catastrophe en proposant une classification en quatre groupes des victimes potentielles. Les victimes potentielles sont regroupées selon leur degré de participation volontaire au système et leur connaissance des risques inhérents à celui-ci (voir Figure 2).

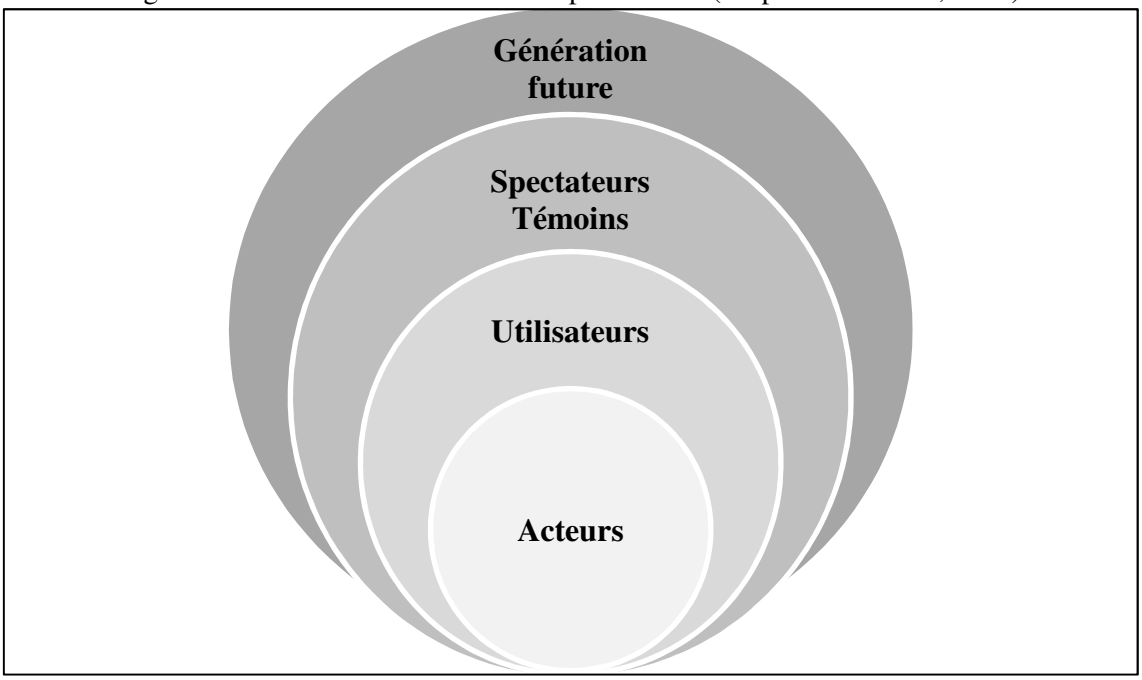
Le premier groupe réunit le personnel du système, que ce soit les opérateurs, les superviseurs ou les autres travailleurs en activité sur le site.

Le deuxième groupe rassemble les individus associés au système mais n'ayant que peu d'influence sur le fonctionnement du système. Nous retrouvons notamment dans ce groupe les utilisateurs du système, par exemple les passagers d'un avion de ligne.

Le troisième groupe est constitué des témoins, des spectateurs (*bystanders*) de l'accident. Il s'agit par exemple des habitants à proximité d'une centrale nucléaire. Les membres de ce groupe sont passifs vis-à-vis de la catastrophe en cours : ils n'ont pas de leviers d'action et subissent ce qui est en train de se dérouler, parfois sans même le savoir.

Enfin, le quatrième groupe représente la génération future. Par exemple, lors d'un accident nucléaire, l'augmentation du taux de malformation des nouveau-nés illustre ce transfert des conséquences de l'accident sur la génération future.

Figure 2 – Classification des victimes potentielles (adaptée de Perrow, 1984)



Cette classification met également en avant l'élargissement du périmètre impacté par l'accident. En effet, si le premier groupe est intégré au système lui-même, l'aire d'effet s'élargit jusqu'à intégrer la dimension temporelle avec la ou les génération(s) future(s), des

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

victimes n'ayant pas directement connu l'accident mais étant tout de même les victimes. La catastrophe de Bhopal en Inde illustre cette augmentation exponentielle du nombre de victimes. En 1984, le rejet de 40 tonnes de produits toxiques – de l'isocyanate de méthyle – d'une usine d'*Union Carbide* est considéré comme la pire catastrophe industrielle de tous les temps. Si la version officielle annonça 4 000 morts le jour de l'accident, les rapports suivants ont fait état de plus de 10 000 morts au bout d'une semaine. Ces rapports indiquent que le nombre de victimes directement liés à l'accident est estimé à 22 000 morts et 40.000 handicapés. Mais avec la pollution toujours présente des terres et des nappes phréatiques – entraînant d'autres morts, malformations, handicaps – le nombre de victimes 30 ans après la catastrophe est estimé entre 200 000 et 500 000 victimes supplémentaires[5].

Perrow, bien qu'opposé à ces organisations du fait du danger qu'elles représentent, avance qu'il s'agit malheureusement d'un état de fait car ces systèmes existent déjà et qu'il faut maintenant faire confiance à ces systèmes et aux experts les défendant (Cummings, 1984, p. 631) : « In Perrow's analysis, the experts become intellectual charlatans - unreliable, inconsistent advocates. ». Si les experts et les élites sont critiqués, les opérateurs humains dans ces systèmes sont considérés comme des victimes impuissantes face à la complexité du système dans lequel elles évoluent. Les choix faits par les opérateurs – et leur responsabilité en cas d'accident – sont contraints par le système lui-même et les élites qui ont construit ce système (Perrow, 1994a, p. 2) : « They build the 'structures' – the technologies, organizational designs, the system of social stratification, and the cultural artefacts that tell us how to see the world ». La responsabilité en cas d'accident incombe donc plus à ces élites qu'aux opérateurs. Mais même les meilleurs incitations et la meilleure régulation possible ne pourront éviter la fatalité de ces accidents normaux (Perrow, 2011, p. 52) : « Some complex systems with catastrophic potential are just too dangerous to exist, not because we do not want to make them safe, but because, as so much experience has shown, we simply cannot. ». Considérant les exemples pris et le champ lexical utilisé, le dessein de Perrow est d'être volontairement dérangeant, voire provocateur, dans le but de faire réagir le lecteur face au potentiel danger de ces systèmes sur l'espèce humaine.

[5]Source : http://www.liberation.fr/terre/2014/12/02/trente-ans-apres-bhopal-tue-toujours_1155320

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

1.2. LA DIMENSION POLITIQUE : UN RENFORCEMENT DE LA NORMALITÉ DES ACCIDENTS

La parution de l'ouvrage de Perrow en 1984 a suscité un débat, parfois houleux, sur cette normalité de l'accident dans ces organisations complexes. Au sein de la NAT, le débat s'est enrichi avec les travaux de Sagan (1993) sur la dimension politique des accidents offrant de nouvelles clés de compréhension à cette normalité des accidents.

Le premier élément concerne la tension entre la fiabilité et la rentabilité dans les organisations. Pour Sagan (1993), même si l'objectif de fiabilité est présent dans les organisations complexes, il n'est pas le seul, notamment l'objectif de compétitivité qui impacte négativement la sûreté de l'organisation. C'est la recherche d'une meilleure rentabilité qui guide les industriels à concevoir des structures complexes – grandes usines, supers tankers, etc. – là où de plus petites unités permettraient des risques moins grands (Perrow, 1994b). Cette quête de rentabilité va de pair avec des limitations budgétaires qui mettent en péril la fiabilité (Perrow, 2011, p. 48) : « They were unable to maintain the plant in safe conditions because of budget cuts and production pressures by top management. ». Enfin, cette forte incitation à générer du profit n'est pas contrebalancée suffisamment par une incitation à être plus fiable (Perrow, 1994b). À titre d'illustration, si nous nous intéressons à la catastrophe de l'*Exxon Valdez* en 1989, la société *Exxon* a été condamnée en 2006 à une amende de 2,5 milliards de dollars. Si le montant de l'amende peut paraître important, il est à mettre en perspective avec le chiffre d'affaires de la société, d'un montant de 365 milliards cette même année[6].

Le deuxième élément mis en lumière par la dimension politique des accidents est la limite de l'apprentissage dans ces organisations. Tout d'abord, la structuration même du système rend difficile l'apprentissage à partir des erreurs car les causes précises des erreurs ne sont pas facilement décelables (Perrow, 1994b). Par exemple, après la catastrophe de Bhopal en 1984, l'usine d'*Union Carbide* en Virginie Occidentale a été déclarée sûre après inspection. Or, ces deux usines étaient pourtant similaires.

De plus, la mise en place de moyens pour sécuriser matériellement les sites se fait au dépend d'investissement dans le facteur humain. Le passage brutal d'une structure de petite taille à une structure de très grande taille – ou une structure de très grande taille dès le départ

[6]Source : https://fr.statista.com/statistiques/565147/chiffre-d-affaires-d-exxon-mobil-2001/

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

pour le nucléaire civil – ne permet pas un apprentissage incrémental. La conception doit être sans faille – défi impossible face à la complexité de ces systèmes – car rien ne pourra contrer une anomalie.

Enfin, la réponse de l'organisation face à un accident consiste à blâmer les opérateurs d'être la cause de l'accident (Sagan, 1993). Le déni de la responsabilité institutionnelle et la recherche d'un coupable opérationnel limite l'apprentissage et ne remet pas en cause le fonctionnement organisationnel. Dans ce climat, les opérateurs préfèrent taire leurs erreurs ou les anomalies qu'ils constateraient afin d'éviter des représailles de la part de leur hiérarchie.

Le dernier élément que la dimension politique met en exergue renvoie à la transparence des informations transmises face à une anomalie ou un accident. La rétention d'informations du fait notamment qu'il s'agisse de secteurs sensibles – sous-marin, centrale nucléaire, centre de commandement nucléaire tactique, etc. – rend peu propice la diffusion d'informations concernant des accidents (Rousseau, 1996). La densité et la force des parties prenantes jouent également un rôle important dans l'information qui est faite face aux accidents (Perrow, 1994b). Selon le secteur d'activités, la nature et la quantité d'informations transmises varient selon le maillage des parties prenantes : concentration du contrôle, force des syndicats, pouvoir réel et médiatique des victimes, etc.

Le secteur nucléaire civil est parsemé d'exemples illustrant cette chape de plomb qui peut inhiber la circulation d'information : le nuage radioactif suite à l'accident de Tchernobyl (Ukraine) s'arrêtant à la frontière française, l'absence d'évacuation de la population lors de l'incendie de Windscale (Royaume-Uni), l'accident dans le complexe nucléaire de Maïak près de Chelyabinsk (Russie) en 1957 qui ne fut révélé qu'au début des années 1980 ou encore le déni des autorités japonaises de l'impact sur la santé de l'accident à Fukushima (Japon) en 2011, etc. Comme le souligne Clarke (1999), la préparation de ces organisations à des catastrophes est plus symbolique qu'effective : les organisations sont dans une logique de convaincre le public – grand public, medias, institutions, agence de régulation, etc. – qu'ils sont capables de contrôler le risque et que ce risque est faible ou négligeable. Par exemple, le danger des radiations a longtemps été minoré et considéré comme sans danger à de faibles doses de radioactivité. Or, les études médicales sur la question précise que l'exposition à de faibles doses de radioactivité n'est pas sans danger mais que l'impact sanitaire est difficilement mesurable. Pour autant, les mesures de sécurité n'ont pas évolué pour intégrer cette information : « *While international agencies now agree that there is no threshold below*

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

which radiation can be deemed harmless, that does not translate into policy recommendations for evacuations » (Perrow, 2013, p. 64).

1.3. LIMITES DE LA NAT

Des débats consécutifs à la publication des travaux sur la NAT, il est possible de formuler trois critiques principales qui pondèrent la portée explicative de la NAT face aux catastrophes.

La première critique provient de l'ambivalence de certains concepts utilisés. Il y a tout d'abord une équivalence entre risque, danger et fiabilité. Or, une technologie peut présenter peu de risque – au sens où la probabilité de survenance d'un événement est faible – mais être dangereuse (Roberts, 1990b, p. 163) : « He [Perrow] assumes all hazardous technologies are also high risk and does not differentiate hazard, risk, and reliability ». En effet, si le couplage fort et la complexité des interactions augmentent le risque d'accidents, Perrow compare le risque et ignore le concept de danger (Leveson *et al.*, 2009).

La seconde confusion provient de la description même que Perrow fait d'un système. Pour reprendre de manière synthétique, il décrit un système comme un élément lié (couplé) à d'autres éléments qui forment des sous-systèmes liés (couplés) dans un système, lui-même attaché à un environnement. Mais comme le soulignent Shrivastava, Sonpar et Pazzaglia (2009), un élément peut être à la fois une valve mécanique ou un opérateur humain. Cela veut donc dire que la défaillance d'une valve équivaut à la défaillance d'un humain. Or, il apparaît, qu'à ce niveau, le raisonnement ne tient plus car l'opérateur humain a une faculté d'anticipation et de réaction…qu'une valve n'a pas. Ainsi, dans la NAT un élément équivaut un autre élément sans une description plus fine des différents types d'éléments constitutifs d'un système sociotechnique.

La deuxième critique concerne la caractérisation et la mesure du couplage et de la complexité. Le degré de complexité et la force du couplage sont résumés à des variables binaires : couplage fort ou faible, complexité linéaire ou complexe. De plus, il y a équivalence de ces degrés quel que soit l'industrie étudiée. Comme le précisent Leveson *et al.* (2009), la simplification de la caractérisation du couplage et de la complexité expliquent l'inadéquation entre la classification de la NAT (couplage fort + interactions complexes = accidents) et le taux d'accidents constatés. De plus, dans certaines organisations nous observons simultanément un couplage et un découplage selon les situations auxquelles sont confrontées

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

les organisations (Orton & Weick, 1990). Il devient alors plus pertinent d'étudier les organisations non pas sur ce qu'elles sont – puisque certaines peuvent à la fois être fortement couplées et se découpler – mais sur ce qu'elles font – dans quelles situations il y a découplage ou non.

Outre la caractérisation du couplage et de la complexité, leurs mesures respectives posent également problème. Rijpma (2003) met en évidence l'absence de critères pour mesurer la complexité et le couplage rendant la quantification de ces éléments subjective et peu fiable. Non sans humour, Roberts (1989, p. 286) précise à ce propos que « his constructs are loosely coupled to his illustrations ». La classification des organisations proposée par Perrow (1984) selon le type de couplage et la complexité des organisations est plus faite pour légitimer son propos que pour l'argumenter, quitte à modifier certains critères. Par exemple, le système d'alerte de l'armée américaine est positionné comme complexe mais devient finalement modérément complexe dans la classification pour faire entrer cet exemple dans la modélisation (Perrow, 1984, p. 291) : « the early warning system appears to be moderately complex and coupled, but not disastrously so. ». Aucune démonstration n'est proposée sur le pourquoi d'une quantification modérée de la complexité, si ce n'est qu'il n'a pas généré pour le moment d'accident. Hopkins (1999, p. 96) souligne cette circularité du raisonnement :

> There have in fact been no disasters resulting from failures in the early warning system. It is not legitimate to conclude from this that the system is only moderately complex and coupled, as Perrow appears to do: complexity and coupling must be defined independently of the phenomenon they are designed to explain.

La troisième critique renvoie à la portée explicative des accidents par le couplage et la complexité. Pour Orton et Weick (1990) ce n'est pas parce qu'il y a couplage fort et complexité des interactions que l'accident est inévitable. Quand bien même il y aurait corrélation forte entre ces facteurs et les accidents – ce que certaines organisations tendent à contredire avec un couplage qui n'est pas absolu – le lien de causalité n'est pas démontré. La *Normal Accidents Theory* ne permet pas de prédire si un système est plus ou moins vulnérable à un désastre du fait de l'intensité de la complexité et du couplage à l'œuvre dans ces organisations. La modélisation du système de la NAT ne permet donc pas de faire apparaître

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

les organisations qui vont faillir. Roberts (1989) insiste sur ce point en prenant cinq exemples[7] de systèmes ayant connu une défaillance. Elle met en avant qu'il s'agit de cinq systèmes différents ayant des caractéristiques différentes. De plus, elle insiste sur l'idée que dont la NAT n'a pas de pouvoir explicatif – et encore moins prédictif des catastrophes. Cette portée limitée de la NAT provient également de la spécificité des cas utilisés (Bain, 1999). L'étude du *Strategic Air Command* (SAC) – le commandement de l'arsenal nucléaire des États-Unis – faite par Sagan (1993) souligne les particularités de cette organisation, qui en plus d'être fiable doit le démontrer, tant au niveau politique (état-major, congrès, grand public) qu'au niveau international. Si Sagan (1993, p. 257) reconnaît volontiers la spécificité du SAC – « It is not surprising that the military commands that are responsible for controlling nuclear forces would create a veil of safety to manage their image in front of the president, the Congress, and the public » – cela ne l'empêche pas de généraliser ces conclusions malgré cette spécificité.

Enfin, Hopkins (1999) souligne que la plupart des accidents graves n'entrent pas dans le champ de la NAT car ils ne sont pas inhérents aux caractéristiques systémiques mais liés à une défaillance d'un composant, qu'il soit humain ou matériel. Hokpins (2001) va même plus loin en démontrant que l'accident nucléaire de *Three Mile Island* en 1979 – accident utilisé par Perrow (1984) pour développer la NAT – est plus une illustration de management défaillant qu'une démonstration de la NAT, avec son lot d'avertissements ignorés, d'une communication défaillante, d'un manque de focalisation sur la sûreté, etc. Si la centrale nucléaire de Three Mile Island est bien un système complexe et fortement couplé, l'accident n'en est pas pour autant inévitable (Hopkins, 2001, p. 72) : « So was Three Mile Island a normal accident? The accident certainly occurred in a complex and tightly coupled system. But that did not make it inevitable and unavoidable ». La défaillance de ce système n'est pas due à l'inévitabilité des accidents mais à l'inadéquation des défenses mises en place pour assurer la sûreté.

Faut-il alors considérer la NAT comme un développement scientifique caduc ? Certes, face à ces nombreuses critiques, Perrow (2009) use souvent de la même argumentation : même s'il n'y pas d'accident malgré la complexité et le couplage, ce n'est qu'une question de temps pour que cet accident *normal* survienne. Quels que soient la connaissance, l'apprentissage et les méthodes mises en place, si l'organisation a un degré suffisant

[7] L'explosion de la navette spatiale Challenger (1986), l'accident industriel de Bhopal (1984), l'accident nucléaire de Tchernobyl (1986), le vol 007 Korean Air Lines abattu par l'aviation soviétique (1983), le vol 655 d'Iran Air abattu par l'USS Vincennes (1988).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

d'interactions complexes et de couplage alors il y aura des accidents normaux. Il n'est pas possible d'arriver à 100% de fiabilité et dans ce type d'organisation, un seul accident peut avoir des conséquences catastrophiques (Perrow, 2009, p. 1392) :

> Even if the system has run long enough for either experience to develop or for complacency to set in, it is the complexity and coupling of the system, independent of time of operation, that creates the potential for the rare normal accident.

Au-delà de cette réponse en forme d'impasse, la NAT présente un intérêt dès que lors que les propos de Perrow sont remis dans le contexte de l'époque. Ce que Perrow voulait démontrer par la NAT, c'est l'insignifiance de l'erreur des opérateurs par rapport à l'accident. Si cette argumentation peut sembler être une évidence maintenant, dans le contexte de 1979 – l'année de l'accident de *Three Mile Island* – en analysant la NAT sous cet angle, Perrow démontrait qu'il fallait aller au-delà des conclusions d'une erreur des opérateurs et donc de les laisser seuls assumer les conséquences d'une catastrophe (Hopkins, 2001, p. 71) : « Perrow's theory of normal accidents provided an innovative and effective way to shift the blame for accidents away from frontline operators ». Perrow aurait-il donc feint d'ignorer certains éléments mais suivait un but précis avec la NAT ? Le caractère provocateur de cette normalité de l'accident aurait donc valeur à faire bouger les lignes sur la culpabilisation des opérateurs plus que sur le catastrophisme de la technologie. Si Hopkins (1999) conclut que l'intégration des erreurs de management dans la NAT l'appauvrisse plus qu'elle ne l'enrichisse, Nous ne pouvons pas reprocher à la NAT d'être stimulante non pas pour sa conceptualisation de l'organisation mais pour les questions qu'elle pose.

Ainsi, il convient d'arrêter de blâmer les opérateurs et de s'intéresser au fondement de ces systèmes : leur conception, leurs secteurs d'activités respectifs, les enjeux techniques et politiques à l'œuvre. Comme le souligne Rijpma (2003, p. 38), une réflexion sur le danger de ces systèmes, notamment le nucléaire, est à mener :

> Normal Accidents is also a political pamphlet against the rise of high-risk technologies. The best parts of the book are not those about complexity and tight coupling, but the parts about the structure of industries and the politics of risk decision making.

Loin d'être une impasse, la NAT est un point de départ stimulant pour comprendre comment ces organisations maintiennent la fiabilité, alors même que la NAT n'est pas une

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

théorie de la fiabilité car elle n'explique pas comment assurer la fiabilité. La NAT pose ainsi la question de manière provocante : si nous nous rions du danger ou jetons un voile pudique sur ces questions alors la catastrophe est inévitable. Il est donc nécessaire d'ouvrir la « boîte noire » de ces organisations pour comprendre comment elles fonctionnent, et ce, à différents niveaux d'analyse : ce qui maintient la fiabilité et comment la répliquer ailleurs, ce qui la met en péril et doit être modifié.

2. MAINTENIR LA FIABILITÉ : LE COURANT DES HIGH RELIABILITY ORGANIZATIONS (HROS)

L'effervescence autour de la question de la fiabilité depuis la parution de *Normal accidents: Living with high risk systems* en 1984 illustre à quel point Perrow a atteint ses objectifs et stimuler la recherche autour de la fiabilité des organisations. Ainsi, les travaux sur les *High Reliability Organizations* (HROs) – les organisations hautement fiables – expliquent comment des organisations complexes, évoluant dans des environnements imprévisibles (urgence, inattendu, etc.), s'organisent de telle sorte qu'elles maintiennent leur fiabilité, là où la NAT présente des organisations vouées à défaillir (Rochlin, La Porte, & Roberts, 1987). Comme le rapporte un des auteurs, les travaux de Perrow ont eu un rôle majeur dans la construction théorique autour de la haute fiabilité (Roberts, 1989, p. 285) : « number of books have had a major input on how I think about organizations. However, at this point a quite recent book—Charles Perrow's Normal Accidents (1984)—ranks as the most significant ».

2.1. ET POURTANT CELA FONCTIONNE

2.1.1. Ces organisations qui devraient défaillir

Si les HROs se définissent en partie en contredisant les arguments de la NAT, elles fourmillent de paradoxes qui rendent leur observation d'autant plus intéressante. En effet, l'étude des HROs souligne le caractère contre-intuitif de leur fonctionnement. Si les organisations spécialisées sont plus fiables dans un environnement stable, et les organisations généralistes sont plus fiables dans un environnement incertain, les HROs cumulent ces deux types de fonctionnement : une technologie avancée nécessitant des compétences spécialisées, et, du fait du couplage fort entre les éléments, une compréhension générale (Roberts, 1990b).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Le couplage fort des composants de l'organisation nécessite une forte coordination et interaction des acteurs pour permettre la fiabilité. Mais un environnement incertain nécessite une complexité et une flexibilité suffisante pour faire face à l'imprévu. Les HROs gèrent ainsi ces deux éléments simultanément.

Les HROs sont donc en capacité de gérer leur système complexe – au niveau technologique et organisationnel – afin d'éviter toute défaillance qui pourrait faire mettre en péril voire détruire l'organisation. Mais plus encore qu'une stabilité du résultat, les HROs sont capables de maintenir pendant une certaine durée un haut niveau de fonctionnement, quantitativement et qualitativement parlant (La Porte & Consolini, 1991).

Les HROs approchent la complexité avec pragmatisme : comme il n'est possible de tout prévoir, il faut apprendre sur le terrain afin d'être performant. L'étude d'un porte-avions illustre ce propos (Rochlin *et al.*, 1987, p. 79) : « without sufficient operational time at sea, both effectiveness and safety would suffer ». Cet apprentissage insiste sur le côté pratique, où la formation théorique y est basique avec peu de manuels retraçant les évolutions. Ceci s'explique par le fait que même des porte-avions de même classe, diffèrent dans leur fonctionnement, rendant la standardisation complète des procédures impossibles. Ainsi, l'apprentissage se fait sur le terrain par des entraînements, des simulations afin de s'approcher des conditions réelles de fonctionnement.

Étudier une HRO passe donc par étudier comment elle fonctionne en pratique. Cette approche diverge de celle utilisée par la NAT qui, en se focalisant sur les éléments qui expliquent la catastrophe plutôt que d'appréhender l'ambiguïté à laquelle les acteurs ont été confrontés dans cette situation, souffrait d'un biais de reconstitution *a posteriori*. Au contraire, de nombreuses études autour des HROs (e.g. Rochlin *et al.*, 1987; Roberts, 1990a; Bourrier, 1996; Journé, 2001b) soulignent l'intérêt d'une approche quotidienne *in situ* de ces organisations plutôt que de reconstruire les événements. Comme le précise de Bovis (2009), cette approche devra être complétée avec des données d'entretien afin de pouvoir croiser les données entre l'interprétation du chercheur et celles des acteurs.

Enfin, si l'on reproche à la NAT de tomber dans le biais de reconstitution *a posteriori*, l'étude des HRO n'est pas exempte de problèmes, notamment celui de devenir « natif » de l'organisation dans laquelle le chercheur est immergé. De chercheur dans les organisations, celui-ci devient défenseur de l'organisation qu'il a étudiée.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Avant développer plus en avant les caractéristiques constitutive d'une HRO, il convient auparavant de proposer une définition plus précise de ce que nous entendons par organisation hautement fiable.

2.1.2. Qu'est-ce qu'une HRO ?

La définition la plus largement répandue de la fiabilité organisationnelle est celle proposée par Hannan et Freeman (1984, p. 153) : « unusual capacity to produce collective outcomes of a certain minimum quality repeatedly ». Dans cette approche de la fiabilité organisationnelle, produire de la fiabilité passe par le développement de routines, des schémas de fonctionnement qui permettent de reproduire cette fiabilité. Pourtant, comme le mettent en avant Weick, Sutcliffe et Obsfeld (1999), assurer une reproductibilité de la fiabilité devient une tâche ardue dans des conditions variables, incertaines et imprévisibles. Les définitions de la fiabilité organisationnelle qui ont émergé des travaux sur les HROs ont ainsi intégré la prise en compte de cet environnement instable (voir Tableau 4).

Sur la base de notre définition de la fiabilité comme l'aptitude à accomplir une tâche spécifique dans des conditions données, la fiabilité organisationnelle doit donc intégrer une stabilité du résultat que l'on attend d'elle – et opérer cette stabilité dans le temps sans mettre en cause sa survie – mais également une capacité à assurer ce résultat dans un environnement instable. Ainsi, notre approche de la fiabilité organisationnelle rejoint celle de Journé (2005, p. 64) d'une fiabilité organisationnelle comme « l'aptitude d'une organisation à atteindre ses objectifs et à maintenir ses performances et son équilibre malgré les événements imprévus et les multiples perturbations qu'elle rencontre ».

Tableau 4 – Principales définitions de la fiabilité organisationnelle

Auteurs	Définitions de la fiabilité organisationnelle
Hannan et Freeman (1984, p. 153)	Capacité à produire des résultats d'une certaine qualité minimale de manières répétées
Hollnagel (1993, p. 51)	Absence de variance – non-voulue, non-anticipée ou inexpliquée – dans la performance
Weick *et al.* (1999, p. 85)	Stabilité des processus de cognition avec des routines variables pour un résultat stable
Journé (2005, p. 64)	**Aptitude d'une organisation à atteindre ses objectifs et à maintenir ses performances et son équilibre malgré les événements imprévus et les multiples perturbations qu'elle rencontre**

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Si nous avons défini la fiabilité organisationnelle, qu'en est-il de la haute fiabilité organisationnelle ? S'agit-il d'une performance plus haute que les autres organisations, une sur-performance ? La réponse renvoie à ce à quoi se rattache l'adjectif « haute ». Compte tenu de l'environnement et des conditions dans lesquelles opèrent ces organisations, certaines organisations font preuve d'une fiabilité plus haute de leur performance en comparaison à d'autres organisations (Rochlin, 1996). Mais se pose alors le problème de la comparaison et de pouvoir, dans un même environnement complexe et incertain, comparer deux organisations et les classer selon leur performance. Or, pour cela, il faudrait être en capacité de contrôler de manière expérimentale les conditions environnementales des deux organisations, ce qui est impossible en pratique – et renvoie à l'intérêt d'observer *in situ* une HRO. Par ailleurs, cela supposerait de faire subir à ces deux organisations des « stimuli » équivalents afin d'observer l'écart de performance. Non seulement cela apparaît complexe à mettre en œuvre, mais cette approche ignore également ce qu'il se passe à l'intérieur des organisations, en ne vérifiant que le flux d'intrants et d'extrants dans la « boîte noire » organisationnelle.

Plutôt que de considérer la haute fiabilité organisationnelle comme une sur-performance en regard des autres organisations dans l'absolu, il apparaît plus pertinent de contextualiser la performance attendue compte tenu de l'environnement dans lequel opère ces organisations. Ainsi, si la fiabilité organisationnelle est la capacité à maintenir la performance malgré des situations complexes, incertaines, inattendues alors la haute fiabilité est la capacité à maintenir la performance malgré des situations hautement complexes, incertaines, inattendues. Ce n'est donc pas la performance qui est haute mais la capacité à gérer une haute volatilité de l'environnement – ou la variance pour reprendre les termes de Hollnagel (1993).

Une HRO est donc une organisation ayant la capacité à maintenir sa performance malgré des situations hautement complexes, incertaines, inattendues. Pourtant il manque encore un élément pour compléter cette définition. En effet, il convient d'intégrer le type d'environnement dans lesquels les HROs évoluent : la présence de danger et les conséquences en cas de défaillance pour l'organisation, son public, la population à des degrés divers selon l'amplitude de la défaillance (l'Encadré 4 propose une illustration de cette dangerosité au travers du fonctionne d'un porte-avions en opération). Ainsi, La Porte et Consolini (1991, p. 23) définissent les HROs comme :

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

> Organizations continually experience errors, some of which result in consequences that threaten the viability of the organization in part or whole; this is a system failure. A high-hazard/low-risk system would be one in which a dangerous technology is operated in such a way as almost never to experience an operating failure of grievous consequence; it would be nearly failure-free--a high-reliability organization.

C'est ce type d'environnement qui a forgé les HROs à maintenir leur performance. Si toute organisation potentiellement dangereuse pour la population et son environnement n'est pas forcément une HRO (Bourrier, 2011), l'impératif de fiabilité face au danger est un élément essentiel que l'on retrouve dans les définitions présentent dans la littérature (e.g. Roberts, 1990b, 1990a; La Porte, 1996; Rochlin, 1996). La présence du danger – liée à la production, à la technologie utilisée, à l'environnement, ou à un processus – génère un impératif de fiabilité et une performance du résultat. De plus, si la contrainte de résultat est un élément constitutif d'une HRO, et un fondement de la culture de la fiabilité des acteurs qui la compose, cette pression s'exerce également par l'environnement institutionnel et politique de l'organisation (La Porte, 1996).

Une HRO est donc une organisation qui, dans un environnement complexe, incertain et à risque, a un impératif de fiabilité de maintenir un niveau suffisant de performance afin de compléter la mission pour laquelle cette organisation a été créée. Trois éléments composent la définition d'une HRO : un environnement – interne et externe – complexe, incertain, à risque et dangereux ; un impératif de fiabilité en lien avec les conséquences en cas de défaillance, que ce soit pour l'organisation, le public ou l'environnement ; un niveau de performance de l'organisation suffisant pour accomplir sa mission.

Encadré 4 - Description du fonctionnement d'un porte-avions en opération

À la fois organisation complexe et évoluant dans un environnement à risque, un porte-avions est souvent présenté comme l'archétype d'une HRO. Voici comment un officier (*Senior Officer, Air Division*) décrit le fonctionnement d'un porte-avions en opération (Rochlin *et al.*, 1987, p. 77) :

So you want to understand an aircraft carrier? Just imagine that it's a busy day, and you shrink San Francisco Airport to only one short runway and one ramp and gate. Make planes take off and land at the same time, at half the present time interval, rock the runway from side to side, and require that everyone who leaves in the morning returns that same day. Make sure the equipment is so close to the edge of the envelope that it's fragile. Then turn off the radar to avoid detection, impose strict controls on radios, fuel the aircraft in place with their engines running, put an enemy in the air, and scatter live bombs and rockets around. Now wet the whole thing down with salt water and oil, and man it with 20-year-olds, half of whom have never seen an airplane close-up. Oh, and by the way, try not to kill anyone.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

L'observation du fonctionnement des HROs – telles que les porte-avions, les centrales nucléaires, le contrôle aérien, l'aviation civile, etc. – laisse apparaître plusieurs traits caractéristiques de ces organisations.

2.1.3. Cinq caractéristiques constitutives d'une HRO

La NAT ayant émergé avant le concept de HRO, la formalisation des caractéristiques s'est faite au départ selon leur capacité à gérer la complexité des interactions et le couplage fort, les deux traits caractéristiques des organisations susceptibles de catastrophes selon la NAT.

Ainsi, dans une HRO la complexité est gérée par la formation et la compétence des opérateurs, au sein d'un système d'information assurant la redondance de transmission (un message est transmis par plusieurs signaux à plusieurs destinataires), au travers d'un langage compris par tous (Roberts, 1990b).

Pour gérer le couplage fort des éléments du système, une HRO établit une redondance des éléments afin de pouvoir compenser une défaillance d'un élément, mais également une flexibilité du système en lui-même afin que le système ait plusieurs voies pour assurer son fonctionnement, chose qu'un système rigide ne permet pas (Roberts, 1990b).

Une illustration intéressante est proposée par Roberts (1990b) en analysant l'accident de l'usine d'*Union Carbide* à Bhopal survenu en 1984. Sur la base du livre *Bhopal: Anatomy of Crisis* écrit par Paul Shrivastava en 1986, elle compare les facteurs ayant causé cette catastrophe et comment une HRO – en l'espèce un porte-avions – gère ces facteurs (voir Tableau 5).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Tableau 5 – La catastrophe de Bhopal au prisme de l'approche HRO (adaptée de Roberts, 1990b)

Non-HRO	HRO (cas d'un porte-avions)
Facteurs humains	
Faible motivation (fermeture prochaine du site) Faible formation Sous-effectifs	Intensité de la formation (« *University at sea* ») pour acquérir les compétences nécessaires Motivation du personnel par l'entraînement et la culture de fiabilité
Facteurs organisationnels	
Faible importance accordé par la société-mère au devenir de l'usine Discontinuité du management	Intégration du porte-avions dans un groupe de combat, dans une stratégie militaire La rotation des équipages et des officiers est une habitude de vie dans la Navy. Au niveau des compétences, l'entraînement et la formation viennent pallier les effets négatifs
Facteurs technologiques	
Non-anticipation des actions entre les pannes Couplage fort Interdépendance des composants	Changements incrémentaux pour corriger les erreurs Maintenance permanente des équipements même en temps de paix Ligne hiérarchique forte pour gérer l'interdépendance
Environnement	
Incertitude Imprévisible	L'entraînement sur un porte-avions permet une flexibilité face à cette incertitude Ligne hiérarchique forte pour gérer l'interdépendance, et d'une flexibilité pour gérer l'incertitude

Mais, au-delà d'une lecture du concept de HRO au travers du prisme de la NAT, il est également possible d'établir cinq caractéristiques majeures constitutives d'une HRO (voir Tableau 6, pour une synthèse des caractéristiques d'une HRO avec les références principales mobilisées).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Tableau 6 – Caractéristiques d'une HRO et les auteurs associés

Caractéristiques d'une HRO	Auteurs principaux
Environnement complexe, organisation complexe, danger	Roberts (1990a, 1990b), Roberts *et al.* (1994), Roberts et Bea (2001)
Accord et partage de la mission de l'organisation	Roberts (1990b), La Porte & Consolini (1991), Boin & Schulman (2008)
Centralisation/décentralisation de la décision selon les situations	Rochlin *et al.* (1987), Roberts (1990a, 1990b), Roberts *et al.* (1994)
Formation et apprentissage	Rochlin *et al.* (1987), Roberts (1990a, 1990b), Weick *et al.* (1999)
Redondance	Rochlin *et al.* (1987), Roberts (1990a), La Porte (1996)

La première caractéristique renvoie à la complexité de l'environnement, la complexité systémique et le danger inhérent à l'activité de l'organisation (Roberts, Stout, *et al.*, 1994, p. 622) : « These organizations are typically technologically complex, their technologies are highly interdependent, they have high damage potential, and errors happen relatively rarely. ». L'organisation doit gérer une succession d'événements inattendus survenant lors de son activité. De plus, face à la complexité de l'organisation, celle-ci doit faire face à des erreurs qu'elle a elle-même générées (Roberts, 1990b). Une HRO est une organisation qui s'est adaptée à ces contraintes et a développé une fiabilité malgré cet environnement.

La deuxième caractéristique met la fiabilité au centre de l'organisation. Non seulement il y a une impératif de fiabilité face à l'enjeu en cas de défaillance mais il y a une vision et un partage par les acteurs de la mission, du but de l'organisation. Cet objectif est clairement et largement accepté par les membres de l'organisation (La Porte & Consolini, 1991). Par exemple, le but du porte-avions est clair pour chacun : faire atterrir et décoller les avions, le plus sûrement et rapidement possible. Chaque poste est orienté, spécifié et opérationnalisé dans ce sens (Roberts, 1990b). Ainsi, Boin et Schulman (2008) considèrent que la NASA n'est pas une HRO au sens où compte tenu de la nature de son travail – une agence dont on attend qu'elle expérimente et innove – sa mission contrevient à ce principe d'impératif de fiabilité. Il s'agit même d'une erreur de vouloir imposer l'idée que la NASA doit être une HRO, qui à terme risque de nuire à la fiabilité plutôt que l'améliorer (Boin & Schulman, 2008, p. 1059) :

> First, it is both an analytic and a practical error to assess NASA — an agency that is expected to experiment and innovate — by the standards of an HRO (in which experimentation is strongly

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

discouraged). To do so is misleading with respect to the important differences in the mission, technology, and environment of NASA relative to HROs.

La troisième caractéristique décrit la dynamique des décisions au sein de ces organisations. Contredisant la NAT, dans un HRO des structures de décisions cohabitent et permettent une prise de décision à la fois centralisée et décentralisée. L'organisation doit être capable de gérer simultanément rigidité et flexibilité de la structure décisionnelle selon la situation rencontrée (Roberts, 1990a). L'étude du fonctionnement d'un pont d'envol de porte-avions faite par Roberts *et al.* (1994) illustre ce propos : il y a à la fois une structure militaire centralisée et formelle, et, en cas de nécessité, une décentralisation qui est autorisée et même encouragée. L'image que l'on pourrait se faire d'une organisation militaire, faite de saluts et d'ordres formels est donc partiellement vraie. La chaîne de commandement est parfaitement connue et la hiérarchie y est formelle. Mais cette vision s'arrête dès lors qu'elle pourrait nuire à la mission de l'organisation (Roberts, 1990b). Ainsi, quelqu'un de peu gradé peut interrompre les opérations sans en référer à son commandement dès lors qu'il le juge nécessaire : l'importance de la mission prime sur le respect de la chaîne de commandement[8]. Cette décision sera analysée et critiquée par la suite : il ne sera pas pénalisé s'il a fait erreur, et sera félicité – publiquement – si sa décision est jugée pertinente (Rochlin *et al.*, 1987). La fiabilité s'obtient donc par la conjugaison de formes hautement bureaucratique et flexible selon la situation à laquelle est confrontée l'organisation : « conciliant structure bureaucratique et flexibilité organisationnelle, ces agencements dont les modules peuvent être (dés)activés et assemblés en fonction des circonstances […] » (Koenig, 2007, p. 252).

La quatrième caractéristique concerne l'importance de la formation et de l'apprentissage dans l'organisation. La formation est au centre du dispositif où chacun est à la fois formateur et apprenti afin d'acquérir ou d'actualiser ses connaissances. Si l'on reprend le cas d'un porte-avions (Rochlin *et al.*, 1987), chaque membre d'équipage lorsqu'il vient d'arriver à bord, s'engage dans un double processus d'apprentissage et de transfert des connaissances sur les tâches, le bâtiment et le personnel. Les expériences sont confrontées afin d'améliorer l'efficacité.

[8] Cette importance de la mission, du but à accomplir, est un thème ancien chez les militaires puisqu'on le retrouve dans l'idée d'*auftragstaktik* – de tactique par le but et non par le respect aveugle de l'ordre, du commandement (*befehl*) – utilisée par l'armée allemande durant la Seconde Guerre Mondiale – notamment par Guderian et Rommel. Cette idée de commandement par la mission est une théorisation encore plus ancienne car faisant suite à la défaite de la Bataille d'Iéna (1806) par l'armée prussienne et promue par le théoricien militaire Carl von Clausewitz.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

L'apprentissage se fait également en accordant une place importante à l'étude des erreurs. La spécificité d'une HRO est son attachement aux échecs là où les autres organisations tendent à se focaliser sur les causes de succès (Weick *et al.*, 1999). Être une HRO ce n'est pas s'intéresser à ce qui fonctionne mais s'intéresser à ce qui ne fonctionne pas.

Mais cet apprentissage ne s'arrête pas là, car l'entraînement prend également un temps considérable. Dans le cas d'un porte-avions, la majorité du temps est consacrée à l'entraînement (Roberts, 1990b, p. 169) : « We're like a baseball team that never goes into a season ». Cet entraînement prend notamment la forme de simulation afin de se rapprocher le plus possible de la réalité des opérations. C'est ainsi que les unités d'élite de l'armée ou des services de police s'entraînent avec des armes chargées à balles réelles lors de simulations d'intervention. S'il est aisément compréhensible qu'un entraînement intensif sur le terrain améliore la fiabilité, une forte rotation du personnel apparaît au premier abord comme une caractéristique détériorant la fiabilité, entraînant désorganisation et instabilité. Or, de manière contre-intuitive, cette rotation rapide – quasiment l'ensemble du personnel est renouvelé tous les 40 mois sur un porte-avions (Rochlin *et al.*, 1987) – joue ici le rôle de levier d'efficacité. L'organisation est orientée dans cet axe de renouvellement constant du personnel, où chacun est formateur et apprenti (l'officier apprend du premier maître, et apprend le métier à de plus jeunes officiers) ceci dans une période de temps de l'ordre de quelques semaines (Roberts, 1990a).

La cinquième et dernière caractéristique est la redondance présente à différents niveaux d'une HRO. La redondance est définie comme « the ability to provide for the execution of a task if the primary unit fails or falters » (Rochlin *et al.*, 1987, p. 83). Une HRO met en place des redondances afin de pouvoir exécuter la tâche même si un problème survient. L'intérêt de la redondance dans une HRO permet de pallier aux défaillances qui pourraient avoir de graves conséquences le cas échéant.

La redondance peut être technique, si les composants du système se chevauchent (*duplicate*) – deux composants peuvent faire la même chose au même moment –, si un composant a un double emploi (*overlap*), si un deuxième composant s'active en cas défaillance(*backup*) du premier composant (Rochlin *et al.*, 1987). La condition d'efficacité d'une redondance est la création d'une vraie redondance et non d'une simple copie. Par exemple, dans le cas d'un avion de ligne le système d'alerte de carburant doit avoir une redondance basée sur la réalité de la quantité de kérosène et non une copie de la jauge (Roberts, 1990b).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Par ailleurs, la redondance ne consiste pas seulement à ajouter des composants pour compenser un dysfonctionnement d'un autre composant mais peut également prendre la forme d'une calibration des composants inférieure aux capacités possibles afin d'éviter les surcharges en cas de dysfonctionnements. Par exemple, une large proportion des membres expérimentés sur un porte-avions sont capables d'effectuer certaines tâches en plus de leur expertise afin d'empêcher à une défaillance d'un membre en cas d'urgence (Rochlin *et al.*, 1987).

Enfin, la redondance n'est pas que technique et s'observe également dans le processus de décision. Outre une transmission redondante des informations (Roberts, 1990a), la redondance s'opère également au niveau des canaux de décision (La Porte & Consolini, 1991). Ainsi, pour une décision il est possible qu'un autre opérateur contredise la décision prise ou la confirme. La redondance s'effectue également dans le contrôle de l'action avec des vérifications croisées en interne des informations ou du processus de décision (Roberts, 1990a; Weick *et al.*, 1999).

L'organisation devient donc une source de fiabilité, là où traditionnellement – et notamment dans les secteurs à risque ou à forte intensité technologique – elle était vue comme vecteur de fragilité de la sûreté. Étudier les HROs c'est mettre en avant l'analyse organisationnelle là où elle était traditionnellement laissée au second plan au profit d'une analyse technique et technologique. L'organisation n'est plus abordée comme un réceptacle neutre mais comme un facteur de fiabilité (Koenig, 2007). Pour autant, le cadre analytique des HROs n'est pas parfait et il est possible de déterminer un certain nombre de limites.

2.2. Limites du cadre d'analyse HRO

La première limite que nous pouvons formuler est la confusion dans l'utilisation des termes de sûreté et de fiabilité (*safety* et *reliability*). Dans la littérature sur les HROs ces termes sont utilisés de manière équivalente alors qu'un élément – ou un système – peut très bien être fiable sans forcément être sûr (Shrivastava *et al.*, 2009). Comme nous l'avions déjà expliqué (voir Encadré 1 p. 24), la fiabilité et la sécurité sont deux concepts différents. Si l'on reprend la définition en ingénierie, la fiabilité est la probabilité qu'un composant fasse ce à quoi il est prévu et la sûreté est l'absence d'accidents, ou de conséquences inacceptables (Leveson *et al.*, 2009). La fiabilité peut donc ne pas être sûre et la sécurité ne pas être fiable, voire dans certains cas suivre des fonctions inverses où une augmentation de la fiabilité peut

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

diminuer la sécurité, et réciproquement. Si dans certaines organisations, la sûreté est une finalité de l'organisation, ce n'est pas toujours le cas. Leveson *et al.* (2009, p. 236) proposent une illustration à l'appui de leur propos :

> While, in some systems, safety is part of the mission or reason for existence, e.g. ATC and healthcare, in others safety is not the mission but a constraint on how the mission can be achieved. For example, the mission of a chemical manufacturing plant is to produce chemicals. The mission is not to be safe in terms of not exposing bystanders to toxins or not polluting the environment. These are constraints on how the mission can be achieved. The best way to ensure the safety and environmental constraints are satisfied is not to build or operate the system at all. The (non-existent) plant is 'unreliable' with respect to its mission, but it is safe. Alternatively, a particular plant may very reliably produce chemicals while poisoning those around it. The plant is reliable but unsafe.

Toute la difficulté réside donc dans l'augmentation de la sûreté sans faire décroître la fiabilité. Par exemple, comment diminuer le risque de crash aérien sans faire diminuer la rotation des appareils sur un porte-avions. De plus, le risque peut prendre plusieurs formes et il faut souvent arbitrer entre plusieurs risques. Par exemple en santé, il faut arbitrer le risque lié au triage des patients, le risque d'un traitement par rapport au risque de ne pas prendre le traitement, etc. Donner la priorité à la sûreté n'est donc pas si simple et nécessite bien souvent des compromis (Leveson *et al.*, 2009) .

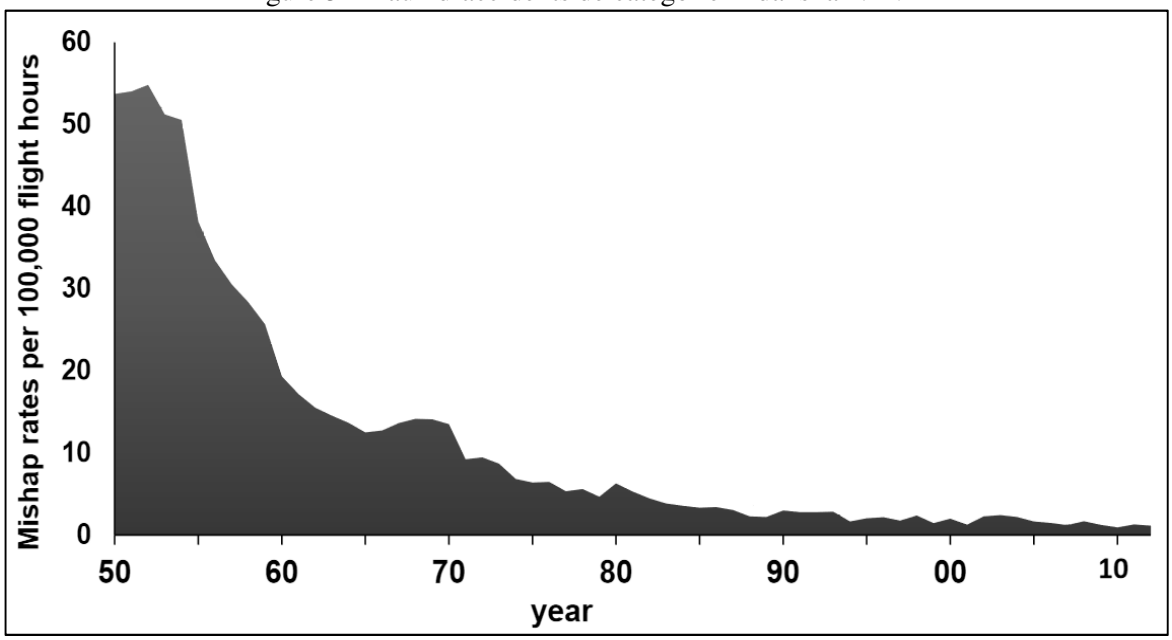
La deuxième limite du cadre conceptuel des HROs est le rapport au temps pour étudier la fiabilité dans une organisation. Parler de fiabilité, c'est envisager une temporalité qui se mesure en années plus qu'en minutes, ce qui implique du temps pour bâtir une HRO (Hollnagel, Journé, & Laroche, 2009). Or, l'observation de ces organisations ne met pas en avant le temps nécessaire à la construction de cette haute fiabilité. Pour reprendre l'exemple des porte-avions, cette organisation hautement fiable ne l'a pas toujours été. Le taux d'accidents de catégorie A[9] pour 100 000 heures de vol est passé de plus de 50 en 1950, à moins de 1 accident en 2016 (voir Figure 3). La dimension temporelle des HRO ne devrait pas s'arrêter à cette absence d'erreurs à l'heure actuelle mais également chercher à établir la construction dans le temps de cette fiabilité et les facteurs expliquant ce maintien de la fiabilité. De plus, cette construction de la fiabilité dans le temps souligne le caractère

[9] Mishap Class A : $2,000,000 or more and/or aircraft destroyed, with Fatality or permanent total disability (Source : Naval Safety Center)

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

émergent de la fiabilité dans la pratique et non une fiabilité allant de soi dans ces organisations. La proposition inverse est donc également possible : ce n'est pas parce qu'une organisation est comme une HRO un jour, qu'elle le reste à jamais (Bourrier, 2005b).

Figure 3 – Taux d'accidents de catégorie A dans la NAVY



Source : *Naval Safety Center*

La dernière limite, en lien avec la construction de la fiabilité dans les organisations, concerne la difficulté de définir ce qu'est qu'une HRO. Est-ce qu'une organisation peut décréter être une HRO du jour au lendemain ? Est-ce que toute organisation peut décider d'être une HRO ? *A priori*, cela ne paraît pas possible. Comme le développe Boin et Schulman (2008), se considérer soudainement comme une HRO fait prendre le risque de mettre en péril la raison même d'exister de l'organisation. L'enjeu en cas de défaillance, la culture qui s'y est développée, la vigilance face à la complexité sont autant d'éléments qui ne se décrètent pas mais se construisent sur un temps long. Le terme de HRO est donc maladroit dans le sens où il met en avant une différence par rapport aux autres organisations, mais laisse à penser que la fiabilité est évaluée de manière absolue (Rochlin, 1993, p. 12) :

> Unfortunate because the term implies that our evaluation is based on some absolute, and static, standard of performance rather than on a relative evaluation of the dynamic management of a difficult and demanding technology in a critical and unforgiving social and political environment.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Les approches conséquentialistes de la définition d'une HRO posent également problème. La définition de Roberts (1990b, p. 160) renvoie aux conséquences des actions d'une HRO plus qu'à ce qu'est une HRO : « Within the set of hazardous organizations, some organizations have operated nearly error free for very long periods of time ». L'auteur précise également comment savoir si une organisation est une HRO : « how many times could this organization have failed, resulting in catastrophic consequences, that it did not? If the answer is on the order of tens of thousands of times the organization is "highly reliable" ». La vision d'une HRO comme une organisation qui devrait générer des catastrophes mais n'en commet pas pose le problème des HROs qui subissent des catastrophes et pourtant peuvent être toujours considérées comme hautement fiables (Hopkins, 2007). Ou il convient alors de considérer le terme de HRO comme un label, une étiquette administrative que l'on arrachera à la première incartade.

La Porte (1996) précise à ce propos que les HROs fonctionnent « presque sans erreurs » (*nearly accident free performance*), par rapport à ce que prévoit une analyse statistique. Une HRO est donc une organisation qui ne fait quasiment pas d'erreurs (ou ne génère pas catastrophes) alors qu'elle aurait due en faire. Cette approche par le résultat renvoie donc la haute fiabilité uniquement à sa dimension performance. Or, comme nous l'avons vu, la fiabilité ce n'est pas qu'une performance sinon il s'agirait alors de parler de *high performance organization* plus que de *high reliability organization*.

Définir ce qu'est une HRO n'est donc pas chose aisée tant les caractéristiques se croisent sans jamais vraiment laisser une image claire : rigide mais flexible, fiable mais gérant les erreurs, complexe mais ajoutant de la redondance pour permettre la fiabilité. La littérature a longtemps opposé HRO et NAT – faisant glisser le terme de HRO en *High Reliability Theory* – et abordant la création d'une HRT en réponse à une NAT. Mais ce match « NAT versus HRT » simplifie à outrance la construction du champ scientifique de la fiabilité organisationnelle et renvoie plus à une question de rhétorique et d'argumentation que d'avancées dans la compréhension de ces organisations. L'intérêt principal du débat n'est pas tant dans la construction d'une théorie généralisable et prédictive de la fiabilité organisationnelle – ou a contrario de la défaillance organisationnelle – mais de questionner comment la fiabilité est maintenue ou mise en péril dans ces organisations. Sur ce point, comme nous le mettons en avant dans la section suivante, NAT et HRO sont finalement assez proches.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

3. OPPOSITION ET CONVERGENCE ENTRE HRO ET NAT

La discussion entre NAT et HROs a nourri les débats pendant plus de quinze ans donnant lieu à de nombreuses publications notamment dans le *Journal of Contingencies and Crisis Management* mais également dans des numéros spéciaux des revues *Organization Studies* et *Human Relations* en 2009. Ces débats ont été l'occasion de faire entrer la théorie des accidents dans le giron des théoriciens des organisations, et de ne pas la cantonner uniquement aux ingénieurs et aux économistes (Perrow, 1994b).

3.1. UNE POLARISATION DES APPROCHES

L'opposition entre NAT et HRO porte principalement sur trois éléments (voir Tableau 7). Tout d'abord, les niveaux et les unités d'analyse divergent et rendent la comparaison difficile. Le deuxième élément est le rôle de l'apprentissage dans les organisations. Si pour la NAT il joue un rôle limité et ne peut pas empêcher tous les accidents, pour le courant HRO l'apprentissage permet d'assurer la fiabilité. Enfin, le dernier élément de divergence concerne la redondance. Vue comme un danger pour la NAT qui complexifie et augmente le risque d'erreur pour la NAT, la redondance permet d'assurer la fiabilité pour la HRO.

Tableau 7 – Divergences d'approche entre NAT et HRO

	Normal Accidents Theory	**High Reliability Organizations**
Niveaux d'analyse	Organisationnel, institutionnel	Intra-organisationnel, acteurs
Unités d'analyse	Structure, caractéristiques	Processus
Apprentissage	Insuffisant pour éviter une défaillance	Processus clé dans le maintien de la fiabilité
Redondance	Augmente le risque de défaillance	Permet le maintien de la fiabilité

3.1.1. Divergences entre les niveaux et unités d'analyse

Une première analyse de la littérature et la comparaison entre NAT et HRO révèle des arguments assez arrêtés les uns envers les autres et semblent difficilement conciliables. D'un côté la NAT considère les défenseurs des HROs comme des optimistes face au danger imminent de ces organisations. De l'autre, les défenseurs des HROs voient la NAT comme une vision pessimiste et fataliste des organisations, qui jusqu'ici fonctionnent sans erreurs.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Pour les défenseurs de la NAT, nous sommes chanceux qu'il y ait si peu d'accidents dans ces organisations alors que justement pour les défenseurs des HROs cela démontre bien la robustesse du système (Leveson *et al.*, 2009). Au fil des débats, l'opposition scientifique s'est parfois muée en une divergence d'opinion et des joutes rhétoriques ne faisant que peu avancer l'analyse de ces organisations (Hopkins, 2001).

Vaughan (1999) considère que la divergence entre NAT et HRO provient du fait qu'ils ne s'intéressent pas aux mêmes éléments dans l'organisation. La NAT se focalise sur la structure des organisations, structure complexe avec des composants fortement couplés qui va entraîner inévitablement des accidents. Le cadre HRO quant à lui s'intéresse aux processus, les initiatives dans l'organisation pour atténuer les défaillances. Une même organisation, selon la façon dont elle sera étudiée, sera présentée comme hautement fiable ou défaillante (Vaughan, 1999, p. 296) :

> Normal Accident Theory (NAT) studies failures, emphasizes structure, and argues that complex systems will inevitably fail; High Reliability Theory (HRT) studies safe systems, emphasizes process, and argues for effective prevention. These different orientations show in detail how the same aspects of organizations that contribute to the bright side also contribute to the dark side.

En termes de niveaux d'analyse, les deux écoles de pensée divergent également. La NAT s'intéresse aux structures organisationnelles et au contexte social, qui influencent les choix individuels, plutôt qu'aux choix des individus en eux-mêmes (Sagan, 1994). Ainsi Perrow (1994b) remet en cause l'impératif de fiabilité, qui est parasité par l'environnement institutionnel. Si la NAT tend à étudier les organisations aux niveaux organisationnel et institutionnel, le courant HRO s'intéresse plus au niveau intra-organisationnel et aux acteurs eux-mêmes.

3.1.2. Le rôle de l'apprentissage

Comme nous l'avons vu précédemment, le désaccord entre les deux courants ne porte pas sur le potentiel catastrophique de ces organisations mais de savoir si le risque encouru est légitimé par la mission que l'organisation effectue. Cette légitimation passe par la capacité des organisations à apprendre et ainsi améliorer leur sûreté. Mais, là où le courant HRO voit

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

dans l'apprentissage une des clés du maintien de la fiabilité – avec pour preuve que certaines organisations fonctionnent sans faillir depuis 30 ans – la NAT considère que la complexité des systèmes est telle qu'il n'est pas possible d'apprendre pour supprimer toutes les erreurs conduisant à un accident voire une catastrophe (Sagan, 1993; Perrow, 2009). Selon Bierly et Spender (1995), la complexité de ces systèmes créé une ambiguïté causale qui rend l'interprétation des résultats difficiles. De plus, la complexité nécessite d'approcher le système comme un tout et empêche de tester le système de manière désagrégée.

Outre la complexité des systèmes, les jeux politiques liés à ces systèmes et à l'environnement limitent encore l'impact de l'apprentissage sur la fiabilité (Lagadec, 1997). Ces jeux politiques limitent la portée de l'apprentissage à trois niveaux (Sagan, 1994) : individuel, organisationnel, sectoriel.

Au niveau individuel, l'amélioration de la fiabilité est confrontée à une protection des intérêts personnels des individus où chacun cherche à se positionner de manière avantageuse par rapport à l'autre. De plus, l'individualisation des récompenses en lien avec l'amélioration de la sûreté tend à créer artificiellement de nouvelles mesures sans les intégrer dans une vision d'ensemble de la sûreté de l'organisation. Il y a donc des conflits d'intérêts entre les individus mais également des conflits d'intérêts entre les individus et l'organisation.

Au niveau organisationnel, l'apprentissage et l'amélioration de la fiabilité peuvent être considérés comme un avantage concurrentiel par rapport aux autres organisations. Élément stratégique, les informations en lien avec la fiabilité et la sûreté ne sont donc pas diffusées afin de conserver un avantage par rapport aux organisations concurrentes.

Enfin, au niveau sectoriel, le mythe de l'infaillibilité, notamment dans les industries sensibles tels que le nucléaire civil, rend l'apprentissage plus difficile car il remet en cause cette fiabilité à toute épreuve. En effet, dans ces industries sensibles – où les conséquences en cas de défaillance sont les plus importantes – il a fallu convaincre les instances politiques et le grand public que la fiabilité était à toute épreuve. Or, d'un secteur promis comme déjà sans faille, l'apprentissage vient justement souligner qu'un travail d'amélioration est à faire.

La valeur de l'erreur dans l'apprentissage est également un élément d'opposition entre les deux courants de pensée. À l'erreur s'associe la recherche d'un coupable plus qu'une analyse des causes (Perrow, 1994b, 2011). À terme, les erreurs sont donc cachées afin d'éviter d'être mis en cause. L'*Exxon Valdez* – qui s'échoua en 1989 sur la côte de l'Alaska – illustre cette idée (Sagan, 1994). Alors qu'un autre pétrolier – le *Stuyvesant* – avait connu des problèmes

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

d'intégrité de coque deux ans auparavant – liés à la taille du pétrolier, l'absence de double coque, et les conditions climatiques de navigation du navire, aucune modification structurelle de ce type de pétroliers n'avait été faite. À la découverte de la catastrophe, le capitaine de *l'Exxon Valdez* a assumé seul la responsabilité des erreurs commises sans plus d'investigation de la part du groupe pétrolier *ExxonMobil* ou de l'armateur. Or, outre les problèmes structurels du pétrolier, l'enquête a révélé qu'*ExxonMobil* avait connaissance des problèmes d'alcoolisme du capitaine et l'a pourtant laissé prendre le commandement du navire. De plus, l'analyse de l'accident a révélé d'autres éléments défaillants : le plan de secours des gardes-côtes américains en cas de catastrophe n'était pas adapté, les officiers de pont étaient tous fatigués et aucun n'avait eu de période de repos avant la manœuvre, l'erreur de manœuvre n'a pas été détectée par le centre de contrôle du trafic maritime, etc.

Wildasvky (1988, p. 2) défend l'idée selon laquelle l'apprentissage par essai-erreur est la meilleure façon de gérer les risques potentiels : « Because safety must be discovered, and cannot be merely chosen, I shall argue that trial-and-error risk taking , rather than risk aversion, is the preferable strategy for securing safety ». Or, pour le courant HRO, l'apprentissage par essai-erreur est limité dans ces organisations du fait du risque inhérent à toute erreur (Weick *et al.*, 1999, p. 83) : « *the first error is the last trial* ». Si cette méthode d'apprentissage est limitée, elle ne doit pas pour autant être interdite mais encadrée (La Porte & Rochlin, 1994). Mais, comparé au gain apporté par ces essai-erreur, le coût des erreurs est trop souvent supérieur limitant l'utilisation de cette méthode d'apprentissage (Boin & Schulman, 2008), ce qui rend son usage quasiment impossible en pratique compte tenu de l'environnement à haut risque (Bierly & Spender, 1995). Par contre, si l'apprentissage par essai-erreur est limité, la valeur de l'erreur pour le courant HRO est importante. À la différence de la NAT, l'erreur est un élément central dans le maintien de la fiabilité (Weick & Sutcliffe, 2007). L'intérêt porté aux erreurs va intervenir non seulement pour les erreurs commises et leurs conséquences, mais également pour les erreurs qui ont été évitées de justesse – les presqu'erreurs, *near misses* – et les erreurs commises mais dont les conséquences ont été limitées.

3.1.3. La redondance : un dilemme entre fiabilité et complexité

Le dernier thème d'opposition entre les courants HRO et NAT concerne le rôle de la redondance dans les organisations pour assurer la fiabilité. Si pour la NAT, la redondance

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

complexifie et augmente le risque d'erreurs, pour le courant HRO, au contraire, la redondance permet une meilleure fiabilité en cas de dysfonctionnent d'un composant (Shrivastava *et al.*, 2009). La redondance des éléments permet une fiabilité globale avec des éléments moins fiables individuellement. Mais augmenter le nombre d'éléments c'est augmenter également la part naturelle d'erreurs des éléments ajoutés (Sagan, 1994). De plus, la redondance ajoute de la complexité et de la difficulté à comprendre le fonctionnement global du système.

Mais ce n'est pas parce que le courant HRO évalue de manière positive le rôle de la redondance sur la fiabilité qu'il en ignore les conséquences négatives en termes d'augmentation de la complexité (Bain, 1999).

L'autre élément d'opposition concerne ce à quoi renvoie le terme de redondance pour chacun des deux courants. Le débat semble se centraliser sur la redondance en dupliquant un même composant. Outre un accroissement de la complexité liée à la multiplication des composants, l'ajout d'un composant identique fait également peser le risque que la défaillance se produise dans les mêmes circonstances (Rijpma, 1997, p. 17) :

> The design of the *Challenger* space shuttle's Solid Rocket Booster's sealing, for instance, was redundant. Two O-rings were designed-in, so that if one would be eroded and, therefore, not seal properly, it would be backed up. However, both rings were dependent on weather conditions. If one would fail, the probability of the other one failing as well, increased.

Mais, la redondance n'est pas seulement ajouter un composant identique. Non seulement, la redondance peut consister à ajouter un composant différent capable d'effectuer la même opération, mais, comme le précise Rochlin *et al.* (1987), il existe une redondance par double emploi, où un composant est capable d'effectuer deux tâches différentes. Ce que recouvre le terme de redondance varie selon les études, et rend difficile un rapprochement entre les deux courants de pensée.

Selon Rijpma (1997), la redondance augmente et diminue à la fois la complexité et par conséquent la fiabilité. D'un côté la redondance augmente le nombre d'éléments et l'ambiguïté mais de l'autre la redondance permet une plus grande chance d'avoir l'information adéquate au bon moment et clarifie donc le système qui devient moins complexe. La redondance diminue la probabilité d'avoir une mauvaise information mais augmente la probabilité d'ambiguïté de l'information. L'impact positif ou négatif de la

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

redondance sur la fiabilité n'est donc pas formellement établi et varie d'une organisation à une autre, selon le type et la quantité de redondance en action.

Enfin, une approche socio-politique de la redondance insiste sur le contexte institutionnel de l'organisation étudiée et de ne pas s'arrêter à une analyse désincarnée du système mais l'intégrer dans son environnement socio-politique (Sagan, 1994). En abordant la redondance sous l'angle de l'ingénierie – des composants inertes, des objets – le débat considère la redondance des acteurs comme identique. Or, les acteurs, eux, ont conscience de l'existence de la redondance, qu'elle soit humaine ou technique, et agiront différemment. Par exemple, Schwartz et Gottlieb (1976, cité dans Sagan, 1994) observent que des témoins d'un accident tendent à faire moins de déclaration s'ils ont conscience qu'il y a d'autres témoins que s'ils pensent être les seuls témoins.

Sous l'angle politique, la redondance renvoie à attribuer plus de pouvoir à certains éléments du système. L'augmentation de la fiabilité en ajoutant des éléments au système est donc utilisée comme prétexte à une lutte de pouvoir. Sagan (1993) illustre ce phénomène par la présence d'un bombardier B-52 en permanence dans les airs au-dessus de la base aérienne de Thulé au Groenland dans les années 1960 et qui faillit causer un conflit thermonucléaire mondial (voir Encadré 5). Ce bombardier était en redondance avec le système de détection du NORAD[10] présent sur la base aérienne de Thulé. Mais la raison de cette redondance est politique : le général en charge du *Strategic Air Command* – dont dépendait le bombardier – voulait avoir son propre appareil pour la surveillance afin de ne pas dépendre du NORAD pour la détection en cas d'attaque.

Encadré 5 – Accident de Thulé

En 1968, le crash d'un B-52 se produisit à proximité de la base aérienne de Thulé entraînant la rupture des communications avec la base et le bombardier. Outre la contamination radioactive importante[a] que cet accident a générée, la rupture simultanée des communications avec le B-52 et la base de Thulé représentait à l'époque un scénario d'attaque surprise par l'Union Soviétique des États-Unis et aurait pu déclencher une riposte nucléaire des États-Unis envers l'URSS.

[a] : un B-52 porte dans ses soutes un potentiel explosif plus de dix fois supérieur à l'ensemble des bombes utilisées durant la Seconde Guerre Mondiale (Source : Spanier, 1984, cité dans Lagadec, 1991).

[10] North American Aerospace Defense Command - Commandement de la défense aérospatiale de l'Amérique du Nord

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Sagan (1994) précise enfin que l'obligation politique d'agir après une catastrophe peut engendrer des redondances inutiles n'ayant pour but que de montrer une action plus que de résoudre une défaillance.

Si la redondance est un débat entre les deux courants de pensée, les raisons de cette redondance sont finalement peu explorées que ce soit par la NAT ou par le courant HRO. Ainsi, il peut être intéressant de s'intéresser à la raison de la mise en place de la redondance autant que du fonctionnement de la redondance en elle-même (Bain, 1999). Par exemple, la mise en place d'une alarme supplémentaire plus puissante sans se poser la question de la raison pour laquelle les opérateurs ignorent la première alarme pose un problème de fiabilité. Ce n'est donc pas tant la redondance qui met en péril la fiabilité que de ne pas s'intéresser aux raisons de la mise en place de cette redondance. La NAT ou le courant des HROs ne sont pas des recettes à appliquer mais des cadres d'analyse à mettre en perspective avec les spécificités de chaque organisation étudiée (Tamuz & Thomas, 2006).

Le débat entre les courants de pensée de la NAT et des HROs semblent se cristalliser autour des trois thèmes que nous venons de développer, où chaque courant semble rester sur ses positions. Les deux courants ont des approches différentes de la sûreté et du risque (Roux-Dufort, 2003b, p. 144) : « la théorie des accidents normaux suppose que la notion de fiabilité est incompatible avec les propriétés complexes des technologies avancées qui soumettent les systèmes à une dynamique inattendue ». D'un côté la NAT conceptualise la défaillance et de l'autre le courant des HROs conceptualise la fiabilité organisationnelle. Faute de cadre intégrateur établi, il apparaît donc difficile de faire converger les deux courants de pensée. Mais, à défaut de pouvoir les unifier, les deux courants de pensée offrent néanmoins certaines perspectives communes.

3.2. D'UN DÉBAT SANS FIN À DE NOUVELLES PERSPECTIVES COMMUNES

Si certains auteurs ont tenté d'unifier les courants de la NAT et des HROs, aucun n'a abouti à un modèle concluant. Rijpma (1997) estime que le cadre HRO permet de pallier l'effet de sur-pessimisme, et la NAT de limiter l'effet de sur-optimisme du courant HRO. Mais l'auteur n'articule pas vraiment les deux théories et préfèrent ajouter une troisième – la

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Disaster Incubation Theory de Turner, 1978[11] – pour tenter de les unifier. L'auteur considérera finalement quelques années plus tard que le débat en NAT et cadre HRO est sans fin, intitulant ainsi son article « *From deadlock to dead end : The Normal Accidents-High Reliability Debate Revisited* » (Rijpma, 2003).

Une autre approche tente de passer outre les divergences en considérant l'organisation comme un système ouvert au sens de la typologie de Boulding (1956). L'organisation est vue comme un système interagissant avec l'environnement, auto-adaptatif, et dans lequel la NAT y est restructurée afin de supprimer les caractéristiques de couplage fort et de complexité des interactions (Shrivastava *et al.*, 2009). Mais, si cette approche systémique offre l'avantage d'aller au-delà des caractéristiques de couplage fort et de complexité de la NAT, pour se rapprocher du courant des HROs, elle ne fait que regarder comment les accidents sont gérés, et non pas comment la fiabilité est maintenue.

Pourtant, même si elles sont souvent opposées dans la littérature, ces deux approches ne sont fondamentalement pas si éloignées. En effet, certaines organisations exercent dans des secteurs où les conséquences en cas de défaillance sont importantes : matière dangereuse, transport aérien, porte-avions, force nucléaire, etc. La spécificité de ces organisations est un élément commun aux deux courants. Par ailleurs, que ce soit la NAT ou le courant HRO, l'erreur et le risque sont considérés comme intrinsèquement liés à ces organisations. Il ne convient pas de caricaturer les positions avec une NAT pour qui l'erreur est présente, et les HROs où l'erreur y est absente.

Si Perrow ne considère pas le courant HRO comme le descendant de la NAT (Bourrier, 2011) il n'en reste pas moins un inspirateur. La Porte (1994) critique l'idée de mettre en opposition NAT et HRO, tout comme il critique l'idée de voir la NAT comme pessimiste et le courant HRO comme optimiste. Le seul optimisme du courant HRO est dans l'idée qu'il est possible de s'organiser en haute fiabilité plutôt que de considérer l'inéluctabilité d'un accident.

Le courant HRO s'inscrit donc plus dans un prolongement de la NAT que dans une opposition. Le titre de l'article de La Porte (1994) – *A Strawman Speaks Up: Comments on The Limits of Safety* – offre un double sens humoristique. Un premier niveau de lecture renvoie à l'idée de « *strawman* » comme un sophisme où l'on construit une argumentation volontairement faible de l'argumentation adverse afin de mieux la réfuter. Il critique ainsi la

[11] Turner, B.A. *Man-made disasters*. London: Wykeham, 1978.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

façon qu'a Sagan (1993) de décrire le courant HRO. Mais outre cette critique, le terme « *strawman* » renvoie également à un terme que l'on retrouve dans un contexte de résolution de problème – par exemple chez les consultants ou en développement logiciel – comme une première étape d'un projet ayant comme objectif de susciter le débat et ainsi faire émerger de nouvelles idées :

> Strawman Approach: Initial proposal created to elicit responses and changes « Using a straw man, the group has something to critique and change as opposed to having a meeting and just asking what should we do » (Mary Grace Allenchey, AT&T, 1996)[12]

Les controverses entre les deux courants de pensée ne sont donc pas à aborder sous l'angle d'un combat avec un gagnant et un perdant mais d'inscrire le courant HRO dans la perspective des travaux de la NAT (Hopkins, 1999, p. 102) : « Perhaps the lasting legacy of NAT is not its contribution to our understanding of accidents but the fact that it provoked the development of high-reliability theory, which really has contributed to our understanding of how disasters can be avoided ».

Une deuxième perspective commune consiste à articuler les niveaux d'analyse afin de comprendre comme se maintient la fiabilité, et notamment le niveau institutionnel. La plupart des travaux sur les HROs intègrent les niveaux individuel et organisationnel mais délaissent le niveau institutionnel (Rijpma, 2003). À l'inverse, la NAT s'intéresse particulièrement aux niveaux organisationnel et institutionnel. Faire évoluer chaque courant afin d'être au même niveau de détail que les caractéristiques techniques décrites dans chacune des théories permettrait une meilleure comparaison (Rousseau, 1996).

Leveson *et al.* (2009) proposent d'intégrer la notion de sûreté systémique, afin d'étendre le cadre HRO à un niveau d'analyse systémique et non au niveau du composant. Cette approche n'est donc pas une unification des modèles NAT et HRO mais plutôt une approche de la fiabilité organisationnelle allant au-delà de la simple redondance. L'importance de la communication entre les éléments et la prise en compte du contexte politique et culturel dans lequel les décisions sont prises prend ainsi un part importante dans l'analyse de la fiabilité et ne limite pas l'étude à un niveau micro. Ainsi, il est possible d'intégrer les notions d'inertie hiérarchique (Sagan, 1994), de structure bureaucratique (Merton, 1940) et la nature politique des organisations étudiées, notamment dans les secteurs militaire ou le nucléaire.

[12] Source : *Understanding American Business Jargon: A Dictionary*, W. Davis Folsom, 1997, p.293

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

L'environnement complexe et incertain n'est donc pas qu'une description des dangers dont font face les acteurs mais inclut également le contexte institutionnel de l'organisation étudiée. Sans forcément ambitionner la création d'un cadre intégrateur entre les courants de la NAT et des HROs, l'articulation des niveaux d'analyse permettrait une meilleure généralisation des résultats (Vaughan, 1999, p. 297) :

> Additional progress is possible if future research, regardless of orientation, more carefully specifies social context: the unit of analysis (system, organization, subunit, work group), its complexity, the complexity and coupling of the technology, relevant aspects of competitive and regulatory environments, presence or absence of resource slack, and especially the characteristics of the task. Neither "side" is doing this, so the generalizability of all findings is unclear.

Enfin une dernière perspective commune renvoie au programme de recherche autour de la fiabilité organisationnelle dans lequel ce projet de recherche s'inscrit. Plus qu'un prolongement, la NAT alerte sur la raison d'exister de ces organisations et les conséquences d'une catastrophe qu'il ne faut pas banaliser. Dans les HROs, le partage et la connaissance de la mission sont des éléments fondamentaux. La NAT tend à rappeler le risque de ces fonctionnements et à ne pas le banaliser : la défaillance n'est pas un mythe fait pour effrayer mais une réalité qu'il est nécessaire de discuter, que la défaillance soit réelle ou potentielle, que les conséquences de cette défaillance soient effectives ou virtuelles.

Non seulement il convient de s'intéresser au niveau d'analyse organisationnel et les liens avec des niveaux d'analyse plus micros, mais il faut également intégrer la dimension politique et institutionnelle de la fiabilité afin d'éviter d'avoir une vision « pure et parfaite » de la fiabilité. Les différentes tensions qui existent au sein des organisations sont également à questionner, notamment la tension entre fiabilité et l'allocation de ressources pour maintenir cette fiabilité.

La NAT et la thèse de Perrow – qui reste actif dans le débat notamment dans le secteur nucléaire (e.g. Perrow, 2011, 2013) – ont évolué passant d'une orientation technologique du livre original – technologie et système complexe – à l'ajout d'un cadre politique avec les travaux de Sagan (1993). Il y a des accidents dus à des erreurs humaines ou technologiques, des accidents dus aux caractéristiques de l'organisation et de son environnement, qu'elles soient d'ordre politique, sociale, ou managériale. L'idée centrale d'une normalité des accidents n'est pas incompatible avec les travaux sur la fiabilité organisationnelle. Assurer la

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

fiabilité ce n'est pas s'intéresser uniquement aux pratiques des acteurs, aux processus à l'œuvre au quotidien. Il faut également prendre en compte le contexte organisationnel et institutionnel afin de déterminer les leviers d'actions possibles pour éviter ces accidents normaux (Le Coze, 2015, p. 284) : « Consequently, Perrow was right all along – accidents are normal – but for reasons he fully appreciates now and explicitly so, but not as explicitly in NA [Normal Accidents, le livre écrit par Perrow], albeit these reasons were alluded to there from time to time as well. »

Tout au long de cette section nous avons tenté d'aller au-delà de l'idée que la NAT et le courant HRO étaient farouchement opposés. Au contraire, c'est au travers du débat entre les deux courants que l'on constate l'influence de la NAT sur le courant des HROs. Il est possible alors de se demander si finalement Perrow – par sa manière provocante de mettre en avant le contexte institutionnel, les enjeux de pouvoir et leur impact sur la fiabilité de ces organisations à haut risque – n'avait pas comme but non pas de modifier les organisations, mais de modifier l'agenda de recherche autour de ces organisations. Ainsi, comme le souligne Weick (2004) dans le titre de son article – *Normal Accident Theory As Frame, Link, and Provocation* – la NAT est à la fois un cadre d'analyse, un lien entre différents niveaux d'analyse, et une provocation pour faire réagir et inciter au débat.

Perrow voit dans cette normalité de l'accident une thèse plus politique et la nécessité d'aborder ces systèmes sous cet angle. Étudier la fiabilité c'est donc faire de même : analyser les pratiques au quotidien en y incluant un contexte organisationnel et institutionnel qui a un impact sur la fiabilité et tenter de comprendre comment ce contexte influe sur la fiabilité de ces organisations.

À l'aune de ce chapitre, nous avons dépeint les courants et concepts scientifiques en lien avec la fiabilité organisationnelle. L'intégration du contexte institutionnel et des enjeux politiques dans l'étude de la fiabilité organisationnelle apportent de nouvelles clés de compréhension dans le maintien ou la mise en péril de cette fiabilité.

La haute fiabilité organisationnelle n'est donc pas un absolu et la question n'est pas de savoir quel est le niveau de fiabilité pour être considéré comme une HRO mais comment dans un contexte donné une organisation maintient une fiabilité suffisante. Comme le précisent Weick et Sutcliffe (2007, p. xiii) : «*We saw something else: these organizations also think and act differently* ».

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Résumé du chapitre 1 :

Initiée par Perrow, la NAT questionne le maintien de la fiabilité et sa faisabilité. Au-delà d'une définition des organisations selon leur degré de couplage et de complexité, l'ajout d'une dimension politique souligne l'importance du contexte institutionnel dans lequel les organisations évoluent. Les conditions de défaillance des organisations ne peuvent ainsi se résumer à une défaillance d'un élément de l'organisation, qu'il soit mécanique ou humain.

Autour du concept de haute fiabilité, les théoriciens de l'école de Berkeley ont formulé des propositions stimulantes tant d'un point de vue pratique que d'un point de vue théorique. Malgré un environnement complexe et les dangers inhérents à leurs secteurs d'activité, les HROs sont capables de fonctionner sans défaillir.

Si les courants de pensée de la NAT et des HROs présentent des divergences, le débat entre ces deux courants incite à aller au-delà de la question d'être ou ne pas être une HRO, ou de la fatalité des accidents, mais de comprendre comment la fiabilité est maintenue, passant d'une approche structurelle de la fiabilité à une approche processuelle de la construction dans le temps de la fiabilité.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

CHAPITRE 2 – DES ORGANISATIONS HAUTEMENT FIABLES À DES PROCESSUS DE HAUTE FIABILITÉ

L'objet de ce deuxième chapitre est de comprendre quels sont les processus à l'œuvre pour maintenir la fiabilité. Il s'agit ici d'étudier les HROs dans leur activité habituelle et pas uniquement durant une crise ou une défaillance, ceci afin de mieux cerner comment ces organisations assurent au quotidien le maintien de la fiabilité. En effet, le point de départ de notre réflexion portait, dans le premier chapitre, sur les organisations hautement fiables. Mais la description de ces organisations en tant que HROs restait figée et ne permettait pas de comprendre les processus à l'œuvre dans le maintien de la fiabilité selon les organisations étudiées.

Au-delà du débat qu'a suscité le clivage HRO/non-HRO, cette recherche s'intéresse aux processus à l'œuvre dans le maintien de la fiabilité. Ainsi, la première partie du chapitre explique l'intérêt d'approcher la fiabilité organisationnelle sous l'angle des processus. Les travaux de Karl E. Weick représentent à cet égard un éclairage important dans la compréhension des processus de haute fiabilité notamment autour de la construction de sens dans les organisations. La deuxième partie explore les principes en lien avec les processus de haute fiabilité. Il s'agit ici de présenter les éléments fondamentaux nécessaires au fonctionnement des processus organisationnels de maintien de la fiabilité. Enfin, la dernière partie développe les principaux processus en lien avec la haute fiabilité organisationnelle relevés dans la littérature. Ceci nous amène à formuler, en conclusion, la question de recherche de cette étude.

1. ÉTUDIER LA FIABILITÉ SOUS L'ANGLE DES PROCESSUS : DES ORGANISATIONS HAUTEMENT FIABLES AUX PROCESSUS DE HAUTE FIABILITÉ

Comme nous l'avons développé précédemment, il n'existe pas de référentiel absolu de la fiabilité. Celle-ci ne peut s'analyser que dans le contexte de l'activité de l'organisation étudiée, en observant comment elle fonctionne (Hopkins, 2007, p. 7) :

> The alternative is to examine how these organisations go about their business. This approach does not limit the possibility of achieving HRO status to certain industries and it broadens the

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

> range of organisations that might aspire to HRO status. It has been developed most extensively by [K]arl Weick, not one of the original HRO researchers.

Ces questionnements sur le « comment » et le « pourquoi » des phénomènes étudiés (*How or why question*) renvoient aux approches processuelles dans l'étude des organisations (Langley, Smallman, Tsoukas, & Van de Ven, 2013). Comme le précise Langley (1999), l'approche processuelle consiste à appréhender une organisation de manière dynamique en étudiant les processus à l'œuvre au travers de données qualitatives détaillées collectées, le plus souvent au moment de l'activation de ces processus dans l'organisation (sur les définitions des termes processus, procédé et procédure, voir Encadré 6).

Mais si cette approche est intéressante pour étudier la fiabilité, elle n'est pas exempte de difficultés. Tout d'abord, étudier des processus consiste à s'intéresser à des événements – objets protéiformes aux contours flous – et non à des variables précisément définies. De plus, les processus se déploient à des niveaux et au travers d'unités d'analyse multiples. En outre, l'ancrage temporel varie d'une observation du phénomène à une autre. Enfin, les données collectées sont certes détaillées mais sont également éclectiques, rendant leur analyse plus complexe (Langley, 1999, p. 692) :

> First, they deal mainly with sequences of "events": conceptual entities that researchers are less familiar with. Second, they often involve multiple levels and units of analysis whose boundaries are ambiguous. Third, their temporal embeddedness often varies in terms of precision, duration, and relevance. Finally, despite the primary focus on events, process data tend to be eclectic, drawing in phenomena such as changing relationships, thoughts, feelings, and interpretations.

Cette approche processuelle renvoie aux travaux de Karl E. Weick sur la fiabilité, et à l'idée que la fiabilité peut être approchée sous un angle émergeant de la pratique plutôt que comme une caractéristique substantielle de l'organisation. L'analyse des processus de maintien de la fiabilité vient accorder une place plus centrale aux pratiques des acteurs de terrain et ne se focalise pas uniquement sur les leaders et les caractéristiques structurelles des organisations. En étudiant les interactions entre les individus, les équipes et l'organisation, l'analyse processuelle apporte donc un nouvel éclairage aux différents niveaux d'analyse et permet d'articuler les niveaux d'analyse entre eux (Weick *et al.*, 1999). Enfin, en prenant comme niveau d'analyse les processus et les interactions, il est possible de s'affranchir des limites – de taille, de fonctions – des modélisations ayant l'organisation comme niveau

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

d'analyse (Vidaillet, 2003). Cette approche est donc applicable à une grande variété d'organisations sans pour autant négliger leurs différences.

Encadré 6 – Définitions de processus, procédé, procédure

Processus :
De son étymologie – *procedere* en latin : « s'avancer » – à sa définition – « suite continue de faits, de phénomènes présentant une certaine unité ou une certaine régularité dans leur déroulement » – le terme de processus renvoie à l'idée de mouvement, d'un ensemble d'actions organisées vers un résultat.
En informatique, un processus est une tâche en train de s'exécuter. Dans un environnement *Windows*, le gestionnaire de tâches permet de gérer les différents processus en cours dans cet environnement.

Procédure et procédé :
Les termes de procédure et procédé renvoient aux moyens concrets pour réaliser une activité. Ainsi, une procédure est définie comme « une manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus ». L'usage du terme procédure est plus souvent utilisé dans un sens juridico-administratif tandis que procédé s'utilise dans un cade plus technico-industriel.

En anglais, la distinction est plus floue et renvoie à la fois au processus et à la procédure :
A series of actions or steps taken in order to achieve a particular end.
A systematic series of mechanized or chemical operations that are performed in order to produce something.

Sources : CNRTL pour les définitions françaises ; Oxford Dictionaries pour les définitions anglaises

1.1. Les apports de Karl E. Weick à l'étude de la fiabilité organisationnelle

Sans appartenir à proprement parler au courant de l'école de Berkeley, Karl E. Weick en est un collaborateur proche. Il est le premier auteur à avoir publié sur le concept de HRO dans une revue de management. L'analyse qu'il effectue dans cette étude repose sur les travaux de terrain de l'école de Berkeley (Weick, 1987, p. 126) :

> The analyses in this article represent work in progress and are derived from interaction with a group at Berkeley that is concerned with hypercomplex organizations [...]. The key people in the Berkeley group include Karlene Roberts, Todd LaPorte, and Gene Rochlin.

Il est l'un des plus importants contributeurs au courant des HROs et son approche a permis de renouveler le débat autour de la fiabilité organisationnelle. En effet, si l'approche classique consistait à voir dans les HROs une structure organisationnelle figée, pour Karl E. Weick il n'est pas tant question de savoir si une organisation « est » ou non une HRO que de s'intéresser à comment s'organiser en haute fiabilité. Il s'intéresse ainsi plus à l'*organizing* – au processus d'organisation – qu'à l'*organization* – l'objet organisation (Koenig, 2003).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

L'*organizing* peut se définir comme « un processus de construction continue (*an ongoing process*) d'actions (ré)accomplies par des acteurs en interaction » (Giordano, 2006, p. 154).

À la lecture des travaux de Karl E. Weick, nous constatons l'influence des idées de l'interactionnisme symbolique sur son approche des organisations (sur l'interactionnisme symbolique voir Encadré 7). Ainsi l'individu a un rôle actif avec les éléments qui l'entourent même s'il n'en a pas pleinement conscience. Il n'est pas le jouet de mécanismes supra-individuels et interagit avec les autres acteurs. L'interaction entre l'individu et les autres prend alors toute sa pertinence pour comprendre les phénomènes sociaux (Le Breton, 2008). L'objet étudié est donc saisi par le sens créé par le témoin dans le contexte – personnel, social, culturel – qui est le sien.

Encadré 7 – L'interactionnisme symbolique

Issu de la sociologie, l'interactionnisme symbolique approche l'individu au travers de sa représentation de l'environnement – objet, personne, événement, etc. – construite progressivement au travers des interactions avec cet environnement (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 80) :

L'être humain construit son expérience du monde à travers une activité symbolique, c'est-à-dire que sa relation aux objets, aux personnes et aux événements n'est pas directe, étant toujours médiatisée par des symboles. Un symbole, c'est ce que représente un objet, une personne, un événement en résonance avec l'expérience qu'en a un sujet, dans le contexte socioculturel qui est le sien. Le symbole naît du sens construit dans l'expérience. […] *L'expérience du sujet relève autant des sphères personnelle, sociale que culturelle, et elle se construit progressivement au fil des interactions avec l'objet, l'autre l'événement, d'où l'expression interactionnisme symbolique*

L'interaction est un système d'actions qui s'auto-influencent. Cette structure n'est pas un état de fait mais se construit et se déconstruit en permanence au gré des circonstances (Le Breton, 2008, p. 51) :

L'interaction ne s'établit pas dans les limbes, elle implique des acteurs socialement situés et elle se déroule à l'intérieur de circonstances réelles : une rue, la salle d'un café, une boutique, […]. *Toute interaction est un processus d'interprétation et d'ajustement et non l'actualisation mécanique d'une conformité.*

Enfin, l'interaction n'est pas seulement le fruit d'acteurs physiquement présents. Les acteurs – présents ou non – ne représentent pas que leurs individualités respectives mais un ensemble d'éléments de leurs groupes d'appartenance, un « auditoire fantôme » (Le Breton, 2008, p. 53) : homme ou femme, catégorie socio-professionnelle, âge, ethnie, idéologie, confession religieuse, etc.

Dans le domaine de la fiabilité organisationnelle, Karl E. Weick propose une nouvelle approche de la fiabilité au travers de trois éléments : la variété requise permet le maintien de la fiabilité, la fiabilité est un non-évènement dynamique et la fiabilité est un phénomène transitoire.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Le terme de variété requise provient des travaux des cybernéticiens qui ont cherché à comprendre le contrôle et la régulation des systèmes. William Ross Ashby (1956)[13] propose *une loi de la variété requise* pour comprendre comment un système peut se contrôler : « le pilotage d'un système exige que le système qui dirige, puisse mettre en œuvre une plus grande variété de comportements que le système dirigé » (Bourion, 2008, p. 50). La variété d'un système correspond ici à l'ensemble des états stables possibles qu'il peut prendre (Le Moigne, 2006). Mais, comme le précise Ashby, en appliquant cette loi à un système social – tel qu'une organisation – alors celui-ci doit avoir une variété au moins égale à son environnement s'il veut le contrôler ; or, en pratique, cela ne paraît pas faisable. Dans les organisations, c'est même le mouvement inverse que l'on peut constater (Morgan, 1999, p. 108) :

> Très souvent, les gestionnaires font le contraire et réduisent la variété pour arriver à une meilleure entente sur le plan interne. Par exemple, les équipes de planification de l'entreprise se composent souvent d'individus qui partagent les mêmes points de vue, au lieu de regrouper des gens qui ont des intérêts différents et qui peuvent ainsi mieux représenter toute la complexité des problèmes auxquels l'équipe, en fin de compte, doit s'attaquer.

Au niveau de la fiabilité organisationnelle, la variété requise consiste en des perspectives divergentes – une variété plus importante d'approches d'un problème, d'expériences des acteurs, de métiers variés, etc. – qui en interagissant permettent de réduire les potentialités de catastrophes (Weick *et al.*, 1999). Nous retrouvons ici un thème important de la pensée weickienne et de la dimension cognitive du fonctionnement des organisations : l'importance de l'interaction entre les acteurs et la recombinaison des acteurs selon les situations. Si l'approche systémique de la fiabilité dépasse la simple agrégation de la fiabilité des composants (Leveson *et al.*, 2009), Karl E. Weick va au-delà et s'intéresse aux interactions entre les composants. Ainsi, la fiabilité ne se situe pas uniquement dans les composants mais également entre les composants, dans leurs interactions.

Weick *et al.* (1999) insistent sur l'importance de développer cette variété requise au sein de l'organisation. Pour ces auteurs, il n'est donc pas possible de développer la variété requise avec la sous-traitance (*outsourcing*) car celle-ci est issue d'un arbitrage en faveur du coût au détriment de la variété. Par ailleurs, la variété requise n'est pas une solution miracle et peut être un facteur d'accroissement des catastrophes si la culture de l'organisation n'est pas adaptée à cette variété requise. Ainsi, une culture qui accorde plus d'importance au précis

[13] Ashby, W. R. 1956. *An Introduction to Cybernetics*. New York: John Wiley and Sons

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

plutôt qu'au plausible ; au plaidoyer plutôt qu'à l'écoute, au consensus total plutôt qu'au consensus partiel fera de la variété requise un facteur de défaillance davantage qu'un facteur de fiabilité (Weick *et al.*, 1999).

En lien avec cette réflexion sur les interactions pour faire face aux situations, Karl E. Weick apporte également de nouveaux éléments à la compréhension de la fiabilité : celle-ci peut être considérée comme non-évènement dynamique et n'est que temporaire selon les situations. La fiabilité comme non-événement dynamique renvoie à l'idée d'une fiabilité comme un processus et non comme une caractéristique organisationnelle. C'est un non-événement au sens où le maintien de la fiabilité provient de la stabilité dans l'objectif à atteindre. Les acteurs ne voient pas ce qui a été évité et constatent que tout fonctionne normalement (Weick, 1987, p. 118) :

> Reliability is invisible in at least two ways. First, people often don't know how many mistakes they could have made but didn't, which means they have at best only a crude idea of what produces reliability and how reliable they are. […] Reliability is also invisible in the sense that reliable outcomes are constant, which means there is nothing to pay attention to.

Si elle est invisible pour les acteurs, la fiabilité n'en est pas pour autant statique. Il s'agit d'une dynamique car la fiabilité provient de l'ajustement des opérateurs (Weick, 1987, p. 118) : « Reliability is dynamic in the sense that it is an ongoing condition in which problems are momentarily under control due to compensating changes in components ». De manière contre-intuitive, c'est parce que rien de particulier n'est à observer qu'il se passe quelque chose pour arriver à ce résultat. L'invariance de la fiabilité provient de la variabilité des processus à l'œuvre dans l'organisation. L'étude de la centrale nucléaire de Diablo Canyon par Schulman (1993) illustre cette approche dynamique. L'auteur y décrit le maintien de la fiabilité comme une négociation permanente entre les acteurs sur la conduite à tenir face aux situations rencontrées. Ceci confirme le vocable utilisé : les processus à l'œuvre pour atteindre le but ne sont pas que des procédures à respecter. Nous retrouvons cette idée de dynamique dans la définition de la haute fiabilité que nous avions retenue précédemment de Journé (2005, p. 64) : « aptitude d'une organisation à atteindre ses objectifs et à maintenir ses performances et son équilibre malgré les événements imprévus et les multiples perturbations qu'elle rencontre ».

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Karl E. Weick insiste également sur le caractère transitoire de la fiabilité. Si les acteurs s'ajustent pour faire face à une situation, la situation elle-même évolue. Dès lors, il convient de s'intéresser à la façon dont les acteurs s'organisent pour produire des non-événements, notamment quand la forme de ces non-évènements est en constant changement (La Porte, 1996). Pour Weick (2011), la fiabilité est transitoire au sens où elle est spécifique à une situation et implique une gestion continue des fluctuations causées par des événements inattendus. La haute fiabilité consiste en ce sens à réduire l'écart entre conception et perception d'une situation (Weick, 2011, p. 25) :

> That narrowing is achieved when people organize in such a way that actions attenuate interruption and concepts differentiate rather than conceal small differences in perception. When attention is organized so that it is directed at failures, simplifications, operations, resilience, and expertise, conceptual substitutions reconcile anticipation with resilience.

Dans cette perspective, la création de sens – le *sensemaking* pour reprendre le terme de Weick (1979, 1995) – y joue un rôle essentiel en réduisant l'équivocité d'une situation afin de comprendre, de mettre de l'ordre, dans ce qui s'y passe (Weick, Sutcliffe, & Obstfeld, 2005, p. 410) : « A central theme in both organizing and sensemaking is that people organize to make sense of equivocal inputs and enact this sense back into the world to make that world more orderly. ». Il apparaît alors intéressant de s'intéresser au processus de *sensemaking* afin de comprendre comment une organisation et les acteurs qui la composent font face à l'incertitude et à l'imprévu (Weick, 2011).

1.2. CONSTRUIRE UN SENS À L'ACTION DANS LES HROS

Sans être le sujet principal de notre travail de recherche, le *sensemaking* est un concept central de la pensée weickienne. Il apparaît opportun de définir ce que nous entendons par création de sens et ses notions connexes ainsi que le lien avec les principes et processus de fiabilité (sur le terme même de sens en français, voir Encadré 8).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 8 – Les sens du sens en français

Dans les travaux sur le *sensemaking*, le terme de sens renvoie à la faculté de compréhension d'une situation par un individu. Or, en français, le terme de sens renvoie à quatre définitions distinctes :

- Le sens comme manière de comprendre une situation, une chose (ex. : le sens de la vie)
- Le sens comme moyen de perception de l'environnement (ex. : le sens de la vue).
- Le sens comme direction à suivre, comme mouvement (ex. : le sens de rotation des aiguilles d'une montre)
- Le sens comme propriété d'un objet, signification (ex. : chercher le sens d'un mot dans le dictionnaire)

Afin de clarifier notre propos, nous retenons comme définition du terme sens celle proposée par Garreau (2009, p. 387) : « **Le sens serait ainsi le résultat de l'activité d'un individu qui se saisit de la réalité externe au travers d'éléments cognitifs, de finalités, d'émotions et sensations** ».

1.2.1. Quand le sens découle de l'action : le sensemaking

Le *sensemaking* renouvelle la vision de l'action dans les organisations. Traditionnellement, l'action découle du sens qu'un individu se fait d'une situation. Weick (1995, p. 24) apporte des éléments en faveur de la relation inverse, où le sens découle de l'action : « […] people can know what they are doing only after they have done it ». Par cette approche de l'action, il remet en cause la relation entre action et la prise de décision en soulignant l'importance du *sensemaking* (Weick, 1993, p. 636) :

> The world of sensemaking is different. Sensemaking is about contextual rationality. It is built out of vague questions, muddy answers, and negotiated agreements that attempt to reduce confusion. People in Mann Gulch did not face questions like where should we go, when do we take a stand, or what should our strategy be? Instead, they faced the more basic, the more frightening feeling that their old labels were no longer working. They were outstripping their past experience and were not sure either what was up or who they were. Until they develop some sense of issues like this, there is nothing to decide.

Le *sensemaking* peut être défini comme « a process, prompted by violated expectations, that involves attending to and bracketing cues in the environment, creating intersubjective meaning through cycles of interpretation and action, and thereby enacting a more ordered environment from which further cues can be drawn » (Maitlis & Christianson, 2014, p. 67). L'action et le *sensemaking* ne sont donc pas deux processus distincts mais un seul et même processus. Le *sensemaking* consiste pour un individu à construire un sens à son action au

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

travers de situations vécues. En d'autres termes, le *sensemaking* constitue un processus où la réflexion est nourrie par l'action passée, elle-même nourrie par la réflexion antérieure.

L'individu est confronté à une situation surprenante, équivoque ou ambiguë et cherche à comprendre ce qui est en train de se dérouler (Maitlis, 2005, p. 21) : « members confront events, issues, and actions that are somehow surprising or confusing ». Face à cela, l'individu sélectionne des indices à extraire du flux de l'action (Weick *et al.*, 2005). Cette sélection d'indices n'est pas absolue et va dépendre du contexte, tant dans l'extraction – voir ce qui est saillant – que dans l'interprétation des indices sélectionnés – le sens de ces signes (Weick, 1995). Le *sensemaking* consiste ensuite à articuler ces indices dans des cadres issus du passé vécu ou hérité du contexte organisationnel (sur le détail des cadres utilisés par le *sensemaking*, voir Encadré 9). C'est en cherchant à mettre en relation des indices du présent à des cadres du passé que le sens se crée (Weick, 1995, p. 111) :

> This means that the content of sensemaking is to be found in the frames and categories that summarize past experience, in the cues and labels that snare specifics of present experience, and in the ways these two settings of experience are connected.

Encadré 9 – Les cadres du *sensemaking*

Weick (1995) propose six cadres de référence possibles dans les organisations avec lesquels les indices peuvent être reliés :

Les idéologies : combinaison de croyances sur des relations de causes à effets, résultats attendus, comportements appropriés.

Les prémisses (*premise controls*) : présupposés et définitions considérés comme donnés et donc non-discutés.

Les paradigmes : proche des deux cadres précédents mais prennent la forme de systèmes de pensées indépendants (« […] are capable of serving as alternate realities » ; Weick, 1995, p.118)

Théories de l'action : répertoire des anciens couples sens-actions qui servent de filtres dans les organisations pour voir et interpréter les signaux de l'environnement. Le terme de théorie renvoie au sens de propositions interconnectées sous la forme « si A alors B ».

Tradition : éléments ayant existé – ou que l'on croit avoir existé – dans le passé et qui sont transmis d'une génération à une autre (« […] something that was created, was performed or believed in the past, or believed to have existed or to have been performed or believed in the past, and that has been or is being handed down or transmitted from one generation to the next » ; Weick, 1995, p.124).

Histoires : cas typiques, légendes, anecdotes, etc. Les histoires impliquent une construction, une cohérence et une plausibilité d'éléments jugés importants. Les histoires ont un pouvoir explicatif, mnémotechnique et suggestif fort.

Nous formulons trois remarques concernant le *sensemaking*. La première concerne l'essence même du *sensemaking*, qui ne peut être résumé seulement aux indices. Ce qui créé

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

du sens est la combinaison d'indices reliés à des cadres (Weick, 1995, p. 110) : « A cue in a frame is what makes sense, not the cue alone or the frame alone. Said differently, the substance of sensemaking starts with three elements: a frame, a cue, and a connection ».

La deuxième remarque peut être faite concernant la mobilisation d'un cadre ou d'un indice. Le contexte peut mettre en exergue certains indices qui appelleront naturellement l'individu à mobiliser un cadre spécifique pour donner sens à la situation. La relation inverse est également possible : le contexte peut suggérer un cadre de lecture particulier qui amènera l'individu à repérer certains indices plus que d'autres, à lire en priorité les informations qui le confirmeront. Ce cadre préalable insuffle à l'individu des attentes qu'il cherchera à corroborer.

La dernière remarque vise le degré d'exactitude du *sensemaking*. Le processus de création de sens est plus guidé par le plausible, le cohérent et le raisonnable que par l'exactitude (Weick, 1995). La multitude de signes combinée à la multitude de sens combinée à une multitude d'audiences rend impossible l'exactitude. Le *sensemaking* est donc un processus qui vise à trouver une solution satisfaisante et non une solution optimale.

Enfin, la dernière étape du *sensemaking* est la mise en action du sens créé. La mise en relation entre indices et cadres permet à l'individu d'obtenir une solution opérationnelle (Weick *et al.*, 2005, p. 411) : « imposing labels on interdependent events in ways that suggest plausible acts of managing, coordinating, and distributing ». Si l'action entreprise résout l'ambiguïté de la situation alors elle va enrichir les différents cadres pour un processus de *sensemaking* ultérieur. Si l'action se résout par l'ambiguïté alors, non seulement les cadres sont mis à jour – le répertoire d'actions va s'enrichir de l'échec de cette action pour résoudre cette situation – mais un nouveau processus de *sensemaking* va également se déclencher.

1.2.2. Perception, sélection et d'attribution de sens à l'environnement : *Enactment* et *sensemaking*

La notion de *sensemaking* va généralement de pair avec celle d'*enactment*[14]. L'*enactment* est constitué d'un double processus : d'une part l'*enactment* représente la création de

[14] Comme souvent, les termes utilisés par Karl E. Weick représentent un défi de traduction. Le verbe *to enact* renvoie à l'idée de promulguer, de mettre en scène, ou d'instituer. Laroche (1996, p. 227) propose de traduire enactment par promulgation : « En effet, Weick fait explicitement l'analogie entre managers et

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

l'environnement par l'individu via le *sensemaking*, et d'autre part, cela représente ce que les individus reçoivent comme résultat de leurs actions dans cette réalité qu'ils ont construite (Weick, 1995). Ce double processus – de création de la réalité et des signaux concrets en retour – fait de la réalité une construction sociale (Koenig, 2003, p. 19) : « […] l'acteur produit autant l'environnement qu'il est produit par lui ».

Une crise – ou plus généralement un événement qui met en péril la fiabilité – est une situation confuse, ambiguë, qui désoriente les acteurs et déclencher un processus de sensemaking (Weick, 1988; Blatt, Christianson, Sutcliffe, & Rosenthal, 2006). Dans ces situations, les acteurs doivent créer du sens en un temps limité et où les conséquences des actions prises auront un impact important (Cornelissen, 2012; Cornelissen, Mantere, & Vaara, 2014). Soit le *sensemaking* résout l'ambiguïté de la situation et permet de créer du sens, soit il est inefficace et le sens s'effondre. Les acteurs vivent alors ce que Weick (1993) nomme un « épisode cosmologique » (l'Encadré 10 propose un exemple d'épisode cosmologique). Laroche (2003, p. 65) définit un épisode cosmologique de la façon suivante :

> Un épisode cosmologique se produit quand les gens ressentent soudainement et profondément que l'univers n'est plus un système rationnel et ordonné. Ce qui rend un tel épisode si dramatique, c'est que le sens de ce qui se passe s'effondre en même temps que les moyens de reconstruire ce sens.

législateurs : tout comme ces derniers, les managers édictent ou promulguent des lois et des règles qui s'imposent à eux en retour. Ils sont ainsi créateurs de leur propre environnement ».

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 10 – Un exemple d'épisode cosmologique (adapté de Weick, 2010)

En retraçant les événements de la catastrophe de Bhopal, Weick (2010) illustre ce qu'il entend par épisode cosmologique, lorsque le *sensemaking* échoue et que le sens s'effondre.

L'usine de Bhopal n'est plus en production mais des produits chimiques sont encore présents et font l'objet d'une surveillance. Le personnel en place est peu formé et peu informé de l'état de l'usine. Une opération de maintenance est prévue sous la supervision d'un ouvrier inexpérimenté. Cette opération reste inachevée à la fin du service de l'équipe de maintenance, et c'est donc l'équipe suivante qui doit fermer une arrivée d'eau. Cette information n'est pas transmise à l'équipe si bien que de l'eau continue de remplir le silo, faisant grimper la pression à l'intérieur de celui-ci.

L'équipe en place ne s'alarme pas de l'augmentation de pression car des dysfonctionnements dans les jauges et indicateurs de contrôle sont récurrents. Il est impossible pour un opérateur de se faire une idée de la situation sans devoir se déplacer sur le lieu de l'incident.

Lorsqu'un ouvrier sent l'odeur du MIC – l'isocyanate de méthyle, la substance à l'origine de l'explosion - ses collègues lui rétorquent qu'il s'agit de l'odeur du répulsif à moustique et qu'il ne peut y avoir d'odeur de MIC dans une usine arrêtée.

Le tableau de contrôle indique alors une surpression, que le contremaître interprète comme s'agissant d'un problème d'indicateurs et n'interrompt pas sa pause. Après la pause, deux opérateurs constatent que les mesures de la salle de contrôle sont exactes et qu'il y a bien un problème de pression et en informe le superviseur.

Lorsque le superviseur arriva sur place il constata stupéfait qu'une colonne de gaz s'échappait du réservoir, situation inconcevable pour lui car l'usine était à l'arrêt depuis six semaines, et la panique s'empare de lui faute d'arriver à créer du sens de cette situation.

Non seulement les acteurs créent du sens d'une situation ambiguë, mais ils vont également enacter, promulguer ce sens afin de rendre la réalité moins confuse (Weick *et al.*, 2005, p. 410) : « […] people organize to make sense of equivocal inputs and enact this sense back into the world to make that world more orderly ». Un parallèle intéressant peut être fait avec la NAT et le rôle du couplage fort et de la complexité des interactions pour expliquer l'émergence de catastrophes. En clarifiant la réalité, l'enactment permet de réduire la complexité des interactions, inhibant ainsi l'émergence d'une catastrophe (Weick, 1988, p. 315) : « Not only does action simplify tasks, it also often slows down the effects of one variable on another ». Weick (2010) propose une synthèse de cette relation entre *sensemaking* et enactment :

Désordre + Confusion + Insécurité = Problème

Problème + Réflexion = Sensemaking

Évaluation des scénarios (*stories*) possibles expliquant le problème = enacted sensemaking

Mais, cet enactment du *sensemaking* peut également avoir un effet négatif sur la fiabilité. Il peut arriver qu'à force de simplification, la situation ne devienne plus compréhensible,

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

l'enactment prolonge alors la crise plutôt que de la raccourcir (Weick, 2010). L'action peut être figée par l'attribution de sens et ses justifications et donc devenir une contrainte pour le *sensemaking*. Paradoxalement, le doute est donc un élément important du *sensemaking*. L'enactment du doute permet de laisser la place à d'autres interprétations, à la discussion, et éviter l'autojustification et le biais de confirmation (Weick, 2010). L'ambiguïté pousse un groupe à trouver un sens possible à la situation et à avancer. Dans le cas de la catastrophe de Bhopal (Weick, 2010), le spray répulsif expliquait l'odeur d'isocyanate de méthyle. Cette construction du sens provient de concepts peu évolués au sein d'une usine délabrée. Cette usine délabrée et l'image qu'elle renvoie trouble la construction du sens et incite à trouver des explications simples. Ces explications simples masquent des problèmes qui, même minimes, peuvent engendrer des catastrophes.

Notre examen des concepts de *sensemaking* et d'enactment s'est fait sous l'angle de l'individu qui, face à une situation ambiguë, tente de créer du sens. Ce sens est enacté et participe ainsi à la construction sociale de son environnement. Mais le *sensemaking* est également un processus collectif, comme le montrent notamment les travaux autour du collective *sensemaking* et du *sensegiving*.

1.2.3. La construction collective de sens : le *collective sensemaking*

Processus social, le *sensemaking* peut être considéré comme un processus intra-individuel mais également inter-individuel. Au niveau individuel, le *sensemaking* renvoie à l'interaction entre l'acteur et ses expériences passées ou le passé organisationnel au travers des histoires, des normes, des règles, etc. : l'acteur du passé et l'acteur du présent sont confrontés à une situation. Au niveau collectif, le *sensemaking* est également la confrontation des acteurs entre eux afin de construire collectivement du sens. Il ne s'agit donc pas d'une agrégation de *sensemaking* individuels mais un niveau d'analyse spécifique du *sensemaking*. La construction collective de sens articule à la fois des éléments individuels – cognitif, affectif, etc. – et collectifs – règles, structure, etc. – qui sont structurés autour de deux éléments (Allard-Poesi, 2003). Le premier est une construction intersubjective du sens, synthèse et mise en commun des pensées suite à une communication entre au moins deux individus. Cette construction est émergente des interactions et unique pour chacune d'elles. Le second élément est une construction générique, de répertoires d'actions et de règles développés par

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

l'expérience et transférables d'un individu à l'autre. Cette construction est donc stable et partagée par les individus. La construction collective du sens tient donc dans la tension entre d'un côté l'émergence de significations des constructions intersubjectives et, de l'autre, des significations stables et partagées des constructions génériques (Allard-Poesi, 2003).

Le *collective sensemaking* implique de la communication pour échanger des représentations des circonstances conjointement vécues (Cooren, Kuhn, Cornelissen, & Clark, 2011, p. 1158) : « Communication and the collective sensemaking that emerges from it, they suggest, is an act of turning circumstances into a situation that is comprehended explicitly in words and that serves as a springboard to action ». Le terme de communication est à interpréter dans son acception large, c'est-à-dire comprenant le dialogue, l'argumentation, les métaphores, les histoires, etc. Cette communication a pour but de mettre de côté les différences d'interprétation entre les individus et de tomber d'accord sur le comportement face à ce qu'il se passe, sans forcément partager la même vision, le même sens de la réalité (Allard-Poesi, 2003). Les individus du groupe doivent s'accorder sur des interprétations équivalentes de la situation, même si cette équivalence n'est que temporaire, c'est un « processus visant à réduire collectivement l'équivocité perçue d'une situation » (Allard-Poesi, 2003, p. 100).

Le doute alimente le processus de *collective sensemaking* tant au niveau individuel qu'au niveau collectif (Steyer & Laroche, 2012). Au niveau individuel, le doute permet un questionnement personnel sur le sens créé. Au niveau collectif, le doute partagé permet de mobiliser le *collective sensemaking* : renforcement des liens interindividuels, dialogue ouvert, confiance, respect mutuel, etc. Il faut donc organiser le doute, créer un espace – un cadre – pour exposer les problèmes, les solutions (Allard-Poesi, 2003), afin de pouvoir discuter les controverses, éviter les décisions autoritaires, argumenter. Cela passe également par définir le niveau de doute et d'assertion à afficher face au groupe (Steyer & Laroche, 2012). Cette nécessité d'organiser le doute est d'autant plus prégnante face à une situation qui quitte le scénario prévu ou qui est inédite et où la pression - liée au temps limité pour y faire face ou aux conséquences en cas de défaillance – qui pèse pour créer du sens est forte.

Pour conclure sur la construction collective de sens, il est important de souligner la différence entre la création collective de sens et la création d'un sens collectif. Il ne s'agit pas de créer un sens commun à tous les individus mais de trouver un consensus : un sens admis plutôt qu'un sens unique. Il est plus important d'avoir une construction collective du sens, qui

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

peut être temporaire, qu'un sens collectif. Le sens collectif n'est pas une condition nécessaire à l'action organisée (Allard-Poesi, 2003, p. 99) :

> Au contraire, le maintien d'une ambiguïté quant aux missions et objectifs poursuivis permet d'éviter les conflits, les interprétations divergentes peuvent coexister pacifiquement, et les membres de l'organisation travailler collectivement. Le sens de la communauté ou de l'unité suffit à la perpétuation de la vie sociale

La réduction de l'équivocité d'une situation ne conduit pas à l'unification du sens créé de cette situation. Si les individus du groupe doivent s'accorder sur des interprétations équivalentes de la situation – afin de réduire l'équivocité – plusieurs interprétations pour un même événement sont présentes (Allard-Poesi, 2003). C'est au travers d'interactions répétées qui s'auto-influencent que la création collective de sens se fait jusqu'à un point temporaire d'accord sur le sens.

Loin de n'être qu'un processus cognitif, le *sensemaking* est avant tout un processus social et organisationnel. Pour réduire l'équivocité d'une situation, encore faut-il pouvoir bénéficier d'un espace de communication approprié – pouvoir parler mais également pouvoir être écouté. La communication est donc un élément central du *sensemaking* (Taylor and Van Every, 2000, cité dans Weick *et al.*, 2005, p. 413) :

> We see communication as an ongoing process of making sense of the circumstances in which people collectively find ourselves and of the events that affect them. The sensemaking, to the extent that it involves communication, takes place in interactive talk and draws on the resources of language in order to formulate and exchange through talk… symbolically encoded representations of these circumstances. As this occurs, a situation is talked into existence and the basis is laid for action to deal with it.

Le *sensemaking* intègre au travers de la communication un partage de la compréhension d'une situation par l'autre et également une influence du sens de l'autre sur sa propre création de sens.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

1.2.4. Influencer la création de sens : le *sensegiving*

Le sens n'est pas que créé ou transmis au travers de la communication mais peut également influencer la création de sens. Gioia et Chittipeddi (1991) décrivent cette influence de la communication sur le *sensemaking* en intégrant au *sensemaking* l'idée d'un *sensegiving*, c'est-à-dire d'un processus qui influence la création de sens d'une audience au travers d'une redéfinition, d'une réinterprétation de la réalité. Si le sens produit par un individu lui permet de produire le *sensegiving* sur une audience – qui va influencer *in fine* le *sensemaking* d'une audience –, Gioia et Chittipeddi (1991, p. 442) ajoutent au caractère séquentiel une influence réciproque des deux processus : « We found that these processes took place in an iterative, sequential, and to some extent reciprocal fashion […] ». Weick *et al.* (2005) précisent même que le *sensegiving* influence l'audience mais également celui qui tente d'influencer l'audience (Weick *et al.*, 2005, p. 416) :

> In the sensemaking recipe "how can I know what I think until I see what I say?" sensegiving corresponds to the saying. However, notice that the saying is problematic, you do not really know what you think until you do say it. When you hear yourself talk, you see more clearly what matters and what you had hoped to say. Sensegiving therefore may affect the sensemaker as well as the target.

Pour Gioia et Chittipeddi (1991), le *sensegiving* est un processus utilisé par les leaders pour instiguer un changement en proposant une interprétation de la réalité qui va influencer une audience par une communication appropriée. Au travers du *sensegiving*, les leaders enactent auprès de leur audience le sens qu'ils ont construit afin de contraindre l'action organisée (Humphreys, Ucbasaran, & Lockett, 2012). Snell (2002) met en avant l'intérêt des récits, des histoires – auxquels viennent s'ajouter d'autres éléments comme le *storytelling*, ou les *success-story* – utilisés par les leaders pour opérer un changement. Mais il met également en garde contre le risque de se retrouver piégé dans l'interprétation que l'on a construite (Snell, 2002, p. 561) : « Ways of seeing are also ways of not seeing ». Par ailleurs, si de nombreuses études s'intéressent au *sensegiving* des dirigeants vers une audience hiérarchiquement inférieure pour instiguer un changement (e.g. Dennis A. Gioia & Chittipeddi, 1991; Corley & Gioia, 2004), Maitlis et Lawrence (2007) arguent que le *sensegiving* n'est pas l'apanage des leaders et peut également être utilisé par les managers ou les salariés.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Enfin, l'idée même d'un sens que l'on donnerait à une audience pose question. En effet, cela suppose de voir le sens comme un objet figé appartenant à quelqu'un – généralement un leader – qui le donnerait à une cible. Ainsi, il peut être intéressant d'approcher le *sensegiving* dans la perspective développée par Corvellec et Risberg (2007) d'un sens comme une direction pour guider la façon dont la situation devrait être perçue : mettre en sens plutôt que donner du sens. Comme le *sensegiving* originel, le *sensegiving as mise-en-sens* cherche à développer et communiquer une interprétation de la réalité en vue de la faire accepter (Corvellec & Risberg, 2007, p. 319) :

> Developers try to direct the various human and non-human actants concerned, just as theatrical directors seek to arrange the way their actors move on the stage. Correspondingly, the notion of the mise-en-sens is intended to indicate that the invocation of policies or legal texts, the labelling of the project or the use of the right words to convince the public of the project's reasons for being are all stage-setting operations.

Là où le *sensegiving* traditionnel réifie le sens – le fige en objet que l'on « donne », donc que l'on a et que l'on transmet à une cible –, le *sensegiving* comme *mise-en-sens* évoque un processus, une dynamique. Le sens ne peut être détaché de la communication qui en est faite ainsi que du retour fait par l'audience cible, telle une rétroaction qui entraîne à son tour un ajustement, un argumentaire, une précision, etc.

Les études sur la construction du sens ont permis de mieux appréhender comment les individus faisaient face à des situations ambiguës ou inattendues. D'un ancrage psychologique, le développement du champ scientifique autour du *sensemaking* a permis d'aborder ces processus sous un angle social et organisationnel. D'un concept étudié sous l'angle individuel, les études sur le *sensemaking* ont mis en avant son articulation entre plusieurs niveaux d'analyse. De plus, ces études ont également développé d'autres concepts en lien avec la capacité des individus – individuellement et collectivement – à gérer des situations ambiguës ou inattendues dans des contextes à risques, notamment l'attention, la vigilance et l'esprit collectif.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

1.3. ORGANISER L'ATTENTION ET LA VIGILANCE : *COLLECTIVE MIND*, *MINDFULNESS*, ET *HEEDFUL INTERRELATING*

1.3.1. L'action collective pour construite le *collective mind*

Weick et Roberts (1993) insistent sur l'importance de comprendre les processus de communication entre les membres d'un groupe pour comprendre comment un groupe développe un « esprit collectif ». Pour les auteurs, la compréhension d'un système complexe ne peut se faire pour un acteur que s'il est intégré à un réseau densément connecté. La complexité du système n'est donc pas gérée par des acteurs au moins aussi complexes que le système – ce qui tend à être cognitivement impossible, au vu de la complexité croissante des systèmes – mais par des interconnexions plus denses entre les acteurs (Weick & Roberts, 1993). « L'esprit collectif » n'est donc pas dans les individus mais dans les connexions entre ces individus, c'est-à-dire qu'il faut s'intéresser aux processus et aux méthodes, aussi bien qu'aux structures et au contenu. Nous retrouvons ici la métaphore des réseaux neuronaux du *connectionism* dans l'approche de l'intelligence artificielle des réseaux de neurones artificiels, ou, plus proche des sciences de gestion, des métaphores de Gareth Morgan (1989, cité par Desreumaux, 2005) et celle du cerveau (voir Tableau 8).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Tableau 8 – Synthèse des métaphores de Gareth Morgan (adaptée de Desreumaux, 2005)

Image	**Métaphore**	**L'organisation est…**	**Auteurs**	**Thématique**
Machine	Mécanique	Une machine qu'il faut agencer rationnellement	Classiques (Taylor, Fayol, Weber)	Planification, *homo economicus*, contrôle
Organisme vivant	Biologique	Un système qui s'adapte à son environnement	Parsons	Système, évolution, adaptation
Cerveau	**Biologique et Cybernétique**	**Un cerveau qui rassemble et traite de l'information**	**Simon, Beer, Le Moigne**	**Système, connexions, rétroaction**
Culture	Anthropologique	Un groupe, avec des valeurs communes, des codes, des rites	Schein, Ouchi	Valeurs, mythes, culture
Système politique	Politique	Le lieu d'alliances et de conflits pour défendre leurs intérêts propres	Simon, Pfeffer, Salanczik, Crozier, Friedberg	Pouvoir, intérêts, jeux de pouvoir
Prison mentale	Psychologique	Un lieu où se manifeste le psychisme humain, son inconscient, ses angoisses	Jacques, Menzies, Winnicott,	Inconscient, défenses, psychanalyse
Instrument de domination	Politique	Le lieu de la domination sociale d'un petit nombre sur la majorité	Michels, Marx	Pouvoir, domination, exploitation

Si « l'esprit collectif » se situe dans les connexions entre les individus, au travers des processus et des méthodes, il se construit par l'action collective : c'est l'action qui construit des processus mentaux et non pas un processus mental qui construit l'action (Weick & Roberts, 1993, p. 374) : « we conceptualized mind as action that constructs mental processes rather than as mental processes that construct action ». De cet « esprit collectif » va se développer une réflexion autour de la relation existant entre la vigilance et l'attention d'un côté, et l'action collective de l'autre.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

1.3.2. Structuration d'un état collectif de vigilance : *mindfulness* et *heedful interrelating*

En lien avec « l'esprit collectif », Weick et Sutcliffe (2007, p. 32) développent le concept de *mindfulness*[15], qu'ils définissent comme « a rich awareness of discriminatory detail ». Issu de la psychologie, le *mindfulness* implique de l'attention et la capacité s'adapter à la situation. Moins de *mindfulness* implique donc une plus grande dépendance aux routines établies (Argote, 2006). Le *mindfulness* va au-delà de la simple conscience de la situation car il implique un processus de remise en cause des attentes existantes en les faisant évoluer au gré des expériences plus récentes, où les petites anomalies sont relevées et les subtilités doivent être prises en compte (Jordan, Messner, & Becker, 2009).

Au-delà d'une structuration de l'attention au travers des routines et des procédures, le concept de *mindfulness* considère l'attention comme guidée par des processus cognitifs. Weick & Sutcliffe (2007) considèrent que le *mindfulness* n'est pas contrôlé par le management mais est contrôlé par la culture et les valeurs. La culture véhicule ainsi la pression sociale exercée sur les individus de l'organisation (Weick & Sutcliffe, 2007, p. 150): « Consensus plus intensity focused on a handful of values is a powerful guide ».

Pour autant, il ne faut pas limiter le *mindfulness* uniquement à des processus cognitifs, car celui-ci est étroitement lié aux capacités d'action au niveau des individus mais également au niveau du groupe (Weick & Sutcliffe, 2006). Par ailleurs, le *mindfulness* est autant affaire de qualité de l'attention que de conservation de l'attention (Weick *et al.*, 1999, p. 43) : « It is as much about what people do with what they notice as it is about the activity of noticing itself ».

Articulant *collective mind* et *mindfulness*, le *Heedful interrelating* – la « vigilance collective réciproque » (Brion, 2005, p. 142) – vient apporter une dynamique interactionnelle à cet état de vigilance (Weick & Roberts, 1993, p. 366) :

> When people make efforts to interrelate, these efforts can range from heedful to heedless. The more heed reflected in a pattern of interrelations, the more developed the collective mind and

[15] Par soucis de clarté nous conserverons le terme anglais de mindfulness. Traduit littéralement, le terme renvoie à la *pleine conscience*, il est possible de le traduire comme un *état de vigilance*. Laroche (2006, p.102) choisit de le traduire par le terme d'advertance – de vigilance dans l'action : « par son orientation (l'attention d'autrui), par sa finalité (la réalisation d'une action), et par le lien entre les personnes impliquées (interdépendance). ».

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

> the greater the capability to comprehend unexpected events that evolve rapidly in unexpected ways.

C'est au travers des interactions que les individus vont questionner leurs présupposés et leurs routines afin de pouvoir s'adapter à la situation à laquelle ils sont confrontés, et ainsi structurer leurs actions (Weick & Roberts, 1993; Jordan *et al.*, 2009). Ce sont les interactions entre les individus qui vont mettre de l'attention dans l'action (Orvain, 2014) et permettre au groupe de « découvrir les erreurs et menaces et d'ajuster son fonctionnement » (Roux-Dufort, 2003b, p. 150).

Cette vigilance collective réciproque s'articule autour de trois processus : la contribution, la représentation et la subordination (Brion, 2005). Tout d'abord, chacun des acteurs apporte des contributions au système par leurs actions. Ensuite, chaque acteur construit sa représentation du système au travers des actions qu'il entreprend dans ce système. Les actions et représentations de chacun des acteurs sont liées entre elles et s'influencent mutuellement. Enfin, les actions – interconnectées entres elles et intégrées dans le système – sont subordonnées à l'objectif global de ce système.

Dès lors, la conception de l'attention ne peut être restreinte au niveau individuel et doit s'approcher également au niveau du groupe au travers des interactions du collectif. Pourtant élément décrié par la NAT, c'est dans la densité et le couplage des interactions entre les membres de groupe que réside la fiabilité. L'idée d'un individu héroïque et individualiste qui sauve l'organisation de la catastrophe n'a donc pas sa place, et les compétences interpersonnelles deviennent essentielles à la fiabilité : pour assurer la fiabilité, il faut savoir « co-opérer ».

Enfin, la vigilance réciproque collective s'observe également au niveau organisationnel. Outre des règles qui organisent la vigilance collective réciproque, la culture – au travers des valeurs partagées par les membres de l'organisation, et des valeurs à transmettre aux nouveaux arrivants –permet le déploiement de cette vigilance collective réciproque. L'articulation des processus de vigilance collective réciproque se fait donc entre les niveaux d'analyse et avec des temporalités différentes pour instaurer cette vigilance. Ainsi, l'injonction d'une vigilance collective réciproque semble difficile à opérer sans laisser du temps pour diffuser et partager les valeurs et les règles entre les membres.

L'approche weickienne de la fiabilité organisationnelle permet d'aborder la fiabilité sous l'angle processuel. Ce faisant, la fiabilité passe d'une caractéristique organisationnelle à un

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

ensemble de processus qui s'articulent entre les niveaux d'analyse individuel, interindividuel et organisationnel. Tissant une toile de fond conceptuelle, cette approche permet de mieux analyser et expliciter par la suite le rôle du facteur humain et les principes généraux permettant d'assurer la fiabilité des organisions étudiées.

2. DÉPASSER LA DIMENSION TECHNIQUE DE LA FIABILITÉ : RÔLE DU FACTEUR HUMAIN ET PRINCIPES GÉNÉRAUX DANS LE MAINTIEN DE LA FIABILITÉ

Comme nous l'avons abordé précédemment, l'approche weickienne de la fiabilité tend à instituer l'individu en facteur de fiabilité plus qu'en facteur d'erreurs. L'importance de l'individu dans le maintien de la fiabilité s'observe au niveau individuel mais également au niveau du groupe et des interactions entre les individus du groupe. Le maintien de la fiabilité est donc l'articulation de trois niveaux d'action : une fiabilité des individus dans leur capacité à créer du sens, une fiabilité entre les individus au travers des interactions, une fiabilité organisationnelle dans les conditions opérationnelles de l'activité.

Il s'agit ici d'un changement majeur dans l'approche de la fiabilité où le facteur humain n'a pas vocation à être réduit à sa portion congrue mais au contraire à être intégré dans la compréhension des situations auxquelles l'organisation est confrontée. Mais si l'individu est un facteur de fiabilité, il doit être intégré dans un système organisationnel adéquat, relevant de processus constants et centralisés, mais également d'une certaine flexibilité – et des processus décentralisés – pour permettre une plus grande réactivité et une adaptation face aux différentes situations. Les routines et procédures ont autant leur place que la vigilance et l'adaptation dans le maintien de la fiabilité, que l'on considère la routine et l'attention comme les deux extrêmes d'un *continuum* (Levinthal & Rerup, 2006) ou comme deux processus interagissant entre eux (Weick & Sutcliffe, 2006).

2.1. NE PAS SE LIMITER AU FACTEUR TECHNIQUE : L'IMPORTANCE DU FACTEUR HUMAIN ET ORGANISATIONNEL DANS LA FIABILITÉ

Dans les organisations évoluant en milieu dangereux, la dimension technique tend à prendre le pas par rapport à la dimension organisationnelle (Girin & Journé, 1997). Ceci peut s'expliquer par le fait que la fiabilité technique est plus facile à appréhender que la fiabilité organisationnelle. Pourtant, si la sûreté d'un système est assurée en amont par l'anticipation faite par les ingénieurs des problèmes potentiels et des procédures à mettre en œuvre pour les

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

régler, la sûreté dépendra également de sa capacité à fonctionner malgré les imprévus durant l'exploitation (Journé, 2005). Or, l'évaluation de la fiabilité d'une organisation s'effectue par rapport au respect de la procédure et aux règles en place, et l'individu sanctionné en cas d'écart à ces procédures. Pourtant, maintenir la fiabilité passe par la compréhension des contingences rencontrées par les individus et comment ils y ont fait face. L'enjeu est donc de considérer que le facteur humain n'est pas le résidu non-quantifiable des évaluations de sécurité des ingénieurs, mais au contraire un facteur de fiabilité d'une organisation (Girin & Journé, 1997).

2.1.1. L'erreur humaine et la formation au facteur humain

Qu'il s'agisse d'erreurs d'un pilote, d'un conducteur, d'un technicien, ou encore d'erreur médicale, il est courant que l'approche grand public au travers de la presse associe accident et erreur humaine[16]. Or, comme le précise Perrow (1994b), la recherche d'une maximisation des systèmes et de leur complexification tend à renvoyer la cause des accidents à une défaillance humaine. En conséquence, les opérateurs humains tendent à ne plus divulguer leurs erreurs, voire à les cacher afin d'éviter toutes représailles à leur encontre.

Le rôle du facteur humain dans la fiabilité est donc différent selon le courant de pensée (d'Arcimoles, 2009). Pour le courant relatif à la prescription et au contrôle, il s'agit de minimiser le rôle de l'humain dans la fiabilité car il est vu comme le maillon faible de la chaîne de la fiabilité. Il s'agit de la vision traditionnelle de l'ingénierie, orientée sur l'anticipation des erreurs et des pannes, l'établissement d'une procédure pour chaque situation possible élaborée dès la conception du système. Le second courant de pensée est basé sur les initiatives et la mobilisation des acteurs et considère l'humain comme facteur de fiabilité. Il s'agit d'une fiabilité humaine qui vient s'ajouter et interagir – et non s'opposer – à la fiabilité technique et technologique. En amont de l'exploitation, il y a une anticipation par les ingénieurs des problèmes potentiels et une description des procédures à mettre en œuvre pour les régler. Durant l'exploitation, la fiabilité est également assurée par la capacité à fonctionner malgré les imprévus. Le facteur humain est au centre de ce second mécanisme. Or, le facteur humain est souvent évalué par rapport au premier mécanisme – le respect de la procédure –

[16] Nous retenons comme définition de l'erreur celle proposée par Reason (2013, p. 33) : « tous les cas où une séquence planifiée d'activités mentales ou physiques ne parvient pas à ses fins désirées, et quand ces échecs ne peuvent être attribués à l'intervention du hasard ».

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

entraînant pour les acteurs un sentiment de frustration dû à la non-reconnaissance de leur travail de gestion des imprévus (Girin & Journé, 1997).

L'approche du facteur humain comme facteur de fiabilité et non de défaillance s'est basée sur le constat que bâtir des systèmes automatisés sans intervention humaine permettait d'assurer la fiabilité, certes, mais jusqu'à une certaine limite : la défaillance systémique mise en avant par les travaux de la NAT. S'il y a défaillance, l'humain doit pouvoir intervenir et avoir des moyens d'action, de correction ou d'empêchement de ce qui se produit (Bourrier, 2003). Dans un système sociotechnique, l'humain est le seul élément capable de s'adapter à des situations qui n'étaient pas prévues à la conception du système (Chauvin, 2010). Il s'agit ici d'un profond bouleversement des approches de la fiabilité. Les solutions visant à diminuer l'impact de l'humain sur la fiabilité d'un système ont des effets contraires à ceux attendus : à force de réduire au maximum les interactions, à multiplier les procédures, le système se complexifie sans valeur ajoutée pour sa fiabilité (Amalberti, 1998). Il faut alors considérer l'humain comme un composant particulier de ces systèmes, avec des critères différents que ceux des composants mécaniques (Amalberti, 1998, p. 11) :

> L'homme est un système biologique qui se comporte de façon très différente des machines. Son étude procède d'analyses plutôt qualitatives que quantitatives. L'objectif est de comprendre l'enveloppe des comportements avec leur variété et leur dispersion afin de s'y adapter par la technique, plutôt que d'espérer prédire LE comportement de L'Opérateur dans LA situation.

Intégrer cette ressource particulière nécessite de mettre en place des pratiques capables d'intégrer sa capacité d'adaptation – faire face aux situations imprévues, travailler en équipe, gérer les anomalies, etc. – mais également sa propension à générer des erreurs. Une des pratiques les plus répandues se retrouve dans le CRM – le *Crew Resource Manage*ment[17]. Les formations de CRM consistent à apporter des outils pour améliorer le travail en équipe mais également de nouvelles méthodes d'apprentissage, dont la plus connue est la simulation (Salas, Prince, *et al.*, 1999, p. 163) :

> We consider CRM training to be a family of instructional strategies designed to improve teamwork in the cockpit by applying well-tested training tools (e.g., performance measures,

[17] En français, la gestion du facteur humain

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

exercises, feedback mechanisms) and appropriate training methods (e.g., simulators, lectures, videos) targeted at specific content (i.e., teamwork knowledge, skills, and attitudes).

Issu du secteur de l'aviation civile (voir Encadré 11), le CRM n'a pas simplement apporté de nouvelles compétences managériales mais a aussi changé la vision de l'aviation et du stéréotype du pilote/héros indépendant et calme en toute circonstance (Helmreich & Foushee, 2010).

Encadré 11 – Les premiers pas du *Crew Resource Management* dans les organisations

1977 : à la suite de l'accident de Tenerife, KLM Royal Dutch Airlines commissionne Frank Hawkins – consultant en facteur humain et pilote de ligne – pour développer un programme d'entraînement au facteur humain : le *KLM Human Factors Awareness Course* (KHUFAC) est né. Il s'agit d'un programme visant à développer les "*non-technical skills*" sur la base du modèle SHEL développé par le psychologue et ergonome Elwyn Edwards en 1972.

1979 : premier séminaire de la NASA sur le CRM – appelé *Cockpit Resource Management* qui deviendra par la suite *Crew Resource Management* – auquel assiste différentes compagnies aériennes.

Fin des années 1970 : le psychologue John K. Lauber étudie les équipages dans les cockpits et développe un protocole d'entretien *in situ* afin de pouvoir questionner les membres d'équipage durant les vols. La première définition du concept de CRM est basé sur ses travaux (Lauber, 1984, p. 20) : « using all available – resources, information, equipment, people – to achieve safe and efficient flight operations ».

1981 : inspirée par l'atelier de la NASA sur le CRM, la compagnie aérienne *United Airlines* développe sa première formation intégrée au programme des pilotes. La formation *line-oriented flight training* est créée en collaboration avec la *Air Line Pilots' Association* et les psychologues Robert Blake et Jane Mouton sur la base de leur célèbre grille managériale.

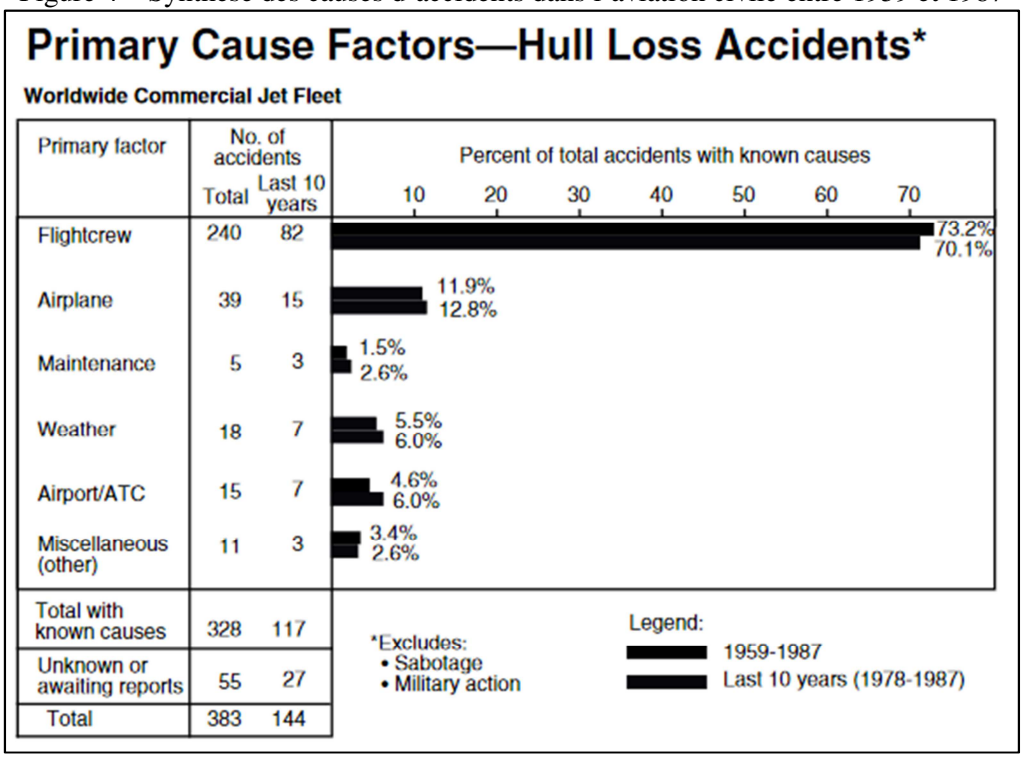
1990 : le CRM est intégré dans toutes les formations de pilote de ligne des différentes compagnies aériennes. Mais la vision anglo-saxonne de cette approche pose des problèmes pour les pays asiatiques et latins du fait de l'écart culturel existant – sentiment d'appartenance à une élite pour le pilote, pas de remise en cause des décisions du pilote, etc. Cela nécessitera un temps d'adaptation plus long pour faire évoluer la culture professionnelle dans ces pays.

En effet, jusque dans les années 1970, la formation du pilote se focalisait sur sa capacité à gérer seul une situation, l'équipage n'étant là qu'en cas de secours et de remplacement plutôt qu'en tant que membres actifs permanents. Mais à mesure que la complexité des avions et l'intensité du trafic aérien se faisaient croissantes, les limites individuelles furent atteintes compte tenu de la charge cognitive, du nombre de variables à gérer, de la vitesse de déplacement avec les turboréacteurs et de l'interprétation des instruments de bord. Dans les années 1980, plus de 70% des accidents aériens dans le monde ayant entraîné une destruction de l'avion étaient du fait principal d'erreurs de l'équipage (voir Figure 4). Non seulement le CRM est utile aux différents moments d'un vol – que ce soit lors des phases routières ou des

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

phases plus intenses – mais il présente également un intérêt lors des briefings pré-vol car il permet par la suite à l'équipage de mieux gérer une situation inattendue (Salas, Fowlkes, Stout, Milanovich, & Prince, 1999).

Figure 4 – Synthèse des causes d'accidents dans l'aviation civile entre 1959 et 1987



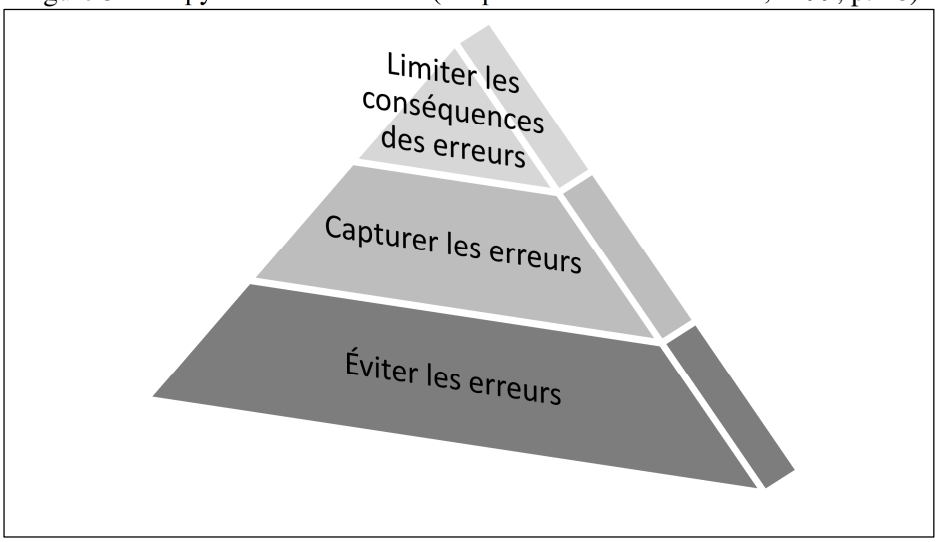
Source : Boeing Aircraft Company

Le CRM s'est par la suite largement diffusé à d'autres secteurs d'activité – armée, police, aérospatial, marine marchande, médecine, etc. – en s'adaptant aux spécifiés de chaque secteur. Plus généralement, le CRM consiste à accepter que l'humain fasse des erreurs, que des facteurs puissent accentuer la propension à en faire, tels que le stress ou la fatigue (Helmreich, 2000). Il faut donc mettre en place des mesures pour contrer ce phénomène : briefing, surveillance, double vérification, revue de cas, etc. De plus, la pratique professionnelle s'appuie sur des simulations – lors de la formation et tout au long de la carrière – afin de s'entraîner dans conditions les plus proches de la réalité. Le CRM intègre également un modèle de gestion et d'analyse des erreurs afin de comprendre la survenance des erreurs, leur gestion, le contexte, les facteurs latents, etc. Cette gestion des erreurs s'appuie sur la *pyramide des erreurs* proposée par Helmreich, Merritt et Wilhelm (1999) consistant à gérer les erreurs en trois phases (voir **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). La première phase consiste bien évidemment à éviter les erreurs autant que possible. Mais si des erreurs surviennent dans l'organisation, la deuxième phase consiste à récupérer ses erreurs

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

naissantes avant qu'elles ne causent des dommages. Enfin, si des erreurs se sont produites, la dernière phase va tenter d'atténuer les conséquences de ces erreurs.

Figure 5 – La pyramide des erreurs(adaptée de Helmreich *et al.*, 1999, p. 28)



Mais au-delà d'une approche au niveau des acteurs, les erreurs sont également le fait des conditions organisationnelles. L'erreur humaine apparaît alors plus comme une conséquence de dysfonctionnements organisationnels que comme une cause.

2.1.2. Du facteur humain au facteur organisationnel

Les erreurs attribuées aux opérateurs – problèmes de compréhension, de coordination d'une équipe, de compétences mobilisées, etc. – peuvent être le fait de problèmes dans la conception même du système, ce qui empêche de maintenir un certain niveau de fiabilité par le facteur humain (Rasmussen, Nixon, & Warner, 1990). Les travaux de Vaughan (1996, 1999) sur l'analyse de la catastrophe de la navette *Challenger* illustre cette approche organisationnelle de l'erreur et ce qu'elle nomme « The Dark Side of Organizations ». Bien que l'erreur soit concrètement commise par un opérateur humain, il est possible de parler d'erreur organisationnelle (Goodman *et al.*, 2011, p. 152) : « studying errors at the organizational level of analysis involves more than simply identifying and analyzing individual errors that take place in an organizational setting. It involves recognizing that some errors are inherently 'organizational' in nature ». L'erreur humaine est alors considérée comme la conséquence d'un dysfonctionnement et non la cause (Reason, 2000), un « symptôme » pour reprendre le terme de Leplat (1985, cité dans Clot & Leplat, 2005).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

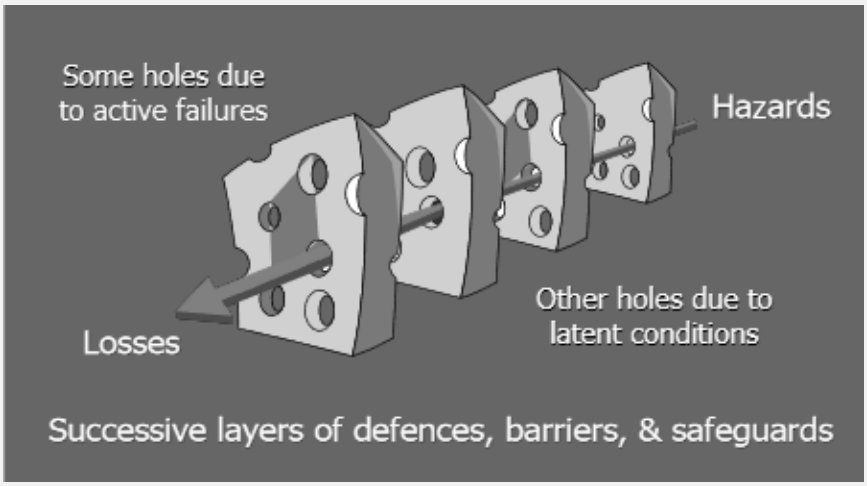
Certaines conditions organisationnelles génèrent des erreurs et il ne faut pas se focaliser uniquement sur la personne qui commet l'erreur mais sur l'origine de l'erreur (Amalberti, 1996). Reason (2013) fait ainsi la distinction entre les erreurs actives – en lien avec les opérateurs durant l'exploitation – et les erreurs latentes – qui peuvent être présentes dès la conception des organisations sans se manifester avant qu'une combinaison d'éléments viennent l'activer. Dans le même ordre d'idées, Turner (1976) considère l'erreur comme un événement déclencheur mais dont les causes sont enfouies et incubent dans les organisations.

Une double approche de l'erreur est alors possible : à un niveau individuel et à un niveau systémique (Reason, 2000). Dans l'approche individuelle, l'erreur provient d'un processus cognitif déficient : inattention, oubli, négligence, imprudence, démotivation, etc. Dans l'approche systémique l'erreur est vue comme une conséquence. Son origine se situe au niveau des facteurs systémiques dans lesquels agit l'opérateur. Par exemple, la mise en place dans l'aviation civile d'un système de signalement des erreurs ainsi qu'une politique de non-punition des erreurs signalées a permis d'améliorer la sûreté des vols. Le fait de ne pas être puni incite les acteurs à remonter les erreurs, les anomalies constatées, et permet également d'améliorer la confiance entre les acteurs et l'organisation. Si l'approche individuelle domine, elle ne peut être la seule à être considérée, raison pour laquelle Reason (1997) préconise – au travers de son célèbre *Swiss Cheese Model* – la mise en place de multiples barrières visant à se compenser mutuellement (voir Encadré 12).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 12 – Le *Swiss Cheese Model* : une approche systémique des erreurs

Le modèle développé par James T. Reason consiste à mettre en place plusieurs barrières de défense au sein d'un système afin que les différentes barrières compensent leurs défauts ou leurs défaillances. L'origine du nom de *Swiss Cheese Model* provient de l'analogie aux trous d'un gruyère qui ont une probabilité quasi nulle d'être alignés.



Swiss Cheese Model (Source : Reason, Hollnagel, & Paries, 2006)

Deux types de dysfonctionnement sont possibles :

- Les dysfonctionnements actifs – erreurs, violations de procédures, fautes, etc. – où il y a création d'un trou ou abaissement de la barrière de manière intentionnelle ou non.

- Les conditions latentes – erreurs de conception, de design, de procédure – où le trou est déjà présent dès la mise en place de la barrière.

Outre cette double approche individuelle et systémique, la gestion des erreurs passe également par une approche articulant prévention et résilience (Goodman *et al.*, 2011). Si l'approche par la prévention considère l'éradication des erreurs, l'approche par la résilience considère au contraire que l'absence d'erreurs dans les organisations est illusoire voire dangereuse (voir Tableau 9). Dans l'approche par la prévention, la procédure joue un rôle crucial car elle va prescrire le comportement. Il n'y a pas d'interprétation ni d'ambiguïté mais une application mécanique de la procédure. Dans l'approche par la résilience, il y a recombinaison des ressources à disposition selon la situation (Goodman *et al.*, 2011, p. 162) :

> The underlying logic for action in the resiliency model relates to an organization's ability to mitigate, rather than prevent – to improvise and recombine knowledge and resources to cure or catch and correct problems in the making, before they incur negative consequences.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Tableau 9 – La place de l'erreur dans les approches prévention et résilience

	Approche prévention	**Approche résilience**
Principe général	Il est possible d'identifier toutes les causes possibles d'erreurs et de mettre en place des procédures pour les éviter	Les organisations sont remplies d'erreurs en attente Impossibilité de tout prévoir
Avant l'erreur	Développement et mise en place de procédures Formations entraînement pour renforcer	Faciliter la communication ouverte Développer les compétences de vigilance et d'improvisation
Pendant l'erreur	Application des procédures, des plans d'urgence préétablis Capacité à reconnaître une erreur et à réagir dans les délais appropriés	Détecter rapidement les erreurs, même minimes Réagir rapidement et de manière adéquate selon la situation pour prévenir des préjudices Improviser si besoin sur la base de l'expérience collective et de l'expertise
Après l'erreur	Analyse des erreurs pour identifier les vulnérabilités du système Fournir de la connaissance sur le système afin de l'améliorer (nouvelles règles, nouvelles technologies, etc.)	Analyse orientée sur le processus de détection des erreurs Impliquer les acteurs pour améliorer les processus de détection et de gestion des erreurs

Fiabilité et erreur ne sont donc pas antinomiques : le risque zéro n'existe pas, l'absence d'erreurs non plus. Il s'agit alors d'approcher la fiabilité non pas comme l'absence d'erreurs mais comme une fiabilité tolérante aux erreurs (Gilbert, Amalberti, Laroche, & Paries, 2007). L'intégration et la compréhension de l'erreur humaine deviennent alors des enjeux importants dans le maintien de la fiabilité. Si les HROs mettent un point d'honneur à prévenir des erreurs, pour autant, elles vont rencontrer des erreurs et vont devoir mettre en place des processus pour les gérer (Goodman *et al.*, 2011, p. 152) : « In other words, the absence of errors is neither necessary nor sufficient for reliability, which can be undermined for reasons unconnected to errors such as unforeseeable events ». L'erreur est donc une part du processus de sûreté dans des environnements volatils, et ne peut être isolée des processus d'apprentissage et d'amélioration des compétences (Rasmussen *et al.*, 1990). Dès la conception, un système doit permettre suffisamment de flexibilité à l'opérateur pour s'affranchir d'erreurs du système et traiter des situations non prévues à la conception. Cette vision de la fiabilité nécessite d'être proche du risque pour être familier des limites du système afin de déterminer comment conserver la fiabilité compte tenu de la situation. C'est la structure organisationnelle qui permet – dans les deux acceptions du terme, à la fois autoriser et rendre possible, donner les moyens – une flexibilité aux acteurs pour assurer la

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

fiabilité au-delà de ce qui est prescrit (d'Arcimoles, 2009). Le débat autour des actions, l'improvisation et le bricolage, les dispositifs qui visent à inciter et faciliter le partage d'information – tels que des mécanismes de valorisation du partage d'information, la formation, la décentralisation du pouvoir de décision en cas de crise, etc. – sont autant de moyens organisationnels pour construire cette flexibilité.

Le facteur organisationnel reste pourtant éloignée lors de la construction d'un système sociotechnique complexe, tant dans la conception du système que dans son exploitation (Bourrier, 2003). Il apparaît alors intéressant d'aller au-delà du simple « facteur organisationnel » vers l'idée d'une « conception organisationnelle », de considérer l'organisation comme un canevas sur lequel se tisse la fiabilité (Bourrier, 2003, p. 22): « [c'est-à-dire, pour le dire simplement, toutes les réflexions, les scénarios et décisions qui conduisent à adopter tel ou tel modèle d'organisation, en ayant réfléchi à l'avance aux éventuelles implications en termes de fiabilité ».

2.2. EN AMONT DES PROCESSUS DE MAINTIEN DE LA FIABILITÉ : MÉTARÈGLES ET PRINCIPES

2.2.1. Les métarègles de la haute fiabilité

Le terme de métarègle renvoie à deux types de règles : soit des règles simples ou générales, soit des règles de règles ayant un ordre de priorité supérieur (Gaultier Le Bris, 2014). Par métarègles, nous retenons l'idée de règles simples regroupées en un ensemble de principes qui vont guider l'action. Cette définition se rapproche de celle proposée par Morel (2012, p. 13 sq.) de « principes généraux d'action ainsi que les processus maîtres et les modes de raisonnement communs qui forment une culture amont, ou modèle, de la fiabilité et sont indispensables à la fiabilité ». Les métarègles de fiabilité sont des règles qui servent de socle à l'ensemble des processus, pratiques et outils pour assurer la fiabilité.

L'importance du facteur humain et organisationnel dans la fiabilité incite à décliner des règles permettant d'en assurer le maintien. C'est ainsi que Morel (2012) présente neuf métarègles de fiabilité, des règles qui s'inscrivent plus en amont du processus de fiabilité, afin d'adopter des fonctionnements en adéquation avec le principe de fiabilité (pour une synthèse des neuf métarègles voir Tableau 10).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Tableau 10 – Les métarègles de la fiabilité (Morel, 2012)

Métarègles	Définitions
Hiérarchie restreinte impliquée	Pouvoir de décision aux subordonnés, partage des responsabilités plutôt que concentration de l'autorité.
Débat contradictoire	Délibération collective et pratique de « l'avocat du diable » pour atténuer les biais liés à ces délibérations.
Contrôle du consensus	Le consensus n'est que rarement un consensus, et peut être une décision d'une minorité qui a limité le débat.
Interactions généralisées	Les interactions entre les membres sont le ciment de la fiabilité : briefing, débriefing, interrogation, contrôle, etc.
Contrôle des interstices	Les jonctions internes et externes sont des points de fragilité dans les organisations.
Non-punition des erreurs	L'erreur fait partie intégrante des organisations. La punition dissuade la révélation des erreurs et empêche leur résolution.
Renforcement linguistique et visuel	Il faut sécuriser les échanges d'informations – par la répétition, la confirmation – et utiliser des outils et un langage compris de tous.
Formation aux facteurs humains	Prendre en compte les mécanismes sociologique, cognitif et psychologique des acteurs dans l'action.
Retour d'expérience	Synthétise les autres métarègles : rétroaction face aux actions précédentes dans l'optique de s'améliorer dans le futur.

La **hiérarchie restreinte impliquée** consiste en une forme adaptable de la hiérarchie. Elle est restreinte au sens où elle s'adapte à la situation. Ce sont par exemple les *Mission commands* de l'US Army, ou les *Incident Command Systems* des services américains de lutte contre l'incendie. Elle est impliquée car le pouvoir de décision est transféré aux subordonnés sur le terrain, mais le pouvoir de direction reste hiérarchique. Cette suspension hiérarchique se retrouve également lors d'un incident là où en temps normal la ligne hiérarchique prime.

Le **débat contradictoire** – que l'on retrouve également sous le vocable de l'*avocat du diable* – permet de connaître les points de vue contradictoires des différents acteurs. Cette obligation de contradiction permet d'entendre l'ensemble des points de vue et pas seulement le plus populaire ou celui défendu par un acteur dominant le débat. Le but d'imposer un débat contradictoire est également d'éviter certains biais cognitifs liés aux décisions de groupe, tels que le biais de conformisme[18], de confirmation ou la pensée de groupe.

En lien avec la deuxième règle, le **contrôle du consensus** cherche à éviter les biais liés à la décision commune. En effet, le consensus n'est le plus souvent qu'un simili consensus, voire une décision de la minorité qui a limité le débat. Morel & Oury (2012) citent en

[18] Mis en avant par Salomon Asch dans les années 1950, l'expérience d'Asch a mis en avant la tendance à approuver une décision unanime même si celle-ci est grossièrement erronée. Dès lors que la décision n'est pas unanime, l'approbation ne se fait plus et les points de vue divergents osent s'exprimer.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

exemple le droit talmudique, où une condamnation à mort à l'unanimité entraîne l'acquittement de l'accusé car il est établi comme règle qu'une telle décision signifie qu'il n'y a pas eu de débat contradictoire.

L'**interaction généralisée** consiste en une communication explicite et une confirmation explicite. Ceci amène bien souvent à faire travailler les équipes en communauté, pour s'habituer à travailler ensemble. En stimulant les interactions entre les membres du groupe – et en ayant un retour critique sur ces interactions – cette règle cherche à diminuer les écarts existants entre ce qui est dit et ce qui est fait.

Le **contrôle des interstices** dans la fiabilité, des points de jonctions entre unités – interne ou externe à l'organisation – doivent être surveillés. Pour Morel (2012), les jonctions sont comme des points de soudure et représentent une fragilité, du fait du manque de vision synthétique de la situation, où chaque entité est spécialisée dans son fragment – temporel et spatial – et perd la vision de l'image globale de la situation. Par exemple, en médecine les transmissions entre les acteurs – d'un service à un autre ou d'une équipe qui prend la relève d'une autre – sont des éléments importants dans la compréhension des patients à prendre en charge.

La **non-punition des erreurs** – comme nous l'avions déjà présentée auparavant – intègre l'erreur comme un élément présent dans les organisations. La punition dissuade la révélation des erreurs mais empêche leur résolution ce qui nuit à la fiabilité. La seule erreur punissable est celle de ne pas transmettre une erreur. L'aviation civile est encore une fois pionnière sur ce point. Par exemple, la *Federal Aviation Administration* – la FAA – a mis en place l'*Aviation Safety Reporting System*, qui permet une diffusion de manière anonyme des écarts par rapport à un vol normal. De plus, elle accorde l'immunité aux rapports d'erreurs créés via ce système. En France, l'Académie nationale de médecine insiste sur l'importance de ne pas punir la diffusion des erreurs rencontrées dans la pratique de la médecine (Académie nationale de médecine, 2006, p. 1995) : « la connaissance des défaillances ne peut résulter que d'une déclaration spontanée d'un des acteurs de soins. Elle implique deux conditions : une garantie de confidentialité et une absence de sanction ».

Le **renforcement linguistique et visuel de l'interaction** entre les acteurs de l'organisation consiste en la mise en place de mesures visant à sécuriser les échanges d'informations par la répétition, la confirmation, etc. Par exemple, la mise en place d'une check-list lors d'une opération chirurgicale a permis de diminuer le taux de complication de

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

36% et le taux de mortalité de 47% (Haynes *et al.*, 2009)[19]. Néanmoins, il faut prendre garde à la surabondance d'informations, ou au contraire à la simplification des informations.

La **formation aux facteurs humains** établit la prise en compte des facteurs en lien avec les situations vécues durant l'activité – stress, fatigue, urgence, etc. – dans le processus de fiabilité. Ces formations divergent d'une simple formation à la conduite de réunion et aux entretiens, et doivent prendre en compte l'humain dans l'action, dans ses dimensions sociologique, psychologique et cognitive.

Enfin, le **retour d'expérience** synthétise l'ensemble des règles précédentes en permettant une rétroaction face aux actions précédentes dans l'optique de s'améliorer dans le futur. Ceci passe par un engagement de l'organisation – en temps et en ressources – et nécessite des formes efficaces – et reconnues comme telles par les acteurs – de retour d'expérience. Il faut ainsi éviter le compte-rendu technique et préférer une forme plus dynamique telle qu'un débriefing.

Toutes ces métarègles forment un système complet : il n'est donc pas possible de n'en prendre que certaines et d'en rejeter d'autres, sous peine de générer d'autres dysfonctionnements (Morel & Oury, 2012).

2.2.2. Cinq principes pour gérer l'inattendu

Face à la complexité et l'inattendu, la fiabilité dépend de la capacité des individus à s'organiser et se réorganiser pour faire face aux situations auxquelles ils sont confrontés, à créer du sens face à l'inattendu (Roux-Dufort, 2003b). Les travaux sur le *sensemaking* et la vigilance collective permettent de mieux comprendre comment des organisations soumises à des environnements et des situations inattendues, arrivent à conserver un système d'actions permettant de satisfaire l'objectif de fiabilité de l'organisation (sur la distinction entre risque, incertitude et inattendu voir Encadré 13).

[19] Si ces chiffres ont fait l'objet d'une médiatisation importante, les auteurs mettent garde contre toute généralisation abusive des résultats de leur étude. L'amélioration constatée est multifactorielle et n'est pas le fait uniquement de la check-list. Les auteurs pointent notamment un changement dans les procédures pour mettre en œuvre la check-list, ainsi qu'un effet Hawthorne dont il est difficile de mesurer l'importance.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 13 – Une distinction entre risque, incertitude et inattendu

Risque et incertitude

La distinction entre risque et incertitude réside dans l'idée que le risque est calculable et mesurable – sous forme de probabilités – et pas l'incertitude (Knight, 1921). Il y a donc complémentarité des deux concepts : pour un événement il y a une part calculable – le risque – et une part impossible à mesurer – l'incertitude.

L'incertitude se caractérise par trois éléments (Lawrence and Lorsch, 1967, cité dans Duncan, 1972) : « (1) the lack of clarity of information, (2) the long time span of definitive feedback, and (3) the general uncertainty of causal relationships ». À ces éléments, Duncan (1972) précise qu'il n'y pas simplement qu'un problème de calcul dans l'incertitude mais également un rôle de la capacité ou l'incapacité à assigner des probabilités à un événement. Selon Argote (1982), les définitions de l'incertitude gravitent autour de l'idée de l'incomplétude de l'information rendant la prévision des événements futurs difficiles.

La distinction entre certitude et incertitude n'est donc pas binaire mais prend la forme d'un *continuum* – que l'on peut associer à l'analogie d'un brouillard plus ou moins épais – qui dépend de l'individu, de son expérience professionnelle, des informations à sa disposition en termes d'accès et de compréhension.

Imprédictibilité, inattendu et imprévu

Souvent utilisé, le terme d' « imprédictible » est un anglicisme dérivé du terme *unpredictable*. Une définition est disponible dans la version électronique du dictionnaire *Larousse* – renvoyant à la notion d'imprévu – mais le terme n'est référencé ni au niveau du CNRTL ni dans le dictionnaire de l'Académie Française.

Si l'incertitude est un concept bien ancré dans la littérature, les termes d'inattendu et d'imprévu ne sont quasiment jamais définis. Ils représentent une variation sur le thème de l'incertitude, une émanation de l'incertitude. Quant à la distinction entre inattendu et imprévu, elle est ténue et les deux termes sont généralement utilisés indistinctement.

Weick utilise principalement le terme d'inattendu – *unexpected* – plutôt qu'imprévu. Par cette subtilité de sens, nous pensons que Weick insiste plus sur l'idée de la surprise d'un événement – auquel on ne s'attendait pas et qui surprend – plutôt qu'un événement qui n'a pas été organisé à l'avance. L'inattendu peut prendre trois formes (Weick & Sutcliffe, 2007) : un événement attendu n'arrive pas, un événement inattendu se produit, ou un événement inimaginable (*unthought*) se produit.

En lien avec ces travaux, Weick et Sutcliffe (2007) présentent cinq principes généraux pour favoriser la détection de signaux avant-coureurs de difficultés (pour une synthèse des cinq principes voir Tableau 11). Ces signaux ne sont pas forcément visibles au premier abord et bien souvent les prémisses d'un accident ne sont pas flagrants (Weick & Sutcliffe, 2007, p. 8) : « people have to make strong responses to weak signals ». Ces principes intègrent à la fois une prévention des événements possibles – basée sur la prévision, les protocoles – et un confinement (*containment*) des événements inattendus lorsque ceux-ci sont en train de se produire – basé sur l'adaptation aux situations, l'improvisation avec les ressources à disposition. Pour les auteurs, c'est en combinant ces deux approches de l'inattendu qu'est possible le maintien de la fiabilité.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Tableau 11 – Cinq principes pour gérer l'inattendu (adaptés de Weick & Sutcliffe, 2007)

	Principes	Définitions	Exemples d'application
Anticipation	Attention portée aux erreurs et échecs	Conscience du danger et vigilance aux signaux précurseurs d'un problème. Cette vigilance se retrouve dans des procédures mises en place et les outils pour reporter les erreurs, les manques.	Ne pas se satisfaire de la sûreté actuelle. Être prêt pour la prochaine menace.
	Refus de sur-simplifier	Simplifier le système en supprimant des redondances signifie supprimer la multiplication des informations et des interprétations source d'évitement des catastrophes.	Être vigilant aux changements mineurs Corriger les défauts mineurs avant qu'ils ne deviennent hors de contrôle.
	Attention portée aux opérations	Il faut rester proche des opérations quel que soit le niveau hiérarchique. Pour comprendre ce qu'il se passe, il faut connaître les symptômes. La vision globale – *the big picture* – n'est pas tant stratégique que situationnelle.	L'ensemble des acteurs est impliqué pour signaler un problème, même anecdotique.
Confinement	Engagement de résilience	Sachant que les erreurs vont se produire il faut être prêt à les reconnaître, les corriger, et apprendre d'elles. Il faut donc pouvoir conserver une structure collective pour créer du sens et agir.	Savoir improviser et agir avec les ressources à disposition. Connaître les limites de ses connaissances.
	Déférence à l'égard de l'expertise	La décision appartient à ceux qui ont la plus grande expertise, pas le plus haut rang hiérarchique.	Ne pas imposer sa décision par son rang mais par son expertise. Reconnaître l'expertise de chacun plutôt que la position hiérarchique.

L'intérêt pour l'échec et les anomalies considère tout échec, même minime, comme un indicateur possible de problèmes plus graves à venir. Il faut donc mettre en place des procédures d'alerte et de signalement des erreurs pour prévenir les erreurs et alimenter l'apprentissage de l'organisation. Par exemple, lors de la catastrophe de Bhopal, les manuels étaient en anglais, langue qui n'était lue que par peu de salariés de l'usine (Weick, 2010). Mais la détection d'erreurs n'est pas aussi aisée qu'il n'y paraît, notamment à un stade précoce. Ceci est renforcé par l'équivalence qu'à une erreur équivaut un responsable. Corollaire de ce principe, il faut faire attention aux dangers de la préoccupation face au succès qui encourage la simplification, tente de reproduire les routines existantes au dépend d'une adaptation à la situation (Weick *et al.*, 1999).

La réticence à simplifier voit comme nécessaire la multiplication des sources d'information et de ne pas rester focalisé sur quelques indicateurs clés. La multiplicité des

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

interprétations – et plus encore leur interaction – contribue à éviter cette simplification. Weick et Sutcliffe (2007) citent l'exemple de l'incendie de Cerro Grande où le pompier en charge sur le terrain évalua la complexité du feu à 3 (sur une échelle de 1 à 3), et en informa le *dispatch* qui comprit la complexité du feu à 3 sur son échelle de complexité allant de 1… à 5 !

La sensibilité aux opérations insiste sur l'idée que la distinction entre décision et mise en œuvre n'est pas aussi tranchée dans une HRO qu'elle peut l'être dans une organisation dite « classique ». Le plan – ou plus généralement ce qui est prévu *ex ante* – est une ressource parmi d'autres pour faire face à une situation. Même à un niveau hiérarchique élevé, il ne faut pas perdre de vue ce qu'il se passe sur le terrain. Les managers doivent être proches du terrain et encourager les retours d'expérience et le partage.

L'engagement de résilience permet à l'organisation de fonctionner en contenant l'impact des erreurs et en trouvant des solutions de contournement (voir Encadré 14). Cette résilience se caractérise par la capacité à absorber une force supplémentaire et à fonctionner malgré des perturbations, la capacité à se rétablir rapidement en cas de problème, et la capacité à apprendre et à se développer à partir des expériences précédentes. Quatre éléments composent la résilience organisationnelle : l'improvisation, les rôles virtuels, la sagesse, les interactions (Weick, 1993; Laroche, 2003). L'improvisation est la capacité d'agir pour trouver une solution avec les ressources à disposition. L'utilisation de ces ressources nécessite parfois de contourner leur usage initial, de « tordre » ces ressources – de bricoler – afin d'adapter ces ressources au problème rencontré. Les rôles virtuels consistent pour les individus à tenir des rôles en adéquation avec la situation. La sagesse est un état d'esprit où les individus ont à la fois confiance dans leurs connaissances et leur capacité à faire face à une situation tout en sachant également remettre en cause leurs acquis. Il s'agit d'avoir un recul sur ses expériences et ses compétences afin de savoir ce que l'on sait, ce que l'on ne sait pas, et ainsi demander de l'aide. Enfin, la résilience n'est possible qu'avec des individus interagissant même lors de situations incertaines, stressantes avec un haut niveau de danger.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 14 – Le concept de résilience et son lien avec la fiabilité

Dès 1993, Karl E. Weick énonce l'idée de lien entre résilience et *sensemaking* face aux imprévus rencontrés par une organisation. La résilience est la capacité à agir face à l'imprévu (Hollnagel, 2006, p. 16) : « […] the intrinsic ability of an organization (system) to maintain or regain a dynamically stable state, which allows it to continue operations after a major mishap and/or in the presence of a continuous stress ». Il y a donc dans la résilience deux éléments clés : un événement inattendu avec des potentielles conséquences désastreuses, et la capacité à faire face à cette situation afin de maintenir la fiabilité.

Sur ce point, Boin et van Eeten (2013) précisent que les différentes définitions de la résilience varient autour de deux dimensions : certaines définitions se focalisent sur la résilience comme la capacité à reprendre un état précédent une crise, tandis que d'autres définitions intègrent dans la résilience la capacité à sortir plus fort d'une crise, avec l'idée d'un apprentissage et donc d'une dimension temporelle de la résilience.

Fiabilité et résilience sont des concepts proches mais, si la fiabilité d'une organisation correspond à sa capacité à réaliser ce qu'on attend d'elle, la résilience renvoie à comment une organisation fait face à des situations qui la perturbent et mettent potentiellement en péril sa fiabilité. En synthèse, la fiabilité passe par la résilience, mais celle-ci n'est pas l'unique levier comme le développent Weick & Sutcliffe (2007) – où la résilience est un principe parmi d'autres répartis entre anticipation et confinement – ou Goodman *et al.* (2011) sur la gestion des erreurs – avec l'articulation entre prévention et résilience.

Le respect de l'expertise est l'idée selon laquelle, en situation de crise, une HRO donne à l'expertise[20] le pouvoir de décision quel que soit le niveau hiérarchique. Son corollaire est qu'en situation normale, la voie hiérarchique prévaut dans la prise de décision car les structures hiérarchiques ne sont pas absentes dans une HRO. Ce respect de l'expertise repose également sur la capacité de chacun à connaître – et admettre – les limites de ses connaissances et le moment où il faut avoir recours à une aide supplémentaire.

En dépassant la dimension technique, les études sur la fiabilité ont permis de mieux appréhender le rôle du facteur humain et organisationnel dans le maintien de la fiabilité. La littérature en sciences sociales – notamment en psychologie, en sociologie et en sciences de gestion – a souligné l'intrication entre le système et les acteurs évoluant en son sein. Si l'erreur est commise par un membre de l'organisation, la cause de cette erreur peut être systémique. Il est donc nécessaire de lier une prévention des erreurs avec la résilience des organisations face à la survenance d'erreurs.

Les métarègles développées par Morel (2012) ou les principes pour gérer l'inattendu de Weick et Sutcliffe (2007) constituent un socle permettant de lier prévention et résilience. Ces principes insistent sur le caractère collectif pour maintenir la fiabilité : interaction vigilante, respect, sens collectif, etc. Au-delà du niveau collectif, ces principes soulignent également

[20] Weick & Sutcliffe (2007) préfèrent le terme d'expertise que celui d'expert : c'est un assemblage de connaissances, d'expérience et d'apprentissage.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

l'importance des interactions entre les individus. Dans cette perspective, la fiabilité ne réside pas dans les individus mais entre les individus. Ces principes servent de point d'appui au développement des processus de maintien de la fiabilité dans les organisations.

3. ASSURER LA FIABILITÉ ET LA RÉSILIENCE : DIFFÉRENTS PROCESSUS À L'ŒUVRE DANS LES ORGANISATIONS

Plutôt que de voir une HRO comme un objet et d'en décrire les contours, nous considérons la haute fiabilité comme un processus et nous essayons de comprendre comment le *high reliability organizing* se construit. La fiabilité organisationnelle s'appuie sur un ensemble de processus qui s'inscrivent dans l'activité et l'identité de l'organisation. L'exploration de la littérature nous a conduits à déterminer cinq processus majeurs assurant la fiabilité des organisations évoluant dans un environnement à risque.

Ainsi, la culture est un processus qui diffuse et partage les valeurs et les comportements correspondant au maintien de la fiabilité organisationnelle. Face à des environnements volatiles et incertains, la confiance, des acteurs entre eux et envers l'organisation, permet de réduire une part de l'incertitude. Les pratiques de coordination – formalisées ou émergentes – assurent un système d'action cohérent pour faire face aux situations. Ces organisations doivent également disposer de processus d'apprentissage afin d'assurer un retour réflexif sur l'activité – au travers des retours d'expérience, de l'analyse des accidents et d'une non-punition des erreurs – et améliorer la fiabilité de l'organisation. Enfin, pour faire face à des situations inattendues les individus doivent être en capacité d'improviser et de bricoler, d'assurer la fiabilité au-delà de ce qui est prescrit par l'organisation.

3.1. LA CULTURE TERREAU DES VALEURS ET COMPORTEMENTS ASSURANT LA FIABILITÉ

Il est possible de définir la culture comme « l'ensemble des représentations et des principes qui organisent consciemment les différents domaines de la vie sociale, ainsi que les valeurs attachées à ces manières d'agir et de penser» (Godelier, 2010, p. 106). Dans les organisations, la culture véhicule des valeurs, des croyances et des suppositions (Schein, 1990) mais également des symboles et des règles de comportements (voir Encadré 15). La culture est donc à la fois symbolique – avec ses rites, symboles et artefacts –, relative aux croyances – comprenant les idées, les présupposés ou les valeurs –, communicationnelle – au travers des histoires, des mythes, des langages – et comportementale (Pidgeon, 1997).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 15 – Le concept de culture organisationnelle

Van Maanen (2011, p. 221) définit la culture comme « meanings and practices produced, sustained, and altered through interaction ». La culture offre un référentiel qui permet de définir un ensemble d'éléments communs à un groupe tels que les idées, l'identité, les symboles, etc. (Van Maanen, 2011).

Schein (1996) insiste quant à lui sur l'idée que la culture permet le partages des valeurs et des croyances qui sont considérés par les membres du groupe comme allant de soi. La culture joue le rôle de prisme qui va façonner la réalité de ses membres (Schein, 1996, p. 236) : « The members of a culture are not even aware of their own culture until they encounter a different one ». Cette culture se manifeste au travers des artefacts, des valeurs, et des postulats présents (Schein, 1990).

Au niveau des organisations, la culture est un phénomène évolutif et historiquement ancré dans une organisation (Denison, 1996). Il y a donc une forte intrication entre culture, contexte et individus rendant sa manipulation et son orientation difficile, notamment à court terme. Le débat sur la manipulation de la culture a permis de développer tout un courant de recherche autour du concept de climat organisationnel, levier d'action plus direct par le management car plus situationnel (e.g. Denison, 1996; Verbeke, Volgering, & Hessels, 1998; Mearns, Flin, Gordon, & Fleming, 2001). Pour reprendre l'analogie de Cox et Flin (1998), la culture est comme la personnalité d'un individu et le climat s'apparente à son humeur. Il est plus facile de modifier l'humeur d'une personne que sa personnalité.

Enfin, la culture d'une organisation est un objet pluriel et il serait plus opportun de parler des cultures d'une organisation que de la culture d'une organisation. En effet, la culture fait référence à un groupe et il existe plusieurs groupes dans une organisation (Schein, 1990). Il existe donc plusieurs cultures qui cohabitent – de manière plus ou moins conflictuelle – au sein d'une même organisation : cultures selon le métier, la géographie, la structure organisationnelle d'appartenance, le niveau hiérarchique, etc.

La littérature sur la fiabilité organisationnelle s'est dès le départ intéressé à décrire et analyser la culture dans les organisations étudiées (Roberts, 1990b). La culture dans l'organisation implique un niveau d'engagement du personnel (La Porte, 1996) ou permet des représentations partagées par les membres de l'organisation (Weick & Roberts, 1993). Les études s'intéressant à la culture dans les HROs ont ainsi mis en avant une culture forte – que l'on retrouve notamment dans le domaine militaire - empreinte de valeurs, de rites, de codes, d'uniformes, etc. Pour les nouveaux membres du groupe, il y a un processus d'acculturation qui s'opère (Bierly & Spender, 1995). Ce processus d'acculturation se déroule en trois phases : une séparation avec l'ancienne culture, un apprentissage de la nouvelle culture, et une intégration du membre dans la nouvelle culture. À l'issu de ce processus d'acculturation, le nouvel arrivant devient un membre légitime du groupe. La contrepartie de cette culture forte est qu'il est plus difficile pour ses membres de s'intégrer dans d'autres groupes. En étudiant les équipes de sous-marins nucléaires – la *nuke community* – Bierly et Spender (1995) constatent qu'il est difficile pour les sous-mariniers nucléaires de s'intégrer dans la Navy en dehors de la communauté des sous-mariniers nucléaires. C'est une des raisons explicatives au

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

reclassement dans le civil de ces équipages dans les centrales nucléaires américaines. Et c'est pour Weick (1987) une des raisons expliquant la fiabilité des centrales nucléaires américaines. Face à l'importance de la culture dans les organisations militaires, Bierly et Spender (1995) s'interrogent sur la possibilité dans des organisations non-militaires d'impliquer les acteurs au même niveau que les militaires le font. Nous partageons leurs conclusions sur cette possibilité, et plus encore, sur l'existence d'organisations non-militaires ayant ce degré d'implication comme la médecine (e.g. Roberts, Yu, & Van Stralen, 2003; de Bovis-Vlahovic, Baret, & Yalenios, 2014). Pour autant, les auteurs précisent qu'il n'est pas possible pour n'importe quelle organisation d'en faire de même du fait que la prégnance de la culture est liée aux particularités des différents secteurs (Bierly & Spender, 1995, p. 655) : « It is interesting that the systems researched by Weick, Rochlin, Roberts and others are either military, such as naval carriers, or have a distinctly service-like nature, such as the air traffic and electricity distribution controllers ». Une culture forte ne se décrète pas : elle provient d'une histoire et d'un contexte spécifique inhérents à la mission de ces organisations.

La culture est un vecteur de fiabilité en transmettant, au travers des histoires, des anecdotes, les erreurs potentielles (Weick, 1987). Ce vecteur est d'autant plus efficace du fait de la forme que prend le message. Les histoires – récits, anecdotes, mythes, etc. – jouent un rôle important car elles facilitent la transmission des valeurs ou comportements attendus. Que l'histoire soit basée sur des faits réels ou inventés n'est pas l'élément le plus important dès lors qu'elle permet de créer du sens.

Par ailleurs, la culture joue un rôle prépondérant dans les HROs car c'est grâce à elle que le système peut résoudre le paradoxe d'un système centralisé et décentralisé (Roberts, Rousseau, & La Porte, 1994). En effet, la culture de l'organisation centralise pour socialiser afin que les acteurs aient le même système de valeurs, ceci dans le but que des opérations décentralisées soient coordonnées. La culture permet donc d'assurer la conformité sans la surveillance constante, à la différence d'une régulation par la standardisation et la hiérarchie (Weick, 1987). L'intérêt pour la fiabilité est la réactivité et le temps de réponse diminué que la culture apporte par rapport à un système basé uniquement sur la hiérarchie.

Notons également que les valeurs transmises par la culture impactent la façon dont les membres de l'organisation perçoivent un problème et comment ils vont agir en conséquence (Weick & Sutcliffe, 2007). La culture est un fondement pour créer de la connaissance, créer du sens, et représente donc un élément clé pour intégrer la gestion de l'inattendu (Bierly &

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Spender, 1995). C'est au travers d'une culture apprenante qui incite à parler de ses erreurs plutôt que de chercher un coupable que la fiabilité pourra être maintenue.

En synthèse, il est possible de polariser la culture de la fiabilité autour de trois éléments (Pidgeon, 1997). Le premier est la préoccupation du danger qui permet de faire prendre conscience du danger et des conséquences en cas de défaillance. Le deuxième élément est l'orientation sécurité de l'activité comme une priorité. Le dernier élément est la flexibilité des réponses face aux situations inattendues – qui passe notamment par la décentralisation de la prise de décision – afin de pouvoir conserver un système cohérent d'action. Mais créer une culture de la fiabilité est complexe et nécessite beaucoup de ressources et de temps de la part de l'organisation et de ses membres, afin de développer ensemble une vigilance collective focalisée sur la remontée des erreurs, la justice, la flexibilité et l'apprentissage (Weick & Sutcliffe, 2007).

Si la culture est ancrée historiquement dans une organisation, elle n'est pas pour autant figée dans le passé. La culture est à aborder de manière dynamique comme un processus de socialisation des membres qui permet de perpétuer et de faire évoluer la culture (Schein, 1990). Cette évolution se fait au travers des interactions avec l'environnement et par l'intégration des nouveaux membres au groupe. Par exemple, la rotation rapide du personnel sur un porte-avions permet d'apporter une nouvelle vision de certaines situations et ainsi faire évoluer les modes de fonctionnements qui à terme feront évoluer la culture. L'importance de la variété requise (Weick *et al.*, 1999) n'est donc pas que situationnelle mais s'inscrit également dans une temporalité plus longue qui fait évoluer la culture. Les leaders – et notamment les fondateurs de l'organisation – ont également un impact sur la culture (Schein, 1996), mais cet impact ne pourra perdurer que si un temps suffisamment long aura permis d'ancrer leur influence dans la culture.

La culture est à la fois un système d'idées qui forge son identité – valeurs, croyances, mythes – et un système d'actions qui façonne les actions de ses membres – pratiques, comportements attendus, contrôles. Elle n'est donc pas un monolithe représentant une vision cristallisée du passé mais au contraire un processus évolutif fait de consensus, de dissensions et de confusions simultanément (Weick & Sutcliffe, 2007). Si une organisation se nourrit de la culture, elle nourrit également la culture mais sur le temps long. Il est plus facile de changer les comportements que de changer les valeurs, mais c'est en changeant les comportements que les valeurs évolueront (Weick & Sutcliffe, 2007). Comme l'illustre l'étude menée dans une unité médicale de soins intensifs (van Stralen, 2008), si les histoires et les valeurs forgent

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

la culture de fiabilité de l'organisation, elle n'est rendue possibles que par la volonté managériale – en l'espèce les médecins responsables de l'unité de soins – de souligner l'enjeu de sûreté et l'engagement de fiabilité comme valeurs importantes de cette organisation.

Assurer la sûreté et la fiabilité d'une organisation ne peut se faire sans une culture qui véhicule les valeurs et les comportements idoines. En lien avec la vigilance collective réciproque, il est possible de déterminer cinq éléments – ou cinq sous-cultures – qui composent ce type de culture (Reason, 1997; Weick & Sutcliffe, 2007): une information fiable, un signalement des anomalies, une non-punition des erreurs, une flexibilité de l'action, une intensité de l'apprentissage (voir Tableau 12).

Tableau 12 – Les cinq éléments d'une culture de la sûreté et de la fiabilité (adaptés de Reason, 1997; Weick & Sutcliffe, 2007)

Éléments d'une culture de sûreté	**Caractéristiques**
Une culture informée, avec des informations fiables	Les dangers et risques liés à une action sont bien compris. Les acteurs ont à leur disposition les connaissances et compétences nécessaires pour travailler en toute sécurité
Une culture du signalement des anomalies	Les erreurs, problèmes ou anomalies sont signalés sans crainte par les acteurs d'être punis
Une culture juste, qui permet la confiance	Les erreurs ne sont pas punies. À l'inverse, les comportements malveillants ou la négligence sont punis. La différence entre les deux est comprise par les acteurs
Une culture flexible	Les variations soudaines d'intensité de l'activité, du stress, nécessitent une adaptation des membres de l'organisation
Une culture de l'apprentissage	L'organisation et ses membres sont engagés dans un processus continu d'apprentissage. Les éléments appris de l'activité sont largement diffusés dans l'organisation

Mais il ne faut pas pour autant simplifier la relation causale qui unit la culture avec la sûreté et la fiabilité. La culture n'est pas la cause qui définit les événements sociaux mais qui permet de décrire et comprendre ces événements sociaux (Hopkins, 2006).Ce n'est pas parce qu'une valeur est promue par une culture et qu'elle est une des causes explicatives d'un accident que cette valeur doit être jugée comme mauvaise (Hopkins, 2006). La diffusion et l'évolution de la culture et son rôle dans la sûreté sont plus complexes que des relations linéaires de cause à effet, et certains mécanismes issus d'autres processus vont annuler l'effet potentiellement négatif de la culture sur l'intégrité de l'organisation.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

3.2. BÂTIR LA CONFIANCE POUR RÉDUIRE L'INCERTITUDE

Depuis les origines du concept de HRO, le concept de culture organisationnelle joue un rôle clé dans la compréhension du maintien de la fiabilité. À cette idée de culture en cohérence avec la fiabilité s'adjoint l'idée de confiance pour assurer la fiabilité (Schöbel, 2009). La confiance peut être définie comme la volonté d'une entité de se mettre en position de vulnérabilité vis-à-vis d'une autre partie (Mayer, Davis, & Schoorman, 1995, p. 712) : « willingness of a party to be vulnerable to the actions of another party based on the expectation that the other will perform a particular action important to the trustor, irrespective of the ability to monitor or control that other party » (voir Encadré 16). Cette définition est celle communément admise dans le champ de la fiabilité organisationnelle (.e.g. Schöbel, 2009; Colquitt, LePine, Zapata, & Wild, 2011; Möllering, 2013).

Encadré 16 – L'émergence de la confiance dans un contexte organisationnel

Mayer *et al.* (1995) proposent un cadre intégrateur de la confiance dans un contexte organisationnel :

The definition of trust proposed in this research is the willingness of a party to be vulnerable to the actions of another party based on the expectation that the other will perform a particular action important to the trustor, irrespective of the ability to monitor or control that other party

La confiance émerge de l'estimation de trois caractéristiques comportementales détenues par l'autre partie : la capacité, la bienveillance et l'intégrité. La capacité regroupe les aptitudes de l'autre partie. La bienveillance fait référence à la bonne volonté de l'autre partie, telle que la loyauté ou la disponibilité. L'intégrité fait référence aux valeurs morales détenues par l'autre partie telles que l'honnêteté ou l'impartialité.

C'est sur la base de cette définition que d'autres études se sont développées en incluant les émotions, les trahisons, la reconstruction du lien de confiance, l'asymétrie possible de la relation de confiance, et le phénomène de méfiance (Schoorman, Mayer, & Davis, 2007).

Dans les environnements à risques, la confiance permet de minimiser les incertitudes et d'avoir une meilleure connaissance des risques. En effet la confiance implique de savoir quel degré de confiance accorder et le degré de risque inhérent à cette confiance (Schöbel, 2009). Ce degré de confiance va dépendre de la situation et des rapports hiérarchiques entre les individus qui sont eux-mêmes conditionnés par un ensemble de valeurs et d'attitudes partagées. En établissant des règles et des normes de comportements – formelles et informelles – la culture va influer les individus sur leur propension à faire confiance, tant pour savoir à qui faire confiance que dans quelle situation faire confiance.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

La confiance est un élément important dans ces environnements car elle permet de partager ses doutes vis-à-vis des interprétations et des décisions faites, à la fois pour la personne qui émet la critique que pour celle qui va la recevoir (Conchie, Donald, & Taylor, 2006, p. 1103) :

> In a safety-critical work environment, it is important to promote moderate levels of trust and an element of skepticism and healthy wariness. These attitudes should be promoted toward all groups, and in particular supervisors and leaders. To achieve this, programs might focus on improving beliefs and feelings about another's trustworthiness

Il y a donc un lien entre la variété requise nécessaire à la fiabilité organisationnelle et le degré de confiance entre les individus (Weick, 1987, p. 117) : « Collective requisite variety is higher when people both trust others, which enlarges the pool of inputs that are considered before action occurs, and themselves act as trustworthy reporters of their own observations to enlarge that same pool of inputs ». Enfin, la confiance est un facteur qui permet de déclarer les erreurs afin de pouvoir les corriger – de manière situationnelle ou systémique – et non de les dissimuler (Reason, 2013). C'est également une confiance accordée dans le traitement équitable de la déclaration de l'erreur et de la non-punition de l'erreur.

Si la confiance semble influer positivement sur la fiabilité – au travers de la vigilance collective, de la transparence, du partage des connaissances, etc. – la relation qui unit les deux semble plus complexe qu'une fonction linéaire où plus de confiance équivaut à plus de fiabilité (Colquitt *et al.*, 2011, p. 1012) : « Neither trust referenced to typical tasks nor trust referenced to high- reliability tasks predicted performance across contexts ».

Tout d'abord, bâtir la confiance dans des environnements à risque est plus difficile compte tenu des enjeux auxquels font face les individus et l'organisation (Weick, 1987). Si la confiance joue un rôle positif sur la fiabilité encore faut-il est entre mesure de bâtir cette confiance dans ces organisations. À l'inverse, un trop grand niveau de confiance peut également nuire à la sûreté d'une organisation (Roberts & Bea, 2001). Une confiance excessive envers ses connaissances, l'orgueil face une situation vont masquer les problèmes – consciemment ou non – et faire croire que tout est sous contrôle. De plus, lorsque la confiance devient aveugle, elle empêche toute remise en cause et impacte négativement la fiabilité (Schöbel, 2009). La confiance doit donc se développer conjointement avec une forme de sagesse qui évitera de tomber dans ces écueils. Enfin, ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

confiance qu'il n'y a pas de fiabilité. Schöbel (2009) cite notamment la méfiance créative (Hale, 2000 cité dans Schöbel, 2009) ou la défiance (Burns, Mearns & McGeorge, 2006 cité dans Schöbel, 2009) qui peuvent avoir des effets positifs sur la fiabilité.

La définition de Mayer *et al.* (1995) spécifie une relation entre deux parties : celui qui fait confiance et celui à qui on accorde sa confiance. Pour autant, ces parties ne doivent pas nécessairement être des individus. En effet, la confiance peut être une relation envers un individu mais également envers un système. Pour Schöbel (2009), la confiance envers le système peut prendre deux formes différentes : envers un système en tant qu'institution et envers un système en tant que machine automatisée.

Dans la première forme, la confiance entre un individu est un système comme institution, le système joue le rôle de facilitateur de confiance en diminuant le risque perçu par l'opérateur pour accorder sa confiance aux autres individus. En effet, celui-ci considère que le système est fiable et que les individus qui le compose le sont également, sinon le système les aurait exclus car présentant un danger. La contrepartie qui réside dans cette confiance et que l'opérateur qui constate un problème qu'aucun de ses collègues n'a remarqué sera tenté de ne rien dire, porté par l'idée que si personne n'a remarqué le problème c'est alors lui qui doit être dans l'erreur.

La seconde forme de confiance envers le système renvoie à la confiance dans les systèmes automatisés. Le fait pour l'individu d'accorder sa confiance ou non envers le système automatisé varie selon le degré de fiabilité accordé par l'individu au système automatisé. Le problème majeur de faire confiance à un système automatisé est donc le différentiel qui réside entre la performance réelle du système automatisé et la performance perçue de ce système automatisé. L'opérateur va être confronté à deux difficultés : une première difficulté liée à la surveillance du système – l'opérateur ne sait pas qui se passe – et une seconde difficulté liée au comportement face aux informations transmises par le système – l'opérateur ne sait comment agir face aux informations compilées. Ceci peut conduire à deux effets négatifs. Le premier est la négligence où l'opérateur considère que le système est fiable et ne fait donc plus attention (Reason, 2013, p. 339) :

> L'histoire des technologies à haut risque est jonchée d'exemples d'accidents qui ont été causés par la combinaison de la défaillance d'une aide, supposée améliorer la sécurité, et d'une confiance excessive de l'opérateur dans cette aide, de sorte que les sources alternatives de données n'ont pas été consultées'

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

À l'inverse, le second effet négatif est une méfiance de l'opérateur à l'égard du système automatisé qui pousse l'opérateur à sous-évaluer la fiabilité du système et donc faire reposer la fiabilité uniquement sur ses compétences.

Au niveau homme-machine, les effets néfastes ou positifs de la confiance dépendent donc de la capacité de celui qui fait confiance à jauger avec précision de la fiabilité du système automatisé. Cette évaluation est ardue compte tenu du caractère peu interactif de certains systèmes tend à faire évoluer ces systèmes automatisés vers des formes plus interactives voire plus collaboratives entre les hommes et les machines.

La confiance n'a donc pas que des effets positifs sur la fiabilité même si elle est un élément important de cette celle-ci (voir Tableau 13). L'organisation doit être en mesure de créer une structure adéquate pour limiter les effets négatifs de négligence, de complaisance et de méfiance des acteurs entre eux et envers le système.

Tableau 13 – Les types de confiance et leurs relations avec la fiabilité

Type de relations	Relations positives avec la fiabilité	Relations négatives avec la fiabilité
Individus-Individus	Réduction de l'incertitude Vigilance collective Transparence	Aveuglement face aux situations Non-remise en cause
Individus-Système	Réduction de l'incertitude Accès facilité aux informations Redondance	Négligence Méfiance

Si la confiance peut s'étudier comme un objet, un stock – donnant ou recevant une certaine quantité – il est également intéressant d'aborder la confiance non pas comme un élément statique mais se construisant dans le temps (Nooteboom, 2006; Möllering, 2013), un processus (Wright & Ehnert, 2010, p. 116) : « [s]eeing trust as part of the temporal flow of social activity constructs it as an unfolding narrative; we never quite 'trust' in any final sense but are always in a process of 'trusting' ». Ainsi, tout comme nous étudions la fiabilité sous l'angle de l'organizing, il est possible d'étudier la confiance sous l'angle du *trusting*, un processus structurant la confiance et s'inscrivant dans un contexte organisationnel (Wright & Ehnert, 2010, p. 119) : « The task for the researcher is not to stop what is happening, remove

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

trusting from its contextualizing and ignore the narrating of trusting but to find ways of developing insight into how actors practice trusting and how this shapes their organizing ».
Cette approche considère la confiance comme un processus qui permet aux acteurs de gérer l'incertitude (Möllering, 2006, cité dans Möllering, 2013). L'objet d'étude n'est donc pas tant le résultat quantifiable – une état d'esprit, un comportement – que la façon dont cette confiance est produite, les pratiques utilisées (Möllering, 2013).

3.3. La coordination face à l'inattendu : entre coordination formelle et coordination émergente

Comme nous l'avons vu dans la section précédente, la confiance permet de réduire l'incertitude entre les composants d'un système. Mais pour autant, dans un environnement incertain et à risque, l'incertitude est une composante des situations auxquelles l'organisation va être confrontée. Face à ces situations, l'organisation doit coordonner ses moyens afin de pouvoir assurer sa mission (Argote, 1982). L'absence de coordination rend les ajustements informels, cachés, et normalise la déviance (Bourrier, 2005b). Ce besoin de coordination est d'autant plus fort du fait de la complexité de l'organisation : pluralité d'acteurs, complexité technologique, hétérogénéité des ressources, etc. (Lagadec, 1997). Les situations de crise nécessitent d'assigner des acteurs spécifiquement à la coordination afin d'éviter que la coordination soit faite en plus du travail des managers. Par exemple, les systèmes mis en place pour gérer les incendies de forêt aux États-Unis – les *Incident Command Systems* – ont comme fonction principale de coordonner les acteurs (Roberts & Bea, 2001).

La coordination est donc un processus qui permet de faire interagir les composants d'une organisation afin de faire face aux situations et assurer la performance de l'organisation (Weppe, 2009, p. 144) :

> [La coordination est] une activité collective et contextualisée d'articulation et de stabilisation des interactions afin de réaliser une performance collective. Nous retrouvons les trois éléments partagés par de nombreuses définitions : la présence de plusieurs protagonistes (collectif), les liens entre des activités (interactions), l'atteinte d'un résultat commun (performance collective).

Les approches contingentes de la coordination privilégient l'analyse au niveau organisationnel ou inter-organisationnel (e.g. Lawrence & Lorsch, 1967; Thompson, 1967). Ces études soulignent que les organisations mécanistes ont une coordination formelle, tandis

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

que les organisations organiques ont une coordination moins formalisée et adaptable aux situations. Étudiant les liens entre coordination et incertitude, Argote (1982) met en avant que l'augmentation de l'incertitude nécessite des modes de coordination moins formels afin de conserver un niveau de performance adéquat. Néanmoins, l'auteure insiste sur le problème de la mesure de l'efficacité de la coordination et de l'incertitude au moment où celles-ci se produisent. L'adaptation des modes de coordination n'est donc pas si évidente sur le moment. Dans les approches contingentes, la « fabrique de la coordination » (Bouty *et al.*, 2011b, p. 389) des individus confrontés à des situations imprévues reste donc peu développée – délaissant les processus de coordination au profit d'une vision structurelle de la coordination (Alsène & Pichault, 2007).

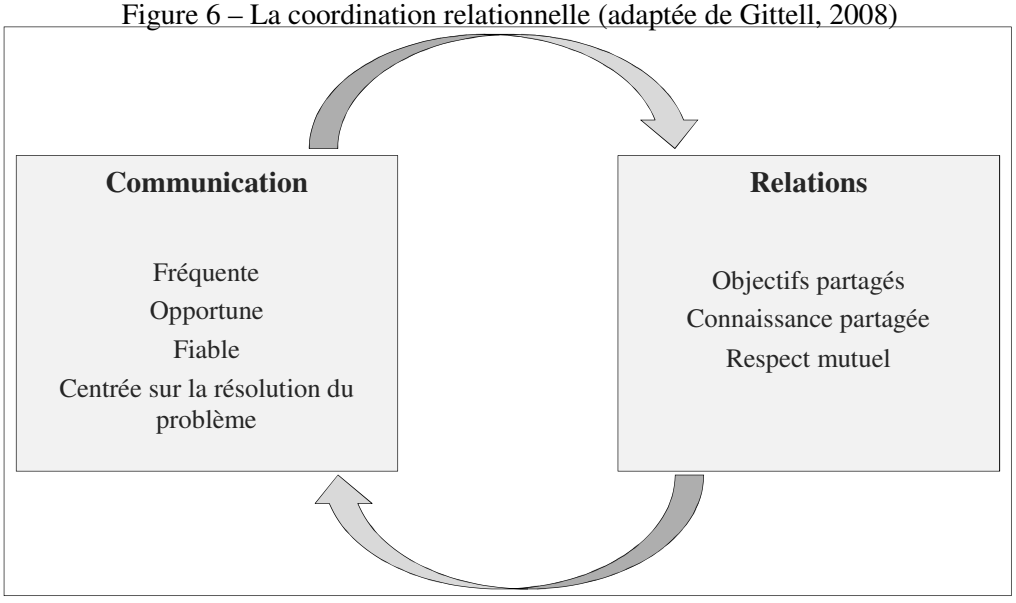
Les études sur la fiabilité organisationnelle apportent de nouveaux éléments dans la compréhension des pratiques de coordinations des acteurs confrontés à des situations inattendues. En étudiant différents types situations, La porte et Consolini (1991) remarquent l'importance de la coopération et de la coordination pour atteindre un optimum de fonctionnement durant une montée en charge de l'activité. Le renforcement du couplage entre les composants de l'organisation nécessite une forte coordination et interaction des acteurs pour permettre la fiabilité (Roberts, 1990b).Dans cette perspective, c'est au travers des interactions entre les acteurs que se résout la tension entre couplage fort et gestion de l'inattendu. Si l'organisation impacte la coordination des acteurs, c'est avant tout les interactions entre les individus qui vont forger la coordination, faisant de la coordination un processus émergent de la pratique et non un processus déterministe. Cette vision est à rapprocher des travaux sur la fiabilité à un niveau collectif fondée sur les interactions, où la fiabilité ne se situe pas uniquement dans les individus mais également entre les individus (Weick & Roberts, 1993; Bourrier, 2005a; Morel, 2012).

Une approche processuelle de la coordination permet alors de mieux appréhender comment la coordination se construit au travers de plusieurs processus de coordination en interaction (Alsène & Pichault, 2007). Ainsi, la coordination ne consiste pas à soit s'appuyer uniquement sur des standards soit uniquement sur une communication interpersonnelle pour s'ajuster mais sur une complémentarité des différentes pratiques de coordination (Bouty *et al.*, 2011a). Cette approche permet également de s'intéresser à la coordination au quotidien des individus, c'est-à-dire comment des individus confrontés à une situation se coordonnent pour y faire face.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Les travaux sur la coordination relationnelle mettent ainsi en avant que la coordination est fondamentalement un processus d'interaction entre les acteurs fondé sur les relations et la communication entre les individus (Gittell, Weinberg, Bennett, & Miller, 2008, p. 730) : « a mutually reinforcing process of interaction between communication and relationships carried out for the purpose of task integration ». Les relations sont basées sur des objectifs partagés, des connaissances partagées et un respect mutuel (voir Figure 6). Nous retrouvons ici des thématiques fortes de la fiabilité organisationnelle autour du partage des buts, du respect de l'expertise, de l'attention portée aux opérations, etc. Ces trois éléments constitutifs des relations entre les individus influencent la communication entre les individus : une communication fréquente, fiable, opportune et orientée vers la résolution du problème. Cette influence n'est pas unilatérale et la communication influence également les relations facilitant le partage des objectifs et des connaissances et le renforcement du respect mutuel. Néanmoins, les influences réciproques entre les deux entités ne sont pas que positives et peuvent très bien prendre la forme d'un cercle vicieux où les communications et les relations vont se dégrader. Le processus de coordination n'est donc pas simplement lié à la résolution d'un problème mais s'ancre dans une temporalité plus longue et évoluant au gré des relations et de la communication entre les individus.

Figure 6 – La coordination relationnelle (adaptée de Gittell, 2008)



La problématique de la gestion de l'inattendu pose la question des pratiques de coordination dans des environnements incertains et à risque. À ce titre, la coordination dans les équipes et entre les équipes de soins dans la chaîne de prise en charge d'un patient a

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

notamment été étudié (e.g. Faraj & Xiao, 2006; Gittell *et al.*, 2008; Bouty *et al.*, 2012) et a mis en avant la difficulté de la coordination dans les environnements volatiles. Ces études ont souligné l'insuffisance des structures formelles face à des situations inattendues et la nécessité d'une approche de la coordination par la pratique, d'accorder plus d'importance à l'engagement des acteurs et leur capacité à distinguer la meilleure solution possible compte tenu du contexte. Dans cette logique de pratique, la coordination devient un processus contextualisé d'interaction de pratiques pour une performance collective. Face à l'urgence et au caractère critique d'une situation, les pratiques de coordination vont se baser sur le dialogue entre les acteurs, la création collective de sens face à une situation équivoque, et si la situation l'exige le contournement des protocoles (Faraj & Xiao, 2006). Enfin, si la coordination s'appuie sur la communication interpersonnelle, il peut également se développer une coordination implicite où les membres de l'équipe anticipent les besoins de leurs collègues et s'ajustent sans communiquer directement (Rico, Sánchez-Manzanares, Gil, & Gibson, 2008, p. 164) : « Implicit coordination takes place when team members anticipate the actions and needs of their colleagues and task demands and dynamically adjust their own behavior accordingly, without having to communicate directly with each other or plan the activity ».

Selon la nature des situations – routinières ou imprévues – la coordination va s'appuyer sur différents outils (Godé-Sanchez, 2010). Lors des situations habituelles, la coordination s'appuie sur des routines – procédures, protocoles, langage standardisé, etc. – et des outils tels que les check-lists, les algorithmes décisionnels, des noms de codes. Lors de situations inattendues, la coordination s'appuie sur la confiance, la culture, le consensus, l'improvisation au travers du dialogue afin que les acteurs s'ajustent mutuellement. La coordination dépend d'éléments qui s'inscrivent dans le temps long et pas uniquement dans l'horizon temporel de la situation. L'étude des processus de coordination nécessite donc de comprendre le contexte organisationnel dans lequel ces processus se déploient.

Au travers des études sur la coordination située, le vocable évolue : d'acteurs dans une organisation, nous passons à des acteurs au sein d'une équipe – équipe médicale (Faraj & Xiao, 2006), escadrille de chasse (Godé-Sanchez, 2010), forces spéciales (Melkonian & Picq, 2010), ou expédition polaire (Lièvre & Gautier, 2009). Non seulement une équipe est habituée à travailler ensemble mais, comme la section suivante le développe, une équipe a appris – par la pratique ou au travers de dispositifs plus formels – à travailler ensemble.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

3.4. APPRENDRE DANS ET DE CES ENVIRONNEMENTS

Le premier chapitre a souligné l'importance de l'apprentissage et de la formation dans les HROs. Ceci nous a amené à considérer l'apprentissage comme une des caractéristiques principales des HROs (voir Tableau 6 p.44). Pourtant, apprendre dans les organisations est une pratique difficile : ancrage des routines, barrières et résistance entre les services, absence d'espace d'échange, etc. (Lagadec, 1997). Mais si des résistances existent, elles s'atténuent face à l'enjeu de défaillance et la nécessité pour l'organisation de s'adapter pour survivre – survie physique, institutionnelle ou concurrentielle.

La sécurité dépend de la capacité des acteurs et de l'organisation à apprendre de son activité (Gilbert *et al.*, 2007). L'utilisation dans l'organisation de briefing, débriefing, mentorat, tests grandeur nature, etc. sont autant de pratiques qui permettent d'analyser comment se sont déroulés les événements. Au cœur de l'apprentissage nous retrouvons donc l'accumulation d'expérience qui intervient aux niveaux individuel, interindividuel et organisationnel (Edmondson, 1999; Vashdi, Bamberger, & Erez, 2013). Le processus d'apprentissage est constitué de cycles d'action et de réflexion autour de cette action (voir Encadré 17). Outre une accumulation d'expériences vécues, les acteurs au sein du processus d'apprentissage développement une compréhension partagée (Edmondson, Dillon, & Roloff, 2007). Mais si l'apprentissage est un processus multi-niveaux, bien souvent, les organisations focalisent l'apprentissage au niveau de l'individu, au travers de formations individuelles, de répétition d'une même tâche afin d'améliorer leurs compétences (Carroll & Edmondson, 2002). Or, l'apprentissage n'est pas seulement un apprentissage de compétences techniques mais également un apprentissage du travail en équipe, ancré dans un environnement organisationnel. Cette articulation multi-niveaux est d'autant plus forte que la défaillance de l'apprentissage fait peser un risque important sur l'organisation. Ainsi, au niveau inter-individuel l'intégration des nouveaux membres permet d'intégrer de nouvelles approches d'une situation (Schein, 1996). Au niveau organisationnel et inter-organisationnel, des réunions ou des conférences permettent d'échanger avec des collègues d'autres disciplines ou d'autres pays. La confrontation des approches, le partage des expériences encouragent le dialogue l'échange de bonnes pratiques (Bierly & Spender, 1995; de Bovis-Vlahovic *et al.*, 2014). Enfin, il est possible également d'articuler l'apprentissage à un niveau intersectoriel, en utilisant l'expérience et les erreurs d'autres secteurs pour étudier son propre secteur (Weick *et al.*, 1999). L'utilisation du secteur de l'aviation civile pour développer les formations de CRM est un des exemples les plus frappants de cette comparaison intersectorielle.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 17 – Le concept d'apprentissage dans les organisations

Face à la profusion des approches de l'apprentissage, nous nous sommes limité aux travaux ayant trait aux processus d'apprentissage interindividuels et organisationnels délaissant les approches psychologiques de l'apprentissage.

Koenig (2006, p. 297) définit l'apprentissage organisationnel comme « un phénomène collectif d'acquisition et d'élaboration de compétences qui, plus ou moins profondément, plus ou moins durablement, modifie la gestion des situations et les situations elles-mêmes ».

Pour Edmondson (1999, p. 353) l'apprentissage au niveau interindividuel est « an ongoing process of reflection and action, characterized by asking questions, seeking feed-back, experimenting, reflecting on results, and discussing errors or unexpected outcomes of actions. ». Ce processus inclut des interactions entre l'action et la compréhension de l'action afin de faire évoluer les pratiques. Les membres du groupe s'engagent dans une multitude de séquences d'action et de réflexions et développent une compréhension partagée de l'action mais également des forces et des faiblesses de chacun des membres (Edmondson *et al.*, 2007).

Au sein de ces processus, il existe également des modérateurs à l'apprentissage :

- Le contexte d'apprentissage, l'ambiance, le climat dans l'équipe procurent un sentiment de sûreté où les membres de l'équipe se sentent suffisamment à l'aise pour être eux-mêmes (Edmondson, 1999)

- Le comportement du leader et sa disponibilité vont inciter et faciliter l'analyse des problèmes (Tucker & Edmondson, 2003). Il va également suivre la résolution des problèmes et s'assurer que cela aboutit à des solutions efficaces et perçues comme telles par le personnel (au risque sinon que les membres de l'équipe ne déclarent pas les problèmes suivants).

- Les objectifs de l'équipe, la composition de l'équipe, les caractéristiques des tâches et leur complexité

En effet, les organisations évoluant dans des environnements à risques ont mis en place des processus d'apprentissage continu aux trois niveaux individuel, collectif et organisationnel afin de pouvoir gérer au mieux les situations rencontrées (Melkonian & Picq, 2014). Prendre en compte l'incertain et le risque est un vecteur de transformation multi-niveaux de l'organisation mais nécessite que les comportements et l'organisations aillent dans le même sens (Melkonian & Picq, 2014). Ces changements au travers de l'apprentissage permettent à l'organisation d'améliorer sa fiabilité. Pour autant, la question n'est pas forcément d'être immunisé contre tous les problèmes, mais de mettre en place des processus visant à améliorer sa résilience au travers de ces problèmes (Reason, 2000).

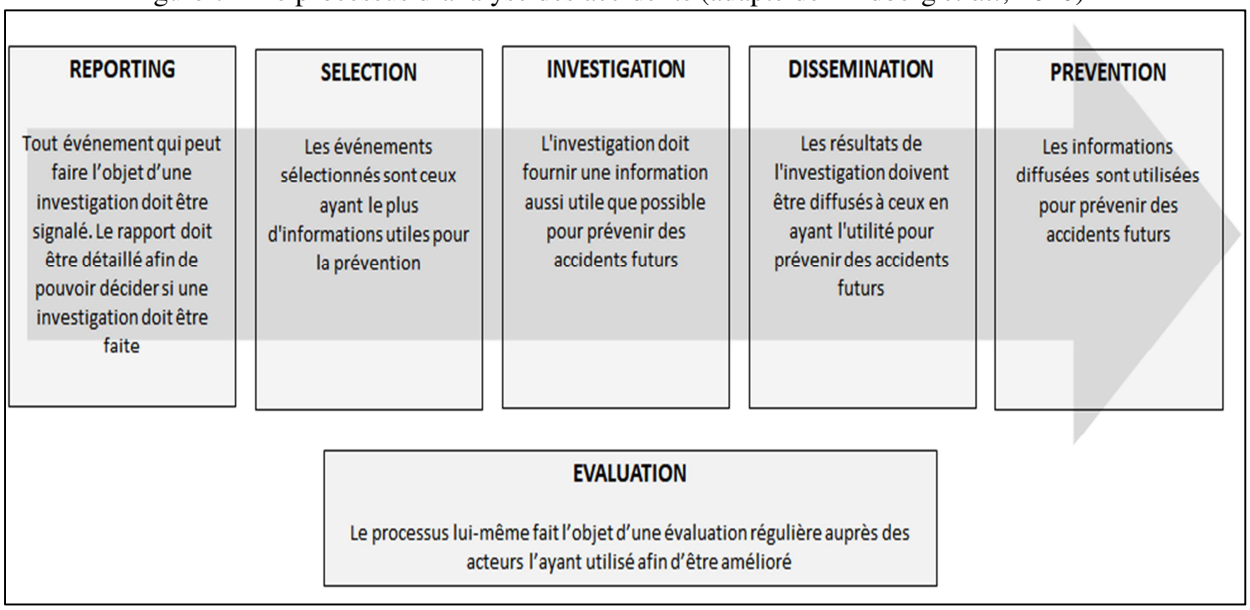
L'apprentissage est fondé sur l'accumulation d'expérience lors des situations vécues mais également lors d'expérimentation (Koenig, 2006). Mais l'expérimentation dans les secteurs à risques pose la question des conséquences en cas de défaillances. Si l'apprentissage par essai/erreur y est limité (Bierly & Spender, 1995), l'erreur a néanmoins une place importante dans l'apprentissage. C'est la raison pour laquelle ces organisations ont mis en place

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

différentes pratiques afin d'intégrer l'erreur dans l'apprentissage : apprendre des incidents et accidents, non-punition des erreurs, simulation pour expérimenter tout en limitant les dommages potentiels. Ce sont autant de perspectives de réponses pour faire de la relation entre expérimentation et accumulation d'expérience une complémentarité plus qu'une dualité.

Le courant des HROs a mis en avant l'importance de l'apprentissage sur le terrain pour être performant : « without sufficient operational time at sea, both effectiveness and safety would suffer » (Rochlin *et al.*, 1987, p. 79). Mais il ne s'agit pas seulement de pratiquer pour bien faire, il faut également mettre en place des processus analytiques de l'activité. C'est dans ce sens que l'analyse des accidents s'est développée. Face au risque, à l'exigence de fiabilité et la complexité de l'activité et de l'environnement, l'analyse des accidents permet de bâtir une mémoire organisationnelle sur les accidents et leur origine (Roberts & Bea, 2001). Dans un environnement complexe et incertain où ces organisations atypiques évoluent, l'analyse des accidents permet de développer une connaissance spécifique adaptée aux situations. Elle permet notamment d'apprendre aux opérateurs quand savoir ne pas suivre les procédures pour maintenir la fiabilité (De Bruijne & Van Eeten, 2007). Bien que variant d'un secteur à l'autre selon les mises en œuvre, les acteurs, l'environnement, il est néanmoins possible de décrire les bases d'un processus d'apprentissage par l'analyse des accidents (Lindberg, Hansson, & Rollenhagen, 2010). Le modèle le plus couramment utilisé comme support comporte cinq étapes (Le Coze, 2013; Lindberg *et al.*, 2010) : *reporting, selection, investigation, dissemination, prevention* (voir Figure 7).

Figure 7 – Le processus d'analyse des accidents (adapté de Lindberg *et al.*, 2010)



© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Certains modérateurs viennent également compléter ce processus d'apprentissage. Le premier est la nécessité d'une confiance entre les acteurs pour éviter la suspicion (Bierly & Spender, 1995; Drupsteen & Guldenmund, 2014). Le deuxième modérateur concerne les personnes impliquées dans l'accident et son analyse : compétences d'investigation, capacité à se remémorer l'accidents, degré d'implication dans le processus, etc. (Drupsteen & Guldenmund, 2014). Enfin, le dernier modérateur est l'impact de l'accident sur l'organisation. Une organisation soumise à un accident avec une criticité faible – avec peu conséquences et une fréquence de survenance faible – sera moins encline à apprendre que s'il s'agit d'un accident grave. Mais plus l'accident est grave est plus les fondements de l'apprentissage doivent être solides notamment la confiance, le partage des objectifs et le rôle du leader (Drupsteen & Guldenmund, 2014; Edmondson *et al.*, 2007).

Outre ces modérateurs à l'apprentissage par l'analyse des accidents, le processus lui-même comporte deux limites majeures. La première concerne l'étape d'investigation. Celle-ci n'est pas qu'une étape objective de collecte et d'analyse des éléments et induit des approches de l'accident où les données doivent correspondre au modèle (Le Coze, 2013). La seconde limite se porte sur l'étape de prévention. Une vision politique de la prévention des accidents souligne le poids de la configuration politique - forces en présence, groupes d'intérêts, médiatisation, etc.- et son impact sur l'apprentissage et les mesures à tirer de l'analyse de l'accident (Le Coze, 2013). Ceci peut même conduire à ce qu'il n'y ait pas d'apprentissage après un accident mais simplement la désignation d'un coupable. Mais si l'impact de l'apprentissage sur la résilience d'une organisation reste difficile à déterminer – notamment l'efficacité de l'apprentissage lors d'accidents graves – le débat suscité permet néanmoins de mettre la résilience au même niveau de priorité que l'efficience et les choix stratégiques (Altintas & Royer, 2009)

Au-delà de l'analyse des accidents, la place de l'erreur est une clé de compréhension de l'apprentissage dans les HROs. Nous avions évoqué dans le premier chapitre la limite de l'apprentissage par essai-erreur liée au risque inhérent à l'erreur dans ces organisations (Weick *et al.*, 1999; Bourrier, 2011) et au coût des erreurs supérieur au gain apporté par l'essai (Boin & Schulman, 2008). Mais, pour autant l'importance accordée à l'erreur est un des principes de maintien de fiabilité (Tableau 11, p. 98) : si l'apprentissage par l'erreur est limité, l'apprentissage de l'erreur ne l'est pas. Mais pour pouvoir exploiter les erreurs, il est nécessaire de mettre en place une approche de l'erreur qui ne cherche pas à blâmer celui qui la commet mais à comprendre ce qu'il s'est passé (Weick & Sutcliffe, 2007, p. 138) : « [..] lead

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

people to ask "What happened?" and not "Who is at fault? ». En lien avec la culture et la confiance, une approche qui ne cherche pas à blâmer mais à comprendre permet de s'appuyer sur les erreurs pour apprendre (Gaba, 2000). Cette *no-blame approach* (Provera, Montefusco, & Canato, 2010) part du principe qu'il est plus important d'améliorer la sûreté que de trouver un responsable. Le signalement des erreurs est donc incité voire récompensé. Non seulement les erreurs – définies comme des déviations non intentionnelles du cours de l'action (voir Encadré 18) –vont être analysées mais également les erreurs évitées de justesse. Ces *near misses* sont des erreurs dont des événements où des actions correctives ont permis d'en éviter des conséquences défavorables (Ramanujam & Goodman, 2003).

Encadré 18 – Les différentes formes de l'erreur : ratés, lapsus et fautes (adaptées de Reason, 1997, 2013)

Comme nous l'avions précisé ci-avant, l'erreur peut être définie comme « as unintended deviations from planned courses of action » (Ramanujam & Goodman, 2003, p. 818). Reason (2013, p. 33) précise la définition en considérant l'erreur comme « tous les cas où une séquence planifiée d'activités mentales ou physiques ne parvient pas à ses fins désirées, et quand ces échecs ne peuvent être attribués à l'intervention du hasard ».

Sur la base de cette définition, l'auteur distingue trois étapes, avec un pour chacune une forme d'erreur : la planification de l'action, le stockage (la mémorisation) de la planification, l'exécution de l'action. Les ratés sont des défauts d'exécution tandis que les lapsus sont des défauts de stockage. Le terme de faut renvoie à une erreur de planification. L'auteur définit ainsi la faute comme une « […] déficience ou des défauts dans les processus de jugement et/ou d'inférence qui sont impliqués dans la sélection d'un objectif ou dans la spécification des moyens pour l'atteindre, indépendamment du fait que les actions basées sur ce schème de décision se déroulent ou non conformément au plan » (Reason, 2013, p. 32).

Les propositions de définitions faites par l'auteur sont intéressantes et permettent de distinguer raté, lapsus et faute selon l'étape à laquelle l'erreur intervient. Néanmoins, cela suppose une linéarité du processus, une séquence simplificatrice. Or, l'étude des erreurs ne peut se faire de manière isolée et une erreur de planification non-détectée dans une première itération peut amener une erreur d'exécution dans une seconde itération. Au final, la catégorisation des erreurs est plus complexe qu'il n'y paraît, d'où la profusion dans la littérature de typologies d'erreurs selon la discipline, le contexte, l'unité d'analyse choisie.

Trois éléments composent ce type d'approche : le signalement, la discussion, la communication (Provera *et al.*, 2010). Tout d'abord le signalement des erreurs est incité voir récompensé. Les membres de l'organisation ne se sentent pas juger et parler des erreurs n'est pas signe de faiblesse. Ensuite, la mise en place d'espace de discussion – au travers de débriefings ou de réunions d'échanges plus ou moins formalisés – permet d'analyser en groupe les différentes erreurs et les corrections possibles. Enfin, le dernier élément est la diffusion de l'information dans l'organisation auprès des différents acteurs. Outre une amélioration incrémentale de la fiabilité, la diffusion de l'information permet également de

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

renforcer le comportement de signalement et de discussion d'erreurs, que les acteurs puissent avoir une rétroaction de leurs actions autour de l'erreur.

En accordant une place centrale à l'erreur dans le processus d'apprentissage, l'organisation cherche *in fine* à améliorer sa fiabilité. Pour autant, l'ouverture du dialogue autour des erreurs ne veut pas dire qu'il sera plus aisé de déterminer les causes d'une erreur. L'injonction d'apprentissage par les erreurs qui peut parfois découler de cette approche n'est pas possible (Flin, 1998). De plus, apprendre des erreurs nécessite du temps et ne peut se faire que si certaines conditions préalables sont réunies : valeurs partagées, une culture forte orienté autour de la sûreté, une confiance entre les acteurs et envers l'organisation. Enfin, la tension qui peut exister entre d'un côté une organisation qui promeut le dialogue autour de l'erreur et de l'autre des instances de régulation qui recherchent un coupable nuit à l'efficacité de ce type d'approche (Pidgeon, 1997). Cette tension est d'autant plus forte pour les organisations qui peuvent potentiellement nuire à une population. Le pouvoir politique incite à réduire le risque de défaillance tout en voulant punir un coupable en cas d'erreur (Mannarelli, Roberts, & Bea, 1996). Or, la fiabilité organisationnelle n'est pas l'absence d'erreurs ou de défaillance mais « la capacité d'une organisation à atteindre ses objectifs et à maintenir ses performances et son équilibre malgré les événements imprévus et les multiples perturbations qu'elle rencontre » (Journé, 2005, p. 64). Cette fiabilité n'est pas absolue et nécessite des processus pour l'améliorer. Or, nier l'erreur est contre-productif et atténue un processus d'amélioration de la fiabilité au lieu de chercher à le renforcer.

La simulation peut être une solution pour tenter de réduire la tension entre l'enjeu en cas d'erreur et la nécessité d'apprentissage par et dans l'erreur (Lagadec, 1997). Originaire du secteur militaire – et notamment des unités d'élites – la simulation cherche à recréer le plus fidèlement possible une réalité de terrain (Riley, Davis, Miller, & Mccullough, 2010). Cette méthode d'apprentissage sert plusieurs objectifs : s'entraîner sur une pluralité de scénarios – même les plus rares – afin de proposer des réponses, avoir la possibilité de tester des solutions sans engendrer des catastrophes (Dixon & Shofer, 2006). Enfin, la simulation permet de ne pas se focaliser uniquement sur la dimension technique d'un scénario – un geste médical par exemple – mais de s'entraîner également à travailler en équipe et dans une équipe, à détecter des dysfonctionnements ou des imprévus, à gérer les émotions, etc.

L'apprentissage permet de bâtir une mémoire organisationnelle afin de disposer d'un répertoire de réponses adaptées aux différentes situations (Roberts & Bea, 2001). Mais cette mémoire comporte des limites (Koenig, 2006, p. 306) :

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

> D'un côté elle permet de gagner en efficience par l'exploitation des régularités et des répétitions de l'histoire. D'un autre côté, elle peut être un obstacle à la découverte de modalités d'action plus efficaces, comme elle est susceptible d'empêcher une appréciation judicieuse de ce qui est véritablement nouveau.

Une dernière question se pose alors : comment faire face à des événements qui ne se sont jamais produits et ne se reproduiront peut-être plus jamais ? L'organisation doit pouvoir faire face à des événements imprévus tout en conservant ses capacités d'actions, d'être en capacité d'agir avec les ressources à disposition.

3.5. IMPROVISATION ET BRICOLAGE POUR FAIRE FACE À L'IMPRÉVU

Face à l'inattendu, l'organisation doit faire preuve d'une certaine flexibilité. Comme nous l'avons abordé précédemment, cette flexibilité passe par une décentralisation du processus de décision mais également par une certaine liberté dans l'action. Cette liberté d'action vient contrebalancer l'approche par la planification en évitant de se retrancher derrière des routines et des règles pour avoir l'illusion d'un certain contrôle sur la situation (Roux-Dufort, 2003b). La liberté d'action passe notamment par la capacité des acteurs à agir face à l'imprévu avec les ressources à leur disposition ou à « tordre » l'usage initial des ressources pour servir un objectif.

Une situation inattendue rend inefficace les représentations passées pour faire face à la situation (Boutiba & Kammoun, 2015) sans être pour autant pas synonyme d'accident si les acteurs compensent cet effondrement par l'improvisation et le bricolage[21] (Weick, 1993). Si l'improvisation et le bricolage sont connotés négativement dans le langage commun – renvoyant à une forme d'amateurisme –, la littérature souligne, au contraire, que l'improvisation, nécessite des opérateurs expérimentés, bien formés, bien entraînés et avec des ressources suffisantes (Koenig, 2007).

Une définition générale de l'improvisation renvoie à l'idée d'effectuer une action sans planification préalable (Kamoche & Cunha, 2001, p. 735) : « the conception of action as it

[21] Si nous mobilisons les concepts d'improvisation et de bricolage pour des situations en lien avec la fiabilité organisationnelle et l'enjeu en cas de défaillance, l'improvisation et le bricolage sont également mobilisés dans la littérature en stratégie, en management par projet, en entrepreneuriat, ou encore en innovation. Chédotel (2005, p. 124) généralise l'utilisation de ces deux concepts à ce qu'il nomme les « environnements turbulents » et la nécessité de « gérer la tension entre le dispositif de contrôle et l'adaptation à l'imprévu ».

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

unfolds ». Pour reprendre l'analogie du jazz utilisée dans la littérature, il s'agit de jouer et composer simultanément (voir Encadré 19 sur l'utilisation du jazz comme analogie).

Encadré 19 – L'analogie du jazz et de l'improvisation organisationnelle

Barret (1998) explique que, contrairement à la croyance commune, le joueur de jazz n'est pas un génie solitaire jouant sa propre musique. Le jazz est plus le résultat d'un travail et d'un apprentissage afin de développer une « disciplined imagination» (Barrett, 1998, p. 606).

L'improvisation en elle-même est basée sur des structures fondamentales (*Minimal Structure*s) (Kamoche & Cunha, 2001) ainsi que sur un *sensemaking* rétrospectif (Barrett, 1998, p. 615): « As new phrases or chord changes are introduced, the improviser makes connections between the old and new material. In the absence of a rational plan, retrospective sense-making makes spontaneous action appear purposeful, coherent, and inevitable. ».

La grammaire du jazz peut donc avoir des implications dans le monde organisationnel : le solo devient leadership, l'accompagnement devient travail en équipe, etc. (Hatch, 1999). Ainsi, Il est possible d'aborder le jazz comme une analogie d'un processus d'organizing fait d'ambigu, d'interprétation, d'émotions et ancré dans le temps – avec un passé, un présent et un futur (Hatch, 1999). Outre les routines, l'improvisation est également un élément structurant l'organisation considérant la flexibilité que celle-ci permet (Zack, 2000).

Pour notre part, nous mobilisons une définition plus complète de l'improvisation proposée par Adrot et Garreau (2010, p. 120) :

> Elle correspond à :
> 1) un processus d'adaptation (Preston, 1991, cité par Vera et Crossan, 2005)
> 2) au cours duquel les individus doivent « faire avec » les ressources disponibles (Cunha *et al.*, 1999),
> 3) afin de les combiner de manière innovante (Rerup, 2001)
> 4) dans une quasi simultanéité de la décision et de l'action (Moorman et Miner, 1998a)

Face à une situation inattendue, il y a déclenchement de l'improvisation comme adaptation pour faire face à la situation. Cette adaptation opère avec un stock déterminé de ressources qu'il faut pouvoir recombiner. L'impératif d'action rend simultané la décision et l'action. Cette définition permet de souligner l'intérêt de l'improvisation comme processus de maintien de la fiabilité : face à quelque chose d'inattendu et d'inconnu, il faut agir pour éviter une défaillance qui peut être synonyme de catastrophe. Cette action ne peut être reportée et doit s'opérer dans un horizon temporel contraint.

L'importance que prend l'improvisation dans l'action dépend de l'intensité de l'urgence – l'impératif d'une action rapide – et de l'incertitude de la situation. Là encore, cela renforce la pertinence de mobilier l'improvisation dans un contexte qui rend nécessaire de conserver ses

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

capacités d'action, compte tenu de l'incertitude. Néanmoins, la relation n'est pas forcément linéaire entre niveau d'urgence et d'inattendu avec le degré d'utilisation de l'improvisation (Roux-Dufort & Vidaillet, 2003). Au-delà d'un certain niveau d'intensité d'urgence et d'inattendu, l'improvisation n'est plus possible. La disparité des perceptions de l'urgence et du caractère critique de la situation entre les acteurs peut également entraver l'improvisation.

Improvisation et bricolage sont des concepts proches : recombinaison de ressources, degré de liberté pour permettre une créativité, laisser de la place à l'intuition. La différence réside dans le délai court entre décision et action de l'improvisation (Moorman & Miner, 1998) – une urgence dans l'action – où conception de l'action et mise en œuvre de l'action sont simultanées. Un acteur est considéré comme un bricoleur s'il peut être caractérisé par sa capacité à utiliser les ressources – ressources matérielles mais aussi réseau relationnel, répertoire d'actions, etc. – à sa disposition pour agir. Cette créativité dans l'usage des ressources à sa disposition, même face à l'urgence d'agir, est possible car il a l'habitude d'agir dans le chaos pour créer de l'ordre (Weick, 1993, p. 639) : « Bricoleurs remain creative under pressure, precisely because they routinely act in chaotic conditions and pull order out of them ». Il connaît les ressources qu'il a à sa disposition pour faire face à la situation dans une relation dialogique avec son « inventaire » – son stock de ressources (Duymedjian & Rüling, 2010).

Des différentes caractéristiques de l'improvisation se pose également la question de la cohérence face à l'improvisation de chacun et des risques que cela pourrait engendrer si chacun improvise de son côté (Adrot & Garreau, 2010). Si l'improvisation permet de gérer l'incertitude, elle doit être cadrée pour conserver une certaine cohérence. Le manager joue ici un rôle crucial car il est de son rôle de faciliter les interactions entre les acteurs afin qu'ils puissent improviser de manière efficace et cohérente (Adrot & Garreau, 2010). Si dans la littérature, l'improvisation est étudiée principalement à u niveau individuel, il y a également un niveau collectif (Moorman & Miner, 1998, p. 704) : « collective improvisation may be produced by the joint activities of individuals, who are themselves improvising. The joint action of the individuals produces a system that we label a collective improvisation. ». Dans cette vision collective de l'improvisation, le leader assure une cohérence de l'improvisation entre les acteurs mais également une cohérence par rapport à la vision d'ensemble du projet dans lequel l'improvisations se déploie (Eisenhardt & Tabrizi, 1995). Cette approche de l'improvisation s'inscrit pleinement dans la pensée weickienne où l'interaction permet

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

l'improvisation (Weick, 1998) et où l'improvisation s'étudie aux niveaux d'analyse individuel et collectif. Ainsi, comme le précisent Roux-Dufort et Vidaillet (2003, p. 107) l'improvisation n'est pas seulement liée à un contexte et des capacités individuelles mais dépend également de certaines conditions interindividuelles qui, si elles ne sont pas réunies, peuvent en limiter l'efficacité : « the lack of improvisation could then be explained because the absence of communication, or poor communication among the groups, prevented them from taking advantage of the context to draw from improvised repertoires. ».

Si l'improvisation est mobilisée au niveau individuel et collectif, l'organisation va également jouer un rôle. Il y a ainsi un troisième niveau d'analyse organisationnel à considérer. Comme le rappellent Bouty et Drucker-Godard (2012), la littérature sur l'improvisation insiste sur une structure minimale pour assurer un maximum de flexibilité et d'adaptabilité. Cette structure minimale peut être plus contraignante et délimiter un périmètre à l'improvisation au travers d'outils, de règles et de procédures afin d'éviter que l'improvisation cause plus de problèmes qu'elle n'en résout (Bigley & Roberts, 2001, p. 1290) : « In sum, appropriate improvisation with tools, rules, and routines augments contingent structuring mechanisms, thereby enhancing organizational resilience and responsiveness ».

Au-delà de l'improvisation pour faire face à la situation, une rétroaction va s'effectuer au niveau de l'organisation, au travers notamment de l'apprentissage et de la mémoire organisationnelle (Moorman & Miner, 1998, p. 719) : « Finally, we argued that improvisational activities can, in turn, influence the nature of organizational memory, if an organization observes the outcomes of improvisational actions and incorporates new routines or inferences into its memory ». L'improvisation s'intègre donc dans la résilience avec une visée transformative de l'organisation.

Enfin, entre degré d'improvisation et niveaux d'analyse, Hadida, Tarvainen et Rose (2015) proposent une synthèse intéressante en structurant le degré d'improvisation – mineur (*minor*), limité (*bounded*), structurel (*structural*) – et son niveau – individuel, interpersonnel et organisationnel (voir Tableau 14).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Tableau 14 – Cadre d'analyse de l'improvisation (adapté de Hadida *et al.*, 2015, p. 448)

		Niveau d'improvisation		
		Individuel	Interpersonnel	Organisationnel
Degré d'improvisation	Mineur	Pratique spontanée	Synchronisme	Espace d'expérimentation
	Limité	Leaders expert	*Yes-and Rule*	Improvisation maîtrisée
	Structurel	*Dropping Tools*	Structuration minimale	Plate-forme

Ce cadre d'analyse propose ainsi neuf types d'improvisation que nous décrivons brièvement :

Au niveau individuel

Pratique spontanée : improvisation d'un individu dans son activité.

Leader expert : position de leader permet un espace d'improvisation plus important.

Dropping Tools : rupture de l'individu avec la structure face à l'événement ; le terme provient d'une phrase du pompier Dodge « drop your tools » (Weick, 1993, p. 635) lors de l'incendie de Mann Gulch.

Au niveau interpersonnel

Synchronisation : tels les musiciens d'un groupe de jazz qui synchronisent leur rythmique comme socle de la musique en train de se joue.

Yes-and Rule : analogie au théâtre d'improvisation où se construit une action à partir de l'action d'un autre acteur, comme un « cadavre exquis » des surréalistes.

Structuration minimale : improvisation au travers des interactions des membres d'une organisation, d'une équipe. Le manger joue un rôle important en tant que *sensegiver*.

Au niveau organisationnel

Espace d'expérimentation : l'organisation créé en son sein un espace d'expérimentation. Par exemple, l'entreprise *Google* accorde du temps pour ses salariés afin qu'ils puissent développer leurs projets personnels en parallèle de leur travail.

Improvisation maîtrisée : l'improvisation en action est cadrée par l'organisation.

Plate-forme : plutôt qu'une organisation délimitant l'improvisation en action selon les situations, c'est l'ensemble de l'organisation qui va se structurer en se recombinant – structures, stratégies, ressources – face à la situation ou pour saisir des opportunités.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Ce cadre d'analyse pose néanmoins la question des liens entre les niveaux d'analyse. En effet, celui-ci ne permet pas d'étudier la dynamique existant entre les formes d'improvisation selon les niveaux d'analyse étudiés. Par ailleurs, si la littérature s'appuie sur des situations de crise pour observer l'improvisation, la question de la distinction entre activité ordinaire et extraordinaire nous semble également intéressante à intégrer dans l'analyse de l'improvisation. Par exemple, Bigley et Roberts (2001) s'intéressent aux *Incident Command Systems* (ICS) qui sont des organisations temporaires créées pour faire face à une crise. Or, il existe des organisations dont l'inattendu est plus prégnant sans forcément mobiliser une gestion de crise – au sens de dispositifs exceptionnels pour surmonter la situation. Ces organisations sont alors dans un ordinaire de l'inattendu, dans un équilibre entre quotidien et « crise potentielle permanente ». La dynamique entre situation et organisation inscrit donc l'improvisation dans un temps plus long où des processus organisationnels sont nécessaires à l'improvisation situationnel (Bechky & Okhuysen, 2011).

Dans ce chapitre, nous avons tenté de cerner les mécanismes de maintien de la fiabilité dans les organisations développés dans la littérature scientifique. Au-delà de l'approche structurelle et du débat entre HRO et non-HRO, l'étude des processus dans ces organisations a mis en avant un certain nombre de pratiques qui permettent le maintien de la fiabilité et de la résilience dans ces organisations. À ce titre, les travaux de Karl E. Weick offrent de nouvelles clés de compréhension et de nouvelles perspectives d'analyse au travers d'une approche processuelle des organisations. Le facteur humain y joue un rôle prépondérant, mais celui-ci n'a de sens qu'en tenant compte du facteur organisationnel, notamment dans l'analyse des erreurs. La fiabilité organisationnelle passe donc par la création d'un système non pas absent d'erreurs mais gérant les erreurs, s'adaptant pour en réduire, voire en supprimer, les conséquences. Par ailleurs, l'étude des processus souligne l'importance pour les membres d'avoir une vision globale de l'activité de l'organisation où chacun sait ce qu'il fait mais surtout pourquoi il le fait.

Ainsi, c'est tout un courant de recherche qui s'est développé afin d'expliquer les processus à l'œuvre dans le maintien de la fiabilité. Sur la base de règles formant le socle de la fiabilité – métarègles ou principes de fiabilité – les processus se déploient au gré des situations rencontrées. L'étude de la littérature a permis d'identifier cinq processus majeurs pour assurer cet objectif de fiabilité : développement d'une culture de la fiabilité, construction de relations de confiance, apprentissage continu, coordination de l'action et assurer une flexibilité de l'action au travers de l'improvisation et du bricolage.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

L'ancrage de ces processus dans les organisations nous amène donc à poursuivre notre réflexion autour de la construction d'une haute fiabilité organisationnelle et du contexte de déploiement des processus de fiabilité organisationnelle. En effet, la littérature sur les processus organisationnels de maintien de la fiabilité souligne l'importance d'étudier ces processus dans le contexte de leur déploiement. Par ailleurs, les pratiques de terrain au quotidien s'ancrent dans un environnement organisationnel et institutionnel précis. L'étude des processus de maintien de la fiabilité, étudié à l'origine uniquement dans son contexte opérationnel, nécessite d'être enrichie de son contexte organisationnel.

Plus précisément, il nous semble intéressant de comprendre comment certaines organisations font face à l'imprédictibilité des situations dans le cadre de leur activité quotidienne. La littérature sur la fiabilité organisationnelle souligne la capacité de ces organisations à basculer d'un mode formalisé à un mode informel, à déployer des processus qui permettent une flexibilité nécessaire au maintien de la fiabilité. De plus, l'incertitude dans l'activité d'une organisation n'est pas toujours la même et peut subir de fortes variations en termes d'intensité quantitatives et de variation dans le types de situations rencontrées. Une approche permettant d'observer le quotidien d'une organisation nous semble alors intéressant à opérer afin d'étudier ces variations et ne pas uniquement nous intéresser aux cas extrêmes d'une gestion de crise où l'organisation est transformée voire créer des structures ad hoc. Ceci nous amène à formuler notre question de recherche autour de deux axes d'investigation.

Le premier concerne le déploiement des processus de maintien de la fiabilité au quotidien. Il s'agit de comprendre les pratiques constitutives de ces processus dans le contexte opérationnel et face aux situations rencontrées. Le maintien de la fiabilité implique d'être capable d'absorber les difficultés et l'inattendu tout en fournissant un niveau constant de performance.

Le second axe cherche à aller du contexte opérationnel pour s'intéresser aux liens entre pratiques en situations et l'organisation. Il s'agit non seulement d'analyser les pratiques qui permettent le maintien de la fiabilité en situation mais également de comprendre les processus organisationnels à l'appui des situations. Ceci nous amène à chercher à comprendre comment les différents processus s'articulent entre eux pour assurer le maintien de la fiabilité selon les situations rencontrées, la dynamique de ces processus et comment ils se déploient dans le temps dans un contexte opérationnel et organisationnel donné.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

En synthèse, notre étude a pour objet de comprendre les processus de maintien de la fiabilité dans des organisations ayant un « devoir de fiabilité » (Vidal, 2011, p. 59). Notre étude s'intéresse à deux questions principales :

- Dans un premier temps, nous cherchons à comprendre comment ces processus se déploient dans le contexte opérationnel habituel, face aux situations rencontrées afin d'assurer la fiabilité et la résilience de l'organisation ?

- Dans un second temps, nous analysons l'impact du contexte organisationnel sur le maintien de cette fiabilité. Au-delà de la question du maintien de la fiabilité face aux situations rencontrées, quelle est la dynamique des processus entre les situations et l'organisation ?

Avant de répondre à ces questions, nous nous attachons dans le prochain chapitre à justifier de la pertinence du choix de notre terrain d'étude avec l'objet et la problématique de recherche. Il s'agit de déterminer si le terrain est propice à notre questionnement en termes d'intensité de l'urgence et d'incertitude de l'activité mais également des conséquences en cas de défaillance.

Résumé du chapitre 2 :

Les travaux de Karl E. Weick ont permis de passer d'une approche structurelle à une approche processuelle de la fiabilité organisationnelle. Outre ses travaux sur le *sensemaking* et le rôle de la création de sens pour faire face à des situations imprévues, il a également conceptualisé les interactions entre les individus et l'importance d'une vigilance collective réciproque.

En soulignant l'importance des interactions entre les individus pour maintenir la fiabilité, l'individu est passé de facteur de défaillance à facteur de fiabilité. Mais pour cela, il doit être intégré dans un système organisationnel adéquat. Certains principes de bases permettent ainsi de faire face à la complexité et l'inattendu inhérents à l'activité de ces organisations.

Sur la base de ces principes, les études sur la fiabilité organisationnelle ont formalisé des processus qui assurent le maintien de cette fiabilité. Notre analyse de la littérature fait ressortir cinq processus majeurs : développer une culture de la fiabilité, bâtir la confiance, coordonner les individus, apprendre dans et de ces environnements, et développer des capacités d'improvisation et de bricolage pour faire face à l'inattendu.

L'analyse de la littérature sur les processus de maintien de la fiabilité nous permet de structurer notre problématique de recherche autour de deux questions principales :

- Comment ces processus se déploient dans le contexte opérationnel face aux situations rencontrées ?

- Quel est l'impact du contexte organisationnel sur le maintien de la fiabilité ?

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

CHAPITRE 3 – JUSTIFICATION ET PRÉSENTATION DU CHOIX DU TERRAIN : UN SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES COMME TERRAIN D'ÉTUDE EMPIRIQUE

L'analyse de la littérature sur la fiabilité organisationnelle nous a permis de faire émerger une question de recherche autour de la compréhension des processus de maintien de la fiabilité dans des organisations où l'enjeu en cas de défaillance est important. Nous cherchons dans cette étude à déterminer comment ces processus se déploient dans le contexte opérationnel face aux situations rencontrées et quel est l'impact du contexte organisationnel sur le maintien de la fiabilité. Si traditionnellement, les études portant sur la fiabilité organisationnelle s'intéressent aux organisations évoluant dans les secteurs d'activités de l'armée, du nucléaire, de l'aviation, d'autres secteurs d'activités sont également pertinent à analyser.

L'objectif de ce chapitre consiste donc à relier ce questionnement autour de l'étude des processus de fiabilité organisationnelle avec un terrain d'étude empirique. Pour ce faire, dans une première partie, nous justifions de la pertinence d'une unité de soins comme terrain d'étude empirique. Entre pression temporelle, complexité et inattendu les services d'urgence offre une bonne opportunité pour comprendre comment se maintient la fiabilité organisationnelle dans ce secteur d'activité. Dans une deuxième partie, nous nous intéressons à l'enjeu de fiabilité des unités de soins. La fiabilité des soins s'inscrit dans l'idée de sécurité du patient et de l'impact des erreurs en médecine sur la santé des patients. La prise de conscience opérée par le rapport *To Err Is Human,* publié en 2000, a permis de souligner l'ampleur du phénomène et l'importance du facteur humain dans la sécurité du patient, au-delà de la technique et de la technologie que permet la médecine moderne. Enfin, dans une troisième partie, nous présentons plus en détail notre terrain d'étude empirique.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

1. CONTEXTUALISER LE PROJET DE RECHERCHE : UNE ÉTUDE DE LA FIABILITÉ ANCRÉE DANS UN ENVIRONNEMENT ORGANISATIONNEL ET INSTITUTIONNEL SPÉCIFIQUE

1.1. LES ORGANISATIONS DE SANTÉ COMME TERRAIN D'ÉTUDE PERTINENT DE LA FIABILITÉ

Le champ des recherches autour de la fiabilité a connu un développement important tant dans les objets de recherche – coordination, processus de décision, culture organisationnelle, développement technologique, etc. – que dans les secteurs d'activités traditionnellement étudiés. En effet, si les secteurs de l'industrie nucléaire, du contrôle aérien, ou des organisations militaires sont les secteurs de prédilection pour l'étude de la haute fiabilité (Weick *et al.*, 1999), ces dernières années ont vu la publication d'études qui tendent à rapprocher de nouveaux secteurs d'activité avec le courant HRO. C'est le cas, par exemple, d'études sur le théâtre lyrique (de Bovis, 2009) ou encore la lutte contre les incendies (Colquitt *et al.*, 2011). L'extension du champ d'investigation des études sur la fiabilité a mis en avant des différences entre les organisations étudiées sur les moyens mis en œuvre pour assurer la fiabilité et la nécessité de ne pas considérer le modèle canonique de 1987 (Rochlin *et al.*, 1987) comme une procédure à appliquer à la lettre. Plus qu'une grille d'analyse normative sur l'amélioration de la fiabilité organisationnelle, la recherche sur la haute fiabilité est avant tout une invitation à poursuivre de nouvelles investigations pour comprendre comment la fiabilité se maintient compte tenu des spécificités sectorielles et organisationnelles.

À ce titre, les structures organisationnelles de santé – hôpitaux, cliniques, mais également blocs opératoires ou services de soins – font figure de nouveaux terrain d'investigation en lien avec la fiabilité organisationnelle, « the newest member of the HRO club » (Bourrier, 2011, p. 12). Le secteur de la médecine intéresse donc tant la recherche en sciences de gestion (e.g. Roberts, Madsen, Desai, & Van Stralen, 2005; Madsen, Desai, Roberts, & Wong, 2006a; Bourrier, 2011; de Bovis-Vlahovic *et al.*, 2014), que la recherche en médecine (e.g. Gaba, Singer, Sinaiko, Bowen, & Ciavarelli, 2003; van Stralen, 2008; Desmettre, 2014; Penverne *et al.*, 2014).

L'analyse de ces études permet de faire émerger de ces travaux des caractéristiques d'incertitude, de complexité et d'enjeu en cas de défaillance. Tout d'abord, les organisations de santé évoluent dans un environnement incertain. L'incertitude est à la fois liée à l'intrant –

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

le nombre et le type de patients – et à l'extrant, du fait de la difficulté d'évaluer la santé (Belorgey, 2010). En effet, la santé n'est pas une variable binaire et s'évalue également en termes de douleurs ou de handicap. De plus, selon l'échelle temporelle retenue – post-intervention, à la sortie de l'établissement, à trois ou cinq ans, etc. – la caractérisation de l'état de santé peut évoluer.

La deuxième caractéristique renvoie à la complexité des organisations et du système de santé, qui peut prendre plusieurs formes (Schulz & Johnson, 1976). À la fois organisationnelle et institutionnelle – compte tenu de la taille des organisations de santé, de leur fonctionnement et de leur intégration dans un système de santé national -, la complexité est également humaine et technologique du fait de la pratique de la médecine : de multiples acteurs de différentes spécialités doivent se coordonner sur des pratiques hautement techniques appuyées par une technologie de pointe. Cette complexité est d'autant plus prégnante face à la pression temporelle liée à l'impératif d'action de certaines situations.

Enfin, la dernière caractéristique souligne l'importance de l'enjeu en cas de défaillance. La défaillance dans la prise en charge d'un patient est littéralement un enjeu de vie ou de mort pour le patient. Cet enjeu est renforcé par les instances de régulation et l'obligation pour l'organisation de rendre compte (*accountability*) de ses défaillances (Goodman *et al.*, 2011). Ce poids de la responsabilité oblige à agir en accord avec les règles de sûreté mais souligne également la relation complexe entre risque personnel et risque bureaucratique (Journé, 2001a).

Dans le contexte hospitalier, caractérisé comme complexe, incertain et avec un enjeu important en cas de défaillance, deux flux d'activités cohabitent : un flux planifié et un flux imprévu. L'hôpital est majoritairement structuré pour gérer un flux planifié et doit intégrer dans cette planification un flux supplémentaire imprévu. À l'échelle du patient, il est possible d'avoir une trajectoire planifiée du début à la fin (par exemple : consultation – planification d'un acte chirurgical – acte – convalescence – sortie) ou partiellement (par exemple : grossesse – date prévue accouchement – contractions – urgence – accouchement – convalescence – sortie) ou totalement imprévue. L'incertitude est donc d'autant plus forte pour les structures dont la mission consiste à gérer ce flux non planifié de patients, comme c'est le cas des services d'urgence. Étudier ces services qui jouent le rôle de régulateur des flux imprévus semble donc intéressant afin de mieux cerner comment ces unités de soins font face à l'imprévu.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

1.2. L'URGENCE MÉDICALE : ENTRE ACCUEIL, IMPRÉVU ET PRESSION TEMPORELLE

Avant de décrire plus en détail le service de soin au cœur de cette recherche, il convient tout d'abord de mieux comprendre l'activité d'un service d'urgence médicale. Ainsi, dans cette section nous nous intéressons au terme d'urgence en médecine et du rapport au temps lié aux situations urgentes.

Au sens médical du terme, l'urgence est « toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement» (Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), 2006, p. 20). Mais cette définition reflète mal la réalité des situations rencontrées dans les services d'urgence. En effet, les situations d'urgence vitale ne représentent qu'une minorité des patients des services d'urgence. En 1989, le Conseil Économique et Social remet le premier rapport sur l'urgence à l'hôpital – plus connu sous le nom de « Rapport Steg », du nom du Pr. Adolphe Steg en charge du rapport. L'urgence médicale y est définie comme suit (Steg, 1989, p. 33) :

> Un phénomène qui touche à la santé, qui survient de façon brutale et inattendue et qui surprend et inquiète – à tort ou à raison – l'intéressé et /ou son entourage. […] Les services dits d'urgence reçoivent plusieurs milliers de consultants aléatoires parmi lesquels seulement quelques centaines au sens strict du terme « ne peuvent pas attendre ». En fait, donc, la majorité de la clientèle pourrait attendre mais elle ne le veut pas et elle doit indiscutablement être accueillie. De fait, dans la réalité hospitalière, est considéré comme urgence « tout patient qui se présente à l'hôpital pour une consultation ou une hospitalisation et dont la prise en charge n'a pas été programmée.

Si d'un point de vue strictement médical l'urgence est liée à une détresse vitale, la définition du rapport Steg insiste sur le caractère imprévu de l'urgence et souligne la nécessité de répondre à toute demande non-planifiée, quelle que soit la gravité du problème médical. Ainsi l'urgence médicale renvoie au flux non-planifié de patient et la nécessité d'un accueil permanent pour gérer ce flux.

Les situations rencontrées par les services d'urgence sont donc variées et il existe plusieurs typologies permettant de les catégoriser (Steg, 1989). Il peut s'agir de classer les situations entre urgences de type « médical » ou «chirurgical », c'est-à-dire nécessitant une intervention

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

opératoire. Les situations peuvent être classées par gravité, distinguant l'urgence absolue – dont le pronostic vital est engagé – de l'urgence relative. Le mode d'arrivée dans le service d'urgence peut servir également à classer les patients, entre ceux arrivés par leurs propres moyens, de ceux arrivés par ambulance ou autres véhicules médicalisés. Enfin, il est possible de classer les situations selon les éléments issus de l'examen du patient, distinguant ainsi les urgences objectives – qu'elles soient absolues ou relatives – des urgences ressenties – le sentiment d'urgence ressenti par le patient car « il n'y a pas de sensation fausse et il serait absurde de contester au patient le sentiment de détresse qu'il éprouve» (Steg, 1989, p. 34).

Outre la nécessité d'accueil de l'imprévu, l'urgence médicale est liée à la pression temporelle qu'implique une situation urgente (Shen & Shaw, 2004). L'urgence peut alors être considérée comme l'écart entre le temps souhaité pour réaliser l'action, et le temps réel affecté à la réalisation de l'action. Ainsi, il est possible d'observer une gradation dans l'urgence, selon l'écart entre ces deux temps : plus l'écart entre le temps souhaité et le temps réel est grand, plus l'urgence est grande. Néanmoins, moins de temps ne signifie pas nécessairement moins d'efficacité ou plus d'erreurs. L'urgence peut impacter la performance de plusieurs façons (Riveline, 1991) : la performance peut être dégradée, conservée car l'opérateur a agi par réponse programmée grâce à des consignes et un entraînement rigoureux, ou conservée car l'opérateur a surmonté la perturbation par lui-même. L'urgence n'est pas donc nécessairement pénalisante et permet d'améliorer la performance, pour peu que l'organisation soit adaptée et que l'opérateur puisse et soit capable de s'adapter.

De plus, l'urgence inscrit l'action dans un espace temporel borné, où la dose d'urgence varie selon la situation et l'individu. En effet, le temps n'est pas linéaire et se contracte ou se dilate selon la situation tout comme la perception de l'urgence varie selon l'individu (Leblanc & al., 2002). Par exemple, la perception de l'urgence n'est pas la même pour des parents paniqués qui arrivent aux urgences pour un surdosage de paracétamol de leur enfant que la perception de l'urgence d'un médecin devant traiter une méningite. Si l'exemple peut prêter à sourire, la perception de l'urgence pour les parents n'en est pas pour autant feinte. L'urgence doit donc être traitée car elle est urgente du point de vue de celui qui la vit et nécessite la mise en place de structure pour répondre à ces urgences – par exemple en rassurant sur la non-dangerosité dans cette situation. Dans le domaine de l'urgence médicale, il est possible de formaliser cinq caractéristiques liées à la pression temporelle d'une situation urgente (Tabuteau, 2008) : une dose d'incertitude et d'inattendu, une organisation sanitaire complexe, un caractère urgent doublé d'une obligation d'agir, un facteur émotionnel non-négligeable et

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

un rôle majeur de l'individu dans le processus de décision. Pour un service d'urgence, cela se traduit par le fait d'être préparé au lieu de planifier, voire d'être préparé à l'impensable (Green & Kolesar, 2004).

La démarche planifiée semble donc peu pertinente pour les services d'urgence (Rossille, Cuggia, Arnault, Bouget, & Le Beux, 2008), voire diminuerait les capacités adaptatives des systèmes complexes (Walters & Bhuian, 2004) et impliquerait donc plus une logique d'absorption de l'imprévu que de la planification *a priori*. Outre cette logique d'imprévu, le contexte français des services d'urgence médicale est également intéressant à étudier.

1.3. Les services d'urgence médicale en France

Un service d'urgence est un pôle particulier dans un hôpital : service de soin le plus connu du grand public, c'est également celui qui est confronté à la plus grande diversité quantitative et qualitative de son activité. L'organisation en lien avec cette activité nous semble particulièrement intéressante à observer. En effet, il y a une triple contrainte aux urgences : les normes professionnelles médicales, le modèle organisationnel de l'hôpital, et un environnement complexe et incertain (Danet, Brémond, & Robert, 2006). Afin de mieux comprendre le rôle des services d'urgence dans un hôpital, nous présentons l'émergence des services d'urgence médicale en France, leur activité et la situation actuelle.

Si les services d'urgence ont une origine ancienne, la structuration et l'institutionnalisation de l'urgence à l'hôpital est récente (voir Encadré 20). La création de services dédiés à l'urgence résulte de l'évolution de la médecine et notamment du développement de la médecine de réanimation. La spécialité d'anesthésistes-réanimateurs est la spécialité qui la première a joué le rôle « d'urgentistes », supplantant les chirurgiens qui, historiquement, avaient été les premiers à s'intéresser à ce problème. Mais le développement de « l'urgentisme » est mal vu par les autres médecins qui l'associent aux personnes sans domicile, aux alcooliques et à des soins de médiocre qualité (Peneff, 2000). En parallèle de cette mise en place des services d'urgence dans l'hôpital, le nombre de morts liés aux accidents de la route – plus de 12 000 morts pour l'année 1965, avec un pic atteint en 1972 de 16 545 morts[22] – va être le déclencheur de la médicalisation de l'urgence en amont de

[22] Source : www.securite-routiere.gouv.fr

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

l'hôpital avec la création en 1965 du SMUR, Service Mobile d'Urgence et de Réanimation. Cette projection d'une force médicale sur les lieux de l'accident reste encore aujourd'hui une particularité française par rapport au modèle anglo-saxon des *paramedics* plus largement répandu dans le monde (Haas & Nathens, 2008)[23]. Ce n'est que dans les années 1980 que les services d'urgence prennent leur forme actuelle du fait de leur expansion en termes d'espace, de budget, et d'affluence – avec une fréquentation doublée durant cette même décennie. Pour autant, la croissance de l'activité des services d'urgence médicale durant cette période ne signifie pas une institutionnalisation de la spécialité de médecin urgentiste.

Encadré 20 – Chronologie de l'urgence médicale

- VIème siècle : sous l'empereur romain Maurice, ramassage des blessés par un corps de cavaliers

- 1797 : le baron Larrey, chirurgien, instaure le ramassage des blessés sur le champ de bataille, et leurs soins à sa proximité immédiate. Avant cette date, et en dehors des personnes de rang supérieur, les blessés sur le champ de bataille qui ne peuvent se déplacer sont laissés pour mort.

- 1859 : Lors de la bataille de Solferino, Henri Dunant porte secours aux blessés avec l'aide de 300 volontaires. Il fondera en 1863 le Comité International de la Croix-Rouge.

- 5 janvier 1949 : première circulaire relative à l'organisation des secours

- Septembre 1957 : création des premiers transports primaires

- Circulaire du 27 juillet 1960 : création expérimentale d'antennes de réanimation routières

- Circulaire du 13 août 1965 relative sur l'organisation des services d'urgence et de réanimation dans les hôpitaux

- Décret du 2 décembre 1965 : création des unités mobiles de secours, premier projet de SAMU

- Loi de 1970 : première loi sur l'accueil des urgences à l'hôpital

- 1970 : création des salles de régulation pour assurer la coordination des SMUR

- Circulaire du 29 janvier 1975 sur l'accès aux services d'urgences et l'orientation des patients à l'hôpital

- Décret du 17 avril 1980 : création d'unités d'accueil et de réception des urgences en mesure d'accueillir les malades 24 heures sur 24

- Circulaire du 14 mai 1991 : spécification des normes auxquelles doivent répondre les services d'urgences

- 1994 : rapport Barrier sur « sur la prise en charge effective des urgences médicales à tous les échelons, de la médecine de ville jusqu'à l'hôpital »

Les services d'urgence sont vus du côté du grand public comme le service du spectaculaire et de l'action, intéressant notamment les médias, le cinéma et la télévision. Mais du point de vue de la profession c'est un service « à problème » tant dans le travail effectué –

[23] La prise en charge l'urgence médicale par les *paramedics* est différente de celle du SMUR. Les *paramedics* ont une stratégie de *Scoop & Run* (ramasser et courir) alors que le SMUR use d'une stratégie de *Stay & Play* (rester et jouer), expliquant par exemple la présence d'un médecin dans une équipe de SMUR.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

difficultés de prévision, variation forte de la charge de travail, large éventail de pathologies et de soins prodigués, etc. – qu'avec le personnel affecté à ces services que « […] les chefs ou les administrateurs redoutent un peu car il est réputé agité, revendicatif » (Peneff, 1992, p. 7). Cette faible reconnaissance du métier de médecin urgentiste – à la fois professionnelle, symbolique, technique et financière – rend la médecine d'urgence peu attractive (Vassy, 2004). Par ailleurs, les urgentistes empruntent des connaissances et des pratiques aux autres disciplines médicales, ce qui rend difficile pour les médecins urgentistes de s'institutionnaliser. En effet, ils se retrouvent pris en étau entre une médecine de plus en plus spécialisée, et l'accueil de patients divers allant de la « bobologie » – pour reprendre les termes de certains urgentistes – aux cas critiques, en passant par une assistance sociale (Danet *et al.*, 2006).

La reconnaissance du statut de médecin urgentiste et l'institutionnalisation de la médecine d'urgence comme spécialité à part entière se sont donc faites tardivement. Avant 1965, il n'existe aucune réglementation spécifique à la prise en charge de l'urgence à l'hôpital. Il faut attendre la Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 qui spécifie que « le service public hospitalier assure les examens de diagnostic, le traitement - notamment les soins d'urgence - des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel ». Ce n'est qu'en 1988 que les médecins titulaires ont la possibilité de suivre une capacité d'aide médicale urgente (CAMU) comprenant 150 heures de formation théorique et 800 heures de stage sur deux ans. Enfin, c'est en 2001 que la mention « médecine d'urgence » est instaurée à la 48ème section du Conseil National des Universités (CNU), faisant de la médecine d'urgence une spécialité médicale à part entière. L'Assemblée Nationale, par le vote du 16 novembre 2001, reconnaît officiellement la spécialité et un arrêté de 22 septembre 2004 fixe le cadre réglementaire à la création du Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) de médecine d'urgence.

Comme nous l'avons évoqué, l'activité des services d'urgence médicale est structurée autour de la gestion de l'imprévu, du non-planifié. Cette variation de l'activité s'observe dans les variations quantitatives selon les périodes de l'année et les périodes de la journée – où la tranche 13h-21h représente plus de la moitié de l'activité (Steg, 1989). Mais la variation est également qualitative en termes de nature de l'urgence, de types de traitement – examens, soins, traitements, hospitalisation – et de populations se rendant aux urgences. Au final, les patients arrivant dans les services d'urgence ne relèvent pas tous d'une urgence au sens médical du terme (Steg, 1989, p. 5) : « beaucoup d'entre eux auraient pu être traités par les

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

praticiens en dehors de l'hôpital et souvent même en dehors du contexte d'urgence ». Dans ce contexte, les patients des services d'urgence dont le pronostic vital est engagé ne représentent qu'une minorité des cas (Tableau 15).

Tableau 15 – Part de l'urgence vitale sur la totalité du flux de patients des services d'urgence

Sources des données	**Part des urgences vitales dans les entrées des services d'urgence**
Steg (1989)	10%
Peneff (1992)	15 %
DREES (2003)	Entre 8 et 15% dont 2% ont nécessité de la réanimation et/ou des soins intensifs
DREES (2013)	Entre 14 et 21 % dont 1 à 2% ont nécessité de la réanimation et/ou des soins intensifs

La structure des services d'urgence est donc la conséquence organisationnelle de la difficulté pour l'hôpital – dans son fonctionnement classique par services de soins – de traiter le non-planifié. C'est également la raison pour laquelle les services d'urgence donnent l'impression d'être un hôpital à l'intérieur d'un hôpital avec son propre service d'imagerie, son propre hébergement, son propre bloc opératoire, etc. La conception d'un service d'urgence s'opère autour de trois zones d'activités : une zone d'accueil et d'attente, une zone de traitement et d'examen et une zone d'hospitalisation temporaire. Cette structuration lui permet d'assurer ces tâches principales de régulation, de transport des malades et des blessés, d'accueil des patients et d'hospitalisation de courte durée (Danet, 2008). Il est ainsi plus aisé de se représenter un service d'urgence comme un régulateur de flux de patients plutôt que comme un service classique. En effet, à la différence des autres services qui ont vocation à avoir de l'hospitalisation, l'hospitalisation des urgences est de courte durée et sert à temporiser la suite de la prise en charge.

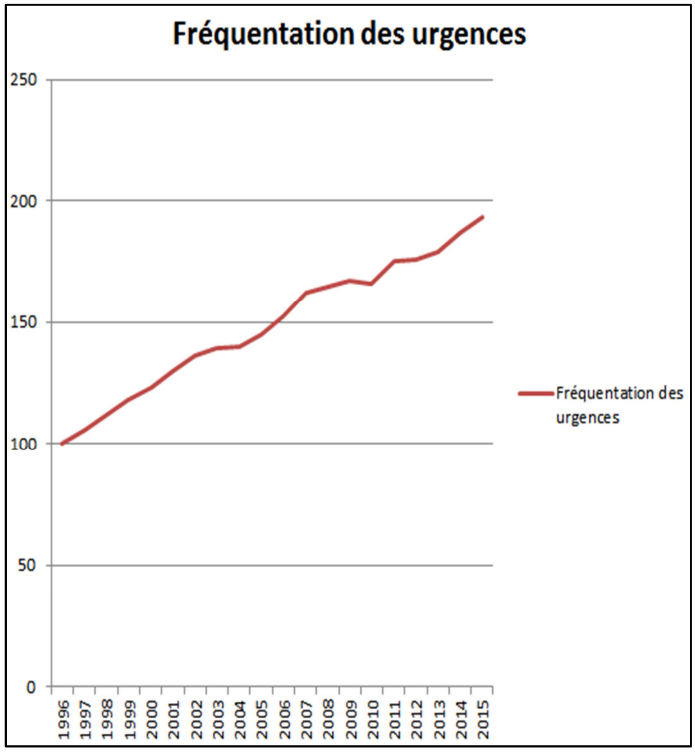
La gestion de ce flux de patients pour l'hôpital rencontre des difficultés du fait de l'accroissement de la fréquentation des services d'urgence, avec un quasi doublement du nombre de passages aux urgences entre 1995 et 2015 (voir Figure 8)[24]. La fréquentation des services d'urgences en France atteint ainsi plus de 20 millions de passages en 2015 (Tableau 16).

[24] Cette évolution reste à interpréter avec prudence du fait de la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000, ce qui introduit une rupture de série entre 1999 et 2000.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Figure 8 – Nombre annuel de passages aux urgences en France (base 100 en 1996)

Année	Fréquentation des urgences
1996	100
1997	106
1998	112
1999	118
2000	123
2001	130
2002	136
2003	139
2004	140
2005	145
2006	152
2007	162
2008	165
2009	167
2010	166
2011	175
2012	176
2013	179
2014	187
2015	193



Source : DREES, SAE (2014-2015) ; données hors SSA (Services de Santé des Armées)

Tableau 16 – Nombre de passages aux urgences en France en 2015

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		**Ensemble**	
	2015	Évolution 2014-2015 (en %)	2015	Évolution 2014-2015 (en %)	2015	Évolution 2014-2015 (en %)	**2015**	**Évolution 2014-2015 (en %)**
Structures générales	10 778 318	2,3	737 033	- 2,41	2 628 584	4,3	**14 143 935**	**2,4**
Structures pédiatriques	623 397	-1,2	59 744	3,8	0	-	**683 141**	**-0,8**
Structures générales et pédiatriques	5 216 450	5,2	245 864	3,0	0	-	**5 462 314**	**5,1**
urgences générales	*3 642 258*	*5,8*	*148 404*	*1,5*	*0*	-	***3 790 662***	***5,6***
urgences pédiatriques	*1 574 192*	*3,8*	*97 460*	*5,4*	*0*	-	***1 671 652***	***3,9***
Ensemble	**16 618 165**	**3,1**	**1 042 641**	**-0,8**	**2 628 584**	**4,3**	**20 289 390**	**3,0**

Source : DREES, SAE (2014-2015)

Les causes de cette affluence sont multiples mais deux causes majeures peuvent expliquer cette affluence. La première concerne les évolutions structurelles de l'hôpital. Au traitement des pathologies urgentes – relatives ou vitales – s'adjoint également le traitement des pathologies non-urgentes mais difficilement « hospitalisables » compte tenu de la segmentation des services. De plus, la saturation des services d'urgence est liée à un blocage

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

au niveau des lits d'aval disponibles, rappelant que la surcharge des urgences est un problème à traiter au niveau de l'hôpital et pas uniquement au niveau des services d'urgence (Claret, Bobbia, Richard, Poher, & de La Coussaye, 2014). Il s'agit également d'apporter des soins aux personnes âgées et/ou en détresse sociale et/ou en détresse psychologique (Steg, 1989). Cette troisième catégorie tend à croître et reste la moins bien dotée en termes de remboursement et de tarification. L'activité d'« urgence sociale » – pour reprendre les termes du rapport d'information du Sénat de 2017 sur les urgences hospitalières[25] – tend à devenir une activité importante des services d'urgence alors qu'elle est considérée comme un reste à charge (Peneff, 2000, p. 21): « ces services sont une fonction de déversoir en dernière instance pour des missions que la police, la justice ou les travailleurs sociaux ne veulent assumer ». La seconde cause de cette affluence est à rechercher au niveau de la modification du système d'offres de soins, où les services d'urgence jouent le rôle de réponses aux diverses carences du système. Comme le précise le Livre Blanc de l'association Samu-Urgences de France[26] de 2015, « l'urgence en matière de santé est définie par le patient lui-même ou par son entourage, inquiet devant des signes d'apparition brutale, mais aussi lorsqu'il ne trouve pas de réponse ailleurs à son problème de santé ». Faute de trouver une réponse médicale adéquate, les patients vont aux urgences spontanément sans passer par un médecin de ville : c'est « l'absence d'offre adaptée [qui] constitue l'urgence » comme le précise le Dr Giroud, ancien président de l'association Samu-Urgences de France, cité dans le rapport du Sénat[3] (p.32). Il s'agit alors d'opter pour une approche au niveau du système de soins plus qu'au niveau des services d'urgence avec en amont les soins de proximité (médecine de ville, maison médicale de garde) et en aval l'orientation vers les services spécialisés. Les services d'urgence doivent, dans ce système, être des régulateurs de flux plus que des solutions par dépit.

Les services d'urgence sont donc caractérisés par une pression temporelle liée à l'urgence et par une complexité de l'environnement – qu'il soit externe (inconnu et imprévisible), organisationnel (multiples composantes, multiples acteurs, multiples contraintes), mais également dans les interactions qui existent entre l'organisation hospitalière et son environnement. Le rapport au temps renforce d'autant plus cette complexité car il y a une

[25] Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé – Rapport d'information n° 685 (2016-2017) de Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 26 juillet 2017

[26] Livre Blanc de l'association Samu-Urgences de France de 2015 « Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir », 2015

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

obligation d'action là où un processus rationnel d'exploration des options ne permettrait pas cette action car trop incertain (Journé *et al.*, 2012). Entre obligation d'actions et risque d'erreurs, la fiabilité n'en est pas pour autant impossible. Ainsi, dans une approche d'un système tolérant aux erreurs (Gilbert *et al.*, 2007), la fiabilité ne signifie pas l'absence d'erreurs dans le système mais l'absorption et la mitigation des conséquences de celles-ci sur le système. Plus encore, l'erreur devient un élément de la fiabilité car sa résolution –dans la mesure où cette erreur et ses conséquences sont sous contrôle – améliore la fiabilité (Gilbert *et al.*, 2007). Concevoir un système fiable ce n'est donc pas tenter de supprimer toutes les erreurs ou supprimer tout écart au modèle de référence, mais surveiller les marges de sécurité et les risques encourus passant d'un système « *error-free* » à un système « *error-tolerant* ».

Mais, cette vision de la fiabilité basée sur la tolérance aux erreurs, bien que plus proche de la réalité des HROs, pose un problème de légitimité quant à son acceptation au niveau politique, et auprès du grand public, compte tenu de la vision qui est faite du risque et de la sécurité en médecine. Comme la présente la section suivante, la fiabilité des services d'urgences médicale – et plus largement des unités de soins et de l'hôpital – peut être rapprochée de la notion de sécurité du patient *(Patient Safety*). Or, l'enjeu de la sécurité du patient a longtemps ignoré la place de l'erreur dans la mise en péril de cette sécurité. Les études faites dans les années 2000 sur l'impact de l'erreur dans la sécurité du patient ont profondément changé les approches de la médecine à l'égard de l'erreur et du facteur humain.

2. L'ENJEU DE FIABILITÉ DANS LES UNITÉS DE SOINS : LA SÉCURITÉ DU PATIENT

La première section de ce chapitre a permis d'expliquer en quoi les services d'urgence médicale peuvent être des terrains intéressant pour étudier la fiabilité organisationnelle. Nous avons également présenté les fonctions des services d'urgence médicale dans le système de soins français. Cette deuxième section s'attache quant à elle à détailler comment se matérialise la fiabilité dans les unités de soins. Cette fiabilité apparaît au travers de l'idée de sécurité du patient. Les années 2000 ont ainsi été un tournant important vers la fiabilité et la résilience opéré par la médecine.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

2.1. LA FIABILITÉ DANS LES SERVICES D'URGENCE : LA SÉCURITÉ DU PATIENT

Au premier abord, la sécurité industrielle ne semble pas forcément pertinente pour analyser les causes des erreurs médicales. Pourtant, elle apporte un éclairage intéressant sur la sécurité du patient, notamment par la gestion du facteur humain et social (Roberts *et al.*, 2003). Par exemple, la réduction des accidents d'avions sur les porte-avions dans les années 1950 n'est pas tant due aux avancées technologiques qu'aux acteurs utilisant cette technologie, mettant en avant l'importance du facteur humain dans le maintien de la fiabilité. Au niveau médical, la sécurité du patient représente l'enjeu de fiabilité à l'hôpital et les unités de soins qui la composent. La suppression, la prévention et la diminution des effets négatifs liés au processus de soins – tels que les accidents, les erreurs, les écarts – présentent des similitudes avec la sécurité d'exploitation d'un site industriel. Parmi le grand nombre de définitions de la sécurité du patient (Tableau 17), nous retenons celle proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé[27]:

> Prevention of errors and adverse effects to patients associated with health care. While health care has become more effective, it has also become more complex, with greater use of new technologies, medicines and treatments. Health services treat older and sicker patients who often present with significant co-morbidities requiring more and more difficult decisions as to health care priorities. Increasing economic pressure on health systems often leads to overloaded health care environments.

Cette définition nous semble la plus globale car elle considère la sécurité du patient au niveau des conséquences potentielles sur le patient, le risque d'erreur mais également le contexte de la pratique de la médecine en termes technologiques, techniques et sociodémographiques.

[27] Source : World Health Organization Europe (2017) – http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Tableau 17 – Définitions de la sécurité du patient couramment mobilisées dans la littérature en médecine et en santé publique

Sources	**Définitions de la sécurité du patient**
Organisation Mondiale de la Santé (OMS), rapport du 8 juin 2007	L'absence, pour un patient, d'atteinte inutile ou potentielle associée aux soins de santé. Une atteinte associée aux soins de santé est une atteinte découlant de ou associée à des projets formulés ou à des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés et qui ne résulte pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacent(e) […] un incident relatif à la sécurité des patients est un événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner, ou a entraîné, une atteinte inutile pour un patient […] un événement indésirable est un incident qui entraîne une atteinte pour le patient.
Vincent (2006, p. 14)	The avoidance, prevention and amelioration of adverse outcomes or injuries stemming from the process of healthcare.
Haute Autorité de Santé (HAS), mis en ligne le 21 mai 2013	La sécurité du patient se définit comme la réduction de tout risque de préjudice évitable subi par le patient… Elle a pour ambition première d'éviter toute inversion du bénéfice/risque à se faire soigner
Brami et Amalberti (2010, p. 3)	Concept d'incident médical indésirable [qui] s'efforce de résoudre et de corriger toutes les causes possibles, y compris les causes organisationnelles, sociologiques et systémiques.
Mitchell (2008, p. 2)	Emphasis is placed on the system of care delivery that (1) prevents errors; (2) learns from the errors that do occur; and (3) is built on a culture of safety that involves health care professionals, organizations, and patients.

La sécurité du patient cherche donc à prolonger la vision classique de la médecine pour soigner le patient – *Evidence-Based Medicine*, bonnes pratiques, protocoles, etc. – en tenant compte de l'application de la meilleure stratégie (Brami & Amalberti, 2010). Au travers de la sécurité du patient, l'erreur occupe une place centrale à la fois pour prévenir leur survenance et pour apprendre de l'erreur. L'erreur en médecine est une défaillance du processus de soins entraînant une issue défavorable (Hofer & Hayward, 2000). Deux éléments viennent compléter cette définition. Tout d'abord l'erreur peut intervenir aux différentes étapes du soin (voir Tableau 18) et certains facteurs influencent la survenue d'erreurs en médecine : l'expérience du médecin, les interruptions multiples durant une action, le stress, la fatigue, le manque de communication avec les autres soignants, la mauvaise ergonomie (Brami & Amalberti, 2010). L'erreur peut donc être la conséquence ou la cause de la défaillance et l'analyse des accidents pose la question du degré de décomposition de l'accident pour en déterminer la cause (Rasmussen *et al.*, 1990).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Tableau 18 – Type d'erreurs recensées par l'*Institute of Medicine* (IoM)

Diagnostic
Error or delay in diagnosis
Failure to employ indicated tests
Use of outmoded tests or therapy
Failure to act on results of monitoring or testing
Treatment
Error in performance of an operation, procedure, or test
Error in administering treatment
Error in the dose or method of using a drug
Avoidable delay in treatment or in responding to an abnormal test
Inappropriate care
Preventive
Failure to provide prophylactic treatment
Inadequate monitoring or follow-up of treatment
Other
Failure of communication
Equipment failure
Other system failure

Le second élément concerne les effets négatifs de l'erreur. Il peut être intéressant d'intégrer également les événements qui auraient pu avoir des conséquences négatives. La définition de l'erreur en médecine prend alors la forme d'une défaillance du processus de soins entraînant *ou ayant pu entraîner* une issue défavorable. Cet ajout permet de catégoriser deux types d'événements : les événements indésirables et les presqu'accidents – que l'on nomme également « *near misses* », « *close calls* », ou encore « événements porteurs de risques » (EPR) pour reprendre les termes de Brami & Amalberti (2010). Un presqu'accident est une anomalie du processus de soin qui n'a pas entraîné de blessures ou de dommages matériels. Bien qu'il n'y ait pas de conséquences sur le patient, ces presqu'accidents sont riches d'information car leurs schémas de fonctionnement présentent des similitudes avec ceux des accidents (Kessels-Habraken, Van der Schaaf, De Jonge, & Rutte, 2010). Un événement indésirable est un événement ayant une « conséquence préjudiciable sur le parcours de soin du patient (du simple retard de guérison jusqu'au décès). Il est qualifié d'événement grave quand il a réellement eu un impact sur le patient et causé un dommage. » (Brami & Amalberti, 2010, p. 80). La survenance d'événements indésirables graves est constatée dans 2 à 4% des hospitalisations (Leape, 1994), proportion confirmée dans les enquêtes françaises[28]. Les presqu'accidents sont plus nombreux puisque pour 1 mort ou blessé grave, 600 incidents sans conséquences surviennent (Brami & Amalberti, 2010; Hecker & Goldenhar, 2014). Ces études insistent sur le caractère fréquent des erreurs et de l'intérêt de

[28] Enquête nationale sur les événements indésirables associés aux soins (ENEIS) dans les établissements de santé – Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), 2010.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

ne pas se focaliser uniquement sur les événements indésirables graves mais également ceux n'ayant pas eu de conséquences, faisant du traitement de l'erreur un vecteur majeur de l'amélioration de la sécurité du patient.

S'il est pertinent d'étudier la médecine et les services d'urgence sous l'angle de la haute fiabilité, la médecine s'est également intéressée aux concepts en lien avec la fiabilité organisationnelle, alimentant le débat autour de la sécurité du patient. Cet appel à s'emparer des concepts liés aux HROs sert les praticiens mais également les structures hospitalières (Shapiro & Jay, 2003). Cette réflexion autour de la fiabilité organisationnelle prend place autour du rôle de l'erreur dans la pratique de la médecine, dont le rapport *To Err Is Human* de l'Institut de Médecine américaine a profondément marqué le champ de la sécurité du patient.

2.2. *TO ERR IS HUMAN* : LE « TENERIFE » DE LA MÉDECINE

Si l'accident de Tenerife avait donné lieu à un ensemble de réflexions autour de la prise en compte du facteur humain dans les situations de pilotage – comme nous l'évoquions dans le deuxième chapitre (Encadré 11 p.87) -, le rapport *To Err Is Human* (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000) a eu des conséquences similaires dans le domaine de la médecine. Si les conséquences iatrogéniques sur la sécurité du patient étaient connues avant ce rapport (voir Encadré 21), c'est à partir de celui-ci que les publications autour de la sécurité du patient se sont développées (voir Figure 9), avec un nombre de publications triplé en dix ans (Stelfox, Palmisani, Scurlock, Orav, & Bates, 2006).

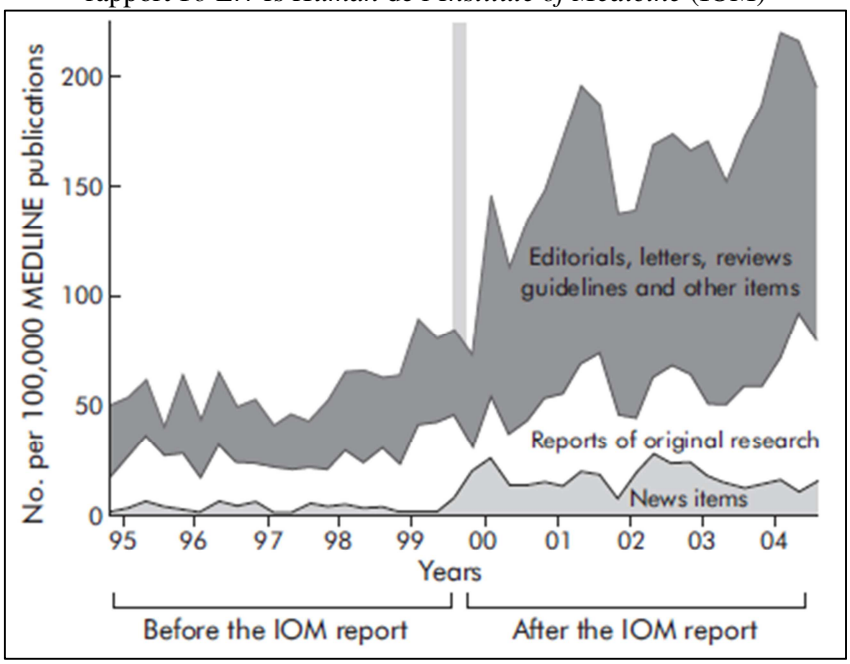
Encadré 21 – Un constat ancien des risques liés à la pratique de la médecine

La problématique des conséquences négatives de la médecine moderne sur les patients n'est pas un sujet nouveau. Wears *et al.* (2014) constatent que dès les années 1950, la problématique est soulevée. Ils citent notamment le livre *Diseases of Medical Progress* de Robert H. Moser (1959) qui constate que les dommages au patient ne sont pas seulement dus à la pratique de la médecine mais sont également dus à de mauvaises pratiques ou de mauvaises évaluations du rapport bénéfice/risque.

Schimmel (1964) constate que 20% des patients admis dans des hôpitaux universitaires américains souffrent d'iatrogénie . Parmi ces 20%, 1 sur 4 – soit 4% de l'ensemble des hospitalisations – va souffrir de conséquences sérieuses voire fatales. L'étude de Steel *et al.* (1981) constate le même phénomène et précise que la moitié des phénomènes iatrogéniques concerne la prise de médicaments. Sur la base de cette étude, Leape (1994, p. 1851) extrapole le nombre de décès par apport à la population des États-Unis pour arriver au nombre de 180 000 morts par an : « the equivalent of three jumbo-jet crashes every 2 days ». Cette comparaison sera reprise de nombreuses fois pour illustrer le nombre de morts afin de faire le rapprochement avec l'accident de Tenerife, où deux Boeing 747 s'étaient percutés.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Figure 9 – Évolution du taux de publication sur la sécurité du patient avant et après la publication du rapport *To Err Is Human* de l'*Institute of Medicine* (IOM)



Source : Stelfox *et al.* (2006)

Le but du rapport n'est pas de faire culpabiliser les médecins face au nombre de décès dû aux erreurs mais plutôt de mettre en avant, comme son titre l'indique, que l'erreur est humaine et qu'il est nécessaire de briser le mythe d'une médecine sans erreur. En effet, le rapport souligne qu'aux États-Unis, entre 44.000 et 98.000 morts par an seraient dus à des erreurs médicales. L'enjeu en termes de santé publique est donc de taille car les conséquences de soins médicaux en lien avec ces soins, et non imputable à l'évolution des maladies, représenteraient entre la 5e et la 8e cause de décès aux États-Unis (Tableau 19). Mais, paradoxalement, cette étude n'a pas connu les répercussions médiatiques attendues. Cette sous-médiatisation s'explique par la répartition géographique et temporelle de ces décès – à la différence d'un crash aérien où plusieurs centaines de personnes meurent simultanément en un endroit précis – mais également par la difficulté de savoir si le décès correspond à un problème de sécurité du patient ou à une évolution de la maladie (Gaba, 2000). L'auteur cite par exemple une erreur de dosage de chimiothérapie détectée par hasard lors d'une étude clinique, mais jusqu'à cette découverte les décès étaient rattachés à une évolution de leur cancer et non à un problème de dosage.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Tableau 19 – Statistiques de décès aux États-Unis en 1998 (adaptées de Martin, Smith, Mathews, & Ventura, 1999)

Pathologies	**Nombre de décès**	**Taux de mortalité**
Maladies cardiaques	724 269	30,98%
Tumeurs malignes[(a)]	538 947	23,05%
Maladies cérébro-vasculaires	158 060	6,76%
Broncho-pneumopathie et assimilés	114 381	4,89%
Pneumonie / grippe	94 828	4,06%
Accidents	93 207	3,99%
Dont accidents de la route	*41 826*	*1,79%*
Dont autres accidents	*51 381*	*2,20%*
Diabète sucré (*Diabetes mellitus*)	64 574	2,76%
Suicide	29 264	1,25%
TOTAL Décès (TOP8 causes)	1 817 530	77,74%
TOTAL Décès (toutes causes)	2 338 075	0.86%[(b)]
Erreurs (estimation basse)	*44 000*	*1,88%*
Erreurs (estimation haute)	*98 000*	*4,19%*
Population USA[29]	271 387 000	

[(a)] dont cancer du sang et des organes hématopoïétiques[30]
[(b)] soit un taux de mortalité de 861,5 pour 100 000 habitants en 1998

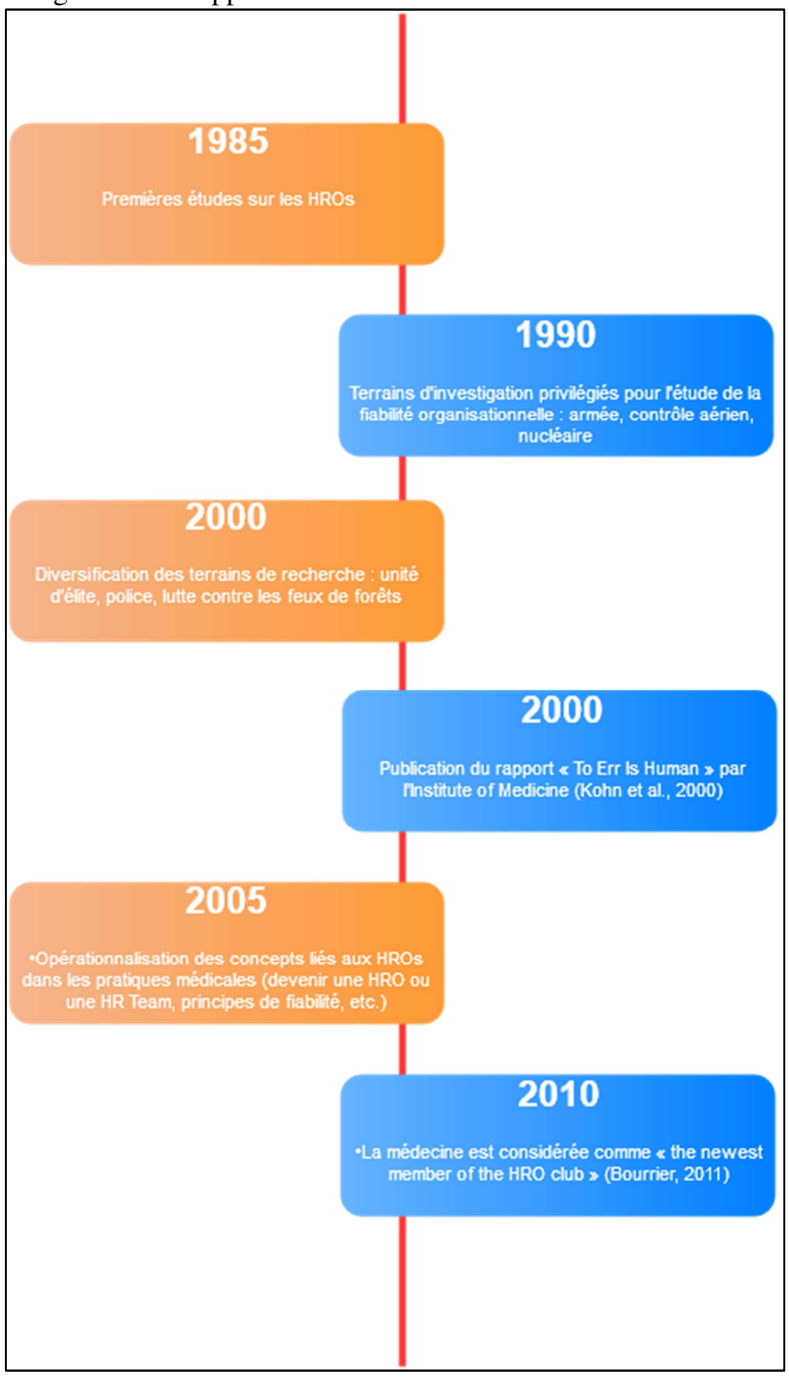
Si le nombre de décès annoncé est important, il doit être abordé plus comme un nombre plancher que comme un maximum compte tenu du périmètre de l'étude, basé sur des rapports d'incidents et non sur le nombre de préjudices réels, et effectué au sein de l'hôpital et non au niveau du système de soins (Leape, 2000). Les études récentes confirment ce phénomène, orientant le nombre de décès entre 200 000 et 400 000 morts par an aux États-Unis. À cela, il convient d'ajouter 10 à 20 fois plus d'événements indésirables n'ayant pas entraîné le décès du patient mais suffisamment graves pour nécessiter un séjour prolongé à l'hôpital, des séquelles permanentes ou la nécessité de suppléer les fonctions vitales du patient (intubation, respirateur artificiel, ECMO, dialyse, etc.) (James, 2013; Shabot, 2015). Néanmoins, qu'il s'agisse de 100, 200 ou 400 000 morts par an, le phénomène ne peut être tenu comme mineur et nécessite une réflexion approfondie sur la façon de faire la médecine, d'améliorer la sécurité du patient, et d'accepter l'erreur comme faisant partie du quotidien de la pratique de la médecine.

[29] Source : census.gov, Population Estimates Program, Population Division, U.S. Census Bureau
[30] L'hématopoïèse est le processus physiologique permettant la création et le renouvellement des cellules sanguines. Les organes hématopoïétiques sont principalement la moelle osseuse, le thymus, les ganglions et la rate.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Le rapport de l'Institut de Médecine a donc profondément changé les comportements et les organisations, même si plusieurs années ont été nécessaires à leur mise en place (Leape & Berwick, 2005, p. 2385) : « in sum, the groundwork for improving safety has been laid these past 5 years but progress is frustratingly slow. Building a culture of safety is proving to be an immense task and the barriers are formidable ». Cette volonté de transformer la médecine en assurant une meilleure sécurité du patient coïncide avec l'élargissement du courant de recherche autour de la fiabilité organisationnelle à d'autres terrains de recherche (voir Figure 10).

Figure 10 – Chronologie du développement des terrains de recherche sur la fiabilité organisationnelle



© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Cette conjonction d'agendas explique le développement des études autour de la fiabilité dans la médecine. Nous retrouvons ainsi les éléments que nous avons déjà abordés lors du deuxième chapitre mais opérationnalisés et analysés au niveau du secteur médical. Non seulement le nombre de publications concernant la sécurité du patient a augmenté mais les thématiques abordées ont intégré les éléments organisationnels. Par exemple, Stelfox *et al.* (2006) constatent que le sujet des mauvaises pratiques représentait 6% du nombre de publications sur la sécurité du patient avant le rapport *To Err Is Human* et ne représentait plus que 2% du nombre de publications cinq ans après la publication du rapport. Dans le même temps, le sujet de la culture organisationnelle est passé de moins de 1% à 5% du nombre de publications. Outre les publications, les pratiques de soins sont modifiées avec la prise en considération du facteur humain, une standardisation des pratiques et de nouvelles organisations du temps de travail (Leape & Berwick, 2005). De manière plus globale, c'est également la prise de conscience que blâmer et punir l'erreur n'aide pas à améliorer la sécurité du patient (Wachter, 2004).

Au-delà d'une réflexion sur la fiabilité organisationnelle, la médecine s'est également approprié des éléments – concepts, processus, recommandations, etc. – liés aux HROs. Cette appropriation a principalement pris quatre formes : la considération que les unités de soins peuvent être des HROs (e.g. Roberts *et al.*, 2005; Carroll, Hatakenaka, & Rudolph, 2006; Dixon & Shofer, 2006) ; la faisabilité d'application des principes de fiabilité développés par Weick & Sutcliffe (Arnold, 2014) ; une approche de la fiabilité au niveau des équipes de soins (e.g. Baker, Gustafson, Beaubien, Salas, & Barach, 2005; Benn, Healey, & Hollnagel, 2008; Miller, Riley, & Davis, 2009; Riley *et al.*, 2010) ; le développement d'une culture de sûreté (Leape, Berwick, & Bates, 2002; Pronovost *et al.*, 2006). Mais, pour autant, la nécessité d'une meilleure fiabilité de ces organisations n'est pas sans soulever certaines difficultés inhérentes au secteur d'activité.

2.3. Face à l'injonction de fiabilité, des difficultés de mise en œuvre

La première difficulté réside dans le rapport à l'erreur et la tension entre faute et erreur. L'erreur est perçue par les médecins comme un problème individuel de compétences ou de négligences (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000). Les solutions proposées sont donc de mieux former ou de sanctionner le soignant. Cette vision de l'erreur en médecine n'est pas uniquement partagée par les médecins mais concerne également la vision qu'en ont les

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

patients – pour qui le médecin est infaillible – et l'hôpital – pour qui l'erreur est une anomalie est doit être sanctionnée (Galam, 2014; Wu, 2000). Cette vision de perfection du médecin renforce la difficulté de parler de ses erreurs et a pour conséquence des réactions défensives – déni, rejet, colère – ainsi qu'une tendance à surestimer ses capacités à soigner même dans des conditions difficiles de fatigue, de stress et d'urgence (Helmreich, 2000). Il est donc important de faire prendre conscience que l'erreur est rarement le fait de manques de connaissances et de compétences mais est liée à la pratique même de la médecine renforcée par des éléments organisationnels contingents à l'activité (Rasmussen *et al.*, 1990; Leape & Berwick, 2005). Pour autant, comme l'illustre la jurisprudence, déterminer le rôle des différents facteurs qui ont conduit à l'erreur n'est pas évidente, et la distinction reste ténue entre erreur et faute au niveau juridique. Ce risque juridique est ressenti par les médecins qui tendent à considérer que l'erreur équivaut à une faute pour laquelle leur responsabilité juridique est engagée, rendant ce sujet d'autant plus tabou à aborder (Brami & Amalberti, 2010).

La seconde difficulté concerne la nécessité d'un changement de culture. Les cas étudiés d'un changement radical de culture dans des unités de soins (Roberts *et al.*, 2005; Madsen *et al.*, 2006a; van Stralen, 2008) mettent en évidence une résistance au changement de la part du personnel de soins et de l'hôpital. Les médecins considéraient, par exemple, que la décentralisation de la décision relevait plus d'un manque de connaissance et de compétences que d'une volonté de mieux soigner. Ceci est renforcé par le modèle décisionnel appris en faculté de médecine, où le médecin est le décideur et le seul responsable de la santé du patient. Ceci explique pourquoi les médecins peuvent être réticents à ce changement, non par refus de changer, mais en défendant un modèle, qui, même s'il n'est pas le meilleur, est intégré et connu par les médecins et évite ainsi le risque inhérent à ce changement. Au niveau du personnel de soins, nous constatons également le même phénomène car ce changement implique de nouvelles responsabilités dans la sécurité du patient. Cette résistance est d'autant plus forte que le personnel de soins est bien souvent partagé entre différentes unités, et les expériences de changement étudiées se sont faites au niveau d'une unité ou d'un service. La fragilité des nouveaux fonctionnements, ceci malgré leur efficacité, du fait de leur intégration dans une culture traditionnelle qui, elle, n'a pas changé, rend plus difficile la cristallisation des nouveaux comportements. La culture de l'hôpital prendra le dessus si les efforts pour la séparer de la culture du service orienté sûreté cessent. Pour pallier cela, le service pourrait travailler en autarcie vis-à-vis de l'hôpital auquel il est rattaché, en ayant un personnel de soins dédié afin qu'il s'habitue et s'entraîne avec ce fonctionnement (Madsen *et al.*, 2006a).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Nous retrouvons donc ici la notion d'internalisation, que La Porte (1996) développe en comparant les HROs aux *Large Technical Systems* (LTS), la tendance des organisations complexes à internaliser l'ensemble de leur fonctionnement soit dans l'organisation, soit au sein d'un réseau dédié. Mais est-il structurellement et politiquement tenable qu'un hôpital ne soit que l'agrégation d'unités autonomes voire autarciques ? Une autre solution serait alors d'envisager un changement au niveau de l'hôpital. Mais la structure organisationnelle d'un hôpital, faite de nombreuses sous-structures – urgences, services de médecine, multi-sites, etc. – peut rendre la coordination du changement complexe. Enfin, le manque d'implication du *top management* et le manque de mesures concrètes – notamment des mesures globales d'amélioration de la sécurité du patient – expliquent ces îlots de mesures d'amélioration de la sécurité du patient dans un océan de mesures servant d'autres objectifs (Leape & Berwick, 2005).

L'importance de l'histoire et de la construction de la fiabilité dans un service, et non pas l'application de techniques préétablies, soulignent la difficulté de transformer un service de soins en HRO. En effet, de nombreuses approches opérationnelles de la haute fiabilité ont été faites en médecine, où des praticiens s'emparent des concepts pour les utiliser dans leurs pratiques (Schiff, 2014). Mais comme le remarquent Tamuz et Harrison (2006, p. 1670 sq.) « Despite the value of NAT and HRT, practitioners and researchers should treat both as frames and not as blueprints; they are sensitizing devices and not roadmaps ». Il n'a jamais été dans les intentions de l'école de Berkeley de la fiabilité de faire de la haute fiabilité un onguent organisationnel à appliquer pour devenir une HRO, de transformer une organisation au travers d'un processus parfaitement établi (Bourrier, 2011). Au contraire, il s'agit d'orienter la réflexion autour de l'acceptation de l'erreur, des valeurs qui fondent l'importance de la fiabilité et des conséquences en cas de défaillance de cette fiabilité qui motivent à s'organiser en haute fiabilité. Plutôt qu'une somme de bonnes pratiques localisées, il faut tendre vers une approche systémique, accepter la complexité du système et les erreurs inhérentes à son fonctionnement. La mise en place d'une check-list au bloc opératoire (Haynes *et al.*, 2009), que nous avions présenté dans le chapitre 2, illustre cette complexité : il est difficile de mesurer la contribution locale de cette mesure à l'amélioration de la sécurité du patient (voir Encadré 22).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 22 – L'impact limité de la check-list au bloc opératoire

Dans le deuxième chapitre (p. 85) nous expliquions que la mise en place de check-list lors d'une opération chirurgicale avait permis de diminuer les complication et la mortalité (Haynes *et al.*, 2009). Si cette étude est largement reprise dans la littérature, les travaux d'Urbach *et al.* (2014, p. 1035) ne confirment pas l'impact de la check-list sur la morbi-mortalité : « The absence of an effect of checklist implementation in our study may therefore reflect inadequate adherence to the checklist in Ontario. The approach to implementation in Ontario was consistent with WHO recommendations and was similar to that used in many other jurisdictions. It is possible that published evidence regarding the efficacy of implementing checklists within hospitals participating in safety research is not generalizable; the effectiveness of surgical checklists in typical practice settings — as in this study — may be more limited. ».

Deux pistes d'explications peuvent être proposées pour expliquer la différence entre les deux études :

- Un effet Hawthorne qui si il avait été souligné dans l'étude initiale (Haynes *et al.*, 2009) a été sous-estimé.

- L'analyse de l'impact des check-lists n'a jamais été pratiquée dans des essais contrôlés randomisés. Les études qui ont souligné un impact positif important de la check-list ont été faite soit dans un environnement où à la check-list été liée un entraînement intensif des équipes, soit l'application d'une check-list étendue accompagnant le patient tout au long du séjour et pas uniquement durant le bloc opératoire.

Il est donc difficile dans ces conditions de déterminer précisément le poids de la check-list dans l'amélioration de la sécurité du patient. Mais, comme le rappelle Leape (2014, p. 1063) : « The key is recognizing that changing practice is not a technical problem that can be solved by ticking off boxes on a checklist but a social problem of human behavior and interaction ».

L'importance accordée à la sécurité du patient et au rapport à l'erreur – dans la littérature scientifique mais également dans les pratiques médicales – souligne le changement majeur dans la réflexion de la médecine autour de la fiabilité organisationnelle. De nouvelles voies sont explorées afin de mettre la sécurité du patient comme objectif premier de ces organisations. Néanmoins, même si l'idée de sécurité du patient peut sembler évidente – voire faire partie du bon sens que l'hôpital est là pour soigner les malades le mieux possible – son application réelle révèle des obstacles. Si un premier mouvement a tenté de mettre en place des bonnes pratiques issues d'autres secteurs d'activité, un second mouvement, plus analytique, s'est quant à lui emparé des concepts gravitant autour de la fiabilité afin d'analyser l'activité de terrain (Bourrier, 2011, p. 12) :

We are only looking at the tip of the iceberg. Deep below, complex work is done, people are toiling, and complex decisions are made everyday, with few paying attention to them. We depend on these invisible webs of teams, decisions, technology, infrastructures, and yet we know almost nothing about their daily operations. The investigation must go on.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

C'est dans cette approche plus enracinée sur le terrain, que notre projet de recherche s'ancre afin de mieux comprendre la spécificité de la médecine, d'étudier le fonctionnement et les pratiques en cours et leurs liens avec le maintien d'une fiabilité organisationnelle dans une unité de soins.

3. UN SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES COMME TERRAIN DE RECHERCHE

Mieux comprendre le maintien de la fiabilité dans une unité de soins pose alors la question du choix de l'unité de soins. La première section de ce chapitre nous a permis de mettre en avant trois caractéristiques à retenir compte tenu de notre objet de recherche. La première caractéristique est l'enjeu en cas de défaillance, élément au cœur de la fiabilité organisationnelle. L'enjeu de vie ou de mort que se retrouve dans l'engagement du pronostic vital doit donc être présent. La deuxième caractéristique est liée à l'urgence médicale et l'impératif d'action que cela impose. La dernière caractéristique est la complexité liée à l'inattendue et la volatilité de l'activité. L'unité de soins étudiée doit donc avoir une partie de l'activité soumise à une difficulté de planification avec des types de patients variant en quantité et en pathologie.

Plusieurs unités de soins réunissent ces trois caractéristiques : les équipes du SMUR, le bloc opératoire des urgences, les services réanimations en sont quelques exemples. C'est finalement l'opportunité de pouvoir étudier un Service d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) qui s'est présentée. Un SAUV est « un lieu d'accueil, au sein du service d'urgence, des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle » (Chabernaud *et al.*, 2003, p. 519). Les études sur la fiabilité organisationnelle se sont développées en médecine notamment pour la médecine de guerre, la gestion des urgences, la chirurgie et l'anesthésie. À l'exception de la médecine de guerre[31], ce terrain est au croisement de ces disciplines médicales : une prise en charge de l'urgence vitale, gérée par des anesthésistes-réanimateurs avec la réanimation et l'anesthésie dans la même unité, intégration au pôle des urgences d'un CHU français. De plus, le volume d'activité est suffisamment important pour en faire une unité dédiée avec ses propres locaux et son propre personnel, rendant son étude plus aisée.

[31] Bien que les attaques terroristes – et particulièrement les événements de novembre 2015 à Paris – aient souligné l'intérêt de la médecine de guerre dans la gestion de ce type d'afflux de patients pour des services de soins civils.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

3.1. L'ACCUEIL DES URGENCES VITALES : UNE UNITÉ INTÉGRÉE DANS UN PÔLE D'ACCUEIL DES URGENCES D'UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

3.1.1. Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU)

L'intégration dans un CHU permet d'avoir un effet taille dans le volume des patients et leur diversité mais également en termes de spécialités et des capacités à traiter en interne une situation. Il n'y a donc pas, en amont de la prise en charge, des patients non traités faute de spécialités ou de capacités techniques. Le CHU est composé d'un ensemble de huit hôpitaux principaux qui regroupent chacun une ou des spécialités médicales :

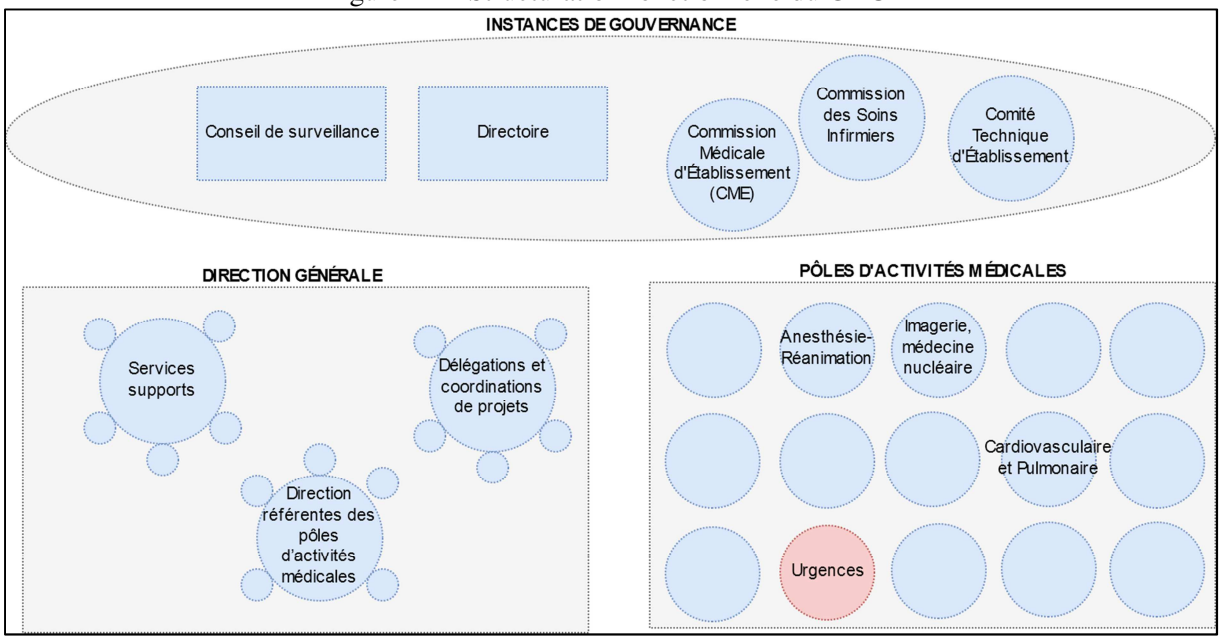
- un hôpital regroupant les spécialités liées au cerveau (neurologie, neurochirurgie), aux os (orthopédie-traumatologie, rhumatologie), d'autres spécialités médico-chirurgicales telles que les grands brûlés, la stomatologie, ainsi que le Service d'accueil des Urgences du CHU
- un hôpital spécialisé en chirurgie
- un hôpital spécialisé dans les maladies respiratoires et chirurgie thoracique
- un hôpital spécialisé dans les pathologies cardiaques et la chirurgie cardio-vasculaire
- un hôpital spécialisé en gynécologie, obstétrique, pédiatrie et néonatalogie
- un hôpital spécialisé en psychiatrie et en géronto-psychiatrie
- un hôpital centré sur la rééducation et les soins de suite
- un hôpital spécialisé dans les pathologies infectieuses

À ces hôpitaux principaux s'ajoute un hôpital gériatrique décentralisé et des centres annexes, tels qu'un centre d'odontologie, un centre d'addictologie, une unité sécurisée pour les patients détenus, etc. Enfin, la faculté de médecine, la faculté dentaire, l'institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) sont situés dans le périmètre géographique du CHU.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Outre les structures d'accueil, la structuration fonctionnelle du CHU est constituée de pôles d'activités, d'une structure administrative et d'instances de gouvernance (voir Figure 11).

Figure 11 – Structuration fonctionnelle du CHU



Sous la responsabilité d'un chef de pôle, d'un cadre gestionnaire et d'un cadre de santé, chaque pôle est rattaché à la direction générale au travers d'un directeur référent. Le CHU est composé de quinze pôles d'activités médicales :

Pôle Anesthésie - Réanimation
Pôle Biologie, pathologie, génétique
Pôle Cardio Vasculaire et Pulmonaire
Pôle Gérontologie
Pôle Imagerie, médecine nucléaire
Pôle Médico-chirurgical
Pôle Mère-Enfant
Pôle Neurosciences et appareil locomoteur
Pôle Psychiatrie, médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire
Pôle Réanimation
Pôle Rééducation, réadaptation et soins de suite
Pôle Santé publique, pharmacologie et pharmacie
Pôle Spécialités médicales et gérontologie
Pôle Spécialités médico-chirurgicales
Pôle Urgences

La gouvernance est assurée par un conseil de surveillance et un directoire. Trois instances représentatives sont consultées pour les questions liées au projet d'établissement : la

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Commission Médicale d'Établissement (CME), composée des représentants élus des médecins et sages-femmes ; la Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-technique, composée des représentants élus des infirmiers et personnel médicaux ; le Comité Technique d'Établissement, composé des représentants élus du personnel non-médical.

Enfin, la direction générale assure le rôle de structure administrative. Elle est composée de trois entités :

- Les services supports : direction stratégique, ressources humaines, ressources financières, ressources physiques, affaires juridiques, système d'information, etc.
- Les délégations et coordinations de projets : appui à la performance, sécurité, développement durable, etc.
- Les directions référentes des pôles d'activités médicales.

En termes de taille, le CHU est composé de 15 303 salariés, dont 3 576 personnels médicaux et 11 727 personnels non-médicaux. La capacité d'accueil est de 3 183 lits et places installées, avec un nombre de séjours avoisinant 200 000 séjours par an pour un taux d'occupation des lits de 90%. Le volume d'activité représente également 1 401 291 consultations et soins externes et 5 683 naissances, faisant de ce CHU une des plus importantes maternités de France. Enfin, le budget annuel était en 2016 de 1.3 milliards d'euros avec un déficit de 1.03% (voir Tableau 20 pour un détail du volume d'activité).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Tableau 20 – Volume d'activité détaillé du CHU

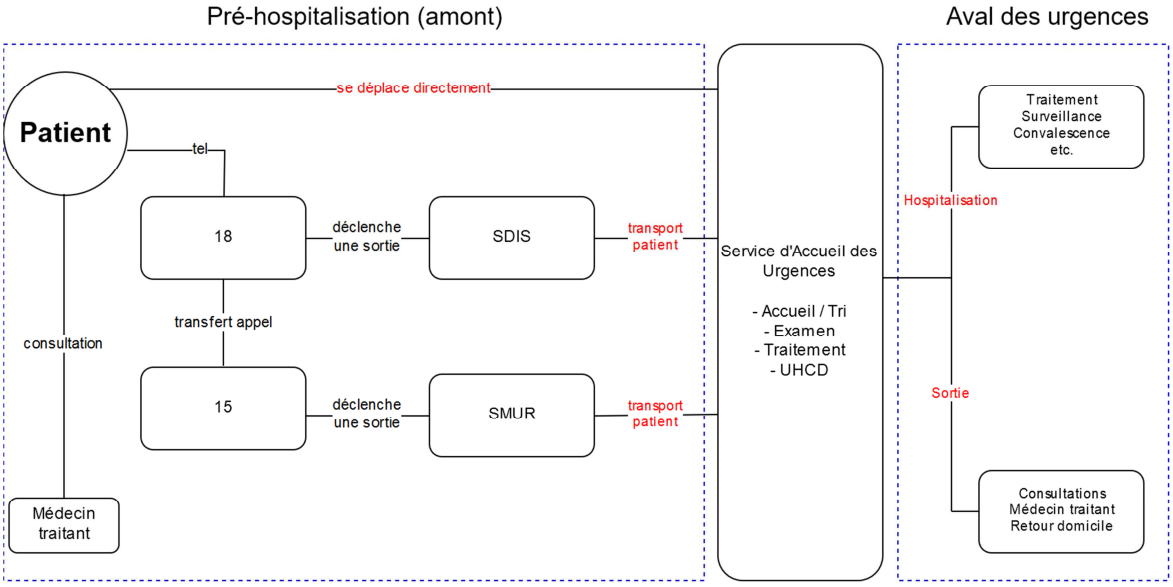
Budget[(a)] **2013** : 1.09 Milliards d'euros (déficit de 0.60%) **2014** : 1.16 Milliards d'euros (déficit de 0.25%) **2015** : 1.20 Milliards d'euros (déficit de 1.00%) **2016** : 1.30 Milliards d'euros (déficit de 1.03%)	
Effectifs 2013[(b)]	**15 303**
dont personnel médical	3 576
médecins	*1 548*
internes	*777*
étudiants hospitaliers rémunérés	*1 251*
dont personnel non-médical	11 727
soignants et éducatifs	*7 592*
médico-technique	*839*
administration	*1 358*
technique	*1 938*
Volume d'activité (2013) [(a)(b)]	
Nombre de lits et places installés	3 183
Taux d'occupation des lits	90.14%
Durée moyenne de séjours	2,86 jours
Nombre de séjours	199 956
dont ambulatoire	107 291 (54%)
Consultation et soins externes	1 401 291
Naissances	5 683
[(a)] Source : rapports d'activité interne [(b)] Source : rapport DREES	

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

3.1.2. Le Pôle de l'urgence et les unités qui la composent

Comme nous l'avions présenté dans la deuxième section de ce chapitre, les services d'urgence médicale servent d'interface pour intégrer les patients non-planifiés à l'hôpital. Ils servent donc de régulateur de flux entre la pré-hospitalisation – en amont des urgences – et les suites de la prise en charge du patient – en aval des urgences (voir Figure 12)

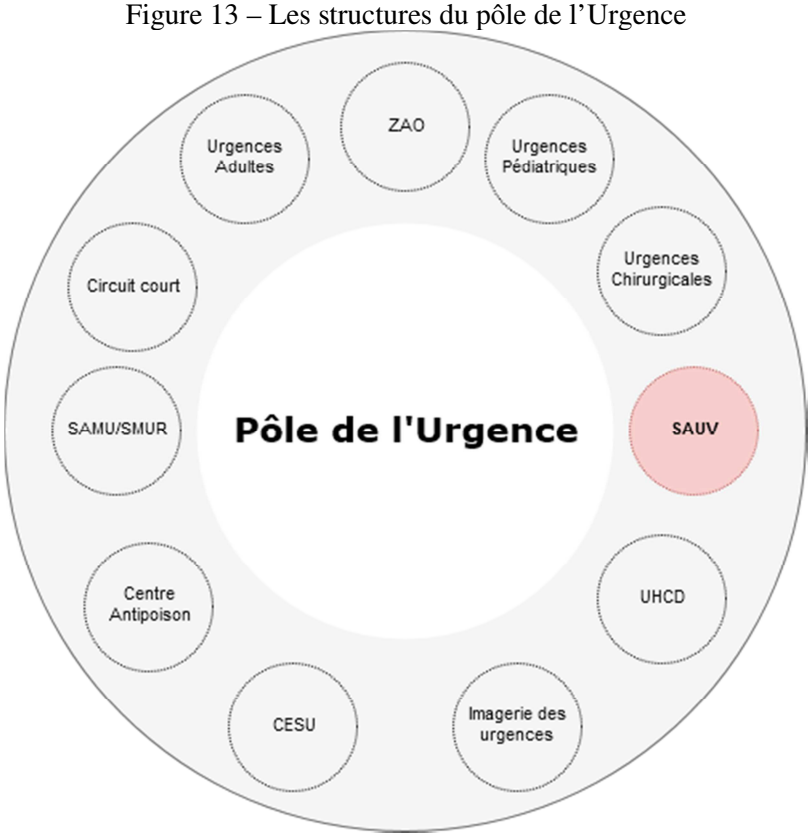
Figure 12 – La prise en charge des patients non-planifiés en France



Pôle d'activité médicale à part entière, le pôle de l'Urgence est composé de différentes structures liées à la prise en charge de l'urgence (voir Figure 13). Pleinement opérationnel depuis 2016, la restructuration – ainsi qu'un nouvel aménagement des locaux – a permis de créer un point d'entrée unique de l'urgence au CHU. Précisons néanmoins que certaines unités ont leur propre gestion de l'urgence. La maternité gère par exemple les urgences obstétriques. C'est également le cas de certains services – comme le Centre de Traitement des Brûlés – qui, compte tenu de la spécificité des pathologies, intègrent des entrées directes. Plutôt qu'une présentation exhaustive de l'ensemble des urgences du centre hospitalier, nous choisissons de présenter l'unité de soins étudiés dans son écosystème, sur la base des informations accumulées lors des observations directes effectuées. Le but est ici de mieux comprendre le fonctionnement de l'unité de soins qui a été notre terrain de recherche et non d'établir une description exhaustive.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Figure 13 – Les structures du pôle de l'Urgence



Les différentes structures du pôle de l'Urgence permettent de prendre en charge les patients non-planifiés de l'hôpital. À l'exception du laboratoire d'analyse médicale – qui est centralisé pour l'ensemble du CHU – le pôle de l'Urgence est un hôpital dans l'hôpital avec son accueil, ses zones de soins et d'examen, son hospitalisation, etc. La Zone d'Accueil et d'Orientation (ZAO) « […] permet à l'infirmière ou au médecin d'accueil, avant l'enregistrement administratif, d'examiner rapidement les malades et d'orienter simultanément plusieurs malades debout ou couchés, si possible par des circuits spécifiques, vers la zone de soins qui leur correspond.» (Bleichner *et al.*, 2005, p. 104). Pour les urgences pédiatriques, l'accueil se fait directement au niveau du service et non via la ZAO. Cette orientation conduit les patients dans les unités d'accueil. Les urgences adultes absorbent le flux principal de patient issu de la ZAO tandis que l'orientation peut amener le patient à suivre le circuit court. Ce circuit est emprunté par les patients présentant les pathologies les moins graves et dont le traitement du patient sera rapide (Freund, 2013). À l'opposé du spectre de la gravité se situe le Service d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) pour les patients présentant les pathologies dont le pronostic vital est engagé. C'est cette unité qui sera l'objet de notre étude.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Les structures présentées ci-avant constituent le cœur de la prise en charge des patients. Ces structures ont à disposition des unités de support dans la prise en charge du patient. Le service d'imagerie des urgences permet de réaliser les examens par imagerie, radio, IRM, et scanner. Par ailleurs, un appareil de radiologie portable permet de prendre des clichés directement dans les unités de soins sans avoir à transporter le patient dans la zone d'imagerie médicale. Le pôle de l'Urgence a également des blocs opératoires dédiés pour le traitement chirurgical des patients. Ces blocs opératoires sont gérés par des chirurgiens affiliés à ces blocs et les chirurgiens des différentes spécialités chirurgicales peuvent également opérer dans ces blocs pour les patients des urgences. L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) s'occupe quant à elle des patients qui sont en attente d'un lit d'hospitalisation ou en attente d'un acte chirurgical non-planifié mais ne pouvant être effectué dans l'immédiat.

En amont de ces structures, le SAMU et le SMUR prennent en charge les patients pré-hospitaliers. Le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) gère le centre d'appel « centre 15 » et la projection de force sur le terrain. Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) est composé des unités terrestres ou héliportés d'intervention sur le terrain.

Enfin, le Centre antipoison assure une information – auprès du grand public mais également auprès des professionnels de santé – sur les risques toxiques des différents produits (médicaments, produits industriels, produits naturels). Le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU) a quant à lui une mission de formation des professionnels de santé. Il forme à « la prise en charge de l'urgence médicale en situation sanitaire normale et exceptionnelle, à la formation initiale et continue de l'ensemble des professionnels de santé, des personnels non soignants des établissements de santé et des structures médico-sociales et, plus généralement, de toute personne susceptible d'être confrontée, en urgence, à un problème de santé dans le cadre de son activité professionnelle »[32].

Au niveau du volume d'activité, le pôle de l'Urgence a pris en charge en 2014 plus de 100 000 patients, le SMUR est intervenu plus de 12 000 fois pour plus de 990 000 appels reçus – un des pôles SAMU/SMUR les plus actifs de France (voir Encadré 23 pour les chiffres détaillés de l'activité).

[32] Article D6311-19 du Code de la santé publique

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 23 – Chiffres détaillés de l'activité du pôle de l'Urgence du CHU en 2014

Urgences (total) : 102 733

Dont Urgences adultes : 76 372

Dont Urgences pédiatriques : 26 361

SAMU/SMUR : [un des pôles de SAMU les plus actifs de France]

12 351 interventions SMUR (héliportées et terrestres)

992 031 appels

Centre Antipoison : 74 523 appels

Source : rapports DREES 2014, 2015 ; rapport interne des activités 2014

Les données financières de l'année 2014 nous permettent de constater que le pôle a un résultat positif de 2,7 millions d'euros, principalement dû à l'activité du SAMU/SMUR. Le premier poste de dépenses est représenté par les charges de personnel (51% de l'ensemble des coûts), ce qui confirme les éléments développés dans la section précédente (voir Encadré 24 pour les données financières détaillées).

Encadré 24 – Données financières du pôle de l'Urgence (2014)

Pôle de l'Urgence : ~+2,7 millions d'euros (charges = 63,9M €; recettes = 66,6M €)

CESU : +0,06 millions d'euros

SAMU/SMUR : +3,7 millions d'euros

Clinique Médico-Chirurgicale : -1,176 millions d'euros

Centre antipoison : +0,118 millions d'euros

- Premier poste de dépenses : charges de personnel avec 51% de l'ensemble coûts (32,3 millions €) dont 13,9 millions € en personnel médical (43,1%) et 18,4 millions € en personnel non-médical (56,9%).

- Deuxième poste de dépenses : prestations mutualisées de l'hôpital (ambulance, blanchisserie, brancardage, informatique, etc.) = 13,1 millions €

- Troisième poste de dépenses : dépenses médico-techniques (examen laboratoire, imagerie, bloc opératoire, etc.) = 10,4 millions €

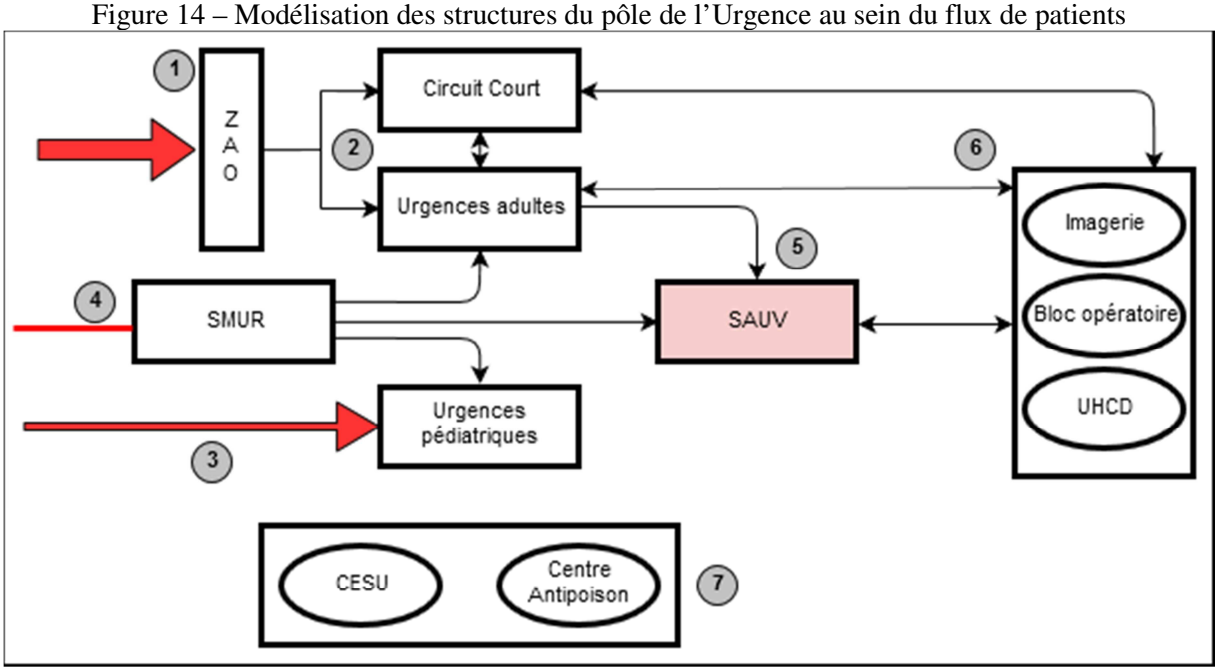
Source : rapport interne d'activité 2014

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Pour conclure cette description du pôle de l'Urgence, et afin de mieux comprendre le fonctionnement de ces structures, il est possible de modéliser ces différentes structures au sein d'un flux de patients[33] arrivant aux urgences (voir Figure 14) :

1- La ZAO sert de régulateur de flux en évaluant le degré de priorité de prise en charge suite à la gravité du patient.
2- L'orientation conduit soit vers circuit court soit vers urgences adultes (où la vitesse de prise en charge varie selon l'évaluation faite en ZAO)
3- Les urgences pédiatriques s'occupent directement de la première évaluation. Les patients dépendant de la pédiatrie ne passent donc pas par la ZAO
4- Le rôle spécifique du SMUR qui se situe en pré-hospitalier. Il s'agit de ressources projetées à l'extérieur de l'hôpital pour prendre en charge un patient qui est ensuite ramené à l'intérieur de l'organisation selon le type de patient et la gravité (urgences adultes, urgences pédiatriques, SAUV)
5- Les patients dont le pronostic vital est engagé sont pris en charge au SAUV. Il s'agit de l'unité qui est au centre de notre étude
6- Unités supports pour le pôle de l'urgence : imagerie, bloc opératoire, UHCD
7- Unités annexes au pôle de l'urgence qui ne sont pas concernés directement par le flux de patient mais servent de support : CESU, centre antipoison

Figure 14 – Modélisation des structures du pôle de l'Urgence au sein du flux de patients



[33] Le flux externe de patients est représenté en rouge

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

3.2. Présentation de l'unité de soins étudiée : le Service d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV)

3.2.1. Description et rôle de l'unité dans le pôle d'activité

Au sein du pôle de l'Urgence se trouve le Service d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) qui a en charge les patients dont le pronostic vital est engagé. Cette unité est donc confrontée à des situations dont la gravité et l'impératif d'action sont intégrés dans leur travail. L'urgence vitale regroupe les situations de décompensation aigues de l'état de santé du patient et dont la prise en charge médicale ne peut être différée par le soignant en charge du patient. Trois fonctions ont un rôle essentiel dans le maintien en vie : la fonction nerveuse – conscience, mouvement, réflexes, etc. –, la fonction respiratoire – apport d'oxygène et évacuation du dioxyde de carbone –, et la fonction circulatoire – principalement le sang pour transport d'oxygène (artères) ou du dioxyde de carbone (veines), mais également l'évacuation des déchets comme l'urine. Le SAUV s'occupe donc des cas les plus sérieux qui ne représentent qu'une proportion minime du flux de patients. Sur les 102 733 passages aux urgences constatées en 2014, les données collectées nous indiquent que seuls 2 806 sont passés par le SAUV, soit 2.25% du total du flux de patients. Ce ratio est en cohérence avec les données nationales fournies par les études de la DREES (2003, 2013), où 2% des patients passés aux urgences ont nécessité des soins de réanimation. Mais il existe une forte variance du nombre et du type de patients effectuant un passage dans un SAUV et ceci à différentes échelles temporelles de comparaison. Par exemple, en 2014 la moyenne était de 7.68 entrées quotidiennes, mais pour la même année trois journées n'ont comptabilisé que 2 entrées tandis que cinq journées ont comptabilité plus de 15 entrées.

Le SAUV est composé de trois zones d'activités principales. La première est la salle de déchocage, la zone de prise en charge initiale du patient par l'équipe médicale de l'unité. C'est là où les soins les plus urgents sont faits pour stabiliser le patient et que les premiers examens sont effectués. Il s'agit de la « plate-forme d'atterrissage » des patients les plus graves, qui partiront par la suite soit au bloc opératoire des urgences, soit dans un service de réanimation. C'est un élément important de compréhension de l'activité de l'unité : le déchocage a vocation à stabiliser, temporiser et effectuer des examens avant une intervention ou un transfert, mais rarement à traiter la cause (sur ce rôle du déchocage, ce qu'est un choc au sens médical du terme, voir l'extrait d'un entretien réalisé avec un médecin de l'unité, à l'Encadré 25).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 25 – Verbatim d'entretiens sur la fonction du déchocage

« Le déchocage c'est une structure d'urgence pour déchoquer c'est-à-dire traiter un état de choc. Par définition un patient en état de choc est dans un état grave, qui doit être de courte durée […] Donc c'est un passage diagnostic et de premier geste de réanimation et de correction d'un état de choc. C'est primordial et préliminaire au traitement de la cause. »

« L'état de choc c'est quoi ? Un état de choc c'est quand tes organes ne sont plus capables de maintenir un niveau suffisant des fonctions vitales. Tu as besoin de suppléer aux fonctions vitales soit
- par la respiration (intuber et ventiler) car ton poumon ou ton cœur ne font plus marcher ton poumon.
- quand tu as besoin de drogues vaso-actives, de noradrénaline, pour suppléer ta fonction circulatoire.
- sur une dysfonction neurologique en endormant et sédatant le patient pour éviter une aggravation.
Tu as plusieurs chocs : cardiogénique, hypovolémique, septique, anaphylactique.
Le choc septique c'est une infection où tu as des troubles de ta mécanique circulatoire et tous tes vaisseaux vont être ouverts et tu n'auras pas assez de tension. Donc tu supplées par de la noradrénaline. »

« Déchoquer c'est agir sur le symptôme dû à l'état de choc et pas la cause. Enfin tu peux aussi traiter la cause mais ce n'est pas le déchocage. Un traumatisme c'est le saignement qui est la cause mais ce n'est pas le déchocage qui va traiter le saignement, tu vas le traiter au bloc opératoire.
Un choc septique par exemple oui tu vas traiter le symptôme du choc d'hypotension par des drogues et tu vas aussi traiter la cause car tu vas aussi mettre des antibiotiques. Mais tu vas aussi aller au bloc pour boucher le trou. L'anesthésie-réanimation ne traite pas la cause généralement.
Donc au déchocage tu as la phase de traitement du choc, de diagnostic et ensuite on va traiter la cause sur la spécialité nécessaire. »

La seconde zone est la Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI) qui « […] a pour objet de contrôler les effets résiduels des médicaments anesthésiques et leur élimination et de faire face, en tenant compte de l'état de santé du patient, aux complications éventuelles liées à l'intervention ou à l'anesthésie »[34]. Les patients de l'ensemble du pôle des urgences qui sont opérés aux blocs opératoires du pôle de l'Urgence sont ensuite surveillés en SSPI.

La dernière zone d'activité principale regroupe les lits de soins intensifs de l'unité qui permettent de prendre en charge les patients trop instables pour être surveillés dans un service classique et nécessitant une surveillance intense. Cette zone sert donc à temporiser avant un transfert vers l'unité d'hospitalisation adéquate.

En plus de ces trois zones principales d'activité, les internes et les médecins interviennent également au niveau du bloc opératoire du pôle de l'Urgence pour la partie anesthésique et effectuent les consultations pré-anesthésiques des patients du pôle nécessitant une intervention chirurgicale. Il est rare en France d'avoir ce type de fonctionnement avec des anesthésistes-réanimateurs d'un déchocage bien identifié géographiquement et non pas des

[34] Décret No. 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

lits dédiés au déchocage dans le service d'urgence ou en SSPI. Cette spécificité est accrue par la gestion avec la même équipe d'anesthésistes-réanimateurs du flux complet des patients en urgence vitale : déchocage, consultations pré-anesthésiques, bloc opératoire des urgences, SSPI, soins intensifs des urgences.

3.2.2. Organisation interne de l'unité

L'organisation interne de l'unité s'apparente à celle d'un *Trauma Center*. Un *Trauma Center* une structure capable de prendre en charge en permanence des patients polytraumatisés sur un site unique. Dans cette configuration, ce sont les ressources qui vont au patient et non le patient qui est amené aux ressources pour le traiter. Le SAUV est donc opérationnel jour et nuit, avec le même effectif quelle que soit l'heure du jour et de la nuit. Une représentation schématique du SAUV (voir Figure 17 p. 167) permet de visualiser les trois zones d'activités principales : le déchocage avec quatre places, la SSPI avec six places, et les soins intensifs (ICU) avec huit places réparties en deux zones de quatre lits chacune (dont une chambre avec un sas de décontamination). Si les soins intensifs sont sous la forme classique de huit chambres fermées, le déchocage et la SSPI sont des espaces ouverts permettant une plus grande modularité (voir Figure 15 et Figure 16).

Figure 15 – Prise de vue de la salle de déchocage



© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Figure 16 – Place de déchocage standard



Source : http://www.foures.fr

En sus de ces trois zones d'activités principales, trois zones supplémentaires peuvent également être décrites. Une première zone concerne le support direct à la prise en charge du patient (les zones colorées en violet dans la Figure 17 p. 167). Le Poste de Commandement (PC) médico-infirmier est le lieu pivot de l'unité de soins. C'est ici que se discutent les cas, les situations et leurs évolutions. La mise à disposition de plusieurs ordinateurs permet de consulter le dossier des patients, de faire des recherches, d'accéder à la documentation et aux procédures de soins. Un point d'accès au réseau de transport par pneumatique – le Transport Automatisé Léger, TAL – permet également d'envoyer les prélèvements au laboratoire d'analyse médicale du CHU. La pharmacie de l'unité assure l'accès rapide aux produits et médicaments couramment utilisés lors des soins. Outre le stock de médicaments et deux réfrigérateurs pour la conservation de certains produits, c'est également le point d'envoi et de réception par pneumatique des Produits Sanguins Labiles (PSL). Enfin, une réserve permet d'accéder rapidement aux fournitures médicales contenues dans les différents chariots de soins de l'unité.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

La deuxième zone secondaire comprend la zone d'accueil des accompagnants et les locaux réservés au personnel (les zones colorées en jaune dans la Figure 17 p.167). La prise en charge d'un patient n'est pas qu'une prise en charge technique de l'individu mais inclut la prise en charge des accompagnants du patient. Ainsi, une salle d'attente leur est réservée et une salle d'entretien permet d'informer les accompagnants de la situation et de ses évolutions (voir Encadré 26). Les locaux du personnel comprennent une partie administrative avec un bureau vacant, le bureau du cadre de santé et une salle de réunion. Enfin, la salle de garde – ou la salle de repos – est le local où le personnel infirmier et aide-soignant se restaure et prend ses pauses. Si les médecins partagent parfois leur pause dans cette salle, il ne s'agit pas de la salle de repos des médecins, qui, elle, est délocalisée au niveau de la zone administrative du pôle à proximité des bureaux personnels des médecins.

Encadré 26 – L'accès des accompagnants aux zones du SAUV

Il n'y a pas de visites autorisées en salle de déchocage même si des exceptions restent possibles – notamment pour les enfants. Trois raisons expliquent cette interdiction :

- Il s'agit d'une salle commune et non de boxes afin d'avoir une modularité importante. Même si des paravents sont disponibles, ils ne sont là que pour délimiter symboliquement les places.

- La situation d'urgence vitale inhérente à la prise en charge dans ce service ne laisse pas la place à un accompagnant face au nombre de personnes autour du patient à ce moment-là.

- La gravité des blessures et les gestes pratiqués peuvent avoir un impact traumatique sur les accompagnants qui en seraient témoins.

Si les visites sont interdites en salle de déchocage, un entretien a néanmoins lieu avec les accompagnants une fois la prise en charge initiale effectuée.

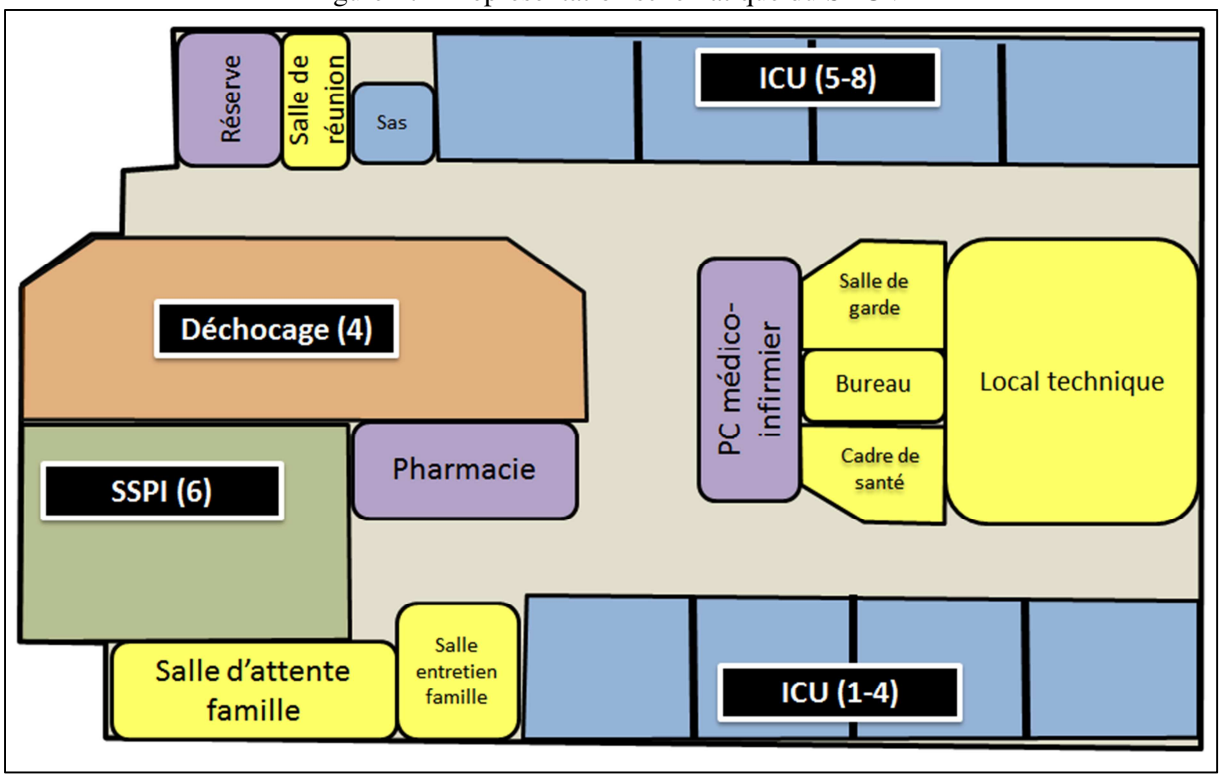
Concernant la SSPI, les visites sont interdites, en dehors des accompagnants pour les enfants. Lors d'une intervention en ambulatoire, les accompagnants majeurs sont autorisés à entrer en SSPI afin d'assister le patient et de signer la décharge autorisant le patient à quitter l'unité.

La zone de soins intensifs correspond à une hospitalisation dans une chambre. Les visites sont donc possibles mais uniquement l'après-midi. Là encore, certaines exceptions sont possibles, notamment pour les patients en fin de vie. Par ailleurs, une discussion s'est engagée au sein de l'équipe afin de permettre les visites toute la journée.

Enfin, la dernière zone que nous pouvons définir est la zone de passage (la zone colorée en gris dans Figure 17 p.167). Bien qu'il ne s'agisse pas d'une zone d'activité à proprement parler, cet espace interconnecte l'ensemble des locaux et permet un double flux de circulation des patients et du personnel. C'est également le lieu de stockage du matériel commun à l'ensemble de l'unité, tel que le chariot d'urgence vitale (avec le défibrillateur et les autres éléments nécessaires à la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire), les armoires de linge des chambres, etc.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Figure 17 – Représentation schématique du SAUV



Les médecins qui composent l'unité sont des anesthésistes-réanimateurs. Outre les Praticiens Hospitaliers (PH) en poste, il y a également des internes en anesthésie-réanimation[35] qui changent chaque semestre. Au sein du SAUV, il y a en permanence un praticien hospitalier et un interne. Les autres praticiens hospitaliers de l'unité sont répartis dans les blocs opératoires des urgences et dans le pôle de l'Urgence – notamment l'UHCD – pour effecteur les consultations pré-anesthésiques. Les internes, dont le nombre peut varier d'un semestre à l'autre, sont généralement répartis comme suit : un interne au SAUV, deux internes dans les blocs opératoires des urgences, un interne en UHCD (soit quatre internes avec une rotation hebdomadaire de la répartition). Un des praticiens hospitaliers assume également les fonctions de responsable d'unité. Au niveau de l'organisation du temps, la répartition des plages horaires se fait sous la forme de journées de travail et de gardes afin d'assurer en permanence une continuité de service (voir Tableau 21).

[35] L'internat en médecin varie de trois à cinq ans selon les spécialités. Pour l'anesthésie, il s'agit d'un internat de cinq ans (dix semestres)

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Tableau 21 – Organisation horaire des médecins

Lundi - Vendredi	8h00 - 17h00	17h00 - 8h00 (J+1)
Samedi	8h00 - 12h00	12h00 - 10h00 (dimanche)
Dimanche / Jour Férié	10h00 - 08h00 (J+1)	
Nota : l'amplitude horaire des gardes est de 22 heures le week-end, ainsi que les jours fériés, et de 15 heures les autres jours. L'amplitude horaire maximale peut être de 24 heures si le médecin débute sa journée à 8 heures puis poursuit avec sa garde jusqu'au lendemain.		

Le personnel soignant est composé des infirmiers et des aides-soignants propres à l'unité. La répartition du personnel au sein du SAUV se fait dans les différentes zones d'activité : un infirmier et un aide-soignant en charge du déchocage, un infirmier et un aide-soignant en SSPI, trois infirmiers et deux aides-soignants pour les soins intensifs. Un cadre de santé est présent au sein du SAUV et assure le rôle de manager de l'équipe soignante. À la différence des médecins, l'organisation du travail du personnel soignant ne fonctionne pas sur un système de garde mais par une rotation horaire entre matin, après-midi et nuit (voir Tableau 22).

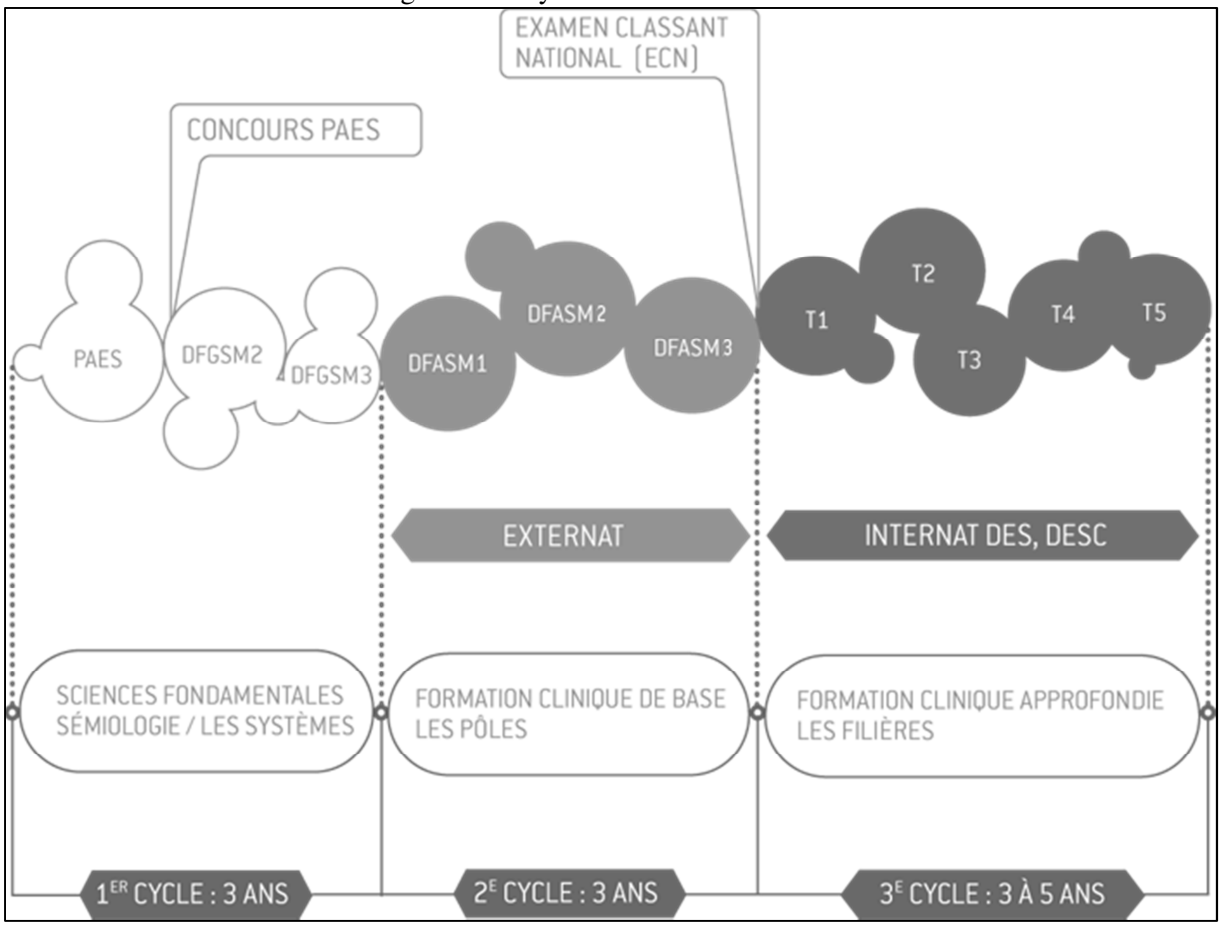
Tableau 22 – Organisation horaire des infirmiers et des aides-soignants

	Matin	**Après-midi**	**Nuit**
Tous les jours	06h30 - 13h30 (7h)	13h30 - 20h30 (7h)	20h30 - 06h30 (10h)

Il existe par ailleurs d'autres personnels composant l'équipe. Un psychologue a pour rôle d'accompagner les patients, les accompagnants mais également les soignants face aux situations rencontrées dans l'unité, ainsi qu'un rôle dans l'amélioration des pratiques. C'est par exemple au travers d'un travail avec le psychologue et l'équipe soignante que la prise en charge des accompagnants a été profondément modifiée afin de mieux informer. Des infirmiers-anesthésistes (IADE) sont affectés au pôle de l'Urgence et sont majoritairement présents dans les blocs opératoires des urgences. Un des IADE assiste le médecin du SAUV pour le transport des patients vers les examens et le bloc opératoire des urgences. Enfin, de manière intermittente, des externes (voir Figure 18) ou des médecins en stage pour des formations liées à l'urgence sont présents dans l'équipe.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Figure 18 – Cycle d'étude en médecine



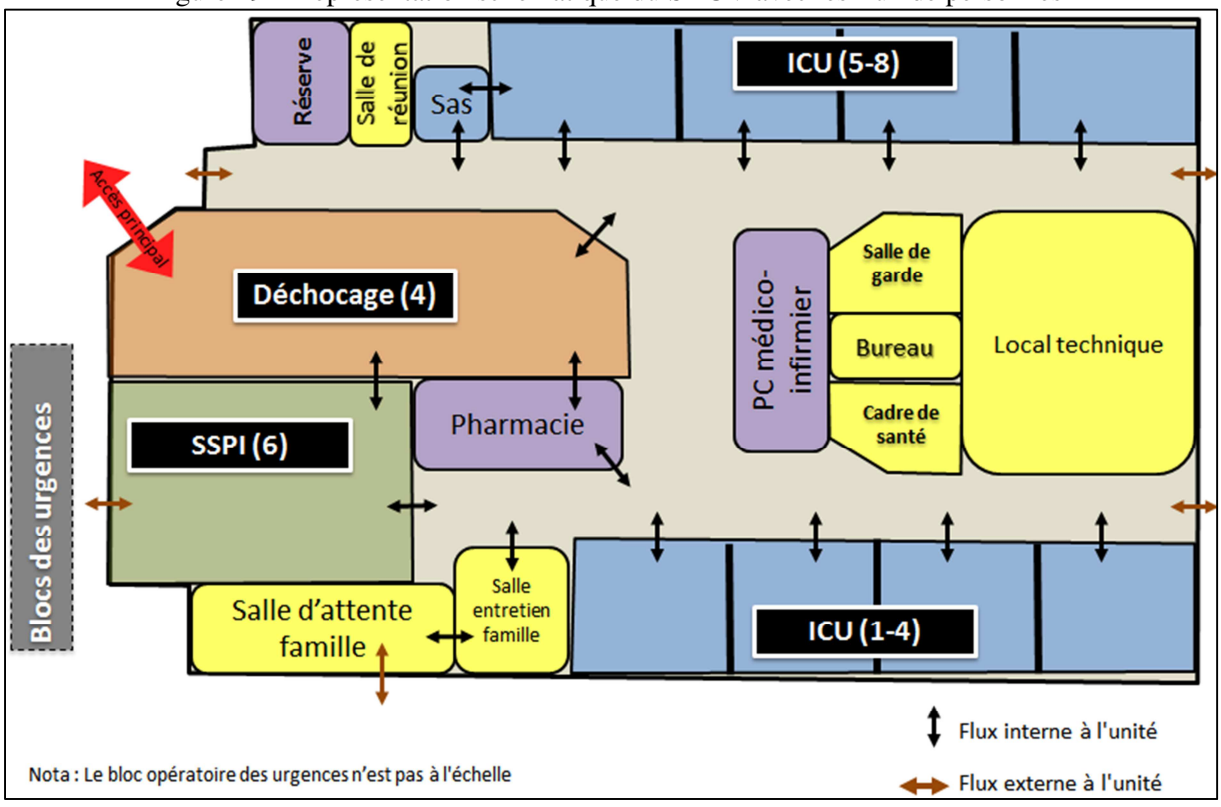
Source : Faculté de médecine Paris Descartes

En dehors de l'équipe interne, d'autres acteurs participent à la prise en charge d'un patient au sein de l'unité. Tout d'abord, les personnels en amont de la prise en charge par le SAUV assurent les premiers soins sur le terrain, le transport et la transmission des informations en leur possession sur l'état de santé du patient. Il s'agit notamment des équipes de SMUR et des sapeurs-pompiers pour les entrées depuis l'extérieur de l'hôpital. Au sein de l'unité, les médecins de différentes spécialités médicales viennent pour étudier le cas du patient et accepter un transfert ou un acte chirurgical. Par exemple, suite à l'arrivée d'un patient ayant eu un accident de voiture, le médecin de l'unité téléphone au chirurgien orthopédiste pour qu'il vienne examiner le patient afin de planifier un éventuel geste chirurgical. Enfin, le personnel des services généraux de l'hôpital – les agents des services hospitaliers (ASH) – assure un rôle dans le transport des patients (brancardiers), le nettoyage des lieux ne faisant pas l'objet de soins, la blanchisserie, etc.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Afin de mieux visualier le fonctionnement et les interactions possibles entre les différentes zones d'activités de l'unité, il est intéressant de présenter le flux de patients[36] dans l'unité (voir Figure 19). Le flux principal se fait au niveau du déchocage puisque la très grande majorité des entrées initiales de patients se fait dans cette zone. Les patients arrivés sont également transportés à l'extérieur de l'unité – pour des examens ou pour aller au bloc opératoire – au travers du même sas d'entrée. Mais d'autres accès permettent un flux externe. Ces accès secondaires concernent notamment les transferts de patients en brancard depuis les soins intensifs, l'accès à la SSPI depuis les blocs opératoires – qui ne sont séparés de cette zone que par un couloir – et l'accès aux accompagnants à la salle d'attente. Enfin, au sein de l'unité, il est possible de modéliser un flux interne qui permet de mettre en valeur les interconnexions possibles entre les différentes zones d'activités afin de déplacer des patients ou mobiliser rapidement les ressources nécessaires à une prise en charge.

Figure 19 – Représentation schématique du SAUV avec les flux de personnes



Dans ce chapitre, nous avons présenté la cohérence et la compatibilité entre notre terrain d'étude et notre question de recherche au croisement de la complexité, de l'incertitude, de la pression temporelle de l'urgence et des conséquences en cas de défaillance. Notre étude

[36] Flux de patient dans son acception la plus large en incluant les accompagnants. Le flux vers la salle d'attente et la 'salle d'entretien famille' pour informer de la situation et des évolutions sont donc modélisés.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

s'intéresse sur ce terrain aux pratiques permettant le maintien de la fiabilité et leur articulation pour assurer ce maintien selon les situations rencontrées. Notre projet de recherche s'inscrit donc dans cette réflexion de comprendre plus finement le maintien de la fiabilité dans les unités de soins, compte tenu du système de santé dans lequel elles évoluent (Sutcliffe, Paine, & Pronovost, 2017, p. 248) :

> Regardless, high reliability remains elusive. One explanation is that organisations have failed to widely institutionalise high-reliability habits of thought and action. A second explanation is that low reliability persists because healthcare lacks a solid understanding of some fundamental underpinnings of highly reliable performance.
> Without a deeper, more nuanced understanding of these foundations, possible gains that can be made will not materialise or the gains made will be lost.

À ce titre, il apparaît nécessaire de constituer un dispositif méthodologique adapté à notre question de recherche ainsi qu'aux spécificités du terrain. Il s'agit notamment de pouvoir saisir les pratiques en situation dans une approche au quotidien. La dynamique des situations et la variance de l'activité nécessitent également de pouvoir adapter notre dispositif de collecte et d'analyse des données à ces contraintes afin de comprendre au mieux l'activité du service de soins constituant notre terrain de recherche.

Résumé du chapitre 3 :

En nous intéressant à la compréhension des processus de maintien de la fiabilité organisationnelle, le choix d'un terrain d'étude empirique représente une étape importante. Au-delà des secteurs traditionnellement étudiés – militaire, nucléaire, aviation –, d'autres secteurs peuvent apporter de nouveaux éléments dans la compréhension des processus assurant la fiabilité d'une organisation.

Le secteur de la médecine apparaît comme pertinent à étudier, où l'enjeu de fiabilité y est représenté par la sécurité du patient. À ce titre, le rapport *To Err Is Human* constitue une étape importante dans la reconnaissance de l'objectif de fiabilité pour la médecine et de la place de l'erreur et du facteur humain. Notre approche nous amène à rechercher un terrain d'étude réunissant un impératif d'action lié à l'urgence médicale, un enjeu important en cas de défaillance et une complexité liée à l'inattendue et la volatilité de l'activité.

Un Service d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) réunit ces trois caractéristiques. Cette unité fait partie d'un CHU au sein d'un pôle de l'Urgence et a pour objectif de traiter les urgences vitales du pôle d'activité. Pour cela, le SAUV est structuré autour de 3 zones d'activités principales : une salle de déchocage, un Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI) et des chambres de soins intensifs.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

CHAPITRE 4 – UNE APPROCHE ETHNOGRAPHIQUE D'UN SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES : ENJEUX MÉTHODOLOGIQUES ET MISE EN ŒUVRE DES DISPOSITIFS DE COLLECTE ET D'ANALYSE DU MATÉRIAU EMPIRIQUE

Le premier et le deuxième chapitres ont permis de délimiter un questionnement autour de l'analyse des processus de maintien de la fiabilité et comment ces différents éléments s'articulent entre eux afin d'assurer ce maintien. Le troisième chapitre a mis en avant la pertinence d'étudier un service d'accueil des urgences vitales face à nos questionnements autour de l'impératif de fiabilité et de la capacité à faire face aux situations inattendues. Dans ce quatrième chapitre, nous nous intéressons à la démarche de recherche qui permet de répondre à notre questionnement compte tenu des spécificités du terrain et de l'objet de recherche. Il s'agit donc d'expliquer la cohérence entre l'objet de recherche, le questionnement, l'approche du terrain choisie et les méthodes de collecte et d'analyse des données.

Ainsi, dans un premier temps, nous nous intéressons à la démarche générale de ce projet de recherche tant dans le questionnement autour de la création de connaissances que dans le choix d'une démarche qualitative orientée par une approche abductive de la recherche. Dans un deuxième temps, nous détaillons l'approche ethnographique de notre recherche et le positionnement adopté sur le terrain. Enfin, dans dernier temps, nous expliquons les dispositifs de collecte de données face aux contraintes de terrain, l'outillage analytique mis en place face à la masse de données qui a conduit à l'émergence des résultats de cette recherche ainsi que la validité de la connaissance produite[37].

1. DÉMARCHE GÉNÉRALE DU PROJET DE RECHERCHE

Cette section a comme objectif de présenter les éléments fondamentaux de construction de ce projet de recherche. Plutôt qu'un positionnement épistémologique, il est d'abord question de réfléchir à la façon d'assurer une cohérence d'ensemble au projet. Puis, nous présentons le choix d'une recherche qualitative et les conséquences que cela implique. Enfin, nous

[37] Ce chapitre, et plus spécifiquement l'articulation entre méthodes d'observation et processus analytique, a fait l'objet en 2017 d'une communication au sein du Groupe Thématique de l'AIMS 'Méthodologies', intitulée « Observer, collecter, analyser : petit précis sur l'utilisation du journal d'enquête à l'usage du chercheur observateur ».

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

développons comment, au travers d'une approche abductive, nous avons structuré ce projet de recherche.

1.1. ÉPISTÉMOLOGIE DU PROJET DE RECHERCHE : DE LA FIGURE IMPOSÉE À UNE RÉFLEXION SUR LA COHÉRENCE DU PROJET DE RECHERCHE

« *Et toi, tu fais une partie 'épistémo' dans ta thèse ? Tu as mis quoi dedans ? Et si jamais je me trompe de paradigme ?* ». Ces questionnements imaginaires que pourraient avoir des doctorants, et dont chacun prendra la mesure de leur réalisme ou de leur facétie, soulignent le rapport ambivalent du doctorant face au sujet de la cohérence de son projet de recherche. Une attirance qui naît de l'envie de comprendre le monde des organisations – ce qui représente à notre sens le moteur d'une recherche – et également de s'assurer que les résultats proposés servent au mieux cet objectif. De l'autre, une réticence qui survient face à la difficulté que peut représenter ce questionnement et la différence entre ce que le chercheur souhaitait faire, ce qu'il a fait et comment il aurait dû faire.

La tentation serait alors d'opérer une esquive scolaire du débat, de ne présenter qu'une synthèse des réflexions menées par d'autres. Il pourrait être confortable de prendre par exemple la matrice proposée par Burrell et Morgan (1979, p. 22) et de positionner le projet de recherche dans une des cases : une inscription « vous êtes ici » et nous voici débarrasser du sujet. Cela serait alors dénier l'importance de cette réflexion, de n'expliquer que le « ici », sans s'intéresser au pourquoi et au comment nous y sommes arrivé. Cela serait également courir le risque d'une incohérence entre objet de recherche, approche du terrain et portée des résultats (Avenier & Gavard-Perret, 2012). Cela serait, enfin, restreindre l'épistémologie à un état figé au lieu de considérer ce questionnement comme transversal et structurant le projet de recherche.

Il est donc important de ne pas se limiter à des questions de méthodes mais questionner également les conditions de création de connaissances. Mais faut-il pour autant refaire l'histoire de la création de connaissances ? Certains auteurs soulignent l'importance de « […] comprendre les fondements des réflexions et de la construction des connaissances qui ont eu lieu au fil du temps et de présenter les principaux paradigmes épistémologiques auxquels les chercheurs en sciences de gestion se réfèrent » (Gavard-Perret, Gotteland, Haon, & Jolibert, 2008, p. 8). Mais cette tâche nous apparaît ardue, si ce n'est insurmontable : faut-il analyser les « fondements » philosophiques de la connaissance ? Jusqu'où faut-il remonter ce « fil du

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

temps » ? S'il est intéressant d'étudier la philosophie des sciences, en délivrer une analyse originale fait courir le risque de ne répéter que des morceaux préconstruits par d'autres – ou pire, mal compris – sur la philosophie des sciences, sans apport dans la compréhension du projet de recherche présenté et la réflexion qui y a été mené. Pour autant, cela ne dédouane pas de se poser un certain nombre de questions autour de la construction d'un problème scientifique, de la tentative d'y apporter une explication, et de la place du chercheur dans la construction du problème et l'explication qu'il en propose (Bourdieu, 1984, p. 58): « La recherche, c'est peut-être l'art de se créer des difficultés fécondes – et d'en créer aux autres. Là où il y avait des choses simples, on fait apparaître des problèmes ». Ainsi, l'évidence de fiabilité face à l'enjeu en cas de défaillance n'est peut-être justement pas si évidente. Le maintien de la fiabilité n'est peut-être pas un acquis allant de soi mais une construction qui doit se justifier, se négocier. Au premier abord, les services d'urgence nous semblent fiables, mais une étude plus avancée laisse entrapercevoir une réalité plus nuancée de cette évidence.

Si un travail de recherche est un travail de création de connaissances, nous ne discutons pas le statut de la connaissance en tant que concept philosophique. Nous optons pour expliquer notre démarche scientifique, notre approche du terrain et les dispositifs de collecte et d'analyse de données qui ont permis la création de la connaissance de cette recherche en particulier. Outre cet art de (se) créer des problèmes, nous questionnons également l'interaction entre l'objet de recherche et le chercheur afin de « savoir ce que l'on fait quand on fait de la science » (Bourdieu, 1984, p. 81). Notre démarche est à rapprocher de celle de Dumez (2011a) qui considère qu'il n'est pas tant question d'épistémologie que de « raisonnement épistémique », d'une réflexivité du chercheur sur sa recherche, son terrain et les connaissances produites en lien avec la méthodologie (Dumez, 2011a, p. 58):

> Il faut inventer son approche en fonction du problème scientifique que l'on s'est construit. Si l'on m'explique qu'il s'agit là du seul niveau épistémique, qui n'atteint pas à l'épistémologique proprement dit, je pense que c'est là que réside l'essentiel et qu'on peut se passer du reste, même s'il passionne les épistémologues et philosophes de la connaissance.

Il s'agit donc d'opérer dans ce chapitre une démarche de réflexivité tout au long du projet de recherche afin de questionner ce qui y est fait (voir Encadré 27 pour une définition de la réflexivité). Le but est ici de réfléchir sous un angle plus restreint et contingent à notre étude, d'expliciter la démarche de création de connaissances afin de s'assurer d'une cohérence d'ensemble.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 27 – À propos de la réflexivité

Le Centre Nationale de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) propose comme définition de la réflexivité «la réflexion se prenant elle-même pour objet ; propriété consistant à pouvoir réfléchir sur soi-même ». Être réflexif est donc être capable de réfléchir sur sa réflexion, son cheminement intellectuel. La question de la réflexivité en science consiste à porter un regard analytique sur sa propre analyse, de ne pas considérer ses positionnements ou ses méthodes comme allant de soi. Ainsi, la subjectivité du chercheur nécessite d'expliciter et d'expliquer son processus de recherche (Hertz, 1997, p. viii cité dans Finlay, 2002, p. 533) : « to be reflexive is to have an ongoing conversation about the experience while simultaneously living in the moment ».

Il s'agit donc d'aller au-delà du questionnement de l'existant pour se questionner soi-même (Cunliffe, 2003, p. 985) : « radical-reflexivity, builds on ethnographic and phenomenological work to suggest that we need to go further than questioning the truth claims of others, to question how we as researchers (and practitioners) also make truth claims and construct meaning. ». La méthodologie vient répondre à des questions de type « how » (comment entrer sur un terrain, comment choisir sa position sur ce terrain, comment observer, comment analyser, etc.), mais également des questions liées au « Why » et au « What if » (Dumez, 2016).

Enfin, si la rigueur et la réflexivité sont des éléments importants de la construction théorique, l'intuition, l'imagination et le doute sont également des fondements qu'il ne faut ignorer (Weick, 1989).

D'une portée plus modeste, nous avons structuré notre réflexion autour des questionnements pratiques qui ont jalonné notre recherche. Il ne s'agit donc pas d'une réflexion désincarnée mais d'une réflexion du chercheur ayant conduit cette recherche sur un objet spécifique. Cette réflexion à hauteur de jeune chercheur tente d'expliquer la démarche générale, les méthodes employées permettant, à partir d'une présence sur le terrain, d'aboutir à des résultats.

Ce double processus entre création de connaissances et réflexivité autour de cette création contredit ainsi l'idée de fixer *ex ante* un cadre épistémologique et un design méthodologique, et s'oriente vers une démarche plus heuristique – et parfois chaotique – sur la création de connaissances, la mobilisation de méthodes, le bricolage méthodologique et la réflexivité autour de ces démarches. Il n'est donc pas question de choix *a priori* suivie d'une opérationnalisation du dispositif afin d'en assurer la cohérence. La construction linéaire du présent document ne reflète donc pas le cheminement réel de ce projet de recherche où les questions se sont posées durant l'enquête et non en amont de celle-ci (Dumez, 2012a, p. 29) : « Les problèmes épistémologiques ne sont pas de ceux que l'on se pose avant de commencer une recherche, ce sont des questions que l'on rencontre en se cognant contre elles et en se faisant des bosses ». Cette précision faite, les différentes questions nous ont permis de structurer ce chapitre autour de notre démarche générale de recherche, de l'orientation abductive de notre enquête, de l'approche ethnographique et de l'observation participante, de la collecte du matériau empirique, de son analyse et des interactions entre collecte et analyse des données (voir Tableau 23).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Tableau 23 – Thèmes et questionnements principaux structurant le projet de recherche

Thèmes	Questionnements structurant le projet de recherche
Démarche générale de recherche qualitative, orientation abductive (section 1.2)	Quel est l'objectif scientifique de cette recherche ? Quelle est la portée des résultats ? Quelles sont les implications concrètes sur la façon de mener l'investigation de son questionnement ? Comment assurer la cohérence du projet de recherche entre objet-question-terrain-chercheur-données-résultats (non séquentiel) ?
Approche ethnographique (section 2.1)	Quelle pertinence avec l'objet de recherche ? Quelles sont les implications pour étudier le terrain ?
Observation participante (section 2.2)	Quel positionnement sur le terrain et quelles conséquences de ce positionnement sur l'investigation ?
Collecte de données (section 3.1)	Quel dispositif mettre en place ? Comment s'assurer de la véracité des éléments collectés ? Comment adapter le dispositif aux contraintes et aux biais ? Quelle liberté d'actions sur le terrain ?
Analyse de données (section 3.2)	Comment approcher la masse de données ? Comment investiguer les pistes analytiques ? Quelle interaction entre analyse et collecte des données ? Quelle validité des résultats ? Quels risques méthodologiques ?

Ainsi, le « commen »' de notre recherche revêt une place aussi importante que le « quoi » au travers du processus de recherche qui amène à s'interroger sur l'objet étudié (la fiabilité organisationnelle). Notre réflexion autour de notre processus de création de connaissances – notre « raisonnement épistémique » pour reprendre les termes de Dumez (2011a) – a été menée tout au long de cette recherche, faisant de la thèse à la fois un objet scientifique et un processus d'apprentissage et d'acculturation. Au final, bien que ces réflexions finissent par amener plus de questions que de réponses, il est possible de structurer notre démarche générale de recherche autour de deux points qui seront développés ci-après : le choix d'une recherche qualitative visant à comprendre un phénomène particulier et une démarche abductive de notre projet de recherche fait de boucles analytiques entre terrain et corpus existant de connaissances.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

1.2. LE CHOIX D'UNE RECHERCHE QUALITATIVE ET D'UNE DÉMARCHE ABDUCTIVE

La question que nous posons dans cette recherche est celle des pratiques qui permettent le maintien de la fiabilité selon les situations rencontrées par les acteurs d'une unité de soins. S'inscrivant dans la tradition des études sur la fiabilité orientée sur les pratiques (e.g. Roberts *et al.*, 2005; Faraj & Xiao, 2006; Bechky & Okhuysen, 2011), il s'agit de comprendre la dynamique des processus à l'œuvre pour maintenir la fiabilité et comment ceux-ci se déploient dans le temps selon les situations rencontrées par les acteurs. Compte tenu de notre question et de la démarche générale de notre projet, il s'agit donc d'opter pour une approche scientifique compréhensive de la science. Cette démarche compréhensive se retrouve dans les approches qualitatives de la recherche en sciences de gestion (Dumez, 2011a, p. 55):

> Il s'agit d'une approche orientée par la recherche de la compréhension, de l'analyse du sens donné par les acteurs eux-mêmes, pouvant mobiliser différents outils allant de l'observation, l'intervention, les entretiens (outils associés généralement au « qualitatif ») aux modèles formels (théorie des jeux – mon directeur de thèse était Raymond Boudon) ou aux méthodes quantitatives (plus ou moins élaborées).

Ce qui caractérise l'approche qualitative n'est pas tant les outils de collecte et d'analyse de données que l'objectif de recherche. Cette visée compréhensive de la recherche qualitative se comprend également au regard de l'objet de recherche qui interagit avec le chercheur et possède sa propre volonté (Dumez, 2011b). Le chercheur doit tenir compte de cette particularité : observer une molécule d'eau n'est pas comme observer un acteur dans une organisation. Les acteurs pensent, parlent et agissent et les dispositifs de la recherche doivent permettre de voir cela (Dumez, 2011b). Enfin, tout cela ne peut se comprendre que dans un contexte déterminé. Yin (2011) insiste sur ce point lorsqu'il propose une définition de la recherche qualitative. Il faut considérer le contexte réel dans lequel les individus vivent et il faut étudier les individus dans ce contexte réel et non dans un contexte artificiel, simulé et contrôlé par le chercheur.

L'objectif d'une recherche qualitative n'est pas de confirmer une théorie mais de créer de nouvelles explications afin de mieux comprendre un phénomène (Dumez, 2012b). Il s'agit d'enrichir la théorie et non d'une généralisation au sens statistique du terme mais d'une généralisation analytique (Yin, 2011), c'est-à-dire qu'il est possible d'appliquer à d'autres

© 2018 Tous droits réservés. lilliad.univ-lille.fr

contextes en tenant compte des spécificités de ces différents contextes. La démarche scientifique est ainsi constituée « […] d'une confrontation entre des effets prédits par la théorie et des effets observés dans un matériau empirique » (Dumez, 2016, p. 202). Pour autant, il ne s'agit pas d'une explication *ad hoc* d'un événement mais d'une explication conditionnée à un contexte (Dumez, 2013), ce que Merton nomme « Théorie de moyenne portée » (Merton, 1949, p. 449) :

> Theories that lie between the minor but necessary working hypotheses that evolve in abundance during day-to-day research and the all-inclusive systematic efforts to develop a unified theory that will explain all the observed uniformities of social behavior, social organization, and social change

La recherche qualitative s'intéresse à un nombre restreint de cas qui vont faire l'objet d'une étude approfondie. Et c'est dans ce caractère approfondi et riche en données que réside la difficulté de la recherche qualitative. Tout d'abord, la richesse des données va de pair avec le sentiment d'être submergé par les données, ce qui pose le problème du traitement de celles-ci (Dumez, 2016). Laisser le matériau s'accumuler sans anticiper l'analyse fait courir le risque de se retrouver avec un amoncellement immense et hétéroclite de données, qui pour un jeune chercheur inexpérimenté et pressé par le temps, va prendre la forme d'une montagne impossible à franchir. Ainsi, pour notre recherche, la quantité de matériaux représente une quinzaine de carnets de notes d'observation, plusieurs centaines de documents internes de taille variable et les retranscriptions d'une quinzaine d'entretiens. À cela, il faut ajouter d'autres matériaux allant des coupures presse à des extractions de bases de données informatiques.

L'approche qualitative fonctionne donc mal de manière linéaire, avec une phase de collecte suivie d'une phase d'analyse des données. Afin de surmonter cette difficulté, nous avons donc opéré des traitements analytiques partiels à différents moments de la recherche : sur le terrain, peu de temps après une phase de terrain, ou à plus long terme. Émergeant de notre pratique de l'observation participante et d'une meilleure connaissance du terrain, nous avons également travaillé sur des constances ou des séries d'actions, ce qui nous a permis par la suite de les comparer et d'en déterminer les similitudes et les différences. Par exemple, nous nous sommes astreint à observer systématiquement les transmissions entre les équipes de médecins à 08h00 et à 17h00. Ces traitements analytiques à des temporalités différentes et le travail sur des séries d'événements ont permis d'orienter nos investigations futures et la

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

construction d'une explication finale, passée par des explications intermédiaires améliorées au fil du temps. Cette idée de boucles successives d'investigation entre données empiriques et corpus de connaissances est assimilable à une démarche abductive de la recherche.

Notre approche de la recherche qualitative implique de se laisser surprendre par la rencontre avec le terrain et les données. Un fait surprenant va conduire à émettre des conjectures et amener à aborder le matériau sous un nouvel angle. Cette logique est à rapprocher d'une démarche abductive (voir Encadré 28 pour une définition de l'abduction) qui est «[…] l'opération qui, n'appartenant pas à la logique, permet d'échapper à la perception chaotique que l'on a du monde réel par un essai de conjecture sur les relations qu'entretiennent effectivement les choses » (Koenig, 1993, p;7 cité dans Charreire Petit & Durieux, 2007, p. 89). Il s'agit d'un double mouvement d'exploration de l'objet de recherche ancré dans une réalité organisationnelle et d'une analyse des événements par rapport aux connaissances actuelles (Koenig, 2003).

Encadré 28 – Définition de l'abduction

L'encyclopédie de philosophie de Stanford définit l'abduction comme 'l'inférence de la meilleure explication' : « Abduction or, as it is also often called, Inference to the Best Explanation is a type of inference that assigns special status to explanatory considerations. […] This entry contrasts abduction with other types of inference; points at prominent uses of it, both in and outside philosophy; considers various more or less precise statements of it ; discusses its normative status ; and highlights possible connections between abduction and Bayesian confirmation theory ».[a]

Cette définition fait référence à l'inférence bayésienne de la pertinence d'une proposition au fur et à mesure des observations et de la mise à jour de la distribution des probabilités (l'évolution des règles d'un filtre anti-spam d'une messagerie électronique en est une illustration concrète). L'abduction est plus poétiquement décrite par Umberto Eco (1983, cité dans Bertilsson, 2004), à travers l'analogie de la 'méthode du détective' dans les romans policiers (Bertilsson, 2004, p. 377) : « It is the purpose of scientific investigations to critically transform our vague common sense into more precise statements (concepts). In the case of the construction of a good (detective) story, the same 'logic' is at work ».

[a] Source: Stanford Encyclopedia of Philosophy (http://plato.stanford.edu/entries/abduction/)

Le processus abductif se déclenche face à un fait surprenant : on s'attendait à quelque chose, et c'est autre chose qui s'est produit (Dumez, 2016). C'est le doute engendré par ce fait surprenant qui motive à chercher une explication afin de comprendre les logiques à l'œuvre et leur potentiel explicatif. L'abduction est donc un processus créateur d'une explication plausible au fait que la connaissance actuelle n'expliquait pas. Ceci a trois implications principales.

La première est l'importance d'un cadre conceptuel initié en amont afin de comprendre notre objet de recherche – dans l'état de la connaissance actuelle – afin de « voir les faits

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

surprenants » tout en évitant d'être surpris par tout, donc ne comprendre rien. La deuxième implication est la créativité nécessaire pour formuler des propositions d'explications à investiguer. Cette créativité permet une ouverture vers des éléments imprévus qui aboutissent à créer de nouveaux cadres théoriques ou préciser ceux existants[38] et faire émerger de nouveaux faits surprenants qui vont amorcer une nouvelle boucle abductive. Enfin, la troisième implication renvoie à l'idée que s'il y a créativité, intuition et imagination, il s'agit plus d'une investigation poussée et souvent laborieuse qu'une épiphanie sous forme d'eurêka (Van Maanen, Sørensen, & Mitchell, 2007). Même si l'investigation peut se faire sur la base d'une intuition, elle est appuyée par une rigueur analytique qui nécessite du temps, fait d'explorations de la littérature, de doutes, d'errements, d'idées n'ayant pas résisté à l'épreuve des faits (Locke, Golden-Biddle, & Feldman, 2008, p. 916) :

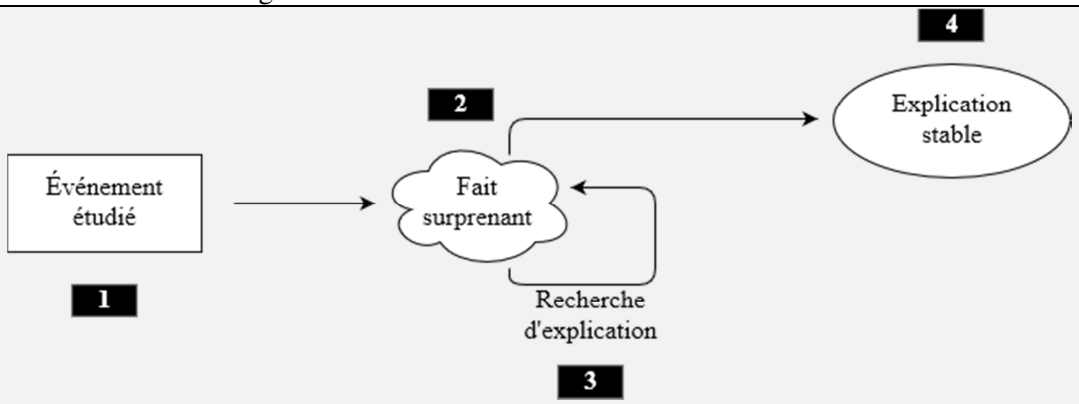
> Although our phenomenological experience of insights may be conceived as coming to us in a flash – a conception mythologized by the "eureka" experience – this description collapses, hides, and minimizes the important process of growing theory. For example, in highlighting only a moment, we obscure the work necessary in creating the conditions for insights to occur, including the occasions in which observations are made, hunches occur, ideas are developed, tried out, set aside, transformed, and so on.

Nous retrouvons ainsi dans l'abduction, l'approche qualitative d'exploration de nouvelles voies de compréhension d'un phénomène. La démarche abductive est la formalisation d'une pensée créative pour imaginer des explications et d'une pensée logique et rigoureuse pour évaluer cette explication et son caractère plausible (voir Figure 20).

[38] Si l'abduction crée une nouvelle explication, une nouvelle hypothèse, elle ne la teste pas, elle ne fait qu'inférer la meilleure explication (un plausible) : « En aucune manière, l'abduction à elle seule ne permet de dire si une hypothèse est vraie ou fausse. C'est à partir de la déduction, puis de l'induction comme étape finale que la question de la vérité pourra être abordée. » (Dumez, 2012b, p. 5).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Figure 20 – Formalisation de la démarche abductive



1- Un événement est étudié

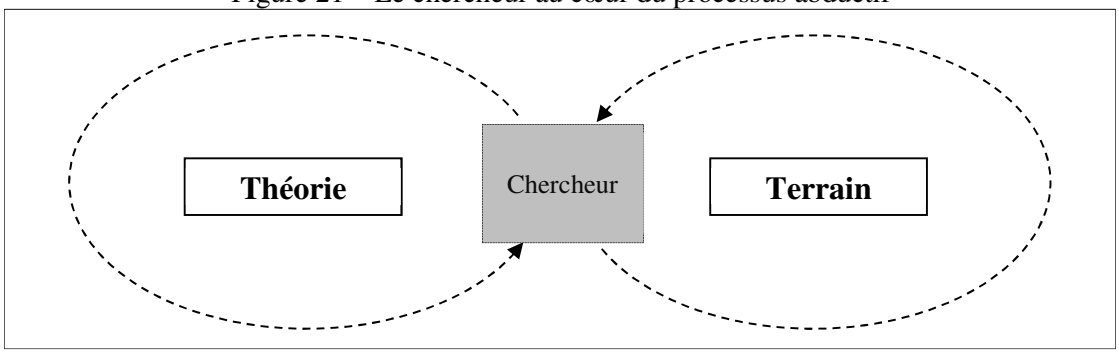
2- Un étonnement, un fait surprenant survient : quelque chose de nouveau ou d'anormal par rapport à ce qui était attendu se produit. Cette instabilité – liée au besoin pour le chercheur de trouver une explication à cet étonnement – déclenche le processus d'abduction

3- Recherche d'explication et processus d'enquête : observation, analyse, théorie, hypothèses rivales, imagination, intuitions, rigueur etc.

4- Formulation d'une explication suffisamment stable pour résoudre la tension. Cette stabilité arrête le processus abductif jusqu'au prochain fait surprenant.

Nous souhaitons également insister sur la place du chercheur dans ce processus. En effet, bien que rarement évoqué, le fait surprenant qui provoque l'étonnement et déclenche le processus abductif est lié au besoin qu'éprouve le chercheur de trouver une explication à cet étonnement. L'abduction renvoie donc au chercheur lui-même, au croisement entre terrain et théorie (voir Figure 21) : c'est la construction de son cadre conceptuel qui va permettre de voir les faits surprenants ; c'est également de son exploration et de son investigation que va émerger l'explication résolvant la tension face au fait surprenant.

Figure 21 – Le chercheur au cœur du processus abductif



Néanmoins le chercheur n'est pas seul sur son îlot car, au croisement entre ses données, la théorie et la réflexion propre du chercheur, l'enquête progresse également en s'appuyant sur la communauté scientifique (Locke *et al.*, 2008). Cet appel à la sagacité collective – au travers

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

des conférences, des ateliers, ou de manière plus proche au travers des réunions de laboratoire, des présentations auprès des directeurs de recherche ou de discussions informelles – permet d'ouvrir de nouvelles pistes d'investigation, de mettre à l'épreuve les explications, et de confronter les subjectivités.

En pratique, notre recherche s'inscrit résolument dans une démarche abductive. Une première étape a consisté à concevoir un cadre conceptuel et un dispositif méthodologique suffisamment structurés en anticipation de l'intensité vécu par le chercheur sur le terrain. Il faut être capable de saisir et appréhender conceptuellement l'objet de recherche, de réfléchir aux dispositifs méthodologiques à mettre en place en cohérence et de légitimer une position de chercheur sur le terrain. Une deuxième étape a concerné l'arrivée sur le terrain et la mise à l'épreuve de ce qui avait été pensé au préalable. L'enquête qui se déploie chemin faisant sans restreindre le recueil. Tout se fait en même temps : la question de recherche avance conjointement avec la détermination de l'unité d'analyse et du champ d'investigation empirique. L'investigation se fait par boucles abductives alimentées par le terrain, les lectures et la communauté scientifique (voir Encadré 29 sur les principales boucles abductives opérées dans notre recherche). Dans la perspective ethnographique, le processus analytique se fait au travers de l'écriture. Le journal d'enquête est la trace matérielle du processus abductif, des allers-retours entre terrain et théorie. Une troisième étape est la structuration des documents présentant les résultats de cette étude, dont le plus important et le plus exhaustif est celui-ci. L'investigation est un processus interactif où la question de recherche, la revue de littérature et les résultats évoluent au gré de l'analyse des données et des recherches d'hypothèses rivales. Il y a donc une différence entre le rendu écrit d'un travail scientifique – fait d'une revue de littérature, d'une question de recherche, d'un terrain, d'une méthodologie et de résultats – et le déroulement du travail effectué. Non seulement il est difficile de rendre ce phénomène à l'écrit mais cela questionne l'intérêt pour le lecteur d'avoir un rendu identique au déroulement. Tout comme le journal de terrain n'est que rarement publié en l'état[39], le présent écrit ne retrace pas chronologiquement le déroulement de cette recherche mais est construit afin d'en faire ressortir les éléments saillants dans la construction d'un cadre conceptuel, les éléments méthodologiques, les résultats, et les éléments constitutifs de contributions à la fois théoriques, méthodologiques et managériales. Enfin, cette dernière

[39] Le '*Journal d'ethnographe'* de Bronisław Malinowski (1985) en étant l'exception la plus célèbre, mais les ouvrages de Paul Rabinow '*Un Ethnologue au Maroc : réflexions sur une enquête de terrain*'(1988) ou de Jeanne Favret-Saada et Josée Contreras '*Corps pour corps. Enquête sur la sorcellerie dans le bocage*' (1981) en sont d'autres exceptions.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

étape s'achève sur un point d'orgue plus que sur un point final. Si le doute et l'écart entre effet supposé et effet observé démarre le processus abductif, c'est lorsque l'explication formulée vient résoudre ce doute que le processus abductif prend fin. Pour autant, cela ne signifie pas que la connaissance ainsi créée est immuable. Bien au contraire, il ne s'agit que d'un état intermédiaire ne servant que d'appui aux recherches futures (Dewey, 1967, p. 65) :

> Dans l'enquête scientifique, le critère de ce qui est considéré comme établi, ou comme connaissance, est qu'il soit suffisamment établi dans une enquête ultérieure pour qu'on puisse s'appuyer sur lui et non qu'il soit si établi qu'il ne puisse être sujet à révision dans une enquête ultérieure.

Encadré 29 – Principales boucles abductives du projet de recherche

Boucle 1 – Les unités de soins d'urgence vitale sont-elles des HROs ? [Point de départ : autour de la littérature sur l'urgence, les HROs, l'approche organisationnelle de la médecine]

Boucle 2 – Sur le terrain, confirmation de la littérature mais n'explique pas certains événements observés [retour dans la littérature dans une perspective processuelle : l'approche processuelle est plus explicative qu'une approche structurelle de la haute fiabilité : on n'est pas une HRO mais on fonctionne en haute fiabilité]

Boucle 3 – Sur le terrain, il n'y a pas d'uniformité des processus dans leur fonctionnement selon les situations. [pluralité de situations d'intensité et d'enjeux variables ; l'incertitude qui entoure toutes les situations]

Boucle 4 – Approche dynamique qui se détache des catégories pour comprendre les trajectoires et la réponse à l'incertitude des prises en charge [comprendre l'articulation des processus de maintien de la fiabilité et la disponibilité des ressources compte tenu des impératifs d'action face à l'urgence. Pour autant, ce n'est pas parfait et nous observons une tension sur les ressources et une lutte pour maintenir le slack]

Boucle 5 – La rédaction de la thèse nous amène à réfléchir à un projet de recherche qui s'inscrit dans une démarche d'un programme de recherche à long terme [stabilisation d'une explication à la problématique et poser les jalons des questionnements suivants].

Cette réflexion sur la démarche générale de la recherche amène à discuter deux éléments : l'approche du terrain opéré dans cette recherche et la position du chercheur sur ce terrain (section 2) ; une formalisation des dispositifs opératoires de collecte et d'analyse des données et l'intrication entre ces deux phases (section 3).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

2. UNE APPROCHE ETHNOGRAPHIQUE ET LE POSITIONNEMENT DU CHERCHEUR SUR LE TERRAIN

Comme nous le mentionnions dans le premier chapitre, l'étude de la fiabilité organisationnelle questionne le rapport du chercheur avec son objet de recherche. Si la NAT opère une approche *a posteriori* des événements, le courant des HROs opte pour approche *in situ*. Si ce type d'approche vient résoudre le problème d'interprétation rétrospective des situations vécues, il apporte également de nouveaux questionnements autour de la relation du chercheur et de son terrain de recherche.

Devenu instrument de collecte de données, le chercheur se doit alors de questionner sa position sur le terrain. Ainsi, dans une première partie nous développons le choix que nous avons opéré d'une approche ethnographique de l'organisation étudiée. Une seconde partie est consacrée au positionnement sur le terrain et la pratique d'une observation participante.

2.1. LE CHOIX D'UNE APPROCHE ETHNOGRAPHIQUE

L'ethnographie (sur la distinction avec l'anthropologie et l'ethnologie, voir Encadré 30) peut être définie comme une méthode d'enquête sur le terrain basée sur l'observation, l'entretien et l'étude de cas et qui se situe « au confluent de l'ethnologie et de la sociologie qualitative, et utilisée aujourd'hui par de nombreux chercheurs en sciences sociales » (Weber, 2009, p. 2). L'ethnographie permet d'étudier les interactions sociales, par la proximité du chercheur avec son objet de recherche au travers d'une description et de l'analyse de ce que l'on voit. Il existe plusieurs formes d'ethnographie qui varient selon le degré de personnification du récit fait par le chercheur. Par exemple, Van Maanen (1988) retient trois types d'ethnographie :

- Une ethnographie réaliste où l'ethnographe n'est qu'un vecteur de collecte et d'interprétation des données
- Une ethnographie confessionnelle par laquelle l'ethnographe intègre son expérience personnelle, le vécu du terrain en plus de la collecte et de l'interprétation des données mais en séparant les deux dimensions (il est la « voix off » qui commente de son point de vue)
- Une ethnographie impressionniste où l'ethnographe incarne le point de vue de l'histoire, et présente comment il a vécu les situations.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Ces différentes formes d'ethnographie – relatant différents degrés d'intégration du chercheur et de ces ressentis dans l'écriture – sont rassemblées sous l'appellation d'approche ethnographique (Cunliffe, 2010), avec la possibilité dans une même étude d'adopter une ou plusieurs formes d'ethnographie.

Encadré 30 – Des distinctions entre anthropologie, ethnologie et ethnographie

C'est la seconde moitié du XIX^{e} siècle qui voit émerger l'anthropologie comme discipline scientifique en mettant de côté les valeurs occidentales pour étudier les civilisations (Godelier, 2010).

Nous nous basons sur trois définitions pour différencier les trois termes :
- Anthropologie : « science toute entière de l'Homme » (Topinard, 1876, p. 199). L'Homme se comprend ici dans sa vision anatomique mais également psychologique, religieuse, géographique, etc.
- Ethnologie = sciences des peuples, des ethnies, notamment dans ses versants culturel et social.
- Ethnographie = description des peuples, sur le terrain, pour en analyser les us et coutumes.

Au-delà des définitions que nous proposons, la question de la distinction entre ethnologie et anthropologie est un débat encore présent (Tillard, 2011). Les termes se confondent notamment dans la différence de sens entre anthropologie au sens français et anthropologie au sens américain (Carol Rogers, 2002, p. 144) :

Je tiens à préciser dès l'abord que j'utilise indifféremment les termes « anthropologie » et « ethnologie » pour désigner l'anthropologie sociale. En France, l'anthropologie n'est pas une discipline aussi hétérogène qu'aux États-Unis : l'archéologie et l'anthropologie physique sont généralement considérées comme des domaines indépendants, tandis que l'anthropologie linguistique n'existe pas en tant que telle. Il n'en sera donc pas ici question. Si le terme « ethnologie » est aujourd'hui, sans trop d'ambiguïté, un équivalent d'« anthropologie sociale » dans son acception anglo-saxonne, le mot « anthropologie », quant à lui, se révèle plus polysémique. Parfois – de plus en plus fréquemment – utilisé comme un synonyme, il peut aussi désigner des analyses d'un niveau de généralisation supérieur à celui qu'implique couramment l'ethnologie – se rapportant alors à la condition humaine dans son ensemble plutôt qu'à la description ou à la comparaison de sociétés particulières –, ou être utilisé – de plus en plus rarement – pour désigner l'anthropologie physique (Smith 1986). Le terme « ethnographie », lui, a généralement perdu son lien à une discipline particulière pour en venir à désigner, de façon approximative, certaines méthodes de recherche qualitative, potentiellement aussi pertinentes pour la sociologie ou les autres sciences sociales que pour l'anthropologie.

L'ethnographie est une « transformation du regard en langage » (Laplantine, 2010, p. 10) et comporte donc deux éléments : le regard et l'écriture. Derrière le vocable de « regard », il s'agit « d'une observation rigoureuse, par imprégnation lente et continue, de groupes humains minuscules avec lesquels nous entretenons un rapport personnel » (Laplantine, 2010, p. 11). Le regard n'est donc pas simplement le fait de décrire et pourrait même être substitué par celui de perception tant l'observation ne se limite pas qu'au sens de la vue, et intègre les autres sens, ainsi que les sensations ressenties. L'ethnographe n'est donc pas seulement celui qui est sur un terrain et collecte des données mais « […] celui qui doit être capable de vivre en lui la tendance principale de la culture qu'il étudie » (Laplantine, 2010, p. 22). En cela il se distingue du voyageur qui ne fait que passer, et du journaliste qui ne fait qu'observer (Van Maanen & de Rond, 2017, p. 397) :« Ethnography is first and foremost about bringing back

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

the news – what particular people, in particular places, at particular times are doing (and, to distinguish it from journalism, notably immersion journalism, *why*) ».

L'écriture ethnographique est souvent symbolisée par le journal de terrain et l'image de l'ethnographe plongé dans son journal en train de décrire une tribu sauvage. Cette écriture est plus une phase de transformation que de retranscription, ce qui implique une valeur ajoutée à la retranscription. Le terme de recueil de données ne met donc pas assez en valeur la construction faite par l'ethnographe dans sa tentative de décoder le réel (Laplantine, 2010, p. 34) : « La réalité sociale […] est hors de lui et non en lui [l'ethnographe], mais n'a aucun sens indépendamment de lui […] c'est l'objet qui est perçu mais c'est le sujet qui perçoit ». Dans cette activité de transformation du visible, l'ethnographie intègre donc autant celui qui est observé et questionné que celui qui observe et questionne. La description n'est donc pas neutre et consiste plus en une construction de l'objet que l'on cherche à comprendre que d'une simple description.

Mais l'écriture n'est pas subséquente à l'observation. Plus que deux étapes distinctes entre regard et écriture, l'ethnographie est une intrication entre travail de terrain, travail d'analyse et travail d'écriture (Van Maanen, 2011; Rouleau, 2013). Il n'y a pas une procédure mécanique distinguant observation, enregistrement et analyse des données enregistrées mais un tout par l'écriture : l'écriture n'est pas que l'étape d'enregistrement des données. L'analyse se fait dans et par l'écriture et il ne s'agit pas de calquer des concepts dans ce qui vient d'être écrit mais plutôt de les faire émerger de l'écriture. Cette écriture intervient également lors de la reconstitution d'événements vécus par le chercheur et racontées par lui, ou racontées par d'autres qui les ont vécus.

Si l'intérêt de l'ethnographie n'est pas le regard que le chercheur porte sur le terrain mais comment les acteurs voient ce terrain, cela nécessite néanmoins une réflexivité du chercheur sur lui-même. Il s'agit de la difficulté majeure de l'ethnographie liée à l'impératif d'objectivité de la recherche scientifique qui impose d'expliquer et d'analyser la subjectivité inhérente à l'immersion et au chercheur. Le pire manquement serait de passer sous silence cette subjectivité, de ne pas considérer la perturbation d'un observateur sur le terrain et du terrain sur l'observateur. Donner les résultats sans expliquer comment nous y sommes parvenu serait équivalent à donner les résultats d'une expérience scientifique sans préciser les conditions de l'expérience.

Les « faits objectifs » ne sont donc pas les faits purifiés de l'impact de l'observateur mais au contraire, l'objectivité consiste à tenir compte de cet impact, qui peut même être source de

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

connaissances. Le savoir créé au travers de l'expérience ethnographique se fait au travers de la relation entre chercheur et terrain « même si nous pouvons et devons recourir aux relevés, recensions et autres méthodes pour fabriquer des données sûres, systématiques et objectives » (Agier, 2015, p. 8). Ce que dit l'ethnographe – la connaissance qu'il crée – n'est pas réellement vérifiable du fait du caractère unique et non-reproductible de l'expérience. Il est donc nécessaire de s'assurer d'une validité du travail afin de ne pas aboutir à une sorte de « relativo-relativisme » où tout peut être vrai donc rien ne peut être faux. Cette validité du « dire-vrai » s'opère sur trois plans (Agier, 2015). C'est, tout d'abord, une exigence scientifique dans l'exactitude du savoir et de sa traçabilité afin d'apporter la preuve de ce qui est énoncé. C'est, ensuite, une exigence éthique avec l'absence de mensonges et l'authenticité des données de la recherche. C'est, enfin, une exigence politique d'apporter une dimension publique au travail du chercheur, de traduire des problématiques sociétales en problématiques de recherche. C'est un retour de ce qui a été compris par le chercheur à différents interlocuteurs possibles : terrain, instances publiques, médias, grand public, etc. Ceci passe par la nécessité pour le chercheur d'une garantie de sécurité scientifique et politique dans son travail. Il s'agit d'assurer le respect de l'analyse de l'ethnographe « qui ne soit soumise ni aux diktats de ses commanditaires ni à ceux de ses enquêtés » (Weber, 2009, p. 8 sq.).

Au niveau des sciences de gestion, l'approche ethnographique se développe dans les années 1970. L'année 1979 voit par exemple la publication d'un numéro spécial de la revue *Administrative Science Quarterly* dirigé par John Van Maanen sur les méthodes qualitatives. Les contributions à ce numéro – dont les articles de Henry Mintzberg, Andrew M. Pettigrew, Matthew B. Miles, Gerald R. Salancik, ou encore Karl E. Weick – soulignent l'intérêt d'enquêter dans les organisations au plus proche du terrain. Van Maanen y écrit à ce propos un article consacré à l'ethnographie organisationnelle (Van Maanen, 1979). Pourtant, la fin des années 1990 marque le déclin dans l'utilisation de l'ethnographie, lié aux ressources nécessaires au déploiement de cette méthode (Rouleau, 2013).

Si l'ethnographie organisationnelle révèle des différences avec l'ethnographie traditionnelle, le principe fondamental reste le même (Rouleau, 2013, p. 36 sq.) :

> Ce n'est pas la même chose de se rendre dans une entreprise tous les jours que de faire partie d'une expédition au bout du monde. Ce n'est pas la même chose de prendre des notes que de faire en sorte que les acteurs s'enregistrent quotidiennement. Au-delà de ces différences

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

ponctuelles, il n'en demeure pas moins que dans toute démarche ethnographique, il s'agit d'aller à la rencontre de l'Autre afin de rendre compte de ce qu'il est et de ce qu'il vit.

L'objectif des études ethnographiques dans les organisations est de découvrir et comprendre comment les acteurs dans une situation de travail arrivent à comprendre, expliquer et agir dans les situations auxquelles ils sont confrontés (Van Maanen, 1979, p. 539) : « In essence, the use of such techniques in organizational studies literally forces the researcher to come to grips with the essential ethnographic question of what it is to be rather than to see a member of the organization ». L'ethnographe accède donc au fonctionnement réel de l'organisation en comparaison avec le fonctionnement prescrit, entre le visible et l'invisible. Par exemple, Van Maanen (1991), dans son étude d'un parc d'attraction *Disney* décrit la différence entre les comportements avec les clients durant les prestations dans le parc (*fronstage*) et les comportements en coulisse (*backstage*). L'ethnographie est d'autant plus intéressante à utiliser dans les groupes de travail à forte socialisation, que l'on retrouve entre autres dans la police, les équipes soignantes, les cabinets d'avocats. L'ethnographe veut s'immerger dans ces groupes pour comprendre ce qui s'y passe vraiment et non ce qu'il devrait s'y passer. L'immersion permet une interactivité entre le chercheur et le terrain afin de pouvoir confirmer ou infirmer directement les explications bâties (Peneff, 1992). Cette immersion permet également de ne pas tomber dans le biais du discours de l'interrogé qui dit ce que l'on veut entendre ou ce qu'il a bien envie de nous dire et taire ce qu'il ne souhaite pas divulguer.

La relecture des premières études s'intéressant à la fiabilité organisationnelle met en évidence l'importance du contexte pour comprendre le maintien de la fiabilité. L'importance du *self-designing* (Rochlin *et al.*, 1987) ancre la mise en œuvre des processus dans une organisation spécifique. Les stratégies d'anticipation et de résilience sont présentes dans les organisations mais à des degrés différents selon les secteurs étudiés. Il faut donc aller observer *in situ* afin de pouvoir déterminer précisément comment s'articulent les processus entre eux (Journé, 2001b). C'est ce que propose Bourrier (2011) dans la poursuite du programme de recherche autour de la fiabilité : une approche du terrain qui doit permettre de rendre compte dans ces organisations de la façon dont la fiabilité se fait et se maintient au quotidien plutôt qu'*a posteriori* dans l'étude des accidents. Il s'agit donc d'étudier la fiabilité en train de se faire au travers de l'activité normale, banale et non de l'exceptionnel, d'observer les fondements micro de phénomènes macro (Van Maanen, 1979). Les méthodes en lien avec l'ethnographie, et notamment l'observation participante, ont ainsi montré leur pertinence dans

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

l'étude de l'hôpital et de son contexte institutionnel (Belorgey, 2010) mais également dans la compréhension du maintien de la fiabilité dans ces structures (de Bovis, 2009; Dixon-Woods, Leslie, Bion, & Tarrant, 2012; Leslie, Paradis, Gropper, Reeves, & Kitto, 2014).

La pierre angulaire d'une approche ethnographique pertinente se retrouve dans l'équilibre difficile entre proximité avec le terrain et distance réflexive, et ne doit pas tenir une place annexe dans la réflexion du chercheur. Entre l'émerveillement naïf du début et le mépris qui peut apparaître face aux difficultés rencontrées par le chercheur sur le terrain, l'approche ethnographique nécessite de ne pas négliger cette tension mais au contraire d'en faire une place centrale dans la réflexion du chercheur, gage de rigueur et de scientificité d'un projet de recherche (Fassin, 2008, p. 14) :

> Or ces enjeux concernent rien moins que les conditions de véridiction de l'enquête, de la relation humaine dans laquelle elle s'ancre, des résultats que nous pouvons en tirer et des effets sociaux que nous produisons ce faisant. « Peut-on avoir accès à la vérité sans mettre en jeu l'être même du sujet qui y accède ? », se demande Michel Foucault[40]. La vérité ethnographique, qui n'est ni absolue ni définitive, est à ce prix.

La place du chercheur et son rôle plus ou moins actif dans l'organisation qu'il étudie nécessite que nous développions la position que nous avons occupée sur le terrain, notre degré de participation à l'activité du terrain et la relation que nous avons nouée avec les acteurs de terrain.

2.2. OBSERVATION PARTICIPANTE ET POSITIONNEMENT SUR LE TERRAIN

Dans le but de rendre compte du quotidien et d'étudier les acteurs dans/et leur environnement social, nous avons effectué une approche ethnographique du SAUV sur une période de 14 mois – s'étendant d'octobre 2014 à décembre 2015 – où nous avons notamment pratiqué une observation participante. Ancrée dans les sciences sociales, et plus particulièrement en anthropologie et en sociologie, l'observation est une méthode de collecte de données directement faite par le chercheur. Mais l'observation ne consiste pas seulement à enregistrer ce que le chercheur voit et entend sur un terrain et peut être considérée plus

[40] Foucault M. (2001), *L'Herméneutique du sujet, Cours au Collège de France 1981-1982*, Hautes Études-Gallimard-Seuil, Paris. P. 504

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

largement comme une « stratégie particulière d'interaction avec le terrain » (Journé, 2012, p. 166). Au niveau des sciences de gestion, l'observation reste pourtant peu mise en avant comparée aux entretiens et aux données secondaires. Ceci s'explique notamment par la difficulté d'accès au terrain, l'investissement en temps et les difficultés inhérentes à ce type de méthode (Groleau, 2013). Cet investissement en temps, en énergie et en émotions est d'autant plus important que l'approche ethnographique s'accompagne en plus de l'observation d'autres méthodes de collecte de données. Pourtant l'observation est une méthode qui permet de collecter des données inaccessibles avec d'autres méthodes, notamment pour rendre compte du quotidien dans les organisations (Journé, 2012), et de pouvoir saisir les phénomènes étudiés dans leur contexte de réalisation, de comprendre les pratiques *in situ* (Rouleau, 2013). Pour reprendre l'analogie faite par Yin (2011, p. 110), il s'agit de plonger dans l'eau et suivre le courant – « going with the flow » – plutôt que de regarder depuis le rivage… mais avec le risque de se noyer.

2.2.1. Observation participante et degré de participation

Les méthodes d'observation sont généralement réparties en deux catégories : l'observation participante et l'observation non-participante. L'observation participante consiste à « laisser parler le terrain » (Vernazobres, 2009, p. 47), au travers de ce qu'Alain Touraine décrit dans la quatrième de couverture de l'ouvrage de Whyte (2007) *Street Corner Society* comme la « compréhension de l'autre dans le partage d'une condition commune » (voir Encadré 31 pour des exemples de cette condition commune) : observer ce n'est pas que voir mais vivre avec.

Encadré 31 – Exemples du partage d'une condition commune sur le terrain

- Partage d'une condition commune : conditions de travail (nuit, garde, debout), « fluides » (vomi, urine, sang). Anecdote de la garde du 26/02/2014 et des moules vomies sur mes chaussures.

- Partage d'une condition commune : pénibilité, conditions de travail (toujours debout, intensité du rythme, marche). Spécificités des conditions de travail (24h/24, 7j/7, stress, mort, etc.).

- Vivre ensemble des cas difficiles, partager la mort et la bataille contre ou pour accompagner vers ; faire des nuits, des week-ends, présence forte sur le terrain, etc. permettent de casser la barrière pour accéder aux IDE et aux AS

Peneff (1992) décrit quatre caractéristiques de l'observation participante. La première est une durée prolongée sur le terrain. Une intégration du chercheur sur le terrain permet de diminuer la méfiance à son égard. Certains signes révélateurs de l'intégration – être sujet de plaisanteries, être associé aux critiques des supérieurs – sont utiles au chercheur pour savoir quand il est vraiment intégré dans son terrain. La deuxième caractéristique concerne la

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

participation du chercheur au terrain. Classiquement, il s'agit d'occuper un poste de travail, mais il est possible de tenir d'autres rôles où son statut de chercheur sera masqué ou non selon l'objet de recherche, les possibilités d'accès au terrain, et les considérations éthiques liées à la présence du chercheur sur le terrain (Adler & Adler, 1994; Roulet, Gill, Stenger, & Gill, 2017). La longueur de la période de participation permet d'atténuer l'objection de l'altération par le chercheur des comportements qu'il observe. La troisième caractéristique est le fait d'observer l'ordinaire. Ceci permet de comprendre le point de vue des acteurs sur le terrain. N'observer que les phénomènes exceptionnels ce n'est qu'observer des acteurs dans un contexte particulier et pas les comprendre plus globalement (Perec, 1989, p. 11, cité dans Lefebvre, 2013) : « Ce qui se passe chaque jour, le banal, le quotidien, l'évident, le commun, l'infra-ordinaire, le bruit de fond, l'habituel, comment en rendre compte, comment l'interroger, comment le décrire ». Enfin, la dernière caractéristique est l'idée selon laquelle la participation au terrain faite par le chercheur permet d'accéder à des données impossibles à collecter autrement. Il peut ainsi accéder à des documents internes, mais également les histoires, les confidences, reconnaître les signes ou l'argot de l'organisation, etc. Notre position sur le terrain nous a par exemple permis d'utiliser le capital social des acteurs pour nous permettre d'assister à certaines réunions internes ou de négocier auprès du service informatique l'accès aux données internes d'utilisation des téléphones de l'unité.

La littérature présente différentes typologies des méthodes d'observation (Gold, 1958; Junker, 1960; Adler & Adler, 1987a) qui classent ces méthodes selon le degré d'implication du chercheur sur son terrain (voir Encadré 32 sur l'observation non-participante). Ainsi, la typologie développée par Adler et Adler (1987a) propose trois positionnements participants sur un terrain : l'appartenance périphérique, l'appartenance active et l'appartenance complète. Le choix d'une appartenance périphérique conduit le chercheur à être en interaction avec le groupe étudié mais sans participation à des activités communes. La participation est suffisante pour être considéré comme un membre mais sans rôle dans les activités clés du groupe. Se positionnant dans une appartenance active, le chercheur opte pour rôle précis et formel sur le terrain. Il est engagé dans des activités centrales du groupe sans en être un membre à part entière, notamment dans le partage des valeurs du groupe. Le chercheur est identifié en tant que tel, participe à des objectifs communs mais agit selon son propre agenda lié à sa recherche. Enfin, lorsqu'il choisit une appartenance complète au terrain, le chercheur est membre à part entière du groupe qu'il étudie. Ce positionnement peut être deux types. Soit il s'agit d'une participation complète par opportunité, où un acteur, par opportunité, fait une

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

recherche ; soit, il s'agit d'une participation complète par conversion, où un chercheur fusionne avec son terrain pour en devenir un membre comme les autres.

Encadré 32 – Observation non-participante

Certaines typologies incluent également une observation non-participante. Baumard *et al.* (2007) proposent ainsi d'ajouter aux différents types d'observations participantes, l'observation non-participante. Ce type d'observation positionne le chercheur de manière extérieure au terrain où il pourra soit opter pour une observation flottante ou une observation systématique en créant un dispositif qui sera utilisé de manière identique pour chaque observation. Mais ce positionnement extérieur au terrain semble difficilement soutenable en pratique. En effet, comment observer d'un point de vue externe ? Est-ce le fait de ne pas avoir un rôle actif qui définit l'externalité de l'observation ? Ou l'externalité au terrain est-elle représentée par le fait de ne pas avoir un rôle officiel ? Est-ce la distance avec le terrain en termes d'éloignement physique qui caractérise l'externalité ? Par ailleurs, dans la typologie proposée par Baumard *et al.* (2007), seule l'observation non-participante peut être flottante, au sens où elle s'opère à la volée lors d'un passage sur le terrain ou durant un entretien. Or, l'observation participante peut être elle aussi flottante au sens où elle ne se focalise pas ou ne se systématise pas tout le temps et peut intégrer des observations opportunistes. L'observation sur un terrain passe par la recherche d'un équilibre entre observation flottante et observation systématique afin de laisser une place à l'émergent.

L'observation non-participante n'en est pas pour autant absente. Comme le précisent Adler et Adler (1987a), l'observation non-participante est un positionnement spécifique, nécessitant des dispositifs d'observation peu communs. Il s'agit notamment en psychologie d'observer des individus au travers d'une vitre sans tain ou travers de dispositifs vidéo. Mais, là encore, ces dispositifs modifient le terrain et ne peuvent se passer d'une forme d'interaction avec le terrain, ne serait-ce que pour expliciter le dispositif aux acteurs de terrain.

Au regard de la typologie des types d'observation participante d'Adler & Adler (1987a), notre position sur le terrain est à rapprocher de celle d'une appartenance active du chercheur, d'une immersion où le chercheur participe à l'activité principale du terrain mais avec un statut de chercheur déclaré et connu des membres du terrain. Si les spécificités techniques du terrain ne permettent pas d'être réellement un soignant, nous avons néanmoins participé à l'activité centrale de l'unité en assistant la prise en charge de patient de manière directe. Présent au plus proche de l'activité, notre participation a consisté à faire « la petite main », ce que Barley (1990, p. 238) nomme le « grunt work » et dont la description est proche de mon expérience (voir Encadré 33 sur la participation du chercheur à l'activité du terrain).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 33 – La participation du chercheur à l'activité du terrain

Quelques exemples de l'activité participative du chercheur sur le terrain :
- Qui est où ? (IDE, médecins, etc.)
- Suivi des patients (quelle chambre, quels examens, etc.)
- Brancarder
- Prévenir un collègue, aller cherche quelqu'un, transmettre des informations
- Répondre au téléphone
- Manutention, téléphone
- Déplacer un patient
- « Assister » aux éléments de base de gestes techniques : donner du matériel, tenir un élément, aller chercher un échographe, etc.
- Dépannage informatique, explication du fonctionnement d'outils informatiques
- Problèmes informatiques à l'hôpital, ou problème informatique personnel
- Aide pour écriture de mémoire, thèses de médecine (exquise anecdote du doctorant donnant des conseils pour rédiger une thèse)
- Télécharger l'imagerie Scanner dans le logiciel de radiographie
- Statistiques descriptives d'utilisation du téléphone

Concrètement, l'expérience participante sur le terrain a consisté en un double travail de représentation et de participation. Formaliser un projet permet de préparer un discours et un rôle sur le terrain, ceci est d'autant plus important qu'il s'agit d'un environnement travail où il faut être réactif et adaptatif face à la variété d'acteurs circulant dans l'unité. En termes de représentation face aux acteurs, notre ligne de conduite peut être résumée par les propos de Rochlin (2001, p. 44) :

> Plutôt que de traquer les erreurs, plutôt que de suggérer des modifications justifiées par notre seul point de vue extérieur et de recommander à la direction de l'entreprise des amendements dans des conditions de travail ou un renforcement des contraintes pour les opérateurs, nous proposions de comprendre leur extraordinaire niveau de performance.

Notre projet de recherche a été présenté au sein du service comme cherchant à « comprendre le quotidien des services d'urgence » ou encore « comprendre comment s'organisent les services d'urgence au-delà des clichés ». Il ne s'agit pas d'une discussion autour de mon sujet de recherche mais d'un positionnement pour observer au mieux un terrain. La réponse apportée aux questionnements et donc à géométrie variable selon les interlocuteurs, le contexte de la question – défense de sa position, curiosité, ouverture d'un débat sur mon projet, etc. – et ce que nous attendons en retour de ma réponse.

Le rôle ne serait pas complet sans un costume. Afin d'intégrer au mieux ce milieu notre habillage correspond à celui des médecins et internes de l'unité, avec des vêtements

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

médicaux, des sabots de travail. À cela s'ajoute selon les situations et les environnements un calot, un masque et des gants. Pour parfaire notre costume, nous disposons également d'une blouse à notre nom qui nous permet également d'avoir notre carnet d'observation à portée de main sans dénoter dans l'environnement de travail. Ceci nous permet de nous fondre dans la masse – et de respecter les conditions d'hygiène et de sécurité – sans remise en cause de notre présence par ceux qui ne nous connaissent pas (autres médecins, patients, accompagnants).

Au niveau des patients, notre position sur le terrain nous permet de nous présenter comme un collègue des médecins de l'unité « travaillant avec le Dr. X, responsable de l'unité» sans tenter d'usurper un rôle ou une identité. Nous disposons en plus d'un avantage lié à l'activité d'un SAUV : la plupart des patients sont inconscients. Il est ainsi plus aisé pour un chercheur en sciences de gestion de circuler dans l'unité sans être sollicité par un patient sur des questions médicales ou sur la justification de notre présence.

2.2.2. Négocier son entrée, sa place et sa sortie du terrain

Avant toute observation ou toute participation, l'accès au terrain doit pouvoir être possible. Cet accès au terrain peut être formalisé en trois phases de négociation (Peneff, 1992). La première est la négociation de l'entrée du chercheur sur le terrain. Cela nécessite d'avoir l'autorisation de l'autorité en charge du terrain. Précieux sésame, cette autorisation peut être accordée soit pour en tirer un avantage – obtenir de la connaissance sur l'organisation, ou simple fierté d'avoir un « chercheur » qui étudie son entreprise – ou par vision de la science – comme cela peut être le cas d'une organisation hospitalo-universitaire. Afin de préparer au mieux notre demande, nous avons réalisé des entretiens exploratoires auprès de médecins et infirmiers en relation avec les services d'urgence. Ces entretiens ont permis de valider l'intérêt que pourrait susciter notre projet de recherche et les unités médicales à contacter. Nous avons également élaboré un dossier de présentation du projet qui nous a servi de support à la négociation (voir annexe 1, p.407). Néanmoins, il est apparu durant cette période qu'une méthode d'entrée « bureaucratique » avait de fortes chances de ne pas franchir les verrous administratifs. De plus, compte tenu de notre volonté d'être au plus proche du terrain, il nous fallait avoir un vecteur d'entrée médical suffisamment légitime sur le terrain pour pouvoir y être présent et suffisamment fort pour ne pas être contré par des objections administratives. C'est finalement au hasard de la validation de notre dossier de présentation auprès d'un médecin, que celui-ci transmit notre projet directement auprès du

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

responsable du pôle de l'urgence. Une réponse très positive de la part du responsable de pôle, nous orientant vers le médecin en charge du SAUV, a ainsi ouvert les portes de notre terrain[41].

La deuxième phase concerne la négociation sur le terrain pour faire accepter le chercheur sur le terrain et lever les doutes à son égard. En effet, la venue d'un étranger sur leur lieu de travail suscite de la méfiance envers ses intentions : s'agit-il d'un espion de la direction ou d'un auditeur externe ? Est-il présent pour contrôler notre travail ? L'autre difficulté provient de la place que le chercheur occupe sur le terrain. Avoir une utilité sur le terrain peut rendre les choses plus faciles car cela permet de banaliser la présence du chercheur. Par exemple, il peut s'agir d'un rôle formalisé de brancardier (Peneff, 1992) ou de réceptionniste (Roth, 1963). Mais, cette formalisation pose la question de savoir si le chercheur n'effectue pas ce travail à la place d'un autre ou en compensation d'une absence. Par exemple, un CDD pourrait ne pas avoir été renouvelé à cause de notre venue. Il apparaît impossible de pouvoir satisfaire tout le monde, et la place tenue par le chercheur sur le terrain va ouvrir des portes et en fermer d'autres, créer des liens amicaux ou non.

Nos investigations préliminaires à notre entrée sur le terrain ont permis de déterminer une difficulté dans la participation au terrain : les postes formels qui nous seraient accessibles – notamment pour des questions de technicité et de certification pour exercer certains métiers – sont « loin des soins » pour reprendre la formulation d'un infirmier interrogé. Ainsi, ces postes ne sont pas intégrés à une unité de soins et ne permettent pas de faire une observation au plus près des pratiques. Ceci confirme les propos de Côté (2013, p. 199) sur la difficulté d'observer les soins :

> Mentionnons d'emblée qu'il n'est pas aisé d'avoir accès aux lieux où se pratiquent des activités cliniques et surtout de s'y déplacer librement. Les lieux de pratiques sont à la fois achalandés et exigus. Les activités cliniques qui s'y déroulent, notamment au bloc opératoire et aux unités de soins intensifs, sont très souvent intenses et les résultats s'avèrent incertains.

Il nous faut donc éviter une participation qui nous empêcherait d'avoir un poste d'observation pertinent et au contraire avoir une liberté de mouvement nous permettant d'adapter notre position sur le terrain. C'est la raison pour laquelle le rôle participatif sur le terrain n'a pas été formalisé dans la convention de recherche. Le positionnement choisi est celui d'une

[41] Une convention de recherche officielle a également été réalisée afin de contractualiser notre présence sur le terrain (voir annexe 2, p.415). Mais elle ne fut jamais signée par l'administration de l'hôpital malgré nos différentes relances.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

participation sans forcément exercer un métier autre que celui de chercheur, au croisement d'un accès officiel au terrain et d'une reconnaissance en tant que chercheur s'intéressant à la fiabilité organisationnelle (Navajas, Silla, Salabarnada, Muñoz, & Badia, 2013), avec un rôle qui émerge et se construit sur le terrain. Il est donc important d'avoir une présence forte sur le terrain et de s'y investir afin de se rendre utile et disponible, de montrer la crédibilité de son projet afin de trouver sa place et s'intégrer progressivement au collectif (voir Encadré 34). Au fil du temps, il va s'établir une relation de confiance entre le chercheur et les acteurs de terrain (Puaud, 2012). Ces liens de confiance permettent d'accéder à des informations même en notre absence. Par exemple, nous avons reçu des messages nous informant d'un grave accident qu'il pourrait être intéressant d'observer ou qu'une simulation sur mannequin allait être organisée dans la semaine. C'est également un sujet d'analyse de discuter de l'événement avec eux, leur vécu et pourquoi le considérer comme important au point de m'en informer.

Même si au bout d'un certain temps notre présence est acceptée – par confiance, par routine et après avoir démontré de notre « non-dangerosité » à l'égard des acteurs – négocier sa place sur un terrain n'est pas qu'un cap à franchir. Notre place sur le terrain prend plus la forme d'une négociation permanente selon les acteurs et l'évolution de son statut tout au long de notre présence et peut être remise en cause si nous n'y prenons pas garde, notamment si nous mettons en péril – par nos actions ou notre inaction – la prise en charge d'un patient.

Encadré 34 – Les signes d'intégration du chercheur sur son terrain

À force de contacts avec le terrain, nous nous sommes intégré à l'équipe de l'unité. Cette intégration s'est faite progressivement et nous avons pu relever dans nos notes certains signes de cette intégration au fil du temps et le déploiement du dispositif d'observation :
- 17/10/2014 : IDE : « *T'es déguisé en médecin alors* »
- 23/10/2014 : IDE : « *Tiens note que les IDE sont à fond* » [1 IDE vient de s'asseoir]
- 23/10/2014 : Transmissions des IDE entre 2 shifts : « *Chut il y a Monsieur Gestion qui est là ! Il faut être sérieux* »
- 17/11/2014 : confidences et sa contrepartie d'être utilisé comme messager
- 21/11/2014 : pris à partie par un chirurgien ; les médecins de l'unité prennent ma défense et justifie ma présence
- 24/11/2014 : des connaissances minimales suffisantes rassemblées par l'observation exploratoire ; je commencer à "voir" l'activité et opérationnaliser ma stratégie d'observation.
- 27/11/2014 : question sur ma vie personnelle (de manière spontanée ; pas un 'small talk' pour combler un vide)
- 01/12/2014 : discussions où je suis associé avec les IDE et AS : dernier cercle où je m'intègre (après les internes et les médecins)
- 16/12/2014 : seconde garde ; j'assiste à l'arrivée de l'équipe du matin et aux transmissions vers 06h00, puis je discute en prenant un café avec les équipes

La dernière phase de l'accès au terrain consiste à sortir du terrain. L'immersion sur un terrain n'est pas neutre pour un chercheur car l'investissement n'est pas feint (Peneff, 1992, p.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

252) : « il est parfois plus difficile de quitter le terrain que d'y rentrer ». Cet investissement a créé des liens avec les acteurs du terrain qu'il est parfois difficile de rompre. Si ces relations ont permis d'accéder à des éléments impossibles à observer autrement, elles peuvent compliquer la tâche d'analyse avec un sentiment de trahison des acteurs face à notre recherche. Enfin, lorsque le chercheur décide de quitter un terrain, il accepte de ne plus avoir accès à ce terrain ou, tout du moins, plus dans les mêmes conditions.

Il faut donc négocier sa sortie autour de trois éléments. Le premier consiste à terminer symboliquement la période d'immersion et de remercier les personnes avec qui nous avons partagé ces moments. Dans notre cas, nous avons opté pour le rituel de sortie des internes consistant à offrir le dernier jour le petit-déjeuner aux médecins et à l'équipe soignante. Le deuxième élément renvoie à l'idée de rendre des comptes, de proposer une synthèse de notre expérience qui pourrait être utile à l'unité de soins. Nous avons donc formalisé un document de travail autour des relations entre les HROs et la médecine. Ce document a donné lieu à une réunion d'échange afin de proposer des pistes de réflexion autour des transmissions entre soignants, de la circulation de l'information et de la gestion des erreurs. C'est également l'occasion pour nous de valider certaines pistes d'investigation afin de confirmer notre compréhension des situations vécues. Enfin, le dernier élément de négociation est la possibilité de collaborations futures afin de laisser la porte entre-ouverte. Nous avons ainsi discuté de potentiels partenariats futurs avec d'autres structures de soins – par exemple le SAMU – ainsi que des collaborations au niveau de la formation au facteur humain des internes et des IADE. C'est au travers de cette réunion que nous avons également validé une collaboration autour d'une communication pour la conférence annuelle de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (Leuridan & al., 2016).

2.2.3. Entre immersion participative et recul réflexif : accepter de plonger pour mieux remonter

Au niveau de la participation, bien que n'effectuant pas – heureusement pour les patients – le métier de soignant, les différentes tâches réalisées nous sortent de notre zone de confort et nous obligent à une rigueur poussée afin de ne pas commettre d'erreurs. Il s'agit de s'engager sur le terrain, de suivre le flot des acteurs et les mêler au flux de l'activité, de marcher dans les pas mais pas sur les pieds. Même si au premier abord cela n'a rien à voir avec le sujet de recherche, il faut accepter de se perdre (Rémy, 2014). Afin d'assurer au mieux nos tâches, il

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

est nécessaire d'acquérir un socle minimum de connaissances sur la médecine, les métiers, l'activité afin de comprendre ce qui s'y passe. Les ressources en ligne des facultés de médecine et des revues médicales[42] permettent ainsi d'assimiler certaines bases et le vocabulaire médical. C'est également savoir à quoi s'attendre : un SAUV prend potentiellement en charge des patients gravement blessés – et dont l'état visuel peut choquer celui qui n'y est pas préparé – mais également des situations auxquelles il faudra faire face psychologiquement.

Comme nous l'avons précisé précédemment, la période sur le terrain s'est étendue sur une période de 14 mois. Durant cette période, notre présence sur le terrain s'est faite à hauteur de 50% d'un temps de travail à temps plein et représentant 2 à 3 jours par semaine. Durant les deux premiers mois nous avons tenu à être plus présents, à hauteur de 80% d'un temps de travail à temps plein et représentant 4 jours par semaine. En termes de rythme de travail, nous avons tenté d'observer de manière exhaustive les différentes séquences de travail. Ainsi, si la majorité de nos observations se sont déroulées durant la plage de journée – de 08h à 17h en assistant aux transmissions du matin et du soir – nous avons également observé d'autres séquences de travail : week-ends et jours fériés ; présence décalée afin d'avoir les transmissions des infirmiers et des aides-soignants de 13h30 et 20h30. Enfin, nous avons effectué une dizaine de gardes de 24h (soit en moyenne 1 garde toutes les 6 à 8 semaines) qui ont permis également d'observer l'activité de nuit côté infirmiers et les transmissions de 6h30. Néanmoins, nous n'avons pas assuré le rythme de gardes des médecins – d'une garde par semaine en moyenne – compte tenu de l'épreuve physique et mentale que cela constitue. Ceci s'explique à la fois par le manque d'habitude et d'endurance face à l'exercice et la difficulté de concilier les gardes avec les activités de recherche et d'enseignement en dehors du terrain.

À l'aune de la formalisation de notre positionnement sur le terrain, entre l'émerveillement de la découverte et le recul réflexif nécessaire à la compréhension, il est souvent difficile de trouver sa place de chercheur, sa place d'observateur et sa place d'acteur sur un terrain (Adler & Adler, 1987b), entre nécessité de prendre racine et accepter de parfois perdre pied et réflexion sur sa position de chercheur vis-à-vis du terrain. La relation entre le chercheur et le terrain n'est pas unidirectionnelle, où le chercheur vient récolter des données sur un terrain (Peneff, 1995). Celui-ci va également nouer des relations, interagir et « donner au terrain ».

[42] Pour les cours en ligne, nous nous sommes appuyé sur les ressources de la Faculté de médecine Pierre et Marie Curie et la Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux. Quant aux revues médicales, nous avons notamment consulté les Annales Françaises de Médecine d'Urgence de la SFMU, Anesthésie & Réanimation et Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine (ACCPM) de la SFAR.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Le chercheur observateur doit donc réfléchir aux deux versants de son expérience sur le terrain, entre prendre et donner au terrain. L'impératif d'objectivité de la recherche scientifique impose en effet d'expliquer et d'analyser la subjectivité inhérente à l'immersion et au chercheur. Il ne faut donc passer sous silence cette subjectivité et ignorer la perturbation d'un observateur sur le terrain et du terrain sur l'observateur. Dans le même ordre d'idée, les résultats issus de la recherche ne peuvent se comprendre sans expliquer comment le chercheur a observé le terrain, comment il a analysé les données collectées et comment il a tenté de comprendre son rôle en tant qu'acteur, enquêteur et analyste (Weber, 2009). Comme le précise Laplantine (2010, p. 23) :

> C'est lorsque ce dernier [le chercheur] prétend à la neutralité absolue, lorsqu'il croit avoir recueilli des faits 'objectifs', lorsqu'il élimine des résultats de sa recherche tout ce qui a contribué à y accéder et qu'il gomme soigneusement les traces de son implication personnelle dans l'objet de son étude, qu'il risque le plus de s'écarter du type d'objectivité.

Ainsi, si pendant longtemps les ressentis ont été mis à part dans les récits et négliger dans la prise de notes, ils ont peu à peu intégré les récits et les analyses (Emerson, Fretz, & Shaw, 2001). En effet, les émotions et les ressentis peuvent représenter un intérêt pour le chercheur : le ressenti peut être un miroir de ce que les acteurs ont ressenti, les réactions émotionnelles peuvent fournir de précieuses pistes analytiques ou servir à identifier des biais possibles (Emerson *et al.*, 2001). Par exemple, durant notre recherche, nous nous sommes interrogé sur notre ressenti face au décès d'un enfant et sur l'impact de ce décès sur notre observation. Nous nous sommes également retrouvé en conflit avec un chirurgien, conflit qui peut biaiser notre lecture d'une situation lorsque cet acteur est présent.

Le chercheur doit trouver un équilibre entre participation et distanciation, entre une immersion suffisante pour capter les données et un recul nécessaire à l'analyse et au regard critique et ne pas tomber ni dans l'excès de l'un ni dans l'excès de l'autre (Garsten, 2011, p. 6) :

> Le premier risque est de devenir « *native* ». Le chercheur s'identifie avec le terrain, s'assimile, et perd toute distance critique. Si l'on est un bon chercheur, on doit être à la limite, mais ne pas la franchir. L'autre risque, encore pire, est le cynisme. Pas l'ironie, le cynisme.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Si une forte immersion permet d'accéder à des données mais nuit au détachement et au recul nécessaire à la recherche, une observation pure sans participation et sans implication pose alors la question du réel intérêt d'opter pour une observation participante qui nécessite des ressources importantes pour être mise en place. La distance entre immersion et réflexion est donc un équilibre difficile à opérer entre rôle de membre et rôle de chercheur. Sans recul analytique et réflexif le chercheur présentera la vie du terrain, le roman d'un groupe, tel un chercheur au pays des acteurs. Si cela peut présenter un intérêt littéraire, le récit n'apportera que trop peu de résultats scientifiques. En partageant la vie du groupe, le chercheur finit par vouloir y appartenir totalement, oubliant son travail et l'objectif de sa venue. À notre sens, plutôt qu'un équilibre, il s'agit d'accepter de plonger profondément dans un terrain, voir avec ses yeux ce qui se passe, tisser une relation avec les acteurs basée sur le partage d'une situation commune qui permettra par la suite de voir avec eux certains éléments, certaines situations vu de nos propres yeux. De l'autre c'est mettre en place des outils qui permettront de remonter à la surface et offrir un recul analytique et réflexif suffisant. Cette « proximité distante » (Cazal, 2000) passe à la fois par une réflexivité introspective du chercheur sur son travail, et par une confrontation du travail de recherche avec la communauté scientifique au travers de réunions de laboratoire et de communications lors de conférences scientifiques.

La richesse de l'observation sur un terrain est une difficulté à prendre en compte. Il faut éviter d'aborder l'observation de manière naïve comme si le « réel se donne à voir » (Arborio & Fournier, 2010, p. 8). Il n'est possible d'observer que ce que l'on peut voir et ce qu'on nous laisse regarder. Cette difficulté de ne pouvoir observer que ce que l'on peut voir est physique mais également cognitive. La difficulté physique de l'observation réside dans le fait que le chercheur ne peut être présent tout le temps et partout à la fois et doit donc opérer des choix. La difficulté cognitive provient du danger d'être ébloui face à la richesse du terrain. Le chercheur a donc tout intérêt à partir d'une question de recherche pertinente par rapport à un champ, puis à la faire évoluer au contact du terrain, sinon il risque de s'éparpiller face à la richesse du terrain (Rouleau, 2013). Il convient alors de théoriser en cours de collecte, de changer de cadres d'analyse, d'explorer certaines pistes analytiques afin d'orienter son travail d'observation. Au-delà de la subjectivité du chercheur, il nous faut nous interroger sur la construction d'un point de vue d'observation et des dispositifs de collecte et d'analyse des données en interaction.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

3. LES DISPOSITIFS DE COLLECTE ET D'ANALYSE DES DONNÉES

La proximité et le temps sur le terrain, s'ils permettent d'accéder à des données impossibles à collecter autrement, ne sont pas pour autant suffisants à une recherche de qualité. Le chercheur doit également s'intéresser à la façon de saisir et analyser les phénomènes observés : la prise de notes, la capacité à savoir capter des éléments en lien avec le projet de recherche sont des conditions de réussite essentielles (Sanday, 1979). De plus, l'analyse et la vérification sont à faire simultanément avec la collecte des données et non une fois les données déjà collectées (Van Maanen, 1979). Ainsi, dans cette section nous formalisons tout d'abord les dispositifs de collecte de données utilisés, puis dans une seconde partie nous détaillons comment nous procédons à l'analyse des données. Nous développons également le rôle central du journal d'enquête dans le processus liant collecte et analyse des données en lien avec une approche abductive par boucles successives d'investigation.

3.1. COLLECTER LE MATÉRIAU EMPIRIQUE

Parler d'approche ethnographique plutôt que de méthode ethnographique s'explique par le fait qu'au sein de l'approche ethnographique, plusieurs méthodes sont regroupées : observation, réunion, analyse de documents, accès aux données, narration, histoires, etc. Si cette pluralité de méthodes entraîne une certaine complexité de cette approche, elle est nécessaire pour « comprendre les interactions dans leur contexte » (Garsten, 2011, p. 4). L'immersion sur le terrain a nécessité la construction d'un dispositif observationnel adapté qui est notre vecteur principal de recueil des données. Mais il est important dans les études qualitatives de pouvoir multiplier les sources de données afin de les triangulere (Eisenhardt, 1989). Ainsi, à l'appui du dispositif observationnel, nous nous sommes également entretenu avec les acteurs présents sur le terrain au travers d'entretiens ou de discussions plus informelles. Enfin, nous avons collecté des données documentaires et quantitatives en lien avec l'organisation et l'activité (voir Tableau 24 pour une synthèse des données collectées).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Tableau 24 – Synthèse des données collectées

Quoi	Quand	Combien
Observation participante	Octobre 2013 à Décembre 2014	14 mois Soit 130 périodes d'observation (dont une centaine de journées et 11 gardes de 24h)
Entretiens exploratoires	Avant la présence sur le terrain	3
Entretiens ethnographiques	Durant la présence sur le terrain	11
Conversations de recherche	Durant la présence sur le terrain	Multiples
Données documentaires internes	Durant la présence sur le terrain	83 documents
Données quantitatives interne	Durant la présence sur le terrain	15 documents
Données documentaires externes	Durant la présence sur le terrain	222 documents

3.1.1. Observation participante et construction d'un dispositif observationnel

L'observation est une méthode intéressante en termes d'accessibilité aux données mais nécessite une organisation – physique et mentale – importante. De plus, l'observation ne suffit pas et doit être couplée à d'autres formes de collecte de données (Peneff, 1995, p. 136) :

> L'observation, participante ou non, ne mérite, en tant que technique de recherche, ni l'excès de méfiance ou la réticence de certains d'entre nous, ni l'idéalisation ou la confiance aveugle que d'aucuns souhaiteraient lui porter. Il y aurait un danger à accorder à l'observation un statut singulier, un primat ou une infériorité qui feraient que, méthode à part, elle ne pourrait se combiner aux autres formes classiques d'investigation. Elle fait appel, tout autant que d'autres techniques, à la rigueur et à la précision.

La quantité importante de notes prises lors des observations longitudinales n'est pas suffisante et nécessite un systématisme et un formalisme des dispositifs d'observation (Barley, 1990). Cela passe par une enquête systématique afin de « se rendre compte si les individus disent ce qu'ils font et font ce qu'ils disent » (Godelier, 2010, p. 57) mais également de suivre des événements inattendus. Afin d'assurer ce systématisme, nous nous sommes appuyé sur le dispositif observationnel mis en avant par Journé (2005). Cette méthode d'observation a pour but d'éviter les biais de reconstitution *a posteriori*. Le chercheur cherche à comprendre l'interprétation de la situation faite par les acteurs au moment où la situation se produit. Nous avons retenu cette méthode dynamique d'observation car celle-ci allie des

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

stratégies systématiques et des stratégies opportunistes d'observation selon les situations rencontrées (Journé & Raulet-Croset, 2008) afin de pouvoir saisir à la fois le quotidien et l'extraordinaire présents sur notre terrain. En effet, l'activité d'un SAUV est soumise à une grande variance tant quantitative – de un à plus d'une quinzaine de patients par jour – et qualitative dans la gravité des cas et la variété des pathologies. De plus, la dynamique propre à ce genre d'unité de soins nécessite un dispositif fixe et systématique mais également un dispositif mobile pour suivre une situation ou suivre un acteur. Cette méthode d'observation consiste à combiner quatre stratégies d'observation différentes autour des variables spatiale et temporelle (voir Tableau 25).

Tableau 25 – Les stratégies du système d'observation dynamique

			Modalités d'observation	
	Objectifs de la collecte de données	**Déclenchement**	**Périmètre**	**Durée**
Stratégie #1	Exhaustivité	Systématique	Fixe	Longue (1 shift)
Stratégie #2	Précision	Aléatoire	Fixe	Courte (30 min)
Stratégie #3	Exhaustivité	Planifié	Mobile	Longue (1 shift)
Stratégie #4	Pertinence	Opportuniste	Mobile	Variable (selon la situation)

La première stratégie d'observation a pour but l'exhaustivité et la familiarisation avec le terrain et l'objet de recherche. Il s'agit également de se socialiser auprès du groupe pour se faire accepter sur le terrain. Cette stratégie consiste en un poste d'observation fixe et une durée prédéterminée et se focalise sur les événements nouveaux jusqu'à saturation, c'est-à-dire lorsque le chercheur n'enregistre plus rien de nouveau. Il s'agit de la stratégie qui sert de support et de veille au système de stratégie d'observation. Mais nous avons dû adapter cette stratégie compte tenu de la différence entre le terrain originel de cette méthode – les centrales nucléaires – et le nôtre. En effet, notre terrain est caractérisé par une culture du mouvement, de flux de patients où les acteurs gravitent dans un lieu selon les situations. Ainsi, l'immobilité sans être socialisé aurait posé des problèmes d'intégration. Une phase en amont a donc été nécessaire et a permis non seulement de découvrir le terrain – et par la suite savoir où se placer – mais également de se socialiser. Durant cette phase préliminaire nous avons souhaité être au plus près des pratiques en suivant différents intervenants. Cela nous a permis d'être présenté à chaque fois par les acteurs eux-mêmes et donc d'apprivoiser les lieux, les personnes et devenir un visage familier dans l'activité de l'unité. La stratégie d'observation fixe qui a suivi cette phase exploratoire s'est principalement fixée au niveau de la salle de déchocage afin d'étudier les entrées de patients et la gestion des différents patients de cette

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

zone d'activités. Un autre positionnement fixe s'est opéré au niveau du poste de commandement médico-infirmier qui sert de point névralgique de l'activité et permet d'avoir une vision globale des trois zones d'activité de l'unité de soins.

La deuxième stratégie d'observation recherche la précision des données dans un cadre et une durée limitée. Il s'agit de capter avec une granularité plus fine que la première stratégie les activités étudiées. Ces observations ne sont pas planifiées pour éviter le biais de focalisation sur un élément qui risquerait de délaisser d'autres éléments intéressants. Cette stratégie a été mobilisée principalement durant la première moitié de la période d'observation afin de mieux comprendre certaines séquences d'activités. Par exemple, nous nous sommes intéressé à l'arrivée d'un patient au déchocage où il est encore un inconnu. Ces trente premières minutes sont décisives dans la prise en charge car elles permettent d'établir un premier diagnostic et les soins urgents à effectuer. Il s'agit de la période la plus instable de la prise en charge où rien n'est su et tout reste à faire.

La troisième stratégie se focalise sur les acteurs et la pluralité des tâches qu'ils effectuent. Nous nous sommes concentré sur les activités de l'ensemble des acteurs durant leur journée ou leur garde. Par ailleurs, ce suivi nous a permis de comprendre le point de vue subjectif de l'acteur observé par rapport aux tâches qu'il effectue et aux situations vécues, au travers de questions et d'entretiens en situation ou informels. En pratique, nous avons suivi l'ensemble des médecins et des internes de l'unité durant la période sur le terrain ainsi qu'une majorité d'infirmiers et d'aides-soignants du SAUV durant la journée ou durant des gardes. Cette stratégie permet une mobilité spatiale et nous avons donc suivi les acteurs en dehors de l'unité, ce qui nous a permis de mieux saisir les interactions existant entre le SAUV et les autres structures de soins du pôle de l'Urgence telles que les unités d'imagerie, les blocs opératoires, les urgences pédiatriques, etc.

Enfin, la quatrième stratégie s'intéresse aux situations problématiques. Ces problèmes surgissent de manière impromptue et le chercheur doit saisir au vol de manière opportuniste le déroulement de la situation ainsi que sa gestion par les acteurs. Il s'agit par exemple de saisir comment l'unité de soins assure la prise en charge d'un cinquième patient au déchocage alors qu'il n'y a que quatre places disponibles et déjà occupées par des patients ne pouvant être déplacés. Au niveau instrumental nous retrouvons l'observation et l'entretien en situation pour comprendre les points de vue que les acteurs se font de la situation. Les trois premières stratégies permettent de mettre dans leur contexte les problèmes suivis par cette quatrième stratégie.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Thèse de Geoffrey Leuridan, Université de Lille, 2018

Ainsi, une fois intégré au terrain et ayant une meilleure connaissance de l'activité, nous avons pu déployer notre système d'observation dynamique au sein de l'unité de soins (voir Tableau 26).

Tableau 26 – Système d'observation dynamique du SAUV

	Modalités d'observation		
	Déclenchement	**Périmètre**	**Durée**
Stratégie #1	Systématique	**Fixe** (ex. : salle de déchocage)	**Longue** : une journée (9h) ou une garde (24h)
Stratégie #2	Aléatoire	**Fixe** (ex. : transfert d'un patient)	**Courte** (15-30 minutes)
Stratégie #3	Planifié	**Mobile** (ex. : suivi d'un interne)	**Longue** : une journée (9h) ou une garde (24h)
Stratégie #4	Opportuniste	**Mobile** (ex. : prise en charge d'un arrêt cardiaque)	**Variable** (selon la situation observée)

Entre systématisme et opportunisme, les dispositifs d'observation doivent réussir à saisir à la fois le quotidien, le banal et l'extraordinaire. Face à ces enjeux, la prise de notes – et plus spécifiquement le journal de bord – joue un rôle important dans la collecte et l'analyse de ce qui a été observé tout en permettant de retracer ce que le chercheur a vécu. En effet, énonçons ce qui peut paraître une évidence : ce n'est pas parce que l'on pratique une collecte de données par l'observation – participante ou non – que cela assure en soi une solidité des données recueillies. Voir de ses propres yeux n'est ni plus pertinent ni moins pertinent qu'un acteur ayant raconté au chercheur ce qu'il a vu. Comme tout autre dispositif méthodologique, il faut pouvoir s'assurer d'une certaine rigueur dans la collecte afin de constituer une base solide pour l'analyse de données. Peneff (1995) souligne l'importance de compter pour qualifier – les termes « beaucoup » « trop » ne permettant pas de saisir finement ce qui est décrit – de croiser les regards des différents acteurs et de multiplier les postes d'observation. Les termes quantificateurs doivent s'appuyer sur des données et non rester des termes vagues (Maxwell, 2009; Arborio & Fournier, 2010). Par exemple, nous avons quantifié le ressenti, partagé par les médecins, d'un nombre important d'appels téléphoniques. Nous avons mesuré que ce « beaucoup » pouvait correspondre jusqu'à 80 appels reçus par jour (24h) avec des pics pouvant atteindre 14 appels reçus / heure[43].

[43] Ceci sans prendre en compte les transferts effectués sur les téléphones personnels des médecins, que l'outil d'extraction des données ne permettait pas d'intégrer.

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Les notes de terrain sont donc essentielles pour accomplir ces différentes tâches et retracer ainsi l'observation. Considéré comme un outil de travail, le journal de bord a une place très particulière dans une recherche du fait de sa constitution et de son contenu (Creese, Bhatt, Bhojani, & Martin, 2008), lui conférant une composante intime (Schatzman & Strauss, 1973) nimbé de mystère (Clifford, 1990, p. 52) : « Fieldnotes are surrounded by legend and often a certain secrecy. They are intimate records, fully meaningful – we are often told – only to their inscriber. ». Baribeau (2005, p. 180) propose une définition du journal de bord :

> Le journal de bord est constitué de traces écrites, laissées par un chercheur, dont le contenu concerne la narration d'événements (au sens très large; les événements peuvent concerner des idées, des émotions, des pensées, des décisions, des faits, des citations ou des extraits de lecture, des descriptions de choses vues ou de paroles entendues) contextualisés (le temps, les personnes, les lieux, l'argumentation) dont le but est de […] se souvenir des événements, d'établir un dialogue entre les données et le chercheur à la fois comme observateur et comme analyste, de se regarder soi-même comme un autre.

Mais, l'écriture sur le terrain soulève un certain nombre de difficultés pratiques. Tout d'abord, il existe un dilemme sur le moment et la faisabilité de la prise de notes. S'il est recommandé de prendre des notes au plus proche du terrain afin de ne pas oublier certains éléments, il est impossible de prendre des notes et d'observer simultanément. Les séquences de prises de notes sont donc décalées dans le temps à des degrés variables allant de quelques minutes à quelques heures. Le chercheur observateur doit donc à la fois participer au terrain, saisir ce qui s'y passe, noter afin de ne pas oublier, ce qui rend cette méthode consommatrice en ressources (Arborio & Fournier, 2010), voire éprouvante physiquement (Sorignet, 2006). De plus, la prise de notes sur le vif se fait de manière rapide et parfois désordonnée, rendant difficile la relecture de ces notes même pour l'auteur (Mulhall, 2003). La prise de notes sur un terrain représente donc un défi en soi (Van Maanen, 1988, p. 223 sq.) :

> To put it bluntly, fieldnotes are gnomic, shorthand reconstructions of events, observations, and conversations that took place in the field. They are composed well after the fact as inexact notes to oneself and represent simply one of many levels of textualization set off by experience. To disentangle the interpretive procedures at work as one move across levels is problematic to say the least…

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Non seulement saisir ce qui se passe est un défi, mais le chercheur doit également pouvoir analyser sur le moment et par la suite les éléments qu'il a collectés. De plus, l'écriture est également un outil de réflexivité sur la participation au terrain, l'observation du terrain et l'observation de sa participation (Winkin, 1997). En dehors des notes *in situ*, le chercheur va reconstituer plus tard de nouvelles descriptions en se remémorant et sur la base des notes prises sur le vif, afin de générer de nouvelles notes (Emerson *et al.*, 2001). Mais se pose alors la question de savoir comment les ordonner, les relier entre ce qui est pris sur le vif et ce qui est inscrit plus tard. Dans le même ordre d'idée, le chercheur va élaborer des écrits plus analytiques afin d'interpréter et bâtir une explication aux phénomènes observés, « to capture these ruminations, reflections, and insights, and to make them available for further thought and analysis, field researchers engage in various kinds of analytical writing during or close to the initial production of fieldnotes » (Emerson *et al.*, 2001, p. 361).

Weber (2009) fait la synthèse des différentes problématiques à traiter dans un journal de bord. L'auteure propose de structurer le journal de bord en trois journaux : le journal d'enquête servant d'accumulateur d'expériences et de matériaux ; le journal de recherche ayant le rôle de catalyseur de l'interprétation ; le journal intime retraçant les émotions de l'auteur. L'outil que nous avons déployé lors de notre recherche a pour but de systématiser l'utilisation du journal de bord dans un dispositif d'observation. De plus, il doit permettre d'articuler un système de collecte et d'analyse des données. Enfin, il doit pouvoir faciliter une traçabilité de la collecte et de l'analyse afin de retrouver les éléments et les circonstances de collecte. Sur la base des travaux de Weber (2009) nous formalisons ce que nous dénommons « Journal d'enquête ». Celui-ci cherche donc à assurer ces différents enjeux en facilitant le déploiement d'une stratégie d'observation, en formalisant la collecte et l'analyse des données et en permettant une réflexivité sur cette collecte. Ce journal d'enquête est composé de trois carnets logiques – un carnet de terrain, un carnet de recherche et un carnet du chercheur – regroupés en deux cahiers physiques (voir Encadré 35).

Encadré 35 – Sur l'utilisation des termes de journal, carnet et cahier

Le choix des termes et la distinction entre journal, carnet et cahier a été fait afin d'assurer la plus grande cohérence possible.

Ainsi, le terme de journal renvoie à un ensemble servant un but : l'enquête. Dans la littérature il est fait un usage courant du terme de journal de bord et nous avons donc conservé le terme de journal.

Le terme de carnet renvoie au genre littéraire du carnet de voyage, qu'il soit physique ou intérieur, et nous semble bien illustrer ce voyage sur un terrain, dans la théorie, et sur nous-même.

Enfin, le cahier renvoie à la forme physique, à l'objet, en lien avec son étymologie d'assemblage de feuilles.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Le carnet de terrain sert d'archives aux événements observés, au matériau accumulé, aux discours des sujets. Il assure un suivi chronologique des situations observées. Le carnet de recherche est un espace d'écriture où se formalisent les hypothèses de travail, la construction de schémas analytiques, la réflexion autour de concepts en lien avec la recherche, les idées et pistes à suivre, et les commentaires sur la méthode de collecte utilisée. Enfin, le carnet du chercheur retrace les humeurs et les émotions de l'auteur de manière plus globale à la fin de chaque période d'observation. Il permet de formaliser le ressenti du chercheur et une réflexion sur sa position sur le terrain.

En pratique, le journal d'enquête a été utilisé en format papier compte tenu de l'environnement observé afin de se fondre au mieux sur le terrain. En effet, sur le terrain le cahier est un élément courant, qui ne dénote pas dans l'environnement médical où les poches des blouses sont souvent remplies de carnet, annuaire, téléphone, crayon, etc. Par ailleurs, il apparaît difficile d'utiliser un ordinateur du fait de la nécessité d'être mobile face à l'activité du terrain. Le travail d'écriture nécessite un outil flexible et rapide afin de pouvoir dessiner des schémas, tracer des connecteurs entre deux idées, chose que l'outil informatique permet moins surtout en mouvement. Notons, enfin, que si le carnet permet de souligner le rôle et le costume de chercheur-observateur, il est également un marqueur d'intégration lorsqu'il est tourné en ridicule par les acteurs de terrain, carnet devenu « recueil de blagues du service », « manuel du parfait suicide' » ou « carnet d'honoraires » au gré des commentaires et des situations.

La structure du journal d'enquête est composée de deux cahiers physiques. Un premier cahier comporte uniquement le carnet du chercheur et n'est jamais visible sur le terrain. Le second cahier contient à la fois le carnet de terrain et le carnet de recherche. Les pages de gauche contiennent le carnet de terrain. Les données sont structurées de manière chronologique. Sur la page de droite, le carnet de recherche permet de mettre directement en perspective le carnet de terrain avec les interprétations, idées, schémas, pistes ou commentaires que suscite l'observation. De plus, un système de marqueurs est utilisé afin de permettre d'interconnecter les trois carnets entre eux mais également avec la littérature scientifique. Ces marqueurs sont inscrits avec une couleur différente afin d'être aisément repérables lors de la relecture des différents carnets.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Quatre marqueurs sont utilisés :

'?' – Question ou élément insuffisamment compris

'!' – Élément important ou information à traiter d'urgence

'*' – Éléments en lien avec un document hors-carnet

'#' – Élément en lien avec la méthodologie, le type de stratégie d'observation utilisée

Le carnet de terrain retrace les activités quotidiennes d'un SAUV comportant des situations routinières et des activités plus exceptionnelles et représente le travail de prise de notes le plus conséquent sur le terrain (voir Figure 22). Certains dialogues sont également repris dans le carnet afin d'illustrer une situation ou le point de vue de l'acteur. Lorsque les conditions le permettent – par exemple lors de l'utilisation d'une stratégie 1 d'observation fixe sur un temps long – les unités d'acteurs, d'objet, de lieu et de temps sont intégrées dans la prise de notes.

En termes de volume d'écriture, celui-ci est très variable. Il dépend des événements observés et du volume d'activités bien que d'autres éléments soient observés en dehors de l'activité propre d'accueil et de prise en charge des patients. Ainsi, certaines activités « interstitielles » ont été observées : discussions lors de repas ou de pause, réunions de service, réunions techniques, formations, etc.

Figure 22 – Extraits du carnet de terrain et du carnet de recherche

CARNET TERRAIN		CARNET RECHERCHE	
24/11/14 10h10	Arrêt cardiaque chambre 1 - Appel IDE du PH à la volée - Plusieurs IDE arrivent - 1 AS arrive avec le chariot d'urgence - Pb : pas seringue, ni trocart dans chariot - IDE va en chercher en réserve	# ? !	Formaliser protocole observation urgence++ car très rapide Contenu chariot suit une nomenclature précise => Laquelle ? Remontée anomalie en réunion mais pas de retour => IDE en colère face à non-écoute et danger
10H15	Reprise cœur PH reprend éléments du dossier Interne refait la clinique		

Dans ce corpus créé dans le carnet de terrain, deux types de notes récurrentes sont présentes. Le premier type de notes regroupe l'ensemble des notes liées à l'utilisation des méthodes d'observation utilisées sous forme de didascalies intégrées au carnet (pour des exemples de didascalies, voir Tableau 27). Ainsi, il est possible de retracer les différentes stratégies d'observation utilisées ainsi qu'une brève description des lieux ou des acteurs suivis. D'autres annotations sont également faites concernant les détails de la méthode d'observation afin de pouvoir cumuler pour une même tâche, plusieurs prismes de lecture.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Tableau 27 – Exemples de didascalies signalant le type de stratégie

	Exemples de didascalies présentes dans le carnet de terrain
Stratégie 1	*Aujourd'hui, je me positionne au niveau du poste de commandement médico-infirmier*
Stratégie 2	*Changement de pansement d'un traumatisé grave très instable*
Stratégie 3	*Ce matin, je suis l'interne X*
Stratégie 4	*Suite à un accident sur un chantier proche, on court jusqu'au lieu de l'accident*

Le second type de notes concerne certains phénomènes liés au terrain. Mises en valeur dans les notes par un système de code, ces notes sont de trois ordres : les transmissions entre soignants, le volume de patients présents dans l'unité – pour lequel nous avons choisi de conserver le terme utilisé un peu abrupt « d'inventaire » – et les entrées de patients prévues. Les transmissions sont faites à la fois par les médecins – praticiens hospitaliers et internes – et par les infirmiers et les aides-soignants. Elles sont faites à heure fixe entre les différentes équipes. Le volume de patients présents dans l'unité – « l'inventaire » – étudie les patients au niveau d'analyse de l'unité de soins. Il s'agit de saisir le niveau de saturation du SAUV en termes d'occupation des places mais également au niveau des entrées, des sorties et des délais prévus. Ce type de notes est effectué systématiquement au moins une fois toutes les deux heures lors de notre présence sur le terrain. Enfin, les entrées prévues dans l'unité sont systématiquement notées et réparties entre deux types : les arrivées et les entrées prévues. Ces termes – choisis arbitrairement –permettent de distinguer le moment où les acteurs de l'unité ont l'information d'une arrivée et le moment où le patient arrive physiquement dans l'unité. Il est ainsi possible de déterminer le délai pour préparer une entrée – mis en perspective avec la gravité du cas – et de pouvoir indiquer les entrées qui n'ont pas été prévues en amont.

Au niveau du carnet de recherche, les éléments qui amènent à déclencher l'écriture sont multiples : directs à l'observation, liés aux notes du carnet de terrain, en lien avec des entretiens formels ou informels, ou en complément suite aux retranscriptions d'entretiens. Il y a donc une articulation entre notes *in situ* et notes *ex post*. Le style des notes du carnet de recherche est également varié allant d'une structuration discursive à de simples interrogations, de schémas analytiques, diagrammes ou de concepts à mobiliser. Des connecteurs sont également utilisés entre le carnet de terrain et le carnet de recherche afin de mettre en perspective des éléments observés avec des développements analytiques.

Enfin, le carnet du chercheur est utilisé de manière systématique, une fois par jour, à la fin de chaque séquence d'observation. Il permet de conserver une trace des situations, des

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

événements ou des impressions marquantes de la séquence d'observation. Il peut s'agir de commentaires sur l'intégration du chercheur, de remarques personnelles face au vécu sur le terrain (voir Figure 23).

Figure 23 – Extraits du carnet du chercheur

CARNET CHERCHEUR	
21/11/14	2 AVP enfants : focus sur activités et pas sur patient
#	Limite cognitive pour observer les grosses entrées ou entrées multiples trop de personne, trop de choses => découper et choisir quoi observer
#	Développement de la participation et on me demande de l'aide pour assister : brancardage, translater, brancher écho, renseignements
!	De nouveaux lieux d'accès : on me demande si je veux venir boire un café entre médecins où ils discutent de certaines prises en charge (impossible de prendre des notes dans ces moments)
	Encore un conflit avec le même chirurgien => négocier sa place, jamais acquis selon les nouvelles personnes, les nouvelles situations

La dynamique de la prise de notes varie selon les carnets et compte tenu des contraintes matérielles. Le carnet de terrain est rempli le plus régulièrement car il obéit à une exigence de systématisme. La prise de notes se fait donc en temps réel – « à chaud » – au gré des éléments observés. Ces notes directes sont complétées – « à tiède » – durant la séquence d'observation ou en fin de journée. Le carnet de recherche est le carnet ayant l'amplitude d'utilisation la plus vaste. En effet, la prise de notes se fait à chaud, à tiède – durant la séquence d'observation ou en fin de journée – de manière systématique à la relecture des notes, et également « à froid » de manière plus opportuniste – quelques jours plus tard. Enfin, le carnet du chercheur est utilisé à chaque fin de séquence d'observation – à tiède – le soir afin de retranscrire les impressions de la séquence d'observation. Le système de marqueurs présent dans le journal d'enquête prend ici tout son sens car il permet de revenir aisément plus tard – à tiède et à froid – sur les éléments à investiguer. Ajoutons également que les marqueurs peuvent également être utilisés à la relecture et pas uniquement lors de la prise de notes à chaud.

Si la prise de notes à tiède et à froid ne pose pas de problème matériel, la prise de notes à chaud peut être rendue difficile compte tenu de l'effervescence de l'activité liée à l'urgence vitale, rendant les notes parfois chaotique. Les temps morts dans l'activité – ou tout du moins d'intensité moindre – permettent de pouvoir noter ce qui n'a pas pu l'être suite à l'afflux important d'éléments à observer. Il s'agit alors de faire preuve de mémorisation que le systématisme de l'observation – et notamment les stratégies 1 et 3 – permet d'affûter au fil de l'immersion sur le terrain. Par ailleurs, la visibilité de la prise de notes peut être plus ou moins

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Thèse de Geoffrey Leuridan, Université de Lille, 2018

bien acceptée selon le degré d'intégration du chercheur, le type d'acteurs et la situation vécue. En effet, il apparaît incongru – et contre-productif en termes d'immersion– de sortir un cahier de notes lors d'une discussion « entre collègues » suite à une situation difficile. C'est notamment le cas lors des situations interstitielles que le journal est le plus visible, par exemple lors de discussions en salle de repos juste après la prise en charge d'un patient. Paradoxalement, c'est au moment où il est le plus aisé matériellement de prendre des notes – pas debout ou en train de marcher, mais assis autour d'une table – que le journal est le moins utilisé *in situ*.

3.1.2. Articuler observation et entretiens : différents types d'entretiens mobilisés

Les notes d'observation constituent la majorité du matériau empirique collecté et analysé. Pour autant, nous nous sommes également appuyé sur d'autres types de données afin de pouvoir les trianguler nos données. En effet, les entretiens sont des outils indispensables à l'observation afin de s'assurer qu'au travers de notre observation nous ne sommes pas en train de « voir de travers » le terrain que nous étudions (Beaud & Weber, 2010, p. 126). C'est une des forces de l'observation participante que de pouvoir faire un retour sur des situations vécues ensemble par le chercheur et les personnes interrogées afin de mieux en saisir le sens. Les entretiens sont donc liés à l'enquête de terrain : ils s'appuient sur les observations faites et nourrissent les observations futures. Ainsi, une première série d'entretiens semi-directifs en amont du terrain nous a permis de mieux délimiter et faire accepter notre projet de recherche, une seconde série d'entretiens semi-directifs a servi de retour réflexif sur certaines situations observées afin de trianguler nos données. À ce titre, le journal d'enquête joue un rôle important car il permet au travers de la lecture de nos notes et de notre système de marqueurs de pouvoir revenir sur des éléments qu'il nous semble important d'approfondir.

Afin de trianguler au mieux les données collectées nous avons combiné trois différents types d'entretiens à différents moments de l'enquête de terrain : des entretiens semi-directifs exploratoires, des entretiens ethnographiques et des entretiens informels durant les phases d'observation sur le terrain.

Les entretiens semi-directifs exploratoires ont un cadre et des thèmes prédéfinis mais un déroulement libre (Garsten, 2011). Effectués en amont de la présence sur le terrain, les

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

entretiens exploratoires ont servi à négocier notre terrain et négocier notre place. Au travers de ces entretiens nous avons pu sonder la faisabilité de notre projet de recherche et mieux cadrer les attentes et la forme prise par ce projet. Par exemple, nous nous sommes aperçu que le concept de fiabilité était peu diffusé chez les médecins – en dehors des aspects technologiques – et qu'une explication du terme de fiabilité organisationnelle s'imposait. Ces entretiens ont également été l'occasion pour nous d'avoir une meilleure connaissance générale de l'hôpital et de la médecine.

En pratique, nous avons réalisé ces entretiens sans guide d'entretien formalisé par des questions mais uniquement avec des thèmes à aborder (voir Encadré 36 sur les thèmes abordés durant les entretiens exploratoires).

Encadré 36 – Thèmes des entretiens exploratoires

Le Service d'Accueil des Urgences
- Gestion des admissions
- Faire face à l'impossibilité de prévoir
- Gestion du flux
- Critères de tri, régulation
- Réforme des urgences et refonte du plateau technique depuis quelques années

La formation en médecine
- Coopération inter-spécialités
- Coordination des acteurs dans le parcours de soin
- Relation avec le management, la direction + rôle du cadre de santé
- Formation médecins a changé ? Formation initiale, séminaire durant leur fonction, etc.

Le problème des ressources (financières, temps)
- Ressenti vis-à-vis de cette approche gestionnaire ?
- Impact sur la médecine ?
- Avantages/Inconvénients
- Qualité des soins, pour le patient
- Organisation du travail

Réformes de l'hôpital
- HPST et T2A
- Gouvernance : passé de 130 services à 15 pôles

Échange autour du projet de recherche
- Sciences de gestion et champ scientifique (collaboration passée avec médecine)
- HRO et hôpital
- Faisabilité et intérêt pour l'hôpital

Le deuxième type d'entretiens regroupe les entretiens ethnographiques qui ont pris la forme d'entretiens semi-directifs mais s'articulant avec l'observation participante (Garsten, 2011). En ce sens, les entretiens ethnographiques ne sont « pas isolés ni autonomisés de la situation d'enquête. Les enquêtés sont resitués dans leurs milieux d'interconnaissance (qui

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

sont aussi vos milieux d'enquête) » (Beaud & Weber, 2010, p. 155). Ces entretiens ne peuvent donc pas être effectués au début du terrain car ils nécessitent de parler le langage des natifs (H. S. Becker & Geer, 1957) et d'avoir une connaissance suffisante du terrain pour formuler des questions pertinentes avec l'activité du terrain et les situations vécues (H. S. Becker, 2014). Néanmoins, les entretiens ethnographiques sont des moments anormaux dans la relation entre l'enquêteur et les enquêtés. En effet, il existe un rapport asymétrique entre celui qui pose les questions et celui qui y répond. Il est donc important pour le chercheur de gérer cette relation enquêteur-enquêté et, outre le fait de mettre à l'aise l'enquêté, de gérer cette position du chercheur à la fois acteur du terrain et personne extérieure afin de permettre au répondant de se laisser aller à des confidences (Beaud, 1996, p. 250) : « C'est cette position (temporaire) d'extranéité, handicap de départ pour amorcer la relation, qui peut ensuite, si l'entretien est bien mené, se transformer en moteur de la parole de l'enquêté ». Il faut également gérer les transitions entre le « monde du terrain » et le « monde de l'entretien » tant pour amener l'entretien – mettre à l'aise l'enquêté, confidentialité de l'échange, etc. – que pour le finir et retourner à une situation normale (dans la relation entre enquêteur et enquêté).

En pratique, les entretiens ethnographiques ont tous fait l'objet d'un enregistrement audio et ont été retranscrits de manière exhaustive (voir Encadré 37). La phase de retranscription est le moment d'une première analyse détaillée de l'entretien qui fera par la suite l'objet d'une analyse plus approfondie.

Encadré 37 – Retranscription des entretiens ethnographiques

Tous les entretiens ethnographiques ont fait l'objet d'une retranscription. À ces retranscriptions nous avons également ajouté certains éléments qu'il nous semble important d'intégrer pour une meilleure compréhension du contexte de l'entretien :

- Des ruptures temporelles : "__" (avec la durée de la rupture)

- Des précisions sur le comportement physique, le non-verbal : des didascalies comme « (*manipule nerveusement son téléphone*) » ou « (*rires*) »

- Des notes ajoutées par le chercheur pour préciser une action, une phrase, faire un complément (et les distinguer de ce que la personne interrogée dit) : par exemple « [X. entre dans la pièce] »

- Les correction des fautes de français (notamment le "ne" des négations qui est absent de l'oral), des termes médicaux tronqués (ex. : la « laparo » devient la « laparo[tomie] »). Les moments de silence, de réflexion en laissant traîner la dernière syllabe ou avec un « euh » sont ignorés sauf s'ils mettent en avant un élément (qui sera ajouté entre parenthèse en italique). Par exemple : « parfois certaines personnes m'énervent comme euh (*hésite*) comme ce matin avec l'interne ».

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

La réalisation des entretiens ethnographiques s'est appuyée sur un guide d'entretien que nous avons adapté selon les métiers des personnes interrogées (voir Tableau 28 pour les thèmes et les sous-thèmes discutés durant les entretiens ethnographiques)[44].

Tableau 28 – Thèmes et sous-thèmes abordés durant les entretiens ethnographiques

Thèmes	Sous-thèmes
Questions introductives	Histoire de l'interviewé
	Ancienneté déchocage
	Métier
	Choix déchocage
Le service	Définir unité
	L'unité - la mission
	L'activité
	Définition métier
	Tâches effectuées
	Événements majeurs (retour situations observées)
	Événements médiatiques
	L'activité
	Garde
	Relations entre les métiers et entre les personnes
	Intégration nouveaux
	Opinion sur le fonctionnement
	Facteurs de résilience
	Changement procédure
Les situations inattendues	Définition
	Déroulement (retour situations observées)
	Procédures
	Problèmes
	Décision
	Exemple autre service
	Point de vue
	Procédures
	Bricolage & Improvisation
Fiabilité	Définition
	Qualité, sécurité
Événements indésirables	Rapport *To Err is Human* + relation à l'erreur
	FEI
	Feedback
Contexte	Contexte Institutionnel
	Orientation gestionnaire

[44] L'annexe 3 (p.419) contient le guide d'entretien utilisé pour les médecins et les internes. L'annexe 4 (p.423) contient, quant à elle, le guide d'entretien final utilisé pour interrogés les infirmiers et les aides-soignants.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

	Évolution médecine
	Réformes
	Opinion sur les réformes
	Évolution CHU
	Opinion sur évolutions CHU
Questions conclusives	Éléments à ajouter
	Personnes à interroger

Le guide d'entretien est une aide pour le chercheur – surtout lorsque celui-ci n'est pas habitué à l'exercice de l'entretien – mais peut également être un frein à l'entretien. C'est une barrière que le chercheur doit lever entre l'enquêteur et l'enquêté (Beaud, 1996) afin d'éviter le sentiment scolaire d'évaluation et l'impression que la discussion est faussée puisque l'un des deux protagonistes a un script. Néanmoins, la présence d'un guide d'entretien est également un artefact du chercheur qui peut être perçu comme un signe de sa compétence et de son sérieux. Selon la personne interrogée, et l'histoire entre le chercheur et celle-ci, le chercheur doit adapter son dispositif et apprendre chemin faisant (Beaud & Weber, 2010). Cette adaptation se retrouve dans le degré de liberté qu'il faut accorder à l'entretien faisant du guide d'entretien plus une corde de rappel qu'un fil conducteur. Cette liberté doit permettre de revenir et discuter de situations vécues par l'enquêteur et l'enquêté (voir Encadré 38 pour un exemple de retour sur une situation vécue durant un entretien ethnographique).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 38 – Exemple de retour sur une situation vécue lors d'un entretien ethnographie

Le patient X qui est arrivé hier, dans un hôpital périphérique, ils ne peuvent pas le gérer ?

Exactement, il y a des patients qu'on ne peut pas refuser. Le trauma hépatique, thoracique, crânien il doit arriver ici. En gros, tout ce qui n'est pas de la viscérale ou de la traumato, et encore les arrachements ils viennent ici, tous les gros polytro[matisés] graves vont chez nous.

On ne le refuse pas et même si je n'ai plus de place, je me débrouille mais je le prends. Le manque de place n'est pas un critère. Le patient X, il est 'inrefusable'. Je le dis à [PH responsable] le lendemain que j'ai refusé un patient comme ça parce que je n'avais pas de place, elle me fusille sur le champ.

Pour [hôpital périphérique] le seul critère de refus valable, c'est de ne pas être capable techniquement pour le gérer ?

Oui c'est la seule raison valable.

Dans ce cas-là, pourquoi pas [autre CHU] ?

Il a été refusé à [autre CHU].

Il n'est pas passé par [autre CHU] ?

Il n'est pas arrivé à [autre CHU]. *Il a fait un premier hôpital périphérique proche de sa maison. Il a été hospitalisé à [hôpital périphérique] mais il a mis probablement plus d'une heure, 1h30 à faire les 10 km. Et [hôpital périphérique], en voyant le patient qui part en sucette ils font un bodyscan. Il y a du sang partout et ils sont incapables de gérer ça car ils n'ont pas les chirurgiens ni le plateau technique d'embolisation capable de le faire. Ils appellent* [autre CHU] *qui leur dit : « nous on a déjà un anévrisme rompu sur la table, je ne peux pas le gérer je n'ai pas de bloc de libre ». Je ne sais pas comment est* [autre CHU] *au niveau du plateau technique, mais je pense que ce n'est pas comme ici. Il doit y avoir un seul anesthésiste de garde le soir là-bas. Nous, on a moyen de rapatrier du monde. Je crois qu'on est 10 anesthésistes au CHU de garde tous les soirs. Moi si j'ai un problème en PH1, j'appelle le PH2 qui appelle le PH3. Il y a l'anesth[ésiste] de réa[nimation] neuro-chir[urgiciale], il y a l'anesthésiste de pédiatrie qui est là aussi. Il y a moyen qu'on soit beaucoup, et je l'ai déjà fait, on était 4 PH d'anesthésie dans le déchoc. C'est facile et puis je les connais tous. Et puis, j'appelle n'importe lequel de mes collègues, il y en a forcément un qui arrive dans les ¼ d'heure pour m'aider.*

Enfin, le troisième type d'entretiens mobilisés regroupe des « conversations de recherche » (Garsten, 2011, p. 8), des situations d'entretiens informelles et impromptues. Nous distinguons ici deux formes d'entretiens : les entretiens en situation et les entretiens informels. Les entretiens en situation sont des entretiens qui ont lieu à proximité des situations observées et s'articulent directement avec la stratégie d'observation (Journé, 2005). Ainsi, nous retrouvons dans le journal d'enquête des notes débutant par « je discute » ou « je parle avec X de ce qui vient de se passer ». Par exemple, lors de la prise en charge d'un patient très instable, nous retrouvons une note débutant par « je discute avec le PH de ce qui vient de se passer suite à l'arrêt cardiaque durant le scanner ». De cet entretien en situation émerge une question à investiguer sur comment s'opère le choix d'aller directement au scanner sans passer par la salle de déchocage ou au contraire de faire un arrêt au SAUV avant de se rendre au scanner. Ces entretiens rebondissent donc directement sur des situations – soit durant la situation, soit juste après – et permettent de comprendre le sens que les acteurs se font de la situation.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

La seconde forme regroupe les entretiens informels aux caractéristiques variées : discussion autour d'un café, durant les repas, en tête-à-tête ou à plusieurs avec des personnes extérieures à l'unité, etc. Par exemple, un entretien informel s'est déroulé avec un médecin et un de ses amis pilote de ligne. Ainsi, nous avons pu avoir une discussion croisée autour de la fiabilité en médecine et dans l'aviation civile qui permit de relever des traits communs et des différences.

En pratique, les deux formes de conversations de recherche ne sont ni enregistrées ni réalisées avec un guide d'entretien. Une prise de notes post-discussion est effectuée car il est difficile de prendre des notes durant ces conversations étant donné le caractère peu naturel de sortir le journal d'enquête durant ces conversations.

À l'aune de cette présentation des différents types d'entretiens réalisés, nous pouvons formaliser une synthèse du dispositif d'entretiens mis en place durant cette recherche (voir Tableau 29). En termes de temporalité, les entretiens exploratoires ont été réalisés avant la période de présence sur le terrain, les entretiens ethnographiques sept mois après le début de notre présence sur le terrain et les conversations informelles se sont déroulées durant toute notre présence sur le terrain.

Tableau 29 – Synthèse des entretiens réalisés

Types d'entretien	**Personnes interrogées**	**Période de l'entretien**	**Durée**
Exploratoires (3 entretiens)	Médecin de l'hôpital x2	Avant la période de présence sur le terrain	Entre 30 et 45 minutes par entretien
	Médecin responsable de l'unité		
Ethnographiques (11 entretiens)	Interne (durant son stage)	7 mois après le début de la présence sur le terrain (entre avril et décembre 2015)	103 minutes
	Interne (durant son stage)		88 minutes
	Interne (après son stage)		30 minutes (tél.)
	Interne (après son stage)		45 minutes
	Médecin (jeune PH)		93 minutes
	Médecin (expérimenté)		125 minutes
	Infirmier (débutant)		109 minutes
	Infirmier (expérimenté)		101 minutes
	Aide-soignant (expérimenté)		65 minutes
	Aide-soignant (expérimenté)		71 minutes
	Responsable de l'unité		143 minutes
Conversations de recherche (multiples)	Multiples	Durant toute la présence sur le terrain	Entre 5 et 60 minutes selon les conversations

Enfin, nous tenons à souligner que nous n'avons pas pu effectuer d'entretien avec le cadre de santé suite à un changement impromptu de cadre de santé durant notre présence sur le

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

terrain et l'impossibilité que nous avons eu avec le nouveau cadre de santé de nous entretenir (voir Encadré 39).

Encadré 39 – Le problème rencontré pour réaliser un entretien avec le cadre de santé

Lors de notre présence sur le terrain, nous avons rencontré des difficultés pour interroger le cadre de santé. Un entretien informel a pu avoir lieu durant lequel nous avons abordé l'organisation des emplois du temps et un problème spécifique lié à un incident technique sur un réfrigérateur de la pharmacie ayant entraîné la perte de médicaments.

Mais un arrêt de travail suivi d'une démission n'ont pas permis de poursuivre nos entretiens. La période sans cadre de santé et son remplacement par un nouveau cadre de santé ont neutralisé le travail d'approche effectué au préalable. La priorité dans sa prise de fonction et une distance à mon égard n'ont pas permis de réaliser de nouveaux entretiens.

3.1.3. Données secondaires textuelles et numériques

Si l'approche ethnographique permet d'accéder à des données spécifiques, celles-ci ne se limitent pas qu'aux observations et aux entretiens. Nous nous sommes appuyé sur de nombreuses données secondaires qu'elles soient d'ordre qualitatif ou quantitatif. Si les données secondaires ne sont pas des données de seconde catégorie, la profusion de données secondaires ne signifie pas pour autant plus de solidité (Baumard & Ibert, 2007). Cette profusion de données est liée à deux facteurs. Un premier facteur est relatif à la technicité de l'activité et notre méconnaissance du domaine de la médecine. Un second facteur concerne la médecine comme productrice de nombreux écrits. Ces écrits peuvent être des articles scientifiques – dont certains sont utilisés comment références dans notre bibliographie pour définir certains termes – mais peuvent également porter sur des thématiques de santé publique ou avoir une portée plus généraliste.

Nous avons tout d'abord eu l'opportunité d'accéder à des données textuelles et numériques issues du fonctionnement de l'unité (voir Tableau 30). Ainsi, notre accès privilégié au terrain nous a permis d'obtenir des données quantitatives issues du fonctionnement de l'unité : les statistiques détaillées des entrées et sorties des patients de l'unité de soins (âge, sexe, date entrée, date sortie, motif d'admission, orientation sortie, etc.) et les statistiques d'utilisation des téléphones de service (date des appels, origine, durée, etc.) afin de mesurer l'importance du téléphone dans l'activité des médecins. De plus, nous avons pu accéder à des documents internes : documents de travail (fiches procédure, livret d'accueil,

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

feuilles de transmission, etc.) mais également des comptes-rendus de réunions, des rapports d'activités de l'unité ou des documents d'information sur l'hôpital.

Tableau 30 – données secondaires internes

Types de données secondaires internes	**Nombre de documents** [(a)]	**Exemples**
Rapports d'études, bilans d'activités	7	Bilan budgétaire 2014
Procédures, protocoles, logigrammes	8	Prise en charge du trauma crânien
Dessins, photos, plans, schémas	26	Plan de l'unité
Comptes rendus de réunions	3	CR réunion sur le nouvel outil de traçabilité des produits sanguins
Communication organisation	7	Journal interne
Documents organisation internes	27	Planning des gardes
Documents de suivi du patient	5	Feuille de suivi des constantes vitales
Données quantitatives	15	Statistiques de fréquentation de l'unité

[(a)] Il s'agit du nombre de documents que nous avons conservés. D'autres documents ont été consultés sur place mais n'ont pas fait l'objet d'une analyse ultérieure.

Enfin, outre les données internes nous avons également collecté des éléments externes à l'organisation (voir Tableau 31). Nous nous sommes appuyé sur des données issues de rapports nationaux de différents organismes publics (HAS, DREES, CESE, etc.) et des sociétés de médecine (notamment la SFAR et la SFMU). De plus, nous avons mis en place des outils de surveillance de la presse généraliste et spécialisée afin de suivre l'actualité en lien avec le contexte médical et institutionnel de l'unité de soins.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Tableau 31 – données secondaires externes

Types de données secondaires externes	Nombre de documents	Exemples
Articles de presse en lien avec l'actualité de l'hôpital ou du service d'urgences étudié	64	*Morts liées aux erreurs médicales : des données peu fiables* – Le Monde du 4 mai 2016
Supports de cours ou de séminaires (médecin, infirmier, cadres de santé)	31	DESC de réanimation médicale (2009)
Rapports de la DREES	12	Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières (2003)
Étude COMPAQ-HPST (COordination de la Mesure de la Performance et Amélioration de la Qualité : Hôpital - Patient - Sécurité – Territoire)	24	Améliorer la Qualité à partir des Indicateurs : Rôle des « facteurs d'implémentation » (2013)
Recommandations de la HAS sur la qualité et la sécurité des soins	54	Gestion des risques et protocoles de coopération (2012)
Procédures et protocoles d'autres centres hospitaliers ou des sociétés savantes	18	Admission et prise en charge des patients au déchocage – CHU Grenoble
Textes de lois, décrets et circulaires	8	Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes
Reportages TV et radios sur l'hôpital français ou l'organisation des urgences	11	La marche de l'histoire (France Inter) - *Les urgences : La récente histoire des urgences* - avec Charles-Antoine Wanecq, historien

Au final, l'étude de la documentation nous permet de répondre à trois objectifs principaux. Le premier est de mieux comprendre le fonctionnement de l'unité de soins, de l'organisation hospitalière afférente et du système de santé français tant au niveau des enjeux de santé publique que de la sécurité du patient. De plus, l'actualité médicale nous a servi de levier pour engager des conversations autour de l'actualité du centre hospitalier ou concernant certains éléments techniques tels que de nouveaux protocoles ou de nouvelles études sur la prise en charge de l'urgence. Le deuxième objectif est de pouvoir compléter des données manquantes au sein de l'hôpital. En effet, nous avons rencontré des difficultés à obtenir certaines données sur les effectifs au niveau de l'hôpital. Les différents rapports nationaux nous ont ainsi permis d'obtenir de manière indirecte ces chiffres. Enfin, les données secondaires permettent de trianguler les données collectées directement afin de s'assurer de la cohérence de notre collecte.

Pour conclure cette présentation du dispositif de collecte du matériau empirique, nous souhaitons insister sur l'importance de la construction d'un dispositif adapté au terrain et au contexte. Le formalisme des méthodes utilisées auquel nous sommes attaché ne doit pas faire

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

perdre de vue que la mise en place d'un dispositif est constituée d'une part d'exploration, d'ajustement et de bricolage qui sont essentiels à sa pertinence (Van Maanen & de Rond, 2017, p. 398) :

> It is anything but a recipe. It is improvisational, not procedural, and is path-dependent, since we learn of the subjectivity and intentionality of those we encounter in the field well after our work has begun, and the longer we are at it the more we learn about what we need to learn next.

Il y a une dimension de bricolage dans le dispositif observationnel (Waechter-Larrondo, 2005) qui, d'une approche *ante*-terrain du dispositif, va restructurer ce dispositif chemin faisant afin d'en saisir les opportunités (Bastianutti, 2012, p. 70) :

> Ce qui est opportun renvoie, étymologiquement, à un vent favorable qui pousse « vers le port » (ob + portus) ; ce hasard de la météo, s'il est conjugué à la maîtrise technique du marin, permet donc de parvenir à une destination quand bien même elle ne serait pas celle initialement prévue

Cet « opportunisme méthodique » (Girin, 1989) nécessite une souplesse instrumentale afin de saisir le moment opportun. Trois éléments sont constitutifs de cette approche et nous ont guidés dans la construction de notre approche : un systématisme pour saisir les éléments, un opportunisme pour saisir les éléments inattendus, une mémoire pour garder trace et revenir par la suite sur ce qui a été fait. Le rôle du journal d'enquête joue un rôle crucial dans chacun des éléments de cette approche (Girin, 1989, p. 6):

> Aucun dispositif ne peut être complet sans une mémoire garantissant que l'on pourra toujours revenir sur l'histoire de l'interaction, reconsidérer les analyses que l'on a faites à chaud, entrer dans un degré de détail qui n'était pas possible en "temps réel ".

3.2. ANALYSER LE MATÉRIAU EMPIRIQUE ET LA RELATION ENTRE COLLECTE ET ANALYSE

La collecte de données, aussi intense soit elle, ne génère pas par elle-même une interprétation. L'approche qualitative cherche à comprendre un événement vécu par les acteurs. Cette compréhension se fait en mettant en tension le point de vue des acteurs face à cette situation et comment le chercheur aborde la situation et tente de la comprendre en s'appuyant sur un bagage théorique et conceptuel (Dumez, 2016). Cette mise en tension se

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

retrouve dans la démarche abductive de boucles entre terrain et théorie afin de renforcer l'explication la plus vraisemblable en la confrontant à des hypothèses rivales (Dumez, 2013). Au fil de l'investigation, les explications alternatives se succèdent au gré de leur pouvoir explicatif jusqu'à stabiliser une explication suffisamment solide. Ces allers-retours entre terrain et théorie se retrouvent au sein du processus reliant collecte et analyse des données et se matérialisent dans notre recherche au travers du journal d'enquête. Dans cette dernière partie, nous présentons le cadre analytique de notre recherche, en détaillant notamment l'utilisation des templates comme outil analytique. Puis, nous développons les critères de validité de notre recherche et les risques méthodologiques inhérents à notre approche. Enfin, nous insistons sur la centralité du journal d'enquête pour interconnecter collecte et analyse de données dans une approche abductive de notre recherche.

3.2.1. Analyser les données : attention flottante, mémos et templates des situations de prise en charge des patients

Le premier élément de la démarche analytique consiste à définir l'unité d'analyse, « le focus de la recherche, l'objet ou le processus qui intéresse le chercheur » (Lehiany, 2012, p. 60). L'unité d'analyse doit permettre de voir les acteurs en action (Dumez, 2011b) en lien avec notre objet et notre questionnement de recherche. Notre présence prolongée sur le terrain a permis de déterminer la prise en charge d'un patient au sein du SAUV comme notre unité d'analyse. En effet, c'est au travers de cette prise en charge que nous pouvons le mieux étudier les acteurs en action, leurs pratiques, les ressources mobilisées, le déploiement dans le temps de la prise en charge, etc. Face à notre questionnement de recherche qui s'intéresse aux processus de maintien de la fiabilité, nous opérons une analyse processuelle qui vise dans une temporalité plus délimitée à explorer les éléments en interaction sur le terrain. Il s'agit dans un flux principal d'activité de dégager des segments – des « temporal bracketing » (Langley, 1999) – qui vont être analysés plus finement. Cette approche est rendue possible par la granularité fine des événements dont nous disposons par notre positionnement sur le terrain et le dispositif de collecte de données mis en place. Une comparaison des situations permet d'en saisir les variations et de comprendre les éléments constitutifs de ces changements. Enfin, par cette approche processuelle nous pouvons construire une temporalité générale de l'activité où la succession des événements n'est pas indépendante mais est influencée par les événements précédents et simultanés. Ceci nous permet de ne pas limiter l'analyse des processus de

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

maintien de la fiabilité durant une situation de prise en charge mais de comprendre également comment ils se déploient dans le temps, *ante* et *post* situation.

Le choix des niveaux d'analyse doit également être étudié. Si l'unité d'analyse décrit ce qui est observé, le niveau d'analyse représente là où les résultats sont observés (Lecocq, 2012). L'étude des processus à plusieurs niveaux d'analyse permet d'éviter un isomorphisme des éléments constatés sur un niveau d'analyse – l'agrégation des prises en charge de patients au niveau de chaque situation n'est pas égale à la prise en charge des patients au niveau de l'unité de soins – et d'étudier les interactions entre les niveaux d'analyse (Lecocq, 2002). Ainsi, il est possible d'articuler les niveaux d'analyse durant la situation analysée – intra-segment – mais également l'interaction entre les événements – inter-segment. Par exemple, l'analyse d'une situation de prise en charge d'un patient intègre le niveau d'activité générale de l'unité en termes de nombre de patients déjà présents dans l'unité et de nombre de patients devant arriver ou quitter l'unité. La question des niveaux d'analyse est une question importante dans l'étude de la fiabilité car elle délimite jusqu'où nous considérons le maintien de la fiabilité comme effectif. En effet, la fiabilité d'un porte-avions américain ne signifie pas que l'US Navy est fiable. Le choix d'une granularité fine et un projet orienté au niveau des pratiques au quotidien délimite les niveaux d'analyse à un niveau micro.

Ainsi, nous articulons trois niveaux d'analyse principaux. Un premier niveau concerne les individus et les ressources qu'ils mobilisent durant la prise en charge, qu'ils soient soignants ou non. Le deuxième niveau se situe au niveau de l'équipe de soins et des ressources nécessaires à la prise en charge d'un patient. Ce groupe, et les ressources engagées, varient au gré de leur disponibilité, des interventions extérieures et d'une reconfiguration au fil de la prise en charge. Enfin, un troisième niveau d'analyse est représenté par l'unité de soins en termes de personnel présent dans l'unité, de capacité d'accueil et de ressources disponibles. Pour autant, nous ne déconnectons pas l'unité de soins de sa structure organisationnelle – le centre hospitalier – et de son environnement institutionnel. Ces derniers vont impacter la prise en charge des patients – au niveau de l'allocation des ressources, des réformes en lien avec l'efficience des moyens alloués, d'un éloignement des structures administratives, etc. – aux différents niveaux d'analyse étudiés.

La cohérence entre l'approche analytique et les dispositifs de collecte de données est donc un élément primordial afin de pouvoir étudier le déploiement du processus dans le temps et l'espace déterminé par l'unité et les niveaux d'analyse (Langley *et al.*, 2013). Un dernier point

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

concerne le traitement analytique opéré sur les données. Traditionnellement en sciences de gestion, le codage des données est le traitement privilégié. Mais, si le codage est largement répandu il s'agit d'un outil d'analyse parmi d'autres. L'étude de la littérature autour de l'analyse de données a révélé la difficulté que représente le codage notamment en termes de temps passé à coder compte tenu de notre matériau empirique analogique[45]. Nous avons donc opéré un arbitrage de ressources vers un dispositif contingent à nos données cherchant à manipuler les données en priorité et éviter de tomber dans le piège de (mal)coder pour coder (Ayache & Dumez, 2011b, p. 32) : « Le codage pour le codage, pratiqué comme alibi scientifique, n'a pas d'intérêt ». Pour autant, nous ne dénigrons pas l'intérêt de cet outil et il s'agit assurément d'un travail futur intéressant à opérer sur nos données afin d'obtenir une analyse plus fine au niveau du discours et des unités de sens au travers d'une structuration des données codées comme par exemple Gioia, Corley et Hamilton (2013) le proposent. Nous retenons ici trois outils analytiques : l'attention flottante (Ayache & Dumez, 2011a; Dumez, 2016), l'utilisation de mémos (Maxwell, 2009; Paillé & Mucchielli, 2012) et l'étude des situations de prise en charge au travers de templates (Dumez & Rigaud, 2008). L'attention flottante et les mémos sont les outils d'analyse des données au travers de boucle abductives tandis que les templates viennent apporter un formatage des données pour pouvoir à la fois opérer une comparaison des données et avoir une vision synoptique de ce qui est observé.

L'idée d'attention flottante consiste en une immersion dans l'ensemble du matériau (Dumez, 2016). Le chercheur va lire le matériau dans son ensemble avant d'analyser formellement plutôt que de le découper dès le départ en unités de sens auxquelles seront associées des codes (Ayache & Dumez, 2011a). Il s'agit ici de s'imprégner des éléments sans y accoler directement des concepts ou des théories, puis dans un second temps formaliser l'analyse. Cette idée se retrouve dans l'approche proposée par Van Maanen (1979) d'une montée en abstraction progressive en débutant par une vision globale plus descriptive suivie d'un travail plus analytique. En pratique, le journal d'enquête et ces différents carnets ont fait l'objet de plusieurs lectures : au fil de l'eau, à des moments plus éloignés du terrain et à la fin du terrain avec une relecture complète du journal d'enquête. La retranscription des entretiens

[45] Pour Dumez (2016) cela représente 1 heure de travail par page d'entretien. Il donne l'exemple de 50 entretiens de 15 pages représentant 750 heures de travail de codage, soit 5 mois de travail à raison de 35 heures par semaine. Pour notre matériau cela représenterait plus de 6 mois de travail à temps plein (15 carnets du journal d'enquête + une dizaine d'entretiens compris entre 15 et 20 pages), ceci sans intégrer les données secondaires textuelles internes.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

a également fait l'objet d'une relecture complète. Finalement, seules les données secondaires n'ont pas fait l'objet d'une relecture complète à l'exception des comptes-rendus de réunions.

Le deuxième outil que nous avons utilisé consiste à prendre des notes de différentes natures et à différentes temporalités. Cette démarche est à rapprocher avec celle de mémos proposée par Dumez (2016). Issu de la *Grounded Theory*, un mémo est « un écrit de forme libre, qui ne cherche pas une construction rigoureuse, qui peut être écrit à la première personne, faire état de questions, de doutes, d'hésitations, d'interrogations, tout en cherchant à établir des premiers résultats » (Dumez, 2016, p. 26). Il s'agit d'un travail de mise au clair d'idées, d'exemples, de questionnements qui seront retravaillés ultérieurement. Le déploiement des mémos durant notre recherche a consisté à utiliser le carnet de recherche comme réceptacle de ces mémos. Ainsi, les mémos sont rédigés durant notre présence sur le terrain ou à la périphérie du terrain dans les différents carnets – comme nous l'avons développé précédemment dans ce chapitre – au gré de l'évolution de la recherche et des investigations empiriques et théoriques. Nous retrouvons ici la logique de boucles d'investigation de la démarche abductive. À l'aune de nouveaux éléments, les mémos sont remaniés, restructurés, connectés entre eux ou, au contraire, écartés de l'enquête selon les explications alternatives trouvées. Enfin, en parallèle de notre journal d'enquête nous avons constitué des fichiers informatiques structurés par thématiques de mémos (voir Encadré 40 pour un exemple de mémo sur le questionnement autour de la notion d'expert). Ces fichiers nous ont principalement servi à développer des idées issues du journal d'enquête ou regrouper des éléments extraits de la littérature.

Encadré 40 – Exemple de mémo autour de la notion d'expertise

Expertise et fiabilité :

- Respect de l'expertise = celui qui a le plus d'expertise est le preneur de décision, quel que soit le grade hiérarchique
- Problème de la notion d'expertise : on sait tellement bien faire, qu'on ne sait pas pourquoi on le fait = on prend des raccourcis pour aller vite
- Différence entre « savoir faire » et « transmettre le savoir »
- Difficulté de formaliser ce que l'on sait

. Ne va pas de soi que l'expert sait transmettre

. Savoir tacite (voir Nonaka)

. Logique d'interaction et pas de déversoir

- Impact du niveau d'étude sur la fiabilité ? (Armée Vs docteur, gradé Vs non-gradé)
- Différence entre l'expert et l'expertise

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Si les mémos et une attention flottante sur le corpus des données permettent un travail d'analyse visant à faire émerger des faits inattendus pour en chercher une explication, nous avons également formalisé une démarche nous permettant de manière plus systématique d'analyser les données. L'objectif est de renforcer le cheminement entre matériau collecté et explication proposée dans les résultats. Nous nous sommes attaché à éviter un effet « boîte noire » de l'analyse où l'on a en intrant un terrain et des données et en extrant une discussion théorique. À ce titre, nous mobilisons la notion de *template* (Dumez & Rigaud, 2008, p. 40) : « le template est un encadré, un tableau, une figure, un schéma, dans lequel va se ranger le matériau de recherche ». Au travers des templates, nous pouvons organiser notre matériau empirique, constituer des séries et faire émerger les processus en lien avec notre objet de recherche. Les templates ajoutent une étape en formatant le matériau pour l'analyse au travers d'un double processus. Un premier processus opère une sériation c'est-à-dire « repérer et constituer des séries qui vont permettre et préparer une analyse » (Dumez & Rigaud, 2008, p. 41). Un second processus permet une vision synoptique des événements étudiés. Il s'agit de surprendre le chercheur qui connaît bien les données pour faire émerger des idées originales et faciliter le travail de comparaison (Dumez, 2016). Il y a donc dans les templates un équilibre entre formatage des données et une liberté pour faire émerger des nouvelles idées, un « bricolage créatif » (Dumez & Rigaud, 2008, p. 45).

L'idée de templates nécessite une réflexion autour de la structuration de nos données. Le point de départ de cette structuration s'est fait autour de la notion d'incidents critiques (Flanagan, 1954). Les incidents critiques sont « des situations qui peuvent être difficiles à vivre, sans être spectaculaires » (Deslauriers, Deslauriers, & LaFerrière-Simard, 2017, p. 98). S'il s'agit d'un support méthodologique intéressant – qui est notamment utilisé dans l'aéronautique – la structuration de nos données au travers de cette notion pose problème dans notre étude. En effet, la perception de la criticité de l'incident limite le maintien de la fiabilité à ces moments sensibles. Or, notre approche de la fiabilité y voit un maintien et une construction au quotidien. Le défi et l'intérêt de notre dispositif observationnel est justement d'étudier des éléments qui, pour les natifs, ne sont même plus remarquables car considérés comme triviaux. C'est au travers de l'étude du quotidien que nous cherchons à comprendre l'enracinement de ces pratiques dans la construction de la fiabilité.

C'est finalement un détail de l'activité du SAUV qui a permis d'explorer plus avant cette idée de template. Il s'agit du moment où la porte du sas d'entrée de la salle de déchocage

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

coulisse, tel le rideau d'une scène qui se lève et où les acteurs débutent leur représentation : ce « *Show Time* » prend parfois la forme d'un vaudeville ou ressemble parfois à un film d'action. L'utilisation de l'analogie du théâtre pour retranscrire des événements du terrain est utilisée en ethnographie[46] sous forme de scènes ou de dialogues (Emerson *et al.*, 2001). Par exemple, l'événement peut être structuré sous la forme d'une scénette avec une exposition, un nœud, des péripéties et un dénouement si nous reprenons les termes du théâtre classique. L'opérationnalisation de cette idée nous a amenés à aborder notre matériau empirique au travers des unités de lieu, de temps et d'action. Au final, c'est la littérature en sciences de gestion qui nous apporté une solution pour structurer nos données : les travaux de Jacques Girin et le concept de situation de gestion.

Le concept de situation de gestion et ses dimensions constitutives nous ont permis de découper et structurer le matériau empirique pour en faciliter le traitement comparatif et synoptique (Girin, 1990, p. 142) : « Une situation de gestion se présente lorsque des participants sont réunis et doivent accomplir, dans un temps déterminé, une action collective conduisant à un résultat soumis à un jugement externe ». La structuration d'une situation de gestion se fait au travers de trois dimensions (Dumez, 2008a, p. 40): une tension entre régulation et singularité de ce qui est vécu ; un temps de la situation, avec un début, une fin, une dilatation ou une compression temporelle ; une action collective et la mobilisation de nouveaux participants selon l'évolution de la situation. Ces dimensions font écho avec la prise en charge d'un patient par le SAUV entre situations habituelles et imprévues, avec un degré d'urgence variable et la mobilisation de ressources évoluant selon l'état de santé du patient (Girin, 1990, p. 142) : « Plutôt qu'une action tendue vers un but, la situation de gestion peut être vue comme une réaction collective à un impératif : cette réaction, si elle est adéquate, autorise la poursuite d'autres objectifs propres aux divers participants, individus ou groupes ».

En pratique, le concept de situation de gestion nous sert de template qui va permettre de décomposer la prise en charge des patients pour mieux l'analyser par la suite et pouvoir recomposer conceptuellement les situations. L'opérationnalisation des templates s'est faite en trois temps. Un premier temps a consisté en l'appropriation du matériau et l'intégration dans le tableau en s'adaptant aux spécificités du terrain. En effet, la prise en charge peut être pour un patient unique ou pour plusieurs patients en simultané. Nous avons construit un tableau en

[46] Idée que l'on retrouve également en sociologie avec les travaux d'Erving Goffman

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

utilisant les caractéristiques d'une situation de gestion : acteurs, espace, temps, action collective, résultat et jugement (accountability) de ce résultat (voir Tableau 32). Cette construction sous forme de tableau facilite le travail d'analyse en colonnes des caractéristiques et de comparaison entre les lignes.

Tableau 32 – Première itération du template de prise en charge d'un patient

Situation de Prise en Charge	Titre Date et Heure Description
Acteurs	Acteurs de l'unité Acteurs extra-unité : soignants de l'hôpital, pompiers, SAMU mais également patients ou accompagnants
Espace	Lieu(x) de la prise en charge Majoritairement dans la salle déchocage, la prise en charge s'étend aussi les autres zones de soins ou les autres lieux du SAUV (PC Médico-infirmier, salle entretien famille, etc.) ou en dehors du SAUV (ex. : bloc opératoire, scanner)
Temps	Durée (horodatage) Gérer la temporalité de l'évolution de la situation et les différents moments de la prise en charge
Ressources Matérielles	Outils utilisés (ex. : échographe) ou ressources consommées (ex. : culots globulaires)
Actions	Gestes techniques (ex. : massage cardiaque,), discussion (ex. : entretien avec la famille), coordination, etc.
Résultat	Conséquence des actions effectuées
Jugement (accountability)	Relations entre celui qui fait l'action et celui qui énonce le jugement (ex. : action de l'interne et supervision du praticien hospitalier)

Un deuxième temps a amené à ajouter le niveau d'analyse de l'unité dans la prise en charge des patients en termes de remplissage et de places disponibles, de flux de patients dans les autres zones d'activité et ainsi pouvoir articuler les niveaux d'analyse entre prise en charge d'un patient et activité de l'unité. Cette intégration du flux de l'activité questionne également la dimension temporelle afin d'avoir un emboîtement des situations dans un flux d'activité globale de l'unité et non d'avoir une agrégation de situations indépendantes (pour des exemples du template de situation de prise en charge, voir annexe 5 p.427). Ainsi, en plus du niveau des flux de patients au niveau de l'unité nous avons donc ajouté au template des éléments d'analepse – des éléments passés pour expliquer des éléments présents – et de prolepse – des éléments futurs pour éclairer les éléments présents décrits (Dumez, 2016). Par exemple, un entretien avec la famille d'un patient voit en analepse l'infirmier informer de la présence de la famille qui souhaite rencontrer le médecin, et celui-ci attendre l'interne pour qu'il assiste à la visite afin d'apprendre à conduire un entretien. En prolepse, nous retrouvons

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

la mère du patient qui est autorisée à aller voir son enfant en salle de déchocage ce qui calme ses pleurs.

Un dernier temps a consisté à nous intéresser à ce que le template ne permet pas de capter. Il s'agit notamment des situations interstitielles entre les situations et les éléments plus éloignés de l'activité de soins tels que des réunions. En effet, au début il y a eu un effet de focalisation sur la prise en charge car c'est l'activité la plus visible (et la plus spectaculaire pour un non-médecin). Mais le quotidien de l'activité est constitué d'autres activités qui apparaissent au fil de notre connaissance du terrain. Si l'activité de l'unité n'est pas la somme des prises en charge, la fiabilité de l'unité n'est pas la somme de la fiabilité des prises en charge des patients. Ces interstices s'intercalent entre les situations à des temporalités différentes plus ou moins proches des prises en charge. Il peut s'agir par exemple d'un débriefing informel à la suite d'une prise en charge ou d'une réunion plus formelle sur certaines situations rencontrées. Ces interstices ont été répertoriés et analysés en dehors du template des situations de prise en charge puis réintégrés avec l'ensemble de notre analyse dans nos résultats.

Au final, le template des situations de prise en charge des patients nous a permis de structurer une chronologie de l'activité. Nous avons pu mettre en exergue une dynamique de l'activité et catégoriser les situations entre situations normales et situations plus exceptionnelles. Cette catégorisation a fait émerger une dynamique de l'évolution des situations où une situation peut être normale au début puis basculer brusquement en une situation exceptionnelle. Permettant à la fois une comparaison des situations et une vision synoptique de l'activité de l'unité, le travail systématique opéré avec les templates assure à notre analyse une articulation entre données brutes et résultats.

3.2.2. Validité de la recherche et risques méthodologiques

Au travers du processus de recherche que nous avons formalisé dans ce chapitre nous nous sommes efforcé d'assurer une cohérence entre collecte et analyse des données afin de pouvoir démontrer le cheminement et la pertinence de l'explication fournie par notre recherche (Drucker-Godard, Ehlinger, & Grenier, 2007). Cette validité interne de la recherche est l'objet d'une réflexion autour de deux points (sur la validité externe, voir Encadré 41) : le

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

choix de l'explication considérée par le chercheur comme adéquate et la transparence du processus d'enquête allant du terrain aux résultats.

Encadré 41 – Sur la notion de validité externe

La recherche qualitative n'a pas pour objectif une généralisation de son explication : il n'y a pas de notion de réplication des résultats ni de critères de représentativité. La théorisation est dite de moyenne portée (Merton, 1949) ou la généralisation dite analytique (Yin, 2009).

L'explication proposée par la recherche qualitative est conditionnée à un contexte. La pertinence de l'explication sera liée à la prise en compte du nouveau contexte (Groleau, 2003, p. 238) : « les spécificités du contexte étudié, la particularité des événements qui ne se reproduisent jamais exactement de la même manière et le rapport unique qui se tisse entre le chercheur et son milieu d'étude, rendent la recherche pratiquement impossible à reproduire ». La connaissance produite par la recherche qualitative ne peut être détachée de son contexte et de ses moyens de production afin que les lecteurs puissent comprendre d'où proviennent les résultats. Il est alors nécessaire de pouvoir démontrer une rigueur et être capable de justifier la montée en abstraction passant de l'observation de pratiques dans une organisation à des apports conceptuels.

Pour autant, la question de la validité externe peut amener à réfléchir à la portée de la généralisation autour de deux axes :

- L'agrégation d'études pour contribuer à une connaissance plus générales, par exemple via des méta-analyses. Le niveau d'analyse de la validité passe alors du niveau de l'étude en elle-même au niveau d'un corpus d'études.

- La contribution proposée sert de perspective ou d'inspiration pour d'autres recherches futures qui renforceront ou amenderont l'explication proposée initialement. Il y a ici une dimension temporelle de la validité de l'étude.

Le choix de l'explication retenue par le chercheur dépend de la capacité de cette explication à résister aux explications alternatives. Il s'agit donc de 'défier' l'explication d'un phénomène avec d'autres explications afin de s'assurer que celle retenue soit la plus pertinente (Yin, 2011, p. 81) :

> In summary, all sorts of rivals are possible at every step in doing a study. Stronger research studies are those conducted with a skeptical frame of mind. They try to identify and test possible rival explanations as an integral part of the entire research process

La validité de l'explication s'opère par une triangulation entre fait surprenant, nouvelle explication, recherche de nouveaux faits qui va renforcer cette explication sans considérer cette triangulation comme une justification statistique de cette explication (Yin, 2011). L'explication retenue sera donc celle qui réunit quatre critères (Dumez, 2012b, 2016) : elle doit le mieux expliquer le phénomène surprenant, elle doit être testable empiriquement, elle doit être économique au sens où elle doit expliquer les faits en étant le plus simple possible et

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

être facile à tester – ce qui permet d'ordonner les explications possibles à tester –, et elle doit permettre d'enclencher une nouvelle boucle de recherche. Le degré d'acceptabilité de l'explication n'a donc pas valeur de certitude mais de conjecture. Cette idée est à rapprocher avec celle d'adéquation – si la connaissance « [...] suffit, à un moment donné, à expliquer ou à maîtriser suffisamment finement une situation. Le degré d'adéquation reste à l'appréciation du chercheur, seul véritable expert sur le terrain et de plausible » (Charreire & Huault, 2002, p. 37) – et celle de plausible (Avenier & Gavard-Perret, 2012, p. 28) :

> La connaissance ne s'exprime pas sous la forme de théories prédictives ni de règles normatives à suivre impérativement. Elle est plutôt à utiliser comme un guide heuristique pour encourager la réflexion, éclairer des situations problématiques, et/ou stimuler l'action créative en donnant à voir des voies plausibles pour atteindre certains buts.

Le degré d'adéquation permet de considérer qu'il existe plusieurs interprétations d'un même phénomène mais qu'il est possible de les hiérarchiser, de les cumuler et de les discuter au sein de la communauté scientifique (Girod-Séville & Perret, 2002).

Enfin, à la recherche d'explications rivales et à la triangulation des données, Yin (2011) ajoute la saturation des données comme critère de validité interne. La saturation consiste pour un chercheur à ce que la collecte des données n'apporte plus d'éléments nouveaux, lui assurant ainsi qu'il est allé au bout de ce que le terrain pouvait lui apporter. Cette notion de saturation est problématique au sens où il est difficile pour un chercheur de savoir s'il a fait le tour de son terrain (Arborio & Fournier, 2010). En effet, la présence sur le terrain permet d'atteindre une granularité tellement fine que l'idée de saturation n'existe plus ou tend vers l'infini (Van Maanen & de Rond, 2017, p. 399) : « Surprise is always lurking just around the bend. Empirical or theoretical saturation is a rather empty idea ». Plutôt qu'une saturation, il nous semble plus approprié de mobiliser la notion de cohérence dans la compréhension du phénomène étudié entre empirique et théorique : la compréhension du phénomène s'appuie sur des éléments empiriques et s'inscrit dans une ou des perspectives théoriques, confirmant, infirmant ou complétant l'existant. La connaissance produite est donc une « connaissance approchée » – de l'un peu moins faux sur notre connaissance du réel – qui n'est donc qu'une construction précaire et temporaire : « L'approximation, c'est l'objectivation inachevée, mais c'est l'objectivation prudente, féconde, vraiment rationnelle puisqu'elle est à la fois

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

consciente de son insuffisance et de son progrès »[47]. Il s'agit ici d'une invitation à l'humilité de la connaissance produite – de se positionner en humble, *humilis* près du sol, plutôt qu'en sage, *sapiens* qui s'y connaît – mais également une invitation à l'audace, à construire de nouvelles explications, à tordre ce qui existe. Pour autant il ne s'agit pas d'avoir une vision « pure et parfaite » de cette recherche de cohérence. En effet, cette cohérence est conditionnée à l'accès au terrain, aux limites de financement. Il s'agit donc d'arriver à produire une connaissance cohérente avec le matériau empirique et ancrée dans un champ théorique, le tout avec les ressources à disposition.

Le second point concerne la traçabilité du processus d'enquête allant du terrain aux résultats et la capacité pour le chercheur à retracer ce chemin tortueux. L'impossibilité dans une approche ethnographique de séparer le chercheur et son objet oblige à un retour réflexif sur les pratiques de terrain comme condition de validité (Beaud & Weber, 2010) afin d'éviter de cacher certains éléments et se parer d'une « pureté épistémologique » (Caveng & Darbus, 2017, p. 515). Ainsi, la rigueur, la transparence et l'éthique sont des conditions de validité compte tenu de notre démarche de recherche (Avenier & Gavard-Perret, 2012). La rigueur permet d'expliciter les données empiriques et expliquer le processus analytique qui amène à des résultats plus conceptuels. La transparence fournit une chaîne de la preuve des éléments présentés (Pratt, 2009) et une traçabilité du cheminement « […] qui conduit du matériau empirique jusqu'aux résultats annoncés : le lecteur doit pouvoir, s'il le souhaite, suivre précisément l'ensemble de ce cheminement. » (Avenier & Thomas, 2012, p. 17). Le chercheur est également garant d'une éthique tant pour le lecteur que pour les acteurs de terrain. D'un côté, il s'agit pour le lecteur de garantir une cohérence dans la construction de son objet de recherche, de sa rencontre avec le terrain et de ses résultats (Bansal & Corley, 2011). Si cela peut en limiter la portée et la puissance explicative des résultats, cela en renforce leur solidité et leur ancrage dans la compréhension d'un phénomène organisationnel. De l'autre, notre démarche assure une protection des acteurs des conséquences potentielles de sa recherche (Adler & Adler, 2012). Cette protection passe notamment en obtenant un consentement formel auprès des acteurs de terrain de notre présence et des conditions d'utilisation des données. C'est également au travers de ce souci éthique que notre démarche s'est accompagnée d'une présentation auprès des acteurs de terrain de nos résultats

[47] Gaston Bachelard, 1981(1927), *Essai sur la connaissance approchée*, J. VRIN, p.300

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

préliminaires, ce qui nous a permis, par la même occasion, de nous assurer que les éléments analytiques faisaient sens aux acteurs de terrain.

Outre la limite de validité externe de notre recherche, nous pouvons également distinguer trois risques épistémologiques de la recherche qualitative (Dumez, 2013). Le premier est le risque de circularité. La circularité consiste à ne voir dans le matériau empirique que ce qu'on cherche à y trouver. La richesse et la faible structuration du matériau de la recherche qualitative rendent aisées de trouver une théorie dans le matériau en ne sélectionnant que certaines données (Dumez, 2012a). Ainsi, les explications que nous avons bâties se sont renforcées en les confrontant à leurs effets attendus par rapport aux situations observées. La question des ressources pour maintenir la fiabilité – dans leur existence et leur accessibilité –a ainsi amené à raffiner notre explication en y incluant la notion de slack organisationnel, de sa construction à sa consommation selon les situations. Ce travail de confrontation entre effets attendus et situations observées est rendu possible au travers des boucles abductives et de l'articulation des dispositifs analytiques d'attention flottante (pour saisir le matériau dans son ensemble), de mémos (pour développer les pistes d'investigation) et de templates (pour opérer un traitement systématiques de comparaison des situations).

Le deuxième risque concerne le problème d'équifinalité. L'équifinalité est l'idée selon laquelle « le même état final peut être atteint à partir d'états initiaux différents, par des itinéraires différents » (Bertalanffy, 1973, p. 38, cité dans Dumez, 2012a). Au regard de la recherche qualitative, l'équifinalité signifie qu'un phénomène peut s'expliquer par différents cadres théoriques. Le lien entre équifinalité et circularité est donc fort (Dumez, 2012a) et si le chercheur ignore cette équifinalité, il va considérer que son cadre théorique, seul, explique son matériau. Or, il faut envisager des explications alternatives avant d'avancer une seule explication. Outre les éléments présentés sur le risque de circularité, la confrontation de nos résultats à diverses audiences permet de gérer ce risque d'équifinalité. Les conférences, ateliers et présentations dans différents laboratoires de recherche assurent cette richesse potentielle des voies explicatives – cette variété requise du processus scientifique – et nous assurent de ne pas s'enfermer entre chercheurs pensant les mêmes choses et manipulant les mêmes objets conceptuels de la même façon.

Enfin, le dernier risque est celui de considérer les acteurs comme des êtres abstraits, de faire agir des concepts (Dumez, 2012a, p. 30) : « une démarche de recherche qualitative n'a

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Thèse de Geoffrey Leuridan, Université de Lille, 2018

de sens que si elle montre et analyse les intentions, les discours et les actions et interactions des acteurs, de leur point de vue et du point de vue du chercheur ». Il faut donc, dans une recherche qualitative, voir les acteurs agir et penser les situations qu'ils vivent. C'est sur cette base que le chercheur doit essayer de comprendre ce qui s'y passe. La détermination de l'unité d'analyse est le point central pour éviter ce risque. Les templates des situations de prise en charge de patients nous ont ici été d'une aide précieuse car ils nous ont forcés à redécouper le matériau en unités d'action, d'espace et de temps sans y accoler des concepts liés à la fiabilité organisationnelle. Ces templates ont également permis d'articuler les niveaux d'analyse à partir du terrain et non à partir des concepts. Si la montée en abstraction paraît certes plus lente, elle n'en est que plus solide et rigoureuse.

3.2.3. Le journal d'enquête comme outil d'interconnexion entre collecte et d'analyse des données

Un des critères de validité de notre recherche est de pouvoir rendre compte et retracer ce cheminement. Le journal d'enquête que nous avons conçu et mis en place joue un rôle central pour interconnecter collecte et analyse des données. En effet, le journal d'enquête permet de construire la stratégie d'observation chemin faisant. C'est au travers de l'analyse des notes constituées dans le journal que le dispositif d'observation subit des inflexions. Par exemple, lors de la prise en charge de patients graves, il n'est pas possible de saisir l'ensemble des actions qui se déroulent simultanément. Ces prises en charge de patients ont donc été observées sous différents angles afin de pouvoir comprendre le plus finement possible comment se déroulait ce type de prise en charge : les pratiques des différents acteurs – aides-soignants, infirmiers, médecins, internes, pompiers, patients, etc. –, le déplacement du patient, les gestes techniques, l'intégration de ce patient dans le flux global de l'unité, les ressources mobilisées ou consommées, etc. Le journal d'enquête n'est donc pas qu'un outil d'enregistrement d'un dispositif d'observation prévu *ex ante* mais assure l'adaptation au contexte et à l'évolution de l'objet de recherche. En effet, les notes issues du carnet de terrain ont amené à des adaptations pratiques du dispositif observationnel. Par exemple, une meilleure connaissance de l'activité a permis de modifier le poste d'observation fixe afin de mieux saisir l'ensemble de l'activité de l'unité. Ainsi, d'une position centrée au niveau de la zone d'accueil des patients, la stratégie a évolué en se positionnant au niveau de poste de commandement médico-infirmier.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

L'analyse du carnet de recherche a mis en avant, quant à elle, des adaptations plus en lien avec le processus analytique. La lecture du carnet de recherche a fait émerger des pistes d'investigation cherchant à mieux cerner la traduction sur le terrain de certains concepts, par exemple la matérialisation de l'urgence en termes d'unités de temps. Enfin, c'est au travers de l'analyse du carnet du chercheur que sont apparues des adaptations selon les relations interpersonnelles nouées avec les acteurs et les ressentis face à l'activité. C'est ainsi que la situation conflictuelle auprès d'un chirurgien a incité à changer d'approche lors de sa présence. C'est également au travers du journal du chercheur qu'est apparue la difficulté d'observer certaines situations, et notamment certains gestes techniques.

Outre une adaptation des dispositifs d'observation, le journal d'enquête permet également de retracer le processus d'enquête *in vivo* et d'orienter la recherche au travers de boucles analytiques. Avec le temps, et l'accumulation de matériau au travers du journal d'enquête, il est possible d'observer des régularités et les événements qui sortent de l'activité normale. Si le temps passé sur un terrain permet de déterminer ce qui est normal de ce qui ne l'est pas, le journal d'enquête permet une granularité plus fine. En permettant une traçabilité des éléments systématiques, il permet de se rendre compte que certains événements étaient déjà présents mais n'avait pas forcément interpellé le chercheur au moment de la prise de notes initiale. Par exemple, la constitution des éléments systématiques – transmission, inventaire, entrées de patients – a permis une analyse *a posteriori* sur la création et la consommation de slack organisationnel. L'analyse des marqueurs permet également de dresser un historique et l'évolution des questionnements durant le processus de recherche. Les marqueurs sont autant de points d'ancrage des idées qui traversent la temporalité du processus de recherche. Leur analyse permet de dresser un tableau précis des différentes pistes suivies, du chemin parcouru entre le début du travail de terrain jusqu'à la rédaction des résultats de recherche.

Le journal d'enquête est donc la matérialisation d'une partie du processus réflexif en lien avec l'objet de recherche. Chaque carnet du journal d'enquête est l'occasion d'une analyse : le carnet de terrain avec ce qui est noté, le carnet de recherche où les données sont manipulées, le carnet du chercheur où ces données sont mises en perspective par rapport à la position du chercheur sur le terrain. Les lectures du journal d'enquête sont l'occasion de retracer les analyses antérieures appuyées des données collectées et des réflexions du chercheur sur sa position. Si Gioia, Corley et Hamilton (2013) soulignent le caractère non-linéaire de la

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

collecte et de l'analyse, notre recherche met en avant les liens complexes entre observation et analyse (Van Maanen, 1979, p. 548) : « From this perspective, then, analysis and verification in ethnography is something one brings forth with them from the field, not something which can be attended to later, after the data are collected ». Dans cette intrication entre méthodes d'observation, collecte et processus analytique, le journal d'enquête joue le rôle de catalyseur. À ce titre, il permet d'articuler la collecte et l'analyse des données et propose une traçabilité des deux processus. Le journal d'enquête est donc un outil intéressant pour légitimer la connaissance produite en fournissant un support matériel aux pratiques utilisées lors de la création de connaissance (Weick, 1999) : au niveau du dispositif d'observation et de collecte des données, au niveau de l'analyse des données et au niveau de la place du chercheur, à la jonction entre monde de la recherche et monde de l'organisation. Enfin, en proposant une formulation de l'activité du chercheur dans ces boucles abductives – de découverte et d'étonnement, d'infirmation ou de confirmation afin de formuler une explication – cette étude rejoint l'idée de Peirce pour qui l'abduction n'est pas qu'un processus cognitif mais se matérialise également par des traces physiques de ce processus (Journé, 2007; Dumez, 2016), dont le journal d'enquête est un des artefacts. Il sert également de corde de rappel afin de canaliser l'effervescence entre observation, collecte et analyse des données. Si la distinction entre les trois carnets est parfois floue, elle permet de créer un peu d'ordre, telle « une activité de transformation du visible » (Laplantine, 2010, p. 151). Cette activité de transformation et de compréhension des phénomènes prend la forme d'un chemin tortueux entre terrain, données et théorie (Van Maanen *et al.*, 2007). Le journal d'enquête offre l'avantage de pouvoir formaliser ce chemin parsemé d'idées apparues soudainement ou issues d'un travail plus laborieux. Plus important encore, il permet de le parcourir à nouveau pour en affiner les contours, en expliquer les courbes et replis, chemin qui, de l'immersion sur le terrain jusqu'à la rédaction finale, a permis d'aboutir aux résultats de la recherche.

Au travers de ce chapitre, nous avons expliqué notre démarche générale de recherche et l'articulation entre dispositif de collecte et analyse des données. Si la proximité avec le terrain constitue le cœur d'une approche ethnographique, une distance avec ce terrain est nécessaire à une analyse et un regard critique. La collecte, l'analyse et les liens entre les deux se matérialisent au travers du journal d'enquête à trois horizons temporels différents : « à chaud » et aux abords du terrain afin de suivre les fils de pensée sur le terrain ; « à tiède » avec une relecture des données, l'émergence de nouvelles questions, une adaptation de la stratégie d'observation ; « à froid » avec une attention flottante sur le corpus de données et au

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

travers de templates pour consolider et systématiser l'analyse. L'heuristique et le bricolage méthodologique qui va s'opérer doivent être formalisés afin de permettre une traçabilité pour suivre le fil de l'analyse partant du matériau jusqu'aux résultats. Le « chemin droit » de la méthode est donc plus une illusion qu'une réalité (Dumez, 2008b, p. 32).

Ce chapitre a cherché à formaliser comment et pourquoi nous avons fait cela. En soi, cela représente déjà un intérêt scientifique (Dumez, 2008b, p. vii) :

> Le processus de recherche est souvent aussi (et même plus ?) intéressant que le résultat. Il faut donc que le résultat en rende compte, et réellement (la partie méthodologique du document final n'est pas un exercice rituel : elle est la reprise du cheminement réel qui a conduit au résultat)

Il va s'agir ensuite d'opérer un travail de condensation et de structuration afin de proposer le rendu final de nos résultats de recherche qui sera l'objet des deux derniers chapitres.

Résumé du chapitre 4 :

Loin d'être une figure imposée, la méthodologie propose des clés de compréhension des résultats de la recherche. Si les résultats doivent donner à voir le matériau empirique, la méthodologie doit donner à voir ce qui a permis d'aboutir à ces résultats.

Notre recherche s'appuie sur une démarche abductive au sein d'une approche qualitative. Il s'agit d'une visée compréhensive d'un phénomène étudié dans son contexte.

Notre objet de recherche nous amène à opter pour une approche ethnographique de notre terrain afin de pouvoir étudier *in situ* les pratiques assurant le maintien de la fiabilité. Au sein de notre approche ethnographique nous détaillons notre positionnement sur le terrain entre observation et participation.

L'observation participante s'appuie sur un ensemble de dispositifs de collecte de données. Nous proposons une stratégie d'observation du terrain inspirée des travaux de Journé (2005). À l'appui de l'observation participante, nous avons également réalisé un ensemble d'entretiens exploratoires, ethnographiques et informels. Enfin, nous avons collecté un corpus de données secondaires internes et externes au terrain afin de compléter les données nécessaires à la compréhension du phénomène que nous étudions.

Cette réflexion autour de la collecte de données nous conduit à formuler et expliquer l'analyse de données que nous avons effectuée et les méthodes que nous avons mobilisées : attention flottante, mémos et *templates* analytiques. Nous formulons également les critères de validité scientifique et les risques méthodologiques inhérents à notre recherche. Enfin, notre réflexion autour des dispositifs de collecte et d'analyse des données, nous amène à proposer le journal d'enquête comme outil permettant l'articulation entre collecte et analyse des données.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

CHAPITRE 5 – DYNAMIQUE DES PROCESSUS DE MAINTIEN DE LA FIABILITÉ ET DE LA RÉSILIENCE ORGANISATIONNELLES : LES ESPACES DE DISCUSSION COMME ARTICULATION MULTI-NIVEAUX

Le présent chapitre structure les éléments qui permettent de mieux comprendre le maintien de la fiabilité dans une unité de soins traitant les urgences vitales. Reprenant notre démarche abductive, ce chapitre reprend les trois boucles principales d'investigation que nous avons menées. Ainsi, questionnant la variabilité des situations auxquelles sont confrontés les soignants, nous formulons dans la première section une typologie des situations. Cette typologie nous permet d'appréhender avec une granularité plus fine la façon dont les processus de maintien de la fiabilité se déploient au quotidien. Cette première section, plus descriptive, permet d'exposer les pratiques en lien avec les processus de maintien de la fiabilité développés dans la littérature tant au niveau organisationnel qu'au niveau des situations rencontrées par les acteurs. Notre analyse fait également émerger le processus de slack organisationnel comme un élément constitutif du maintien de la fiabilité.

En écho à ces situations, une deuxième section analyse comment le maintien de la fiabilité et de la résilience est assuré lorsque l'unité de soins est confrontée à une montée en intensité de son activité. C'est à ce titre que nous abordons l'activité de l'unité de soins en termes de *continuum* et de trajectoires de situations plus que de catégories de situations. Les différentes inflexions de la trajectoire que nous relevons – ainsi que le rapport avec l'incertitude inhérente à l'activité d'un service d'accueil des urgences vitales (SAUV) – permettent de mieux saisir comment la résilience est maintenue au niveau organisationnel et au niveau situationnel.

Enfin, dans une dernière section, nous cherchons à aller au-delà de l'analyse des situations de prise en charge pour comprendre comment l'organisation se transforme afin d'améliorer sa résilience future. Nous nous intéressons donc à la dynamique entre les niveaux organisationnel et situationnel. Nos résultats mettent en avant que c'est au travers d'espaces de discussion (Detchessahar, 2003, 2013) que s'articulent situations et organisation. Ces espaces de discussion peuvent prendre des formes plus ou moins formalisées – et plus ou moins connues par l'organisation – afin de construire, dans le temps, la fiabilité et la résilience organisationnelles.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

1. TYPOLOGIE DES SITUATIONS ET FONCTIONNEMENT EN SITUATION NORMALE

Nos premiers résultats permettent de confirmer les éléments de la littérature que nous avons développés dans le deuxième chapitre : culture, confiance, apprentissage, coordination et improvisation sont bien des processus assurant la fiabilité de l'unité observée. Il s'agit ici d'aller plus loin et de comprendre comment ces éléments se matérialisent sur notre terrain d'étude. Ainsi, notre approche au quotidien de l'activité de l'unité de soins nous permet de préciser des processus plus organisationnels et d'autres plus situationnels. De plus, l'activité d'un service d'accueil des urgences vitales est soumise à une variabilité quantitative et qualitative des patients qu'elle accueille. Nous proposons tout d'abord une typologie des situations afin de comprendre comment les processus de fiabilité se déploient au quotidien. Cette typologie nous permet, dans un second temps, d'analyser l'unité de soins au niveau organisationnel et au niveau des situations de prise en charge dans un fonctionnement que nous qualifions de « normal ».

1.1. TYPOLOGIE DES SITUATIONS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Réfléchir en termes de situations de prise en charge nous conduit à essayer de catégoriser les différentes situations afin de pouvoir comprendre plus finement comment l'unité de soins que nous étudions assure un niveau constant de fiabilité dans la prise en charge des patients. Nous proposons ici une typologie des situations, c'est-à-dire une classification à partir d'éléments conceptuels afin de construire des distinctions entre les catégories construites tout en étant en lien avec les situations empiriques (Meyer, Tsui, & Hinings, 1993).

En s'inscrivant dans l'étude du quotidien, notre recherche s'intéresse au fonctionnement normal d'un SAUV. L'objectif de cette typologie consiste à affiner cette notion de « fonctionnement normal » au travers des situations rencontrées. Nous ne nous intéressons donc pas au fonctionnement en cas d'afflux massif de patients déclenchant des modes organisationnels spécifiques avec des règles de triage propres à ces situations.

L'observation de notre terrain d'étude nous permet de percevoir les limites d'une vision dichotomique entre situations normales et situations de crise. En effet, nous observons des situations normales en termes de fréquence et des situations de crise. Mais il existe également des situations qui, si elles sont plus rares que les situations normales, font référence à une activité habituelle tout en exerçant une tension plus forte sur le système organisationnel. Elles sont donc en quelque sorte normales mais plus rares en termes de fréquence de survenance.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

L'unité de soins que nous étudions a pour fonction de prendre en charge l'urgence vitale et non l'ensemble des patients se rendant dans un service d'urgence. Ainsi, c'est toute l'activité qui est caractérisée par cet enjeu vital et non uniquement certains cas. Par ailleurs, le décès d'un patient n'est pas forcément le révélateur d'une défaillance et ne peut être considéré comme un indicateur pertinent pour caractériser les situations.

Au final, c'est sur la base de nos observations et en nous inspirant des travaux de Journé et Raulet-Croset (2008) que nous avons bâti notre typologie. Ces deux auteurs proposent trois types de situations : normale, normalement perturbée et incidentelle (ou accidentelle). Les spécificités de notre terrain, par rapport au secteur nucléaire que les auteurs ont étudié, nous conduisent à ne pas retenir le lien avec les procédures comme critère discriminant les situations. En effet, la prégnance de la procédure est plus importante dans le secteur nucléaire qu'en médecine compte tenu de l'idiosyncrasie d'une prise en charge. Bien que des routines et des méthodes existent, il ne s'agit pas de protocoles complets à suivre pas-à-pas. À ces types de situation, nous intégrons l'idée d'intensité des situations que nous retrouvons dans les modes opératoires proposés par La Porte et Consolini (1991) mais dont le rapport à la hiérarchie, lié au terrain militaire étudié par les auteurs, limitent également son utilisation. Enfin, cette catégorisation a fait l'objet d'entretiens avec les acteurs afin de valider la distinction entre les situations observées. Ainsi, nous avons catégorisé les situations de prise en charge en trois types de situations (voir Tableau 33) :

- des situations normales, qui représentent les situations ordinaires en termes de fréquence de survenance et d'intensité ;

- des situations normalement perturbées, plus rares et plus intenses mais faisant partie de l'activité de l'unité ;

- des situations de crise, c'est-à-dire des situations où il y a un risque de défaillance. Caractérisée par l'idée de déséquilibre, ce type de situations va s'orienter soit vers un retour à un état d'équilibre – normal ou normalement perturbé – soit vers une défaillance. Une situation de crise peut donc se normaliser et prendre la forme d'une situation normale ou normalement perturbée.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Tableau 33– Typologie des situations de prise en charge

Catégorie de situations	Nb de situations observées	Illustrations empiriques
Normale	80	- AVP [Accident sur la voie publique] scooter fractures tibia + poignet - Chute dans les escaliers, fracture hanche, trouble respiratoire - AVP piéton renversé par une voiture, perte de connaissance
Normalement perturbée	11	- Double entrée AVP 2 enfants percutés par une voiture - Chute du 2e étage réception sur sol béton, ACR [Arrêt Cardio-Respiratoire] durant le transport - AVP moto haute vélocité traumatisme crânien et thorax grave
Crise	2	- Impossibilité d'effectuer une transfusion sanguine rapide - Décès lors d'une intervention chirurgicale

1.2. SITUATION NORMALE AU NIVEAU ORGANISATIONNEL

Notre dispositif observationnel a permis d'être au plus près des pratiques et de proposer une analyse en termes de maintien ou de défaillance de la fiabilité. Issues d'une histoire liée aux métiers et à l'unité de soins, les pratiques des acteurs sont également dépendantes des situations rencontrées dans le cadre de leur travail. Afin de mettre en avant ces ancrages à des niveaux d'analyse différents, nous nous intéressons aux pratiques du terrain entre processus au niveau organisationnel et au niveau situationnel. Ainsi, nous étudions tout d'abord le niveau organisationnel.

1.2.1. Culture médicale, culture de l'unité et acculturation des membres : une vision commune de la mission

Historiquement ancré dans la prise en charge de l'urgence médicale, l'anesthésie est la spécialité médicale s'étant la première saisie des questions de sécurité du patient et du rapport à l'erreur. Ainsi, l'anesthésie est la discipline qui applique le plus scrupuleusement le repos de sécurité[48] – qui assure une période de repos de 24 heures après une garde de 24 heures – compte tenu des implications en termes de sécurité du patient. Nos observations confirment le

[48] « Par dérogation, aux dispositions ci-dessus, le praticien peut accomplir une durée de travail continue maximale de 24 heures. Dans ce cas, il bénéficie, immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente à celle de la période de travail immédiatement précédente. » (Circulaire DHOS-2003-219 du 6 mai).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

respect du repos de sécurité par les médecins et les internes de l'unité – soit un repos total, soit un repos suivi d'un travail administratif et non auprès du patient. Comme nous l'avons présenté dans le troisième chapitre, bien qu'intégré dans un pôle d'urgence, le SAUV est géré par des anesthésistes-réanimateurs. C'est le cas pour la majorité des SAUV en France comme le précise le responsable de l'unité : « *Je pense qu'il y a deux gros déchocages en France qui sont sous l'autorité d'urgentistes (Metz et Nîmes et ce n'est pas les plus gros). Tous les autres c'est des anesthésistes. Mais il faut voir la qualité des urgentistes c'est des bijoux et ils sont formés par des anesthésistes* »[49]. Au croisement de l'imprévu et de l'urgence vitale, l'anesthésie-réanimation opère une vision holiste de la prise en charge d'un patient au sens où le patient n'est pas qu'une somme de gestes techniques ou technologiques. Cette vision holiste se retrouve également dans la volonté de construire un tableau global de la situation et de ne pas résumer une situation à un ensemble d'indicateurs simplifiant la situation. Par exemple, la question de la vitesse du véhicule comme seul critère d'admission au déchocage lors d'un accident de la route est soulignée comme peu pertinente pour orienter un patient et ignore les autres critères – les critères de Vittel – mis en place par les études scientifiques sur l'accueil des patients traumatisés (Encadré 42).

Encadré 42– Critères de tri des patients et le problème de la vitesse comme critère unique

24/04/2015 – 10h40

- Appel de l'IAO [Infirmier d'Accueil et d'Orientation] pour accepter un patient car AVP d'un VL [Véhicule Léger] 90km/h => Refus du médecin
- AVP VL 90km/h mais :
- Venu par lui-même
- Conscient
- Repris la même voiture
- Douleur bras

- Problème de l'estimation faite par le conducteur car différence entre vitesse accident et dernière fois qu'il a regardé le compteur
- Prendre en compte également le type d'impact à prendre en compte (90km/h perte de contrôle avec dérapage et jusqu'à la barrière de sécurité ≠ 90km/h choc frontal).
- Médecin me raconte : un patient attendu 3h car AVP 40 km/h MAIS AVP PL [Poids Lourd]/piéton
- En réunion les médecins font remonter l'information au responsable d'unité qui va rappeler aux IAO qu'il ne faut pas simplement prendre le critère de vitesse

Au-delà de la question de l'anesthésie en tant que discipline médicale, le SAUV est une structure particulière dans un hôpital, liée à sa mission et à son histoire. L'importance de la mission et son partage par les membres est un trait caractéristique de l'unité. Les différents

[49] Les termes en italiques correspondent à des *verbatim* ou des termes issus du terrain.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

entretiens que nous avons menés sur l'ensemble des membres de l'organisation confirment la place centrale d'assurer la mission de *déchoquer*, de conserver le patient dans un état stable afin qu'il soit traité : « *déchoquer c'est agir sur le symptôme dû à l'état de choc et pas la cause. Enfin tu peux aussi traiter la cause mais ce n'est pas le déchocage. Un traumatisme c'est le saignement qui est la cause mais ce n'est pas le déchocage qui va traiter le saignement, tu vas le traiter au bloc opératoire* » (entretien avec le responsable de l'unité). Chacun joue un rôle dans la réalisation de cette mission et l'importance de son accomplissement structure les comportements.

À la fois unité de soins intensifs, unité d'accueil des urgences vitales et unité de surveillance post-chirurgicale, l'organisation qui en découle est ainsi difficile à positionner dans un format standard d'unité de soins. Nos demandes d'explications quant au fonctionnement de l'unité peuvent se résumer à des variations autour de l'idée que « *on n'est pas une réa* [un service de réanimation]*, on est… un truc !* ». Ce « truc », donc, souligne l'ambivalence entre d'un côté la rigueur et la technique d'un service de réanimation et de l'autre l'environnement des urgences, non-normé et à l'interface entre monde « civil » et monde hospitalier. Cette organisation est parfois remise en cause en tentant de spécialiser et compartimenter l'activité, en concentrant l'activité pré, per et post-opératoire[50] d'un côté – par des anesthésistes – et l'activité d'urgence de l'autre – gérée par des urgentistes. Le poids institutionnel du responsable de l'unité et du responsable de pôle pour conserver le fonctionnement actuel joue ici un rôle prépondérant.

Enfin, l'Histoire de l'unité se transmet et se construit au travers de récits, mythes et anecdotes, notamment à destination des nouveaux membres permanents ou des internes. Ces moments permettent de créer une cohésion et de diffuser la culture de l'unité. Souvent teintées d'humour – dont il serait possible d'écrire une déclinaison médicale des *Histoires Extraordinaires* d'Edgar Alan Poe –, ces histoires sont nombreuses et nourrissent les moments conviviaux de l'unité. C'est également au travers de ces histoires que sont présentées les « *figures historiques* » de l'unité et leurs contributions à la vie de l'unité. Au travers de la cohésion qu'inspirent ces histoires c'est également le sentiment d'être ensemble,

[50] En anesthésie, l'activité opératoire est constituée de trois temps. L'activité pré-opératoire consistent en la réalisation, quelques heures avant l'intervention chirurgicale, de la consultation pré-anesthésique afin d'évaluer les risques liés à l'intervention, d'informer le patient, d'obtenir son consentement et de préparer l'intervention selon les techniques employées. L'activité per-opératoire est la période durant l'intervention chirurgicale où le médecin assure l'anesthésie du malade, la surveillance des paramètres médicaux et le traitement des éventuelles complications. L'activité post-opératoire est la surveillance et le traitement des conséquences liées à l'anesthésie : effets secondaires (nausées, vomissements), gestion de la douleur, complications post-anesthésiques.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

de faire bloc face aux situations parfois dramatiques que vivent les soignants. Ce partage et cette distanciation humoristique sont autant de réponses à l'exigence émotionnelle liée au fait d'être au contact avec la souffrance des autres : « *Mais il te reste des attitudes de famille dont tu te souviendras toute ta vie : des cris de maman, des gens qui t'enlacent.* […] *Il y a des gens qui te touchent plus que d'autres. Quand tu as annoncé trois décès et que tu vas te coucher à 5h du matin, tu t'endors un peu moins bien que quand tu lis un bouquin, tu as des images qui te trottent dans la tête. Et par contre, il y a des trucs, parfois terribles, qui te glissent complètement* » (entretien avec le responsable de l'unité). Les histoires ont également un but pédagogique – par exemple l'histoire de l'intubation dans l'œsophage pour souligner qu'il faut toujours vérifier la ventilation lors d'une intubation – ou que l'on retrouve également sous forme de maximes : « *celui qui n'a pas fait de pneumothorax sur une voie centrale c'est celui qui n'a pas fait assez de voie centrale* » dit le médecin à un interne.

Le quotidien est également l'objet de certains rites qu'il s'agisse du partage de la nourriture en salle de garde pour les infirmiers et les aides-soignants ou l'organisation par les internes d'un repas et d'une soirée à chaque fin de semestre où l'ensemble de l'équipe – médecins et personnel soignant – est convié. Enfin, dans cette vie de l'unité, l'humour y est très présent. En tant que chercheur en sciences de gestion, nous n'avons jamais été autant confrontés à la mort que sur ce terrain – en moyenne, un décès survient tous les deux jours directement au sein de l'unité – et dans le même temps nous n'avons jamais autant ri dans un environnement professionnel que sur ce terrain. Si, au premier abord, il peut paraître étrange de rire face à des cas graves, « *c'est aussi un moyen pour décompresser et d'en parler. Si on pleurait à chaque cas grave, ou chaque mort, on pleurerait tout le temps* » nous indique un infirmier. L'humour est un liant social assurant une cohésion en situation et également un exutoire face aux situations vécues.

La mission du SAUV est de gérer le flux non-planifié de patients dont l'état de santé constitue une urgence vitale – c'est-à-dire ceux dont la prise en charge ne peut être différée au risque de mettre leur vie en péril. L'accord et le partage de la mission de l'organisation sont caractéristiques d'une HRO (Roberts, 1990b; La Porte & Consolini, 1991; Boin & Schulman, 2008). La culture porte la fiabilité – la capacité à rendre les services attendus (d'Arcimoles, 2009) – comme objectif principal de l'unité et son importance de l'accomplir quel que soit le niveau de gravité et la quantité de patients. Derrière l'idée de l'importance de la mission, nous observons donc un ensemble de pratiques qui structurent l'identité de l'unité : spécialité

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

médicale, métiers, histoire de l'unité, vécu des situations. Ces pratiques servent de fondations aux autres processus assurant la fiabilité de l'unité.

Nous caractérisons cette culture au travers de deux éléments : la compétence et l'humilité. Face à la mission et la centralité de celle-ci dans la construction de l'identité de l'unité, la culture valorise la compétence : les membres de l'unité sont des professionnels aguerris, qui savent faire face à l'urgence. La nécessite d'un haut degré d'expertise rend possible la prépondérance de la compétence sur la relation hiérarchique pour faire face aux situations d'urgence. Mais, au-delà de la compétence, la culture prône également l'humilité, la reconnaissance de ses limites en tant qu'individu. Le culte du héros – au sens du sauveur de la situation – n'est pas mis en avant. Reconnaître ses limites c'est également valoriser le travail en équipe où chacun s'appuie sur les autres pour qu'ensemble la mission de l'unité puisse être accomplie. Plus que structurer l'identité de l'unité, les deux caractéristiques culturelles – compétence et humilité – vont aussi se retrouver dans d'autres processus comme l'intégration, le recrutement, la confiance ou encore l'apprentissage.

1.2.2. Recrutement et intégration des nouveaux membres : la nécessité d'une variété requise

L'acculturation est complétée par les pratiques liées à l'intégration des nouveaux membres. Le recrutement d'un nouveau médecin est un processus qui démarre dès l'internat pour le futur praticien hospitalier (PH), où celui-ci doit faire ses preuves et être accepté par l'ensemble de ses futurs confrères. Ainsi, le responsable de l'unité explique comment elle opère dans le choix des futurs médecins : « *Je sais, dans les futurs chefs de clinique, ceux que je n'aurais pas envie comme PH. C'est vraiment très fragile le recrutement. J'ai mes préférés, et ils le savent, mais après je ne prendrai personne dans l'équipe si quelqu'un n'est pas d'accord. C'est pour ça qu'on ne recrute pas à l'extérieur, on se base pas sur un CV. On les a vus travailler. Tu ne peux pas avoir un poste ici si tu n'as pas été chef de clinique ici avant. Il y a des internes qui m'écrivent ils sont en premier semestre « mon rêve c'est l'urgence, gardez moi un poste pour dans 8 ans » je ne réponds même pas. Viens et puis on verra.* ».

L'accueil des nouveaux internes est également une étape importante car tous les six mois un nouveau contingent d'internes – dont le nombre peut varier d'un semestre à l'autre mais qui est en général de quatre internes à chaque fois – doit être intégré. La plupart des internes réalisant leur semestre dans le SAUV ont déjà pratiqué des gardes et ne sont pas totalement

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

nouveaux dans l'unité. De plus, un classeur « *consignes pour les jeunes internes en A-R* [Anesthésie-Réanimation] » centralise des notes en forme de conseils, d'aides pour remplir des documents administratifs, répertorie les noms des titulaires, etc. D'une forme conviviale, ce classeur est autant un cahier de bienvenue qu'un cahier de procédures. De plus, l'intégration des internes ne concerne pas seulement l'équipe d'anesthésistes-réanimateurs mais également l'équipe soignante d'infirmiers et d'aides-soignants. Un interne nous confie l'importance de bien s'intégrer auprès de l'équipe pour travailler en équipe : «*Il y a beaucoup d'internes qui n'ont pas compris qu'on est là en formation et sont trop orgueilleux et prétentieux et qui se voient déjà chefs. On est interne, en formation, en transition on n'est pas médecin dans la tête des infirmiers. Il faut qu'on se mette à leur niveau et pas faire le chef. En plus ils ont l'expérience et pas toi ! Le nombre de fois où j'ai demandé à l'IDE* [Infirmier Diplômé d'État] *quelque chose : 'Dis-moi, aide-moi'. Tu comprends vite dans* [le traitement de] *l'aigu que eux ont déjà vécu, et savent quoi faire. Ils nous sauvent dans plein de situations. Si tu as un con qui ne dit pas bonjour et qui est juste détestable, tu n'as pas compris que c'est une équipe. Surtout en A-R.* ». Les problèmes d'intégration entre internes et équipe soignante sont pris au sérieux par le responsable de l'unité compte tenu de l'importance de travailler en équipe : « *Des anesthésistes et des infirmiers sont venus me voir pour me dire que ça n'allait pas du tout avec untel. Tu le convoques, tu le vois entre quatre yeux :* « je ne sais pas si t'es con ou t'es timide ou si t'es prétentieux ou les trois en même temps mais il va falloir que tu changes ». […] *Le mec était content, il est venu me revoir trois semaines après pour savoir si ça allait mieux. C'est utile pour l'équipe et pour lui.* ».

Compte tenu de la spécificité du travail en salle de déchocage, les nouveaux arrivants sont limités aux chambres de soins intensifs et à la SSPI. Chaque nouvel arrivant va pouvoir observer comment se déroule un déchocage mais n'en aura pas la charge (même en binôme). Le personnel soignant en charge de la salle de déchocage n'est donc constitué que de personnes avec une expérience professionnelle conséquente au sein de l'unité (Encadré 43).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 43 – Un personnel expérimenté en salle de déchocage

Entretien médecin :
« Pour les infirmiers, ils sont doublés un mois et pas de déchocage. Quand il y a un déchoc[age] *ils peuvent aller voir mais c'est tout. »*

Entretien IDE 1 :
« Ah oui, doublé c'est assez long pour celui qui est jamais allé au déchoc. On ne sait pas ce qui va arriver. Ça peut être de la petite entrée facilement gérable au gros polytrau[matisé] *en arrêt. »*

Entretien IDE 2 :
« Je te parlais de la prise en charge au déchocage, tu vas savoir exactement ce qu'on attend de toi en pratiquant. Il n'y a pas de protocoles écrits. Tu apprendre ça sur le tas. Et puis le fonctionnement, c'est très difficile à encadrer quelqu'un, c'est un petit peu des prises en charge de manière impromptue. »

Enfin, la nécessite d'un haut degré d'expertise pour faire face aux situations d'urgence a comme conséquence de rechercher dans le recrutement une complémentarité des compétences : « *On a tous nos limites. Moi en locorégional*[51] *je suis une brêle, tu ne peux pas tout savoir extrêmement bien. Dans notre déchocage tu dois être capable de prendre en charge un cirrhotique qui saigne, un jeune en arrêt cardiaque, un prélèvement d'organes. Il y a des choses qu'on fait mieux* » (entretien avec le responsable de l'unité). En multipliant les profils, il est possible de recombiner les ressources pour accroître sa variété. Il s'agit donc d'opérer un équilibre entre une pluralité de profils pour répondre à la variété des situations quantitatives et qualitatives tout en faisant attention à ne pas trop spécialiser. Le recrutement répond donc à la nécessité d'une variété requise, d'avoir à disposition des perspectives divergentes d'une même situation pour accroître la fiabilité. Mais comme le précisent Weick *et al.* (1999) il est nécessaire que la culture de l'organisation soit adaptée à cette approche, en développant une culture de l'humilité qui reconnaît les limites de chacun et en renforçant les liens entre les acteurs au travers d'échanges et de débats. Il n'est donc pas possible de développer cette variété requise par des intervenants extérieurs à cette culture.

1.2.3. La confiance : assurer la cohésion de l'équipe et un niveau constant de soins

Outre le poids de la culture et les phénomènes d'acculturation liés à l'intégration des nouveaux membres, la confiance entre les acteurs est un élément important de maintien de la fiabilité. Concernant les internes, la confiance se gagne par la pratique, en faisant ses preuves

[51] L'anesthésie locorégionale (ALR) constitue une « anesthésie locale sélective intéressant un segment de membre, un membre ou toute une région du corps. » (Source : Larousse médical)

© 2018 Tous droits réservés. lilliad.univ-lille.fr

durant le semestre de présence dans l'unité et lors des gardes effectuées avant, pendant et après le stage. Cette confiance n'est pas uniquement entre médecins et concerne l'ensemble de l'équipe comme le précise un interne : « *Le chef au début il ne te fait pas confiance. Il faut que tu montres patte blanche. Et je ferais pareil.* […] *Quand tu es interne tu dois toujours prouver tous les 6 mois, que tu n'es pas un imbécile. Au bout de 3-4 mois ils [les infirmiers et les aides-soignants] te font confiance, tu vois bien la différence. Mais tous les 6 mois tu dois tout refaire.* ».

La confiance permet alors une relation dialogique plus que hiérarchique afin de prendre en compte les avis qui, autrement, seraient balayés par des arguments d'autorité. Ainsi, si les métiers ne sont pas interchangeables – l'infirmier n'effectue pas le travail du médecin – la prise en charge d'un patient nécessite un respect mutuel des expertises. L'infirmier et l'aide-soignant ont une autonomie d'action nécessaire à la prise en charge de patients pouvant nécessiter des actions rapides. De ce fait, ils doivent pouvoir comprendre la situation et ne pas seulement appliquer des ordres (Encadré 44).

Encadré 44 – Relation dialogique entre médecins et équipe soignante

11/05/2015-15h00
- Patient vomi ; interne demande à poser une sonde gastrique ;
- IDE : « ce n'est pas un peu violent la sonde tout de suite non ? On ne ferait pas du Zophren [médicament antiémétique] avant ? »
-Interne et IDE revoit le dossier du patient, puis l'interne valide.

14/04/2015-13h20
- IDE interpelle le PH pour avoir des informations sur le patient
- IDE donne de nouvelles informations sur l'évolution du patient
- IDE pose des questions sur les objectifs donnés par le PH car ne comprend pas l'évolution du patient
- Discussion s'engage entre le PH et l'IDE sur les scénarios possibles d'évolutions et les moyens à mettre en œuvre.

Cette confiance s'établit également au niveau des gardes faites par les médecins. L'analyse du planning prévisionnel des gardes des médecins seniors[52] sur 24 mois met en avant deux tendances majeures. Un premier phénomène est l'internalisation des gardes puisque sur les deux années analysées, 60% des gardes sont effectuées par les médecins de l'unité (417 gardes sur 700). Basés sur le déclaratif prévisionnel, ces chiffres sont par ailleurs minorés car il est courant – 3 à 5 fois par mois – que les médecins de l'unité remplacent au dernier moment les médecins extérieurs prévus. Le second phénomène souligne que les médecins extérieurs à l'unité et effectuant des gardes constituent un cercle restreint. En effet,

[52] Les gardes sont composées de deux médecins et deux internes.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

plus de 70% des gardes effectuées par des médecins extérieurs à l'unité de soins ont été réalisées par cinq médecins (200 gardes sur les 283 faites par un médecin extérieur). Si cette tendance à internaliser des ressources humaines extérieures à l'unité assure un niveau constant de compétences à tous les moments du jour et de la nuit, celle-ci pose la question du manque d'ouverture de ce type de fonctionnement. Pour éviter ce risque, la liste du second médecin et des internes constituant le reste du personnel de garde est plus variée. Ainsi, par ce système, il est possible de détecter les médecins et les internes souhaitant s'orienter vers cette unité de soins et pouvoir démontrer leurs capacités pour un potentiel recrutement futur.

Si la confiance est un élément important qui se construit dans le temps pour assurer une cohésion entre les membres de l'équipe et assurer un niveau constant de prise en charge, cette confiance peut également péricliter. La disparition de la confiance entraîne alors une réaction d'exclusion face au danger que cela peut représenter sur la sécurité du patient (Encadré 45). Internes trop prétentieux ou médecins trop orgueilleux n'ont donc pas leur place car ils vont nuire à l'accomplissement de la mission, et rappellent la posture d'humilité comme caractéristique de la culture de cette unité.

Encadré 45 – Quand la confiance disparaît, la collaboration disparaît également

14/05/2015 – 14h15
- Radio de contrôle pour vérifier si la voie centrale est ok
- Poser la voie centrale du côté du poumon le plus pourri car si pneumothorax, le poumon le plus sain n'est pas touché
- PH [Praticien Hospitalier] raconte l'anecdote d'un A-R de garde qui ne demandait jamais de radio de contrôle, car il se sait bon
- IDE [Infirmier Diplômé d'État], IADE [Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État] et interne choqué de cette histoire
- Cet A-R ne fait plus de garde dans l'unité (refusé des listes de garde)

06/07/2015 – 08h30
- 2 PH ont interdit à un interne dimanche de pratiquer des actes
- Interne blacklisté des gardes car comportement à risque
- Tél PUPH pour le sortir des listes de gardes => valide
- Mais il faut faire reprendre ses gardes

Faire face aux situations ne s'approche donc pas uniquement par le caractère technique des compétences médicales à maîtriser. La dimension sociale joue un rôle crucial sur une temporalité qui va au-delà des situations – se comptant en mois pour la confiance ou en années pour la culture – afin de permettre une cohésion autour de la mission de l'unité. Chaque corps de métier – médecins, infirmiers, aides-soignants – a un rôle à jouer et, lorsqu'il s'agit de prendre en charge un patient, les rapports y sont plus dialogiques que hiérarchiques. Si la hiérarchie peut s'effacer dans ces moments-là, cela n'est rendu possible que par les liens

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

tissés au fil des années. À cette socialisation vient également se superposer, dans une temporalité plus courte, d'autres pratiques en lien avec les situations de prise en charge de patients que nous développons dans les parties suivantes.

1.2.4. Coordonner le flux de patients entrant et sortant de l'unité de soins

Avant toute situation de prise en charge, l'unité doit coordonner le flux de patients de l'unité de soins. Les entrées se font soit à partir de l'extérieur du système hospitalier – les patients dits primaires – soit à partir d'une autre unité de soins de l'hôpital ou d'un autre hôpital – les patients dits secondaires. Dans les deux cas, c'est le médecin qui accepte ou refuse le transfert du patient dans l'unité de soins. L'acceptation de l'entrée est conditionnée par l'appréciation du médecin sur la pertinence de faire venir le patient dans un SAUV. Ce tri dans les entrées nécessite une pratique et une expérience professionnelle importante comme nous l'explique un médecin : « *C'est moi qui prends les entrées. C'est plus nous* [les praticiens hospitaliers] *qui avons l'habitude. Ce n'est pas une question de capacités médicales* [dans le choix de] *ce que j'accepte ou ce que je refuse. Mais tout le monde se fait avoir au début. Tu te fais avoir sur des trucs, tu acceptes des choses que tu ne devrais pas* ». Le tri est un élément important car il va conditionner l'allocation de ressources, notamment l'occupation d'une place de déchocage. Or, comme l'illustre le schéma du troisième chapitre (Figure 17, p.167), seules quatre places de déchocage sont disponibles. Un patient accepté à tort, c'est donc 25% de la capacité d'accueil occupée inutilement. Il est nécessaire d'expertiser les cas qui ont réellement besoin d'entrer dans un SAUV, d'autres pouvant être orientés ailleurs. Lorsque le médecin explique ci-avant que « *tout le monde se fait avoir au début* », il insiste sur l'importance de cette expertise pour refuser un patient afin de pouvoir, le cas échéant, avoir les ressources nécessaires pour prendre un patient effectivement en urgence vitale.

Nos observations soulignent que dès lors qu'un patient est légitime pour être pris en charge dans le SAUV, il ne sera pas refusé même si l'unité arrive à saturation. Ainsi, un médecin nous confirme que « *pour un primaire de SAMU c'est nous qui acceptons mais en général il y a des trucs que le SAMU sait et nous informe de l'arrivée et nous on dit oui.* […] *Je ne refuse quasiment jamais une entrée du SAMU* ».

L'entrée d'un nouveau patient peut également impacter les autres prises en charge en cours selon l'état critique de l'ensemble des patients déjà présents. La gestion des patients est

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

donc réévaluée au gré des entrées et des évolutions des différents cas rencontrés. Ces réagencements soulignent l'importance de coordonner les moyens au niveau du patient mais également de coordonner la stratégie de soins au niveau de l'unité de soins et des ressources du pôle l'Urgence comme le bloc opératoire – qui est géré, pour la partie anesthésique, par les médecins du SAUV –. Au-delà de l'entrée du patient, il faut donc coordonner le flux dans l'unité (Encadré 46).

Encadré 46 – Coordonner le flux de patients dans l'unité

Entretien médecin :

« *On va faire la prothèse de hanche, ah bah non on l'a fait plus parce qu'il y a un polytrau*[matisé] *» la gestion des flux et le tri c'est l'anesthésiste qui le fait ici.* »

Entretien Responsable de l'unité :

« *Ici l'anesthésiste est le leader dans le bloc. On a le rôle des emergency surgeon des trauma centers américains.* »

[…]

« *Il y a peu de déchocage avec un bloc qui appartient aux urgences, et peu avec la radiologie qui appartient aux urgences. C'est un peu notre spécificité. Notre spécificité, c'est le médecin qui vient au patient, c'est le chirurgien qui vient au patient. Normalement le patient est déchoqué et ensuite il part en chirurgie donc tu as d'autres intervenants. Là il n'y a que le chirurgien qui vient.* »

Dès lors que le patient est stabilisé – une fois le déchocage et les soins urgents effectués – celui-ci peut quitter le SAUV. La zone de soins intensifs de l'unité n'a pas vocation à être un service d'hospitalisation. Les patients qui sont en chambre de soins intensifs ne restent que sur des courtes périodes en attendant d'être stabilisés puis transférés dans une unité adaptée à la poursuite de la stratégie de soins. Parallèlement à la coordination de l'action pour déployer la stratégie de soins, la coordination du flux des patients passe par le suivi de l'évolution des patients afin de déterminer ceux pouvant quitter l'unité. Pour cela, les médecins font le « *tour des chambres* » afin d'étudier les évolutions des patients et déterminer s'ils peuvent être transférés dans un autre service. Les infirmiers et les aides-soignants assistent à ce « *tour des chambres* » afin d'avoir les informations directement auprès des médecins. C'est également l'occasion pour le personnel soignant de transmettre les demandes du patient, les problèmes rencontrés et les évolutions constatées. Le « *tour des chambres* » est donc le moment où les informations sont partagées entre les acteurs du soin et où les médecins coordonnent la suite des soins et la potentielle sortie du patient.

La coordination du flux de sortie est le plus souvent effectuée la journée car l'objectif de l'équipe de garde est d'assurer une continuité des soins, une surveillance des patients présents et de prendre en charge les événements imprévus liés à l'activité d'urgence médicale. Il est donc important pour l'équipe de jour de libérer des places la journée pour avoir des ressources

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

à disposition durant la période de garde. Ceci est d'autant plus vrai avant le week-end où va se succéder deux équipes de garde. C'est ainsi que, le lundi matin, il s'agit de « *faire le ménage* » car « o*n est lundi, c'était le week-end donc on reprend tout, on fait le point* » précise le praticien hospitalier à l'interne. Il faut alors revoir les situations, mettre à jour les dossiers et coordonner les sorties possibles. L'enjeu est ici d'éviter un engorgement et une insuffisance de ressources – principalement un manque de place – qui nuirait à la mission de l'unité. Tel le pont d'envol d'un porte-avions – ou le tonneau des Danaïdes – il faut vider au plus vite pour être capable de remplir au mieux.

1.2.5. Former et se former : l'apprentissage comme levier d'adaptation et d'intégration de ses membres

La médecine est une pratique complexe qui nécessite un apprentissage long. Intégré dans un Centre Hospitalier Universitaire, le SAUV assure la formation des internes en anesthésie-réanimation durant leur stage semestriel. Mais l'apprentissage sous forme d'essai-erreur y est limité du fait des conséquences en cas d'erreur. Par ailleurs, l'urgence vitale impose d'agir et pose la question du temps nécessaire à l'apprentissage dans ces situations. Nous nous intéressons dans un premier temps à la position de l'interne et son apprentissage dans cette unité.

Du fait du fonctionnement de l'internat en médecine, tous les six mois, de nouveaux internes sont intégrés dans l'unité. L'équipe permanente est donc habituée à ces changements semestriels et facilite leur intégration. Au niveau des internes, si les gardes effectuées avant le stage permettent de ne pas arriver en territoire inconnu, ils doivent s'adapter au fonctionnement de l'unité. Les internes que nous avons interrogés insistent tous sur cette adaptation et sur la nécessité de faire ses preuves : « *Quand tu es interne c'est différent. Il faut faire ses preuves* […] *Tu dois te plier aux habitudes.* » (Entretien interne 1). Nous retrouvons ici une tension typique des HROs entre apprentissage par les nouveaux membres et fiabilité de l'organisation – accentuée par la limitation de l'apprentissage par essai-erreur et la pression temporelle sur l'action liée à l'urgence vitale. Il faut apprendre, faire apprendre, intégrer les nouveaux membres sans pour autant impacter négativement la fiabilité. L'interne est donc à la fois ressource pour l'unité de soins et risque potentiel que l'unité de soins doit gérer.

Les internes ne sont pas des débutants ignorant tout de l'activité d'un SAUV. Au contraire, ils ont développé tout au long de leur formation médicale un haut niveau de

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

technicité. Il s'agit ici de moduler le risque lié au facteur humain et à la gestion d'une équipe. Ainsi, nous formalisons cet apprentissage par un double mouvement : une autonomisation progressive dans la prise en charge des patients et le développement d'une approche globale du soin au travers d'une délégation auprès de l'équipe. Le point de commun entre ces deux mouvements est l'idée d'un apprentissage *in situ* : c'est dans l'action que l'interne apprend et est évalué. L'apprentissage de l'autonomie pour les internes prend la forme d'un compagnonnage comme le formule un interne : « *Mais ici, tout se mélange un peu plus que dans des services plus classiques où l'externe examine, l'interne fait des prescriptions, et le boss* [le PU-PH, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier] *fait deux fois par semaine le tour et c'est lui qui s'adresse aux médecins* [titulaires]. *C'est beaucoup plus hermétique, beaucoup plus cloisonné. Ici, il y a vraiment plus de compagnonnage. Ils savent qu'on va être amené à être leur collègue dans l'action et il faut qu'on soit formé.* ».

Le second mouvement a pour but de développer la délégation chez l'interne. Bien qu'il nous soit difficile d'évaluer la pratique de la médecine – compte tenu de notre méconnaissance de la complexité de la médecine – les internes que nous avons observés semblent à l'aise avec la partie technique de la médecine : gestes techniques, examen clinique, interprétations des bilans, etc. Mais prendre en charge un patient ne se limite pas à un ensemble de gestes techniques. Au-delà, l'interne – futur médecin – doit être capable de gérer l'équipe soignante car il ne peut pas tout faire seul (Encadré 47). De sa capacité à déléguer, à regrouper les informations et informer l'équipe sur la conduite à tenir va dépendre la prise en charge.

Encadré 47 – Apprendre pour l'interne à gérer une équipe soignante

23/02/2015 – 09h10

- Apprentissage interne par PH sur comment gérer la relation avec l'infirmier et l'aide-soignant.
- PH à l'interne : « *il faut que tu expliques ce que tu fais et pourquoi* » ; « *ce n'est pas toi qui vas le surveiller, tu dois donc expliquer ce que l'IDE doit regarder et pourquoi* »

22/05/2015 – 11h40

- L'interne est mis dans le rôle du PH qui doit gérer l'équipe et ne pas faire que la partie technique.
- PH : « *C'est toi qui gères, je suis ton assistante. Après on débriefe* »
- L'interne durant la prise en charge est au téléphone pour un scan au lieu d'être auprès du patient (il tourne littéralement le dos au patient)
- PH : « *tu as des assistants pour téléphoner, ton rôle c'est de savoir ce qui se passe, d'être près du patient* »
- PH : « *Il faut que tu gères les priorités tu dois connaître ton équipe : qui est l'AS, qui est l'IDE* »

Si la logique de *« seniorisation »* – où les plus anciens apprennent aux nouveaux – est importante en médecine, l'apprentissage ne se limite pas qu'à cela. Il existe un transfert bilatéral des connaissances. Les seniors – les médecins titulaires – transmettent leur

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

expérience professionnelle, les aspects pratiques de la médecine aux juniors – les internes. Mais les juniors apportent également des éléments aux seniors : de nouvelles avancées techniques, de nouveaux protocoles comme par exemple l'utilisation de l'échographie pour poser une voie centrale. Les seniors peuvent ainsi mettre à jour leurs pratiques, en plus d'une veille effectuée par eux-mêmes au travers des revues scientifiques, des conférences et des échanges entre médecins (Encadré 48). Ces échanges autour de pratiques vont entraîner une demande d'information, une démonstration et une auto-formation des médecins titulaires. Il n'y a donc pas une dichotomie entre « apprenants » et « sachants » mais des apprenants en continu qui sont à la fois « apprenants et sachants ». L'humilité nécessaire à la pratique de la médecine dans ce type d'unité tempère donc l'image que l'on pourrait se faire du médecin trop orgueilleux pour apprendre, même d'un interne.

Encadré 48 – Transfert bilatéral de connaissances entre médecins et internes

Entretien Médecin :
Question : et les poses de voies avec écho, toi tu n'as pas appris ?
Les voies centrales ? Non. J'ai appris en tant que PH.
Nos internes nous ont forcés à faire. Eux, ils arrivent ils sont formés comme ça. Depuis 2007, ils sont tous formés à ça, du coup la génération de chefs qui étaient formés avec ça ils sont là aussi. Et nous, à un moment, il faut que tu te tiennes à jour.
Question : donc c'est les internes qui vous permettent d'être à jour ?
Ah ouais, ils nous apprennent les nouveaux trucs, les nouveaux blocs, les nouveaux machins. Et nous, quand on est de garde avec un PH2 [médecin titulaire junior] *qui fait ça, on regarde "ah tiens tu fais ça, je ne connais pas, montre-moi !".*

L'apprentissage ne se limite pas qu'aux médecins et concerne également les infirmiers et les aides-soignants. L'apprentissage des nouveaux arrivants se fait par un système de binôme puis une montée progressive en autonomie. La période de travail en binôme dure entre quatre et six semaines selon l'expérience professionnelle et la connaissance préalable de l'unité. Cette durée en binôme est parfois source de conflits entre l'équipe soignante et l'administration – notamment dans les situations de remplacement d'un infirmier absent temporairement – car durant cette période le nouvel arrivant n'est pas considéré dans l'effectif soignant. Raccourcir la période de binôme permet, pour l'administration, de pallier un problème de sous-effectifs mais peut être source de dysfonctionnements compte tenu de la spécificité du SAUV et peut mettre en péril la sécurité du patient (Encadré 49).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 49 – Tension sur les effectifs et mise en péril de la fiabilité

Observation – 20/07/2015 14:30

Nouvel infirmier de remplacement : les autres infirmiers considèrent qu'il a été laissé en autonomie trop vite :

- Problème lié aux cas lourds
- Des PSL [Produits Labiles Sanguins] pas tracés car n'a pas su le faire
- Des traitements passés en retard
- Des traitements faits mais pas notés dans le dossier

- Incompréhension du reste de l'équipe face à la mise en péril du patient : les infirmiers mettent plus en cause le fait que l'infirmier ait été considéré comme autonome trop tôt plus que ses compétences.

Enfin l'apprentissage du personnel soignant ne s'arrête pas uniquement aux nouveaux arrivants. Impliqués dans des groupes de travail, participant aux réunions de service où sont présentés les protocoles et les cas cliniques, l'équipe soignante est intégrée dans la démarche de soins et n'est pas seulement limitée à appliquer les directives des médecins. Le responsable de l'unité nous explique ainsi que « *souvent dans une chambre, je demande à l'infirmier :* « qu'est-ce qu'il a ton patient ? Comment tu as réglé les alarmes ? *». Une fois que tu as montré à l'infirmier qu'il n'a pas regardé son malade, pas réglé ses alarmes, il ne le fera plus jamais.* […] *Après notre force, même si c'est vraiment difficile, c'est de faire comprendre que c'est une équipe qui soigne un patient. De montrer à chacun leur rôle dans la prise en charge. Je n'arrête pas de leur répéter que ce n'est pas le docteur, le chirurgien, l'infirmière qui sauve mais l'équipe. Donc il faut faire des retours d'expérience, leur faire des cours, les mises à niveau.* […] *Tu as un retour : les gens participent à tous les projets organisationnels. De toute façon les seuls projets organisationnels qui tiennent sont ceux où tout le monde a participé ».*

L'étude de ces différentes pratiques d'apprentissage souligne les liens avec les processus de socialisation. L'intégration des nouveaux membres dans le collectif de travail facilite l'apprentissage et sert l'objectif d'avoir des membres capables d'assurer un niveau constant de prise en charge. Comme l'illustre le cas des internes dans l'unité, ces pratiques sont également à relier avec le processus de création de confiance : les pratiques d'apprentissage permettent de développer la confiance qui, lors de la prise en charge d'un patient, déterminera si *in fine* l'interne peut participer à cette prise en charge voire même être autonome lors de celle-ci. Ainsi, l'unité de soins est capable d'intégrer de nouveaux membres, d'apprendre et d'évoluer, tout en assurant sa mission à un niveau constant.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

1.2.6. Le rôle du slack pour gérer les situations : un slack prévu par l'organisation et négocié avec l'hôpital[53]

Comme nous l'avons présenté dans le troisième chapitre, l'activité d'un service d'urgence est caractérisée par la difficulté de prévoir son activité – en termes de types et de nombre de patients. Si cet imprévu empêche la planification au profit de la réactivité et de l'autonomie des acteurs, il pose la question, compte tenu de l'urgence vitale, de la temporalité pour accéder aux ressources à temps. Nos résultats mettent en avant l'existence d'un slack organisationnel nécessaire pour combler cette pression sur l'action en situation.

Faire face à l'incertitude pose la question d'avoir la ressource à temps pour parer à une situation imprévue. Pour avoir accès à temps à cette ressource, une organisation – ou les individus qui la composent – va créer du slack organisationnel, « the excess capacity maintained by an organization » (Näslund, 1964, p. 26). Le slack est défini par Bourgeois (1981) comme un excès de ressources – par rapport à la quantité nécessaire à un fonctionnement optimum – réelles ou potentielles qui permet à une organisation de s'adapter (voir Encadré 50).

Comme le rappellent Norhia et Gulati (1997), le slack peut s'étudier à un niveau organisationnel mais également à un niveau individuel et interindividuel. Il apparaît alors intéressant, compte tenu de notre approche du terrain, d'étudier le slack à un niveau d'analyse plus fin, « to see what people with greasy hands know » pour reprendre les termes de Weick et Sutcliffe (2007, p. 73). Notre recherche s'intéressant au fonctionnement au quotidien et non aux dispositifs de crise, nous excluons de notre étude les configurations de l'hôpital en cas d'afflux massifs de victimes comme les « Plans Blancs »[54].

[53] Les résultats liés au slack organisationnel ont fait l'objet d'une communication lors de la conférence annuelle de l'AIMS en 2017, intitulée « *Maintenir la fiabilité en situation extrême : une approche dynamique du slack organisationnel* ».

[54] Les « Plans Blancs » sont des dispositifs de pré-mobilisation exceptionnelle de ressources au niveau de l'hôpital afin de gérer un afflux massif de patients – par exemple lors d'une catastrophe ferroviaire ou d'un attentat. Au niveau national, d'autres configurations de crise permettent de pré-mobiliser des ressources issues d'autres régions afin de ne pas consommer l'ensemble des ressources de la zone géographique concernée par l'événement. En effet, le traitement d'une situation exceptionnelle ne doit pas saturer l'ensemble des hôpitaux de la zone.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 50 – Bref retour sur le concept de slack organisationnel

Cyert et March (1963, p. 36) définissent les premiers le slack organisationnel comme « [The] difference between total resources and total necessary payments is what we called organizational slack. Slack consists in payments to members of the coalition in excess of what is required to maintain the organization ». Les auteurs soulignent l'importance du slack dans les organisations car il permet à celles-ci d'obtenir des coalitions d'acteurs un fonctionnement satisfaisant et d'éviter ainsi que les intérêts divergents des différentes coalitions ne prennent le pas sur la performance de l'organisation.

Le slack permet d'assurer le fonctionnement de l'organisation malgré des contraintes internes – par exemple gérer les coalitions (Cyert & March, 1963) – ou externes – par exemple absorber les chocs environnementaux (Meyer, 1982).

Basé notamment sur les travaux de James G. March, Bourgeois (1981, p. 30) donne la définition suivante du slack, et qui reste la définition la plus couramment utilisée dans les travaux sur le slack : « Organizational slack is that cushion of actual or potential resources which allows an organization to adapt successfully to internal pressures for adjustment or to external pressures for change in policy, as well as to initiate changes in strategy with respect to the external environment. ».

Quant à Norhia et Gulati (1997, p. 604), ils définissent le slack comme : « […] the pool of resources in an organization that is in excess of the minimum necessary to produce a given level of organizational output. ». Outre que cette définition illustre en quoi le slack s'oppose à un fonctionnement efficient de l'organisation, elle est suffisamment générale pour inclure les différentes formes de ressources qui produisent du slack et ne pas se limiter aux seules ressources financières. De plus, Norhia et Gulati (1997, p. 604) précisent que leur définition du slack ne se limite pas au niveau d'analyse organisationnel mais peut s'appliquer à différents niveaux d'analyse, du niveau individuel au niveau organisationnel :

Our definition of slack applies across organizational levels, capturing the extent to which any organizational unit (be it an individual, a department, a function, a division, or a firm as a whole) can quickly deploy excess resources to meet internal or external contingencies

Au-delà de la nature des ressources alimentant le slack organisationnel, Bourgeois et Singh (1983) introduisent une nuance importante concernant l'accessibilité du slack dans une organisation. Plus que l'existence de slack, la question est en effet de savoir dans quelle mesure le slack est accessible pour les acteurs de l'organisation. Les auteurs distinguent trois types de slack selon leur disponibilité : le slack disponible, récupérable ou potentiel. Le slack disponible correspond aux ressources en excès présentes dans l'organisation mais inutilisées. Le slack récupérable fait référence aux ressources en excès qui ont déjà été incorporées dans l'organisation mais qui peuvent être extraites en cas de nécessité. Enfin, le slack potentiel renvoie aux ressources en excès qui ne sont pas présentes dans l'organisation mais auxquelles l'organisation peut avoir accès. Il faut donc distinguer les ressources effectivement dédiées à la constitution de ce slack et celles qui peuvent potentiellement l'être.

Au préalable de l'étude du slack en lui-même, il convient de préciser que l'unité de soins étudiée n'est pas soumise à une limitation de ses ressources lorsqu'il s'agit d'intervenir sur un patient. Compte tenu de son intégration dans un grand centre hospitalier universitaire, toutes les ressources, qu'elles soient matérielles ou humaines – en nombre ou en spécialités médicales – sont présentes dans le centre hospitalier comme l'indiquent plusieurs acteurs (Encadré 51). Il n'est pas possible que l'unité soit sujette à une pénurie de ressources lorsque la prise en charge d'une situation l'exige. Pour reprendre la typologie de Singh et Bourgeois (1983), le slack potentiel de l'unité est donc très élevé dans ces moments-là. Pour autant, cela

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

n'empêche pas des négociations sur ces ressources entre l'unité de soins et l'administration de l'hôpital en dehors des périodes d'intervention.

Encadré 51 – Pas de limitations de ressources lors d'une prise en charge

Entretien médecin 1:

« On n'est pas limité par la place ni par les moyens humains. Tu peux avoir plusieurs chirurgiens. Idem on n'est pas limité en matériel, on a des blocs, 2 scanners, donc pas de limites en technique. Idem on n'est pas limité en médicaments. Comparé en clinique on va te dire « on ne va pas vous donner du Neuroseven c'est trop cher ». Nous tout est dans le frigo. On n'est pas limité en biologie avec le centre d'analyse qui est au CH [Centre Hospitalier]. ».

Entretien médecin 2 :

« On ne m'a jamais dit qu'on avait une restriction budgétaire. C'est l'avantage du déchocage, on a tous les moyens. Personne ne m'a dit à 25 culots [globulaires] d'arrêter. Si je m'arrête c'est que sur le plan médical il n'y a plus d'espoir. Jamais pour un argument financier. ».

Nous nous concentrons ici sur les pratiques aux niveaux d'analyse du SAUV et des équipes en charge de la prise en charge des patients dans cette unité. Par ailleurs, nous nous sommes focalisé sur les slacks matériels – notamment les places disponibles dans l'unité pour accueillir les patients – et les slacks humains. Ainsi, deux pratiques constituent le slack prévu par l'organisation. Une première pratique concerne la mobilisation des ressources humaines au sein de l'hôpital en cas de nécessité. Il est par exemple officiellement possible de faire appel durant les gardes de nuit à un médecin supplémentaire. Ce médecin de garde est affilié pour sa garde à une unité dont la variance d'activité est plus faible que le SAUV étudié et peut donc en cas de nécessité intervenir ou être pré-mobilisé lorsque la situation l'exige. Un interne nous explique ainsi qu'il est possible de pré-mobiliser un anesthésiste-réanimateur d'une autre unité en cas de besoin : « *Tout de suite c'était très chaud avec ce patient. Ils ont dû faire appel au* [A-R de garde supplémentaire]*, celui qui est de garde* [dans une autre unité] *pour lui dire qu'on allait avoir potentiellement besoin de lui. Comme ce patient a canalisé* [i.e. mobilisé] *un médecin juste pour lui, on a fini par lui dire de venir pour que le reste puisse tourner*». Les membres de l'équipe nomment, non sans humour, cette ressource « *L'appel à un ami* », plaisanterie basée sur l'émission TV « *Qui veut gagner des millions ?*».

La seconde pratique concerne l'usage indifférencié de ressources afin de pouvoir les recombiner selon les situations. Ceci est rendu possible par le fait qu'il s'agit de la même équipe d'anesthésistes-réanimateurs qui s'occupe du SAUV – déchocage, SSPI et lits de soins intensifs – et également de la partie anesthésique des blocs opératoires des urgences. L'agencement géographique des lieux facilite cette indifférenciation : proximité

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

géographique, interconnexion des locaux (Encadré 52). Par ailleurs, l'entraide est rendue possible par la socialisation et l'identité collective de l'unité. Si l'entraide est un élément structurant l'activité hospitalière, elle est ici exacerbée par la mission de l'unité d'urgence vitale qui fait de l'entraide et de la disponibilité rapide en cas de besoin, des éléments de l'identité collective.

Encadré 52 – L'agencement géographique des lieux pour faciliter l'usage des ressources

Entretien médecin :

« J'ai besoin d'une place en salle de réveil pour faire une ALR [Anesthésie locorégionale], ah tu n'as pas de place bon bah je vais prendre ça [une autre place], donc la personne le sait et ça se reconfigure. La reconfiguration perpétuelle et c'est au niveau médical, au niveau des infirmiers et des aides-soignants. »

Observation : 02/07/2015 – 11h15

Transfert du patient du déchocage No.1 vers la SSPI car toutes les places de déchocage sont occupées

C'est ce patient qui part en SSPI car il est le plus stable

Le médecin prévient les infirmiers du déchocage et du SSPI pour mettre à jour la situation

Mais ce slack organisationnel a été négocié et doit être défendu. Dès la conception des locaux de l'unité, les médecins ont du faire valoir une organisation géographique permettant une flexibilité et pas un aménagement rationalisé par type d'actes avec les blocs opératoires d'un côté et les soins intensifs de l'autre (Encadré 53).

Encadré 53 – Défense du slack de l'unité de soins

Observation : 10/12/2014 – 22h30

Je discute avec un des médecins de l'équipe qui est de garde cette nuit. Lors des travaux pour la reconfiguration des locaux, une bataille s'est engagée avec l'administration afin de conserver les spécificités du déchocage, des lits de soins intensifs, de la SSPI, en étant géographiquement proches. Le médecin m'explique à l'aide d'un schéma que les blocs opératoires et la SSPI devaient être séparés du reste de l'unité.

Entretien médecin :

« [Le Médecin responsable] s'est battu pour que ce soit créé [i.e. l'aménagement spécifique de l'unité]. S'il n'était pas là, ça n'existerait pas. L'énorme salle de déchocage avec les lits d'aval à côté, à 15 mètres du bloc, à 15 mètres du scan. Il s'est battu pour que ça soit comme ça. »

La négociation passe également sur les effectifs paramédicaux avec une tension entre, d'un côté, les décrets officiels (Encadré 54) obligeant l'hôpital à respecter un effectif minimal, et de l'autre, des recommandations des sociétés savantes pour une prise en charge optimale des patients. Le médecin responsable explique qu'il doit donc démontrer la nécessité des ressources qu'il demande : *« Le décret en réanimation c'est 1 infirmière pour 2 patients [dans le*

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

décret n°2002–466 du 5 avril 2002 il est écrit 2 infirmiers pour 5 patients soit 1 infirmier pour 2.5 patients]. Pour les soins intensifs il n'y a pas de décret, il y a des référentiels et des recommandations, pour les soins intensifs et soins continus. Et ça change tout ! Tu peux aller voir le Directeur Général et lui dire on veut ces effectifs mais avec les recommandations seulement il va te dire « vous êtes gentils mais montrez-moi que vous en avez besoin ». Donc nous on a calculé les effectifs paramédicaux. ».

Si le poids institutionnel de l'unité – et du responsable de l'unité – assure un certain pouvoir de négociation et une autonomie de fonctionnement, il ne s'agit pas pour autant d'un blanc-seing. En effet, cette relative autonomie de gestion dans le fonctionnement ne se fait qu'à la condition de rester dans des limites de ressources (Encadré 54).

Encadré 54 – Négocier les ressources auprès de l'administration de l'hôpital

Entretien médecin 1 :

« C'est un accord tacite de bonne gestion du service. En contrepartie, on ne devient pas un monstre budgétaire. ».

Entretien médecin 2 :

« On fait ce qu'on veut mais on ne doit pas trop déborder. Et puis ça nous arrange d'avoir ce confort, faire ce qu'on veut. ».

« Le chef de service ne vient jamais. Vous gérez votre organisation du temps de travail, vos dossiers, vos projets, vous êtes un petit village. […] À partir du moment où ça passe [budgétairement], que le boulot est fait, lui s'en fout. C'est un bon deal. Si on pouvait publier plus il aimerait bien. Mais [plusieurs médecins de l'unité] suivent beaucoup de thèses et pilotent des études. ».

Enfin, la protection du slack passe également par une présence dans les instances de décision de l'hôpital afin d'éviter des dérives gestionnaires qui pourraient impacter la qualité des soins. En effet, de façon générale, nous avons observé une distance importante entre les acteurs de terrain, qu'ils soient médecins ou paramédicaux, et l'administration hospitalière. Les médecins, et notamment les médecins responsables d'unités et de pôles, doivent donc s'impliquer dans un nombre important de réunions afin de pouvoir s'assurer que les chiffres présentés et manipulés par le personnel administratif sont cohérents avec la réalité du terrain et pouvoir les justifier et en donner une interprétation concrète en termes de qualité des soins et de sécurité du patient (Encadré 55). De ce travail politique dépend en effet en partie les ressources attribuées à l'unité.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 55 – Être présent dans les instances de décision de l'hôpital pour protéger le slack

Observation : 16/11/2015 – 12h30

Lors d'une pause déjeuner nous discutons de l'hôpital et de la structure administrative, un médecin me répond : « *Il y a des choses qui sont décidées au-dessus de nous et on n'est pas convié à la discussion.* »

Entretien médecin responsable :

« Dans le comité performance ils n'arrêtent pas de parler de Lean Management. Ça c'est le gros truc. »

[…]

« Tu te rends compte que les chiffres qu'on te donne à la DAF [Direction administrative et Financière] il y a pleins de choses fausses. Ils n'ont aucune idée du volume d'activité. Quand on te dit 2.000 hospitalisations complètes, pour eux c'est le chiffre, ils n'ont aucune possibilité de confirmer. Ils n'ont aucune vision médicale et il y a des erreurs à chaque fois. Et tu récupères 200, 300, 400, 600 mille euros. […] Des fois tu as des trucs délirants. Et ça prend beaucoup de temps, il faut des gens intéressés. […] Le NMP [Nouveau Management Public] ça a transformé l'hôpital avec une diminution énorme du pouvoir des médecins. Avant la CME [Commission Médicale d'Établissement] avait un rôle important avait un pouvoir décisionnel important maintenant on a l'impression que ça ne sert plus à grand-chose. Le comité directeur, ou quelque chose comme ça, ils sont 5-6, ils décident plus. ».

Cette distance entre personnel de direction et personnel de soins est parfois source d'incompréhensions et de tensions entre la volonté d'optimiser les ressources d'un côté par l'administration et la nécessité de disposer de ressources non-utilisées mais à disposition de l'autre, au nom d'une défense de la culture de l'unité (Encadré 56).

Encadré 56 – Une distance entre le personnel soignant et la direction de l'hôpital

Observation : 06/11/2014 – 13h30

Discussion entre infirmiers sur les problèmes de relations avec l'administration. Le ton monte sur l'incompréhension de leur activité : « *est-ce qu'ils savent ce qu'on fait comme métier au moins ?* » Suite à cela, je discute avec un médecin pour avoir son point de vue sur cette incompréhension : « *on ne s'intéresse plus au soin, on considère que ça va se faire quoi qu'il arrive* »

Observation : 10/11/2015 – 14h40

La cadre gestionnaire arrive dans le servie et demande à 1'aide-soignant d'aller aider les urgences classiques « car c'est Beyrouth ».

Grondement des autres aides-soignants et des infirmiers qui appellent la cadre de service : « *ce n'est pas parce qu'il n'y a rien maintenant que dans 5 minutes on ne sera pas débordé* ». L'aide-soignant réquisitionné reste dans l'unité en attendant, peu volontaire pour y aller.

Finalement, il restera dans l'unité.

L'analyse du niveau organisationnel nous permet de comprendre les différents processus assurant la résilience et la fiabilité du SAUV. Les éléments que nous avons développés sont traversés par l'importance d'assurer un niveau de fiabilité constant pour prendre en charge les patients. La culture permet de diffuser aux membres de l'unité – et notamment aux nouveaux membres – l'importance de la mission : prendre en charge le flux non-planifié de patients dont

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

l'état de santé constitue une urgence vitale. C'est une culture qui valorise la compétence mais également l'humilité à avoir face à la complexité inhérente à la prise en charge de l'urgence vitale. Ces deux éléments sont également prégnants dans le recrutement, l'intégration des nouveaux membres et l'apprentissage.

Loin d'une approche individuelle ou héroïque, l'accent est mis sur le travail en équipe où chacun a un rôle à jouer. Travailler en équipe est rendu possible par la variété requise de ses membres et de ses pratiques ainsi que par l'instauration d'une confiance entre ses membres.

En sus du travail en équipe, l'apprentissage est un élément important dans la structuration de l'activité de l'unité. S'il permet d'intégrer les nouveaux membres, il est également un levier d'adaptation des membres déjà présents. Par ailleurs, la rotation des internes à chaque semestre est également intégrée dans l'apprentissage où la question du facteur humain y joue un rôle prépondérant.

L'analyse à un niveau organisationnel nous permet également de comprendre l'enjeu de la gestion du flux de patients afin de pouvoir être en capacité d'assurer une prise en charge dans les meilleures conditions possibles et éviter une saturation de l'unité.

Enfin, le slack permet de pré-mobiliser des ressources nécessaires à la gestion de l'urgence vitale. Pour autant, malgré la mission – et l'enjeu de vie ou de mort –, ces ressources doivent être négociées et défendues par l'unité de soins auprès de l'administration de l'hôpital.

Si tout ceci nous permet de dresser un portrait précis du terrain au niveau de l'unité de soins, ces processus subissent moins la pression temporelle de l'urgence vitale dans leur structuration et sont le fruit d'une construction au plus long cours. Ainsi, il est nécessaire de nous intéresser à d'autres éléments relatifs aux situations de prise en charge intervenant dans le contexte opérationnel.

1.3. SITUATION NORMALE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Au-delà des processus au niveau de l'unité de soins, d'autres éléments sont activés dans l'action. Il nous faut alors nous rapprocher de l'action au niveau des situations afin de pouvoir étudier ces éléments complémentaires. En effet, l'analyse des situations de prise en charge nous permet d'intégrer la question de la pression temporelle liée à l'urgence vitale ainsi que la complexité inhérente à toute prise en charge d'un patient dans ce type d'unité de soins. Ainsi, au niveau des situations de prise en charge d'un patient, nous nous intéressons dans un premier temps aux éléments liés à la coordination de l'action. Par la suite, nous questionnons

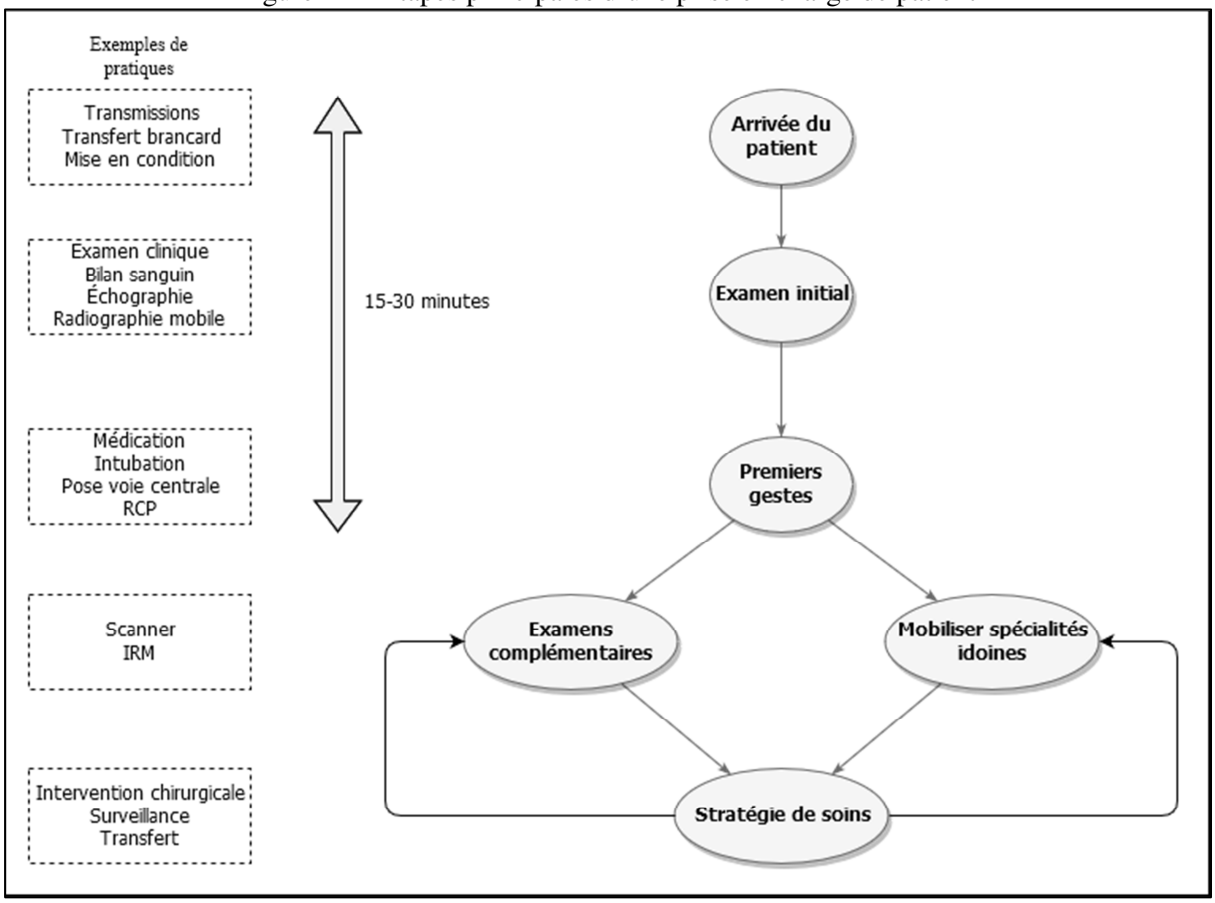
© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

le rapport à la procédure, entre formalisme du protocole et adaptation face aux situations rencontrées.

1.3.1. Respect de l'expertise et circulation de l'information au cœur de la coordination de la prise en charge d'un patient

Par coordination de l'action nous entendons les pratiques de coordination en lien avec la prise en charge d'un patient dans l'unité (voir Figure 24). Les niveaux d'analyse sont donc centrés sur les acteurs et l'équipe prenant en charge le ou les patients. Les pratiques de coordination concernent à la fois l'équipe de soin de l'unité – internes, infirmiers, aides-soignants – mais également les acteurs extérieurs à l'unité – pompiers, équipe du SAMU, chirurgiens, etc.

Figure 24 – Étapes principales d'une prise en charge de patient



La première étape est l'arrivée du patient dans l'unité. Lors d'un « *déchocage* » – lorsqu'un patient arrive en salle de déchocage compte tenu de son état de santé – l'équipe de

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

soins a pour objectif d'assurer l'interface entre l'extérieur et l'hôpital. Il s'agit de normaliser un individu pour qu'il devienne un patient de l'hôpital. Cet individu peut soit venir de l'extérieur du monde hospitalier – un patient « primaire » - soit venir d'un autre hôpital – un patient « secondaire ». Le caractère primaire ou secondaire d'un patient n'est pas une question de priorité de soins mais une hiérarchisation compte tenu de son degré de normalisation au monde de l'hôpital : un patient primaire est un civil qui devient un patient, un patient secondaire est déjà un patient qu'il faut adapter à l'hôpital de destination. Le patient primaire nécessite donc un travail de normalisation plus important.

La prise en charge standard de l'arrivée d'un patient mobilise une équipe de quatre personnes de l'unité – un infirmier, un aide-soignant, un interne, un praticien hospitalier – ainsi que trois personnels extérieurs constituant l'équipe mobile amenant le patient – une équipe du SAMU ou une équipe de pompiers. Le praticien hospitalier assure les transmissions avec l'équipe mobile. Les transmissions sont à la fois un transfert d'informations – état clinique, traitements administrés, diagnostic initial probable, stratégies de soins mises en place, etc. – mais également un transfert de responsabilités vers l'équipe d'accueil. Sur la base de ces premiers éléments, le médecin va ensuite coordonner l'équipe pour les premiers éléments de la prise en charge : bilans sanguins, médications, premiers gestes, etc. (Encadré 57).

Encadré 57 – Le médecin comme chef d'orchestre de la prise en charge

Entretien Médecin :

«Au début on ne sait pas ce qu'on va engager comme procédure car il faut qu'on ait une évaluation primaire qui est fait de manière sommaire sur le terrain qui nécessite d'être refait de manière plus précise quand ils arrivent au déchocage. On va organiser le diagnostic, la priorisation au niveau des lésions, l'organisation du reste de la prise en charge c'est nous qui allons un peu être le chef d'orchestre sur ce qui va se passer sur les prochaines heures. »

Entretien Médecin responsable de l'unité :

« Il faut un capitaine dans un bateau et c'est le rôle de l'anesthésiste. Tout anesthésiste qui prend en charge un patient au déchocage doit se sentir leader dans la prise en charge.

C'est la prise des décisions, l'organisation des soins, la hiérarchie des examens, l'ordre qu'on donne pour préparer, la façon dont les gens t'écoutent, dont ils vont réagir. L'organisation et la hiérarchie des soins, et la mise en route de thérapeutiques énoncées. »

[…]

« Le but d'un bon professionnel c'est de savoir que c'est un travail d'équipe. Donc ne pas vouloir prendre la place des autres ; toute personne qui est autour d'un malade doit avoir un rôle sinon ils n'ont pas être à côté du malade. Chacun a un rôle dépendant des autres et différents des autres. Après tu as des rôles qui se recoupent donc selon les gens avec qui tu es tu as une distribution des tâches. C'est le chef d'orchestre dans une équipe. Chaque personne est indispensable à la prise en charge s'il n'est pas indispensable il n'a rien à faire là. Ça nécessite du chef d'orchestre de savoir le rôle de chacun et de ce qu'il va faire. »

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Dans un premier temps, l'équipe de soins effectue la mise en condition du patient. Tout d'abord, le patient est transféré du brancard de l'équipe mobile sur le brancard du SAUV : il s'agit de « *translater un patient* ». C'est une tâche sensible car tout mouvement brusque ou non-coordonné peut entraîner des douleurs et des séquelles supplémentaires pour le patient. Une fois celui-ci translaté, il est déshabillé, ses effets personnels inventoriés et il est identifié administrativement : l'individu devient alors officiellement patient.

La mise en condition du patient se poursuit par la mise en place de sa surveillance médicale avec des outils analogiques – feuille de suivi des constantes vitales – et numériques – pose des électrodes l'électrocardiogramme (ECG), saturomètre[55] capnomètre[56] par exemple. Enfin, l'équipe soignante vérifie et identifie les médications déjà effectuées et demande au médecin ou à l'interne la poursuite ou l'arrêt des médications en cours.

L'interne assure, quant à lui, la partie médicale de la prise en charge technique au travers de l'examen clinique initial en auscultant et en interrogeant le patient. Il va également coordonner l'imagerie initiale – appeler pour faire venir l'appareil de radiologie mobile, réaliser une échographie –, demander les bilans sanguins à l'infirmier, effectuer les premiers gestes au besoin – intuber, poser une voie centrale par exemple.

La séquence d'arrivée constitue le cœur du déchocage d'un patient et représente l'activité la plus critique et la plus intense. D'une durée oscillant entre 15 et 30 minutes, cette séquence doit assurer une normalisation du patient – mise en condition, identification, informations initiales –, mettre en place la surveillance de l'état de santé du patient, effectuer l'examen initial, et *in fine* gérer l'état de choc afin de pouvoir assurer le déploiement de la stratégie de soins. C'est généralement après cette première séquence que les accompagnants potentiels sont informés de la situation de leur proche.

Une fois le patient arrivé, la seconde étape consiste à coordonner la suite de la prise en charge. Celle-ci est constituée des examens complémentaires potentiels à réaliser et la mobilisation des différentes spécialités médicales nécessaires à la prise en charge. À l'issue des examens et des avis des médecins spécialistes, la stratégie de soins est mise en œuvre tout en étant coordonnée par le médecin de l'unité (Encadré 58). Nous retrouvons ici la logique de *Trauma Center* où les ressources sont amenées au patient et coordonnées par le médecin anesthésiste-réanimateur du SAUV.

[55] Appareil de mesure de la concentration en oxygène dans le sang (Saturation Pulsée en dioxygène : SPO^2)
[56] Appareil de mesure de la concentration en gaz carbonique expiré (PetCO2) présent dans l'air expiré

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 58 – Coordination par le médecin du SAUV des différentes spécialités médicales

Entretien médecin :

« Traiter si tu peux le faire car tu n'as pas forcément besoin d'aller au bloc. Tu te rends bien compte que ce n'est que ton chirurgien qui pourra déchocer le malade car tant que le chirurgien n'aura pas mis le doigt sur le truc qui saigne (pose son doigt sur la table comme pour boucher un trou)*, tu peux faire ce que tu veux ça ne fonctionnera pas. Une fois qu'il a le doigt dessus, tu résous le problème. C'est pour ça que le déchoc et le bloc sont liés. De toute façon, sur tout ce qui est trauma ce n'est pas nous qui allons le soigner, c'est nous qui allons lui permettre de vivre jusqu'à la réparation. »* […]

« Si on reprend le patient [écrasé par un tracteur]. *J'avais le scanner et tout ce qui se passait. J'avais besoin d'un traumato*[logue]*, d'un chirurgien vasculaire, d'un radiologue-embolisateur pour passer dedans et j'avais besoin d'un* [chirurgien] *viscéral. Les quatre chirurgiens ont été appelés et ils étaient tous là quand le patient est arrivé. Ils avaient tous vu la feuille de bodyscan[a] mais pas le CD des images. Pour gagner du temps, j'ai mis le patient en salle d'embolisation car de toute façon il fallait qu'il passe au bloc et j'ai donné le CD aux chirurgiens et je leur ai dit : «* moi j'ai besoin de 15 minutes pour faire le tour du malade *» car j'avais besoin de vérifier les voies, les déter*[miniation du groupe sanguin et Rhésus sanguin]*, commander du sang et faire le ménage. Ils avaient 15 minutes pour regarder ce scanner et pour me dire qui fait quoi et dans quel sens et je les ai laissé gérer.*

Le traumato[logue] *a commencé par accrocher le bassin pour que ça arrête d'avoir un bassin instable. Le radiologue a commencé d'emblée par aller emboliser le bassin. Pendant ce temps-là le chirurgien vasculaire était de l'autre côté car une artère était arrachée. Finalement, le radiologue l'a aidé par son côté. Et à la fin, quand le patient a commencé à avoir du sang partout dans le ventre, le chirurgien viscéral a dit «* maintenant c'est moi *». En fait, à un moment j'ai dit au radiologue qu'on verra ce que vous pourrez faire mais le ventre gonflait. Donc il faut faire vite car il faut faire une laparo*[tomie] *et qu'il y a du sang partout et il va flinguer ses reins. Quand le ventre est trop gonflé, il met une énorme pression sur le rein et c'est probablement pour ça que le rein a lâché. C'est à eux de gérer mais c'est aussi parce que j'avais quatre personnes intelligentes devant moi qui était là 45 minutes avant que le malade arrive et qui ont eu le temps de voir le bodyscan[a] et ils étaient tous venus. J'ai pris le patient à 19h, il est arrivé à 22H. À 19h ils étaient déjà au courant. Le radio-embolisateur est venu lire le rapport, le vasculaire était au courant et quand l'hélico décolle je les appelle et ils étaient là 30 minutes avant. À 21h30, ils étaient tous là avant que le patient arrive. ».*

[a]Body scan : dénomination officielle « tomodensitométrie (TDM) corps entier », examen de référence pour un polytraumatisé qui consister à scanner le corps complet afin d'avoir un tableau exhaustif des lésions

Ces éléments nous amènent à considérer le SAUV comme une interface entre l'extérieur et l'hôpital qui va fluidifier et faciliter la prise charge d'un patient par l'organisation hospitalière. Les différentes tâches définies dans l'unité peuvent se résumer par un tandem IDE/AS – s'occupant de la mise en condition, de l'établissement d'une surveillance et de l'enregistrement administratif du patient – et un tandem praticien hospitalier/interne traitant la partie médicale – examen initial, actes techniques, stratégie de soins. Comme l'illustre le Figure 24 (p. 266), la prise en charge d'un patient n'est pas un processus linéaire. Le caractère évolutif et incertain des situations nécessite des boucles complémentaires – avec de nouveaux examens ou de mobiliser de nouvelles spécialités médicales – afin d'adapter la stratégie de soins. Outre l'étape critique du déchocage du patient, le SAUV assure un rôle de suivi rapprochée de l'état du patient afin de coordonner les ressources – internes et externes à

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

l'unité – nécessaires au soin et permet de s'adapter aux évolutions rapides compte tenu de l'état instable du patient.

Au travers des pratiques de coordination entre les acteurs, nous retrouvons le respect des zones d'expertise selon les tâches à effectuer (Weick & Sutcliffe, 2007). Ainsi, c'est l'aide-soignant ou l'infirmier de l'équipe chargé du patient qui va coordonner l'ensemble du personnel – infirmier, aide-soignant mais également médecin et personnel extérieur – chargé de la translation du patient sur le brancard. Loin d'une approche *top-down* entre un médecin décideur de tout et des exécutants, la prise en charge est un travail d'interactions qui se doit d'être réactif aux évolutions de la situation et s'appuie sur une « hiérarchie de l'expertise ». La coordination de l'activité s'opère par l'interaction et la circulation de l'information de l'ensemble des acteurs de la prise en charge du patient.

Notre étude s'inscrit donc pleinement dans la perspective proposée par Faraj et Xiao (2006) sur le dialogue entre les acteurs dans l'action. Pour autant, nous ne retrouvons pas la segmentation entre pratiques lors d'une situation habituelle – privilégiant le rapport hiérarchique – et pratiques lors d'une situation critique – aplatissant la hiérarchie et laissant une autonomie aux acteurs de terrain – mais un fonctionnement laissant une zone d'expertise, de responsabilité et de coordination à différents niveaux de la prise en charge. Cette différence s'explique dans la distinction entre situation normale et situation anormale qui, du fait de l'instabilité inhérente à la nature de l'activité, revêt des contours plus flous à la différence d'autres secteurs d'activité traditionnellement étudiés dans la littérature sur la fiabilité organisationnelle.

Notre étude confirme les éléments de la littérature que nous avons développés dans le deuxième chapitre de la relation dialogique entre les acteurs en situation critique (Faraj & Xiao, 2006) ainsi que l'importance des processus sur le temps long pour assurer la coordination et non pas uniquement dans l'horizon temporel de la situation (Godé-Sanchez, 2010). Mais nous y apportons une nuance importante sur la question de savoir ce qu'est ou n'est pas une situation habituelle. En termes de fréquence de survenance, il existe des situations normales mais l'activité de l'unité de soins fait porter au sein de toutes les situations une potentialité de perturbation qui se concrétisera plus ou moins fortement et plus ou moins rapidement. Un service d'urgence –et plus encore un SAUV – a donc un rôle spécifique dans la chaîne de l'urgence. Il est un normalisateur de flux qui va à la fois transformer un civil en patient – mise en condition, déchoquer, diagnostic initial, enregistrement administratif – mais

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

également réguler la volatilité des situations, tel un entonnoir qui canalise le flux dans les tuyaux de l'hôpital.

1.3.2. La procédure : à la fois ressource et frontière dans la prescription du travail

Nous questionnons, en dernier lieu, la place du protocole et des recommandations dans le contexte de prise en charge des patients (voir Encadré 59 sur les notions de protocoles et de recommandations en médecine).

Encadré 59 – sur la distinction entre protocole, procédure et recommandation

En médecine, un protocole est un « ensemble d'instructions précises et détaillées mentionnant toutes les opérations à effectuer dans un certain ordre ainsi que les principes fondamentaux à respecter pour exécuter une opération, réaliser une expérience » (source : Larousse médical).

Certains documents distinguent la procédure comme ayant une plus grande portée explicative, là où le protocole propose une opérationnalisation plus restreinte.

Au sens médical, les recommandations sont des « propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données [...] Elles sont des supports pour l'élaboration de procédures, protocoles et fiches techniques, dans la mesure où elles définissent les orientations de bonnes pratique » (Source : HAS).

Notre analyse des prises en charge met en avant le caractère unique des patients et la complexité inhérente à chaque prise en charge. Informations manquantes, circonstances particulières, antécédents du patient, amplitude et spécificité des lésions, réaction du corps face à ces lésions et aux traitements sont autant d'éléments qui interagissent entre eux et évoluent dans le temps (voir Encadré 60). De plus, l'urgence vitale impose une action. Ainsi, les acteurs ont conscience d'opérer des arbitrages durant l'urgence vitale : « *on dépatouille et on verra après* » est une phrase souvent prononcée insistant sur la priorité de déchoquer, de parer au plus pressé.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 60 – Unicité du patient et des situations

Entretien médecin responsable de l'unité :

« *Ce n'est pas aussi cartésien, la médecine, qu'un avion où tu as une formule pour calculer à quelle vitesse tu peux décoller selon l'avion, le vent, etc. Déjà, pour une même pathologie tu as un malade qui n'a pas les mêmes antécédents, le même âge, le même cœur, son corps ne va pas réagir de la même façon. Un avion quel que soit la vitesse du vent, tu sais ce qui va se passer* ».

Entretien médecin :

« *Pour un malade si tu as 8 de tension avec une rate qui saigne tu en as qui n'ont aucune séquelle et d'autres qui vont faire une insuffisance rénale parce qu'il faut qu'il ait 14.* » […] « *Les patients sont uniques de par la pathologie, les antécédents …et comment ils vont réagir aux symptômes, à la défaillance* ».

Dès lors, il n'est pas possible d'avoir des protocoles parant à toutes les éventualités. S'il existe des techniques à maîtriser, la pratique de la médecine est faite également d'espaces pour laisser de la place à la « *propre cuisine de chacun* » comme nous le dit de façon imagée un médecin (Encadré 61). La règle dans les environnements complexes – comme l'illustre la littérature abondante sur l'improvisation et le bricolage en situation d'imprévue et de risque – peut être transgressée : dans le cadre du maintien de la fiabilité, la mission – le quoi – peut supplanter la prescription de l'action – le comment.

Encadré 61 – Extrait d'un entretien avec le médecin responsable de l'unité concernant les protocoles

Question : Est-ce que même si tu as ce protocole, par exemple l'hémoglobine, est-ce que tu peux malgré cela, selon la situation, dire : il est à 7 c'est bien ?

« *Ouais. Il faut être à 8 en période de choc hémorragique. Tu vas au bloc, ton chirurgien il a clampé l'artère splénique, donc ça ne saigne plus. Mais tu n'en sais rien peut-être que s'il a un bassin ça continue à saigner. Jusqu'au contrôle de l'hémostase, tu as plusieurs heures de recul pour savoir s'il ne saigne plus. C'est aussi l'expérience, la sensibilité, c'est tellement de facteurs, ça dépend du chirurgien.* ».

[…]

« *La traduction des reco[mmandations] c'était vachement difficile : hémoglobine cible à 8 ça veut dire quand est-ce qu'on se compte mauvais et ça les protocoles ne te le disent pas. Donc une hémoglobine à 7 c'est mauvais ? S'il est à 7 une fois mais qu'on montre qu'on fait les manœuvres pour remonter à 8, on a bon quand même. C'est ça qu'il faut le traduire. Si c'est 2 hémoglobines basses on a faux ? Et après combien de culots ?*

Tu mets 10 culots à tout le monde et tout le monde sera à 14 mais c'est dangereux aussi si c'est trop haut et puis ça vide la banque du sang. Et ça ce n'est pas dit non plus dans le protocole. Donc c'est un énorme travail de savoir.

On fait la TA [tension artérielle] moyenne à 60 mais si crâne c'est 90 mais si mais si mais si… si crâne juste parce qu'il a une anisocorie[a] pas parce qu'il pousse dans sa tête mais parce qu'il a un coup direct tu vas monter ta pression artérielle à 90 du coup tu vas faire saigner. Tu dois toujours t'adapter donc les protocoles en médecine sont pour indiquer ce qu'il ne faut pas faire.

Contrairement à d'autres protocoles qui te détaillent, nous c'est l'inverse. »

[a] : différence de taille entre les pupilles. L'anisocorie peut être le signe de troubles neurologiques graves.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Si, au premier abord, la médecine renvoie à sa spécialisation, sa technicité et une prescription forte du travail, l'observation des conditions réelles de la médecine et les échanges autour des pratiques avec le personnel soignant mettent en avant la complexité du corps humain et l'impossibilité de tout régir par des procédures. Il existe donc une dualité en médecine dans le rapport aux règles. D'un côté, une approche formelle faite de logigrammes et d'algorithmes décisionnels qui voit dans la règle une capacité à agir vite face à l'urgence. De l'autre côté, notre observation au quotidien du fonctionnement des équipes médicales souligne l'intégration dans leurs pratiques de la complexité et de l'indéterminisme des situations que les acteurs rencontrent et par conséquent, l'importance de développer une capacité à faire du hors-piste, à considérer la règle ou le plan – et à la différence de secteurs d'activité à l'instar de l'aéronautique ou du nucléaire civil – comme une ressource parmi d'autres.

L'expérience professionnelle permet de créer du sens des situations et de prendre du recul pour les comprendre dans leur globalité afin de savoir comment agir. Mais c'est également l'expérience des situations d'urgence vitale et leur variété qui assure cette capacité : « *on a cette chance d'avoir beaucoup de malades donc on fait souvent. Quand tu as un par mois tu es moins bon que quand tu en as un par jour* » (entretien avec le responsable de l'unité).

La nécessité d'avoir cette double expérience – professionnelle et situationnelle – confirme l'importance d'intégrer et d'apprendre pour les nouveaux arrivants. Un infirmier insiste sur ce point : « *Pour les jeunes, ça doit être un service très anxiogène quand tu arrives parce que des patients très particuliers, souvent des patients en décompensation viscérale voire multi-viscérale, plus une organisation pas vraiment déterminée. Les choses sont faites sur l'expérience. Je te parlais de la prise en charge au déchocage, tu dois* (insiste sur le verbe) *savoir exactement ce qu'on attend de toi en pratiquant. Il n'y a pas de protocoles écrits. Tu dois apprendre ça sur le tas* ». Enfin, entre respect de la procédure, adaptation face à la complexité et unicité des cas, plane l'ombre de la déviance qui, de traiter l'urgence vitale peut en oublier de « voir après », une fois cet enjeu vital géré. Les espaces créés dans le rapport qu'entretient la procédure avec la prescription du travail peuvent être source de déviances et de mise en péril de la fiabilité, face à la méconnaissance ou l'oubli de la raison de l'existence de ces espaces (Encadré 62).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 62 – La déviance dans le banal

Entretien médecin :

« *C'est une difficulté du service : on est tellement habitué à être débordé avec des malades gravissimes, être obligé de prioriser les choses et donc de laisser tomber des choses que le jour où tu as un seul malade pas très grave tu manques d'optimisation. Il y a des choses que tu négliges de manière juste parce que c'est l'urgence vitale, mais le jour où tu n'as pas cette urgence et bien tu vas le négliger aussi. C'est montrer au personnel qu'il y a des fois où il faut être jusqu'au-boutiste qu'il faut adapter à notre charge de soins.* »

Au final, la complexité d'une prise en charge d'un patient en urgence vitale nous amène à nous interroger sur le rapport aux règles entretenu par les médecins. Sur la base des travaux récents de Koenig *et al.* (2016, p. 38), nos observations mettent en avant que la prise en charge de patients en urgence vitale relève d'un ensemble de règles complexes – « qu'il est impossible de suivre à la lettre » – et de règles élémentaires – « qu'il convient de respecter strictement ». En s'intéressant aux règles élémentaires, les auteurs précisent que « la critique radicale de la prescription ne permet pas d'envisager que dans certains cas le respect scrupuleux de la règle puisse se présenter comme un impératif. » (Koenig *et al.*, 2016, p. 3). Mais les auteurs n'opposent pas artificiellement règles élémentaires et règles complexes en laissant supposer que dans le cas des règles complexes, la transgression soit possible pour assurer la fiabilité. Au contraire, ils précisent (Koenig *et al.*, 2016, p. 38) :

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

Dans la perspective proposée par Koenig *et al.*(2016), notre étude souligne que le travail réel se distingue du travail prescrit par la construction sociale de la règle. Celle-ci s'inscrit dans une approche holiste, contingente et interprétative de la situation de prise en charge. L'analyse du rapport aux règles complexes – protocoles de prise en charge, schémas logiques selon les signes cliniques, etc. – soulignent que la règle n'est pas considérée comme prescrivant l'action mais délimitant une zone d'action. Ainsi, plutôt que de voir dans la règle ce qu'il faut faire selon la situation, il s'agit d'approcher la règle comme de ce qu'il ne faut pas faire de la « To do list » à la « No To-Do list ». Ce n'est donc pas tant que le protocole est contourné – ou qu'il est impossible de le suivre à la lettre – mais plutôt que le protocole

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

dessine en partie les contours de l'action et précisant des limites à ce qu'il ne faut pas faire plutôt que de prescrire l'action.

Il est par ailleurs intéressant de constater que le terrain d'étude de Koenig *et al.* (2016) se situe dans le secteur médical, confirmant, là encore, que le terrain de la médecine, revêt des spécificités par rapport au terrain traditionnel de la fiabilité. Les pratiques observées posent à nouveau le débat autour de la place de l'erreur, de la prescription sécurisante et de la transgression de la règle pour assurer la résilience. D'une approche dichotomique entre prescription en situation normale et improvisation en situation exceptionnelle, l'utilisation des procédures dans l'exercice de la médecine traitant de l'urgence vitale ne distingue pas situations normales et exceptionnelles.

Dans cette approche de la procédure, l'erreur consiste donc moins en un non-respect strict de la procédure et s'inscrit plus dans une approche par la résilience que dans une approche par la planification comme nous l'évoquions dans le deuxième chapitre (voir Tableau 9 p.92). La conception de ce genre de procédure-frontière s'inscrit pleinement dans la mise en place d'une flexibilité systémique laissant aux opérateurs une action qui n'est pas prescrite complètement par la règle (d'Arcimoles, 2009). Ceci n'est possible, comme le rappellent Rasmussen *et al.* (1990), qu'en y adjoignant des processus d'apprentissage et d'amélioration des compétences. Il n'est donc pas tant question de contrevenir à la règle complexe que de construire la règle en y intégrant cette complexité.

Au travers de cette première section, nous avons cherché à décrire et comprendre comment chacun des différents processus liés au maintien de la fiabilité et résilience se déploient dans l'activité d'une unité de soins traitant de l'urgence vitale. C'est à ce titre que nous avons proposé une typologie des situations afin de pouvoir analyser de manière plus fine l'activité d'un SAUV en cherchant à comprendre en quoi le « normal » consiste pour ce type d'unité de soins. Notre proximité avec l'action et notre approche de l'activité au quotidien nous permet de souligner le caractère multi-niveaux des processus et leurs conséquences sur la fiabilité et la résilience. À la fois condition et résultat, les processus au niveau organisationnel assurent la résilience en situation. S'ils ne sont pas les plus visibles dans l'action, ils restent une condition essentielle pour faire face aux situations. De plus, l'analyse des données fait émerger le slack comme un processus permettant de pré-mobiliser des ressources et de les déployer dans l'unité de soins. Bien qu'utile à la prise en charge des patients, ces « sur-ressources » doivent être néanmoins négociées et défendues par l'unité de

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

soins. Enfin, dans l'action, la coordination de l'action et le rapport à la procédure permettent de faire face à la volatilité des situations afin d'assurer un niveau constant de prise en charge.

Mais l'analyse de cette articulation nous interroge dans la capacité de l'unité de soins à faire face à l'imprévu inhérent à toute prise en charge et accentuée par l'impératif d'action liée à l'urgence vitale. Le rôle de la procédure semble différent de celui des terrains historiques de la fiabilité comme le secteur nucléaire. Il semble alors plus pertinent de voir dans l'activité liée à l'urgence vitale une approche où chaque situation est potentiellement exceptionnelle et où l'urgence vitale impose une action quasi-immédiate.

2. D'UNE CATÉGORISATION DES SITUATIONS À UN *CONTINUUM* DE L'ACTIVITÉ ET SES CONSÉQUENCES AU NIVEAU ORGANISATIONNEL ET SITUATIONNEL

2.1. DE L'INTENSITÉ À LA VOLATILITÉ DES SITUATIONS

Comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, s'il existe des situations normales en termes de fréquence, chaque situation revêt une potentialité d'instabilité et d'incertitude. Face à l'urgence vitale – c'est-à-dire face à la pression à agir dans un délai qui se compte en minutes – il n'y pas une distinction claire entre fonctionnement normal et fonctionnement exceptionnel. Le fonctionnement de l'unité de soins est donc porteur, même en situation « normale », d'éléments que la littérature identifie comme des situations exceptionnelles. Notre approche se différencie donc de celle de Journé et Raulet-Croset (2008) qui cadrent le flou de l'incertitude des situations perturbées – propice au *sensemaking* – entre les procédures en situations normales et les procédures en situations de crise. Dès lors, notre typologie de situations regroupe des idéaux-types plus que des situations réelles. En cherchant à comprendre la dynamique des situations de prise en charge, nous nous éloignons de cette typologie, en la considérant alors plus comme un point de départ que comme un plan à suivre. Ceci nous amène à nous interroger sur la notion de volatilité, inhérente aux situations de prise en charge.

En sciences de gestion, et plus particulièrement en finance, la volatilité caractérise le degré de variation d'un taux, du cours d'une action ou plus globalement d'un marché. Il permet de mesurer le degré de risque de l'actif financier analysé. Ainsi, le choix d'investissement dans un actif est porté par la mesure du risqué liée au rendement anticipé de l'actif et au risque de sa variance. Mais nous nous éloignons de cette définition car, comme

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

nous le précisons dans le deuxième chapitre, nous nous intéressons à l'incertitude – caractéristique des systèmes complexes (Thiétart, 2000) – qui n'est pas calculable, à la différence du risque comme nous le rappelions dans le deuxième chapitre (voir Encadré 13 p.97).

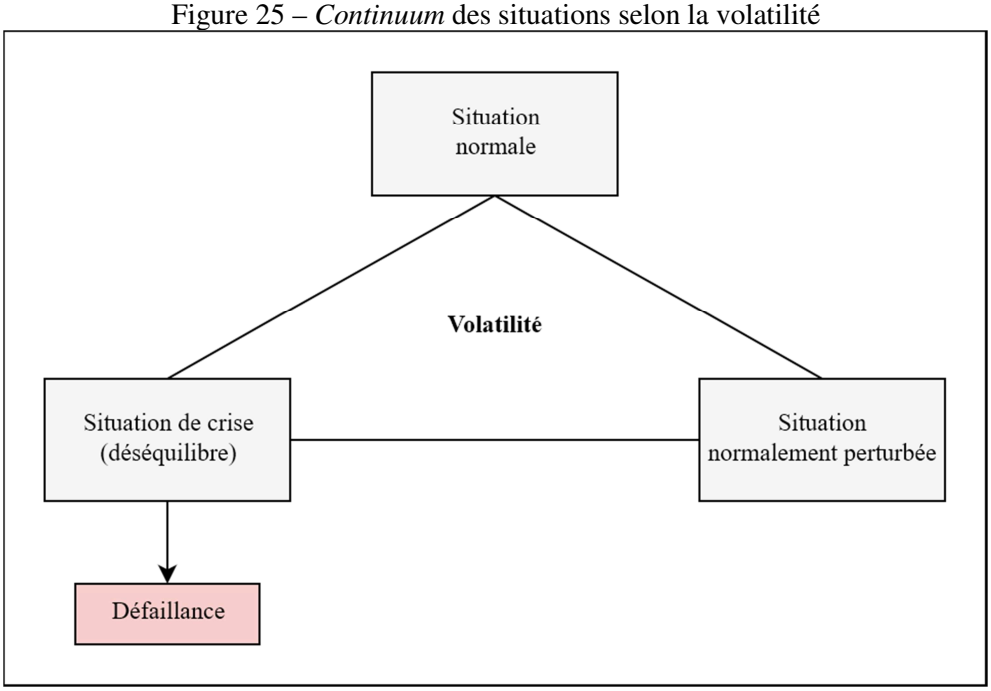
Ainsi, l'utilisation que nous faisons du terme de volatilité renvoie à l'analogie chimique plus qu'aux éléments financiers, c'est-à-dire à la propriété d'un corps qui peut passer facilement à l'état gazeux. Les situations sont porteuses d'une grande volatilité au sens où elles peuvent changer facilement d'état. Ceci se rapproche de la variabilité et de l'instabilité d'une situation ainsi que de la potentialité d'aggravation définissant la notion d'urgence vitale comme une détresse vitale existante ou potentielle (Chabernaud *et al.*, 2003). Cette volatilité renvoie à la mission de l'unité de réduire cette volatilité – clarifier les circonstances, poser un diagnostic initial, déchoquer un patient, et même, déterminer son identité – pour, ensuite, le transférer dans une unité de soins adaptée. Il est donc intéressant de mobiliser l'idée de volatilité car cela évite de se limiter à la notion de gravité du patient qui impliquerait qu'un patient sortant d'un SAUV est sorti de cette zone de gravité, ce qui n'est pas le cas.

La volatilité est à considérer au niveau d'analyse de la situation du patient – circonstances, blessures, pathologies, etc. – mais également au niveau d'analyse de l'unité – la quantité de patient et la possible saturation de l'unité. En effet, accueillir un patient dont les circonstances et les lésions sont sérieuses n'est pas la même chose si la salle de déchocage est vide ou si les quatre places sont déjà occupées.

Nous délaissons donc la typologie de la première section afin de mieux saisir la volatilité liée à l'urgence vitale et le flou inhérent aux situations liées à l'unicité du cas. Nous mobilisons l'idée de trajectoire qui s'infléchit et où les types de situations représentent des segments temporels d'une même situation. La notion de trajectoire de situation permet d'analyser une étape à un moment mais ne définit pas la situation en tant que telle : dans une même trajectoire il peut y avoir des moments « normaux », « normalement perturbés » ou « de crise » (voir Figure 25). Nous abordons donc les situations sous la forme d'un *continuum* qui subit des inflexions. Cette dynamique des processus n'est pas linéaire comme l'illustre la Figure 25. En effet, une situation normale peut devenir une crise soudainement sans avoir à passer par une étape intermédiaire. La défaillance est d'ailleurs d'autant plus prégnante que la variance de la situation est soudaine et forte.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Figure 25 – *Continuum* des situations selon la volatilité



Si une situation évolue dans ce *continuum*, il devient alors pertinent de comprendre les éléments, les points d'inflexions qui font basculer l'unité d'une situation à une autre (Journé & Raulet-Croset, 2008, p. 50) :

> Appréhender la gestion en termes de situation consiste aussi à se préparer psychologiquement à ce que la situation change, plus ou moins brutalement. Et c'est être conscient de ce qui se passe et de ce qui risque de se passer dans un futur proche ; c'est aussi réactualiser en permanence cet état de conscience, faire preuve de vigilance. […] Le repérage de ces évolutions est une condition pour espérer conserver la maîtrise de la situation.

Conservant notre approche multi-niveaux entre organisation et situation, nous formalisons tout d'abord deux points d'inflexion au niveau organisationnel. Il s'agit tout d'abord de la question de la tension dans l'activité en termes de quantité de patients à gérer. La saturation de l'unité en termes de places met en péril la mission de l'unité et nécessite au niveau de la coordination du flux de patient de développer une capacité de négociation des places d'aval. Le second point d'inflexion renvoie à la gestion de l'imprévu, qui nous amène à considérer la résilience de l'unité non pas comme sa capacité à diminuer l'imprévu mais comme sa capacité à travailler dans cet imprévu.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

2.2. Inflexion de l'activité au niveau organisationnel : saturation de l'unité et gestion de l'imprévu

2.2.1. De l'anesthésiste-réanimateur à l'anesthésiste-négociateur : le rôle du capital social pour gérer la saturation de l'unité

La question de la place disponible est une problématique centrale dans un service d'urgence. Même si l'afflux de patients dans un SAUV est minime par rapport au flux total du pôle de l'urgence – moins de 2.5% du flux total de patients pour l'unité que nous avons étudiée –, cette problématique reste prégnante dans l'activité. Par ailleurs, en tant que service d'urgence, il existe une forte variance dans la quantité de patients à traiter dont il est impossible de prévoir à l'avance le nombre de patients à prendre en charge dans la journée.

S'agissant d'une unité de soins prenant en charge les patients les plus graves, le manque de moyens, et notamment le manque de places dans l'unité, n'est pas un critère pour accepter ou refuser un patient. Seuls les critères médicaux conditionnent l'acceptation ou le refus de prise en charge du patient. Lors d'un entretien avec un médecin, nous discutons d'un patient arrivé dans un état critique. Je l'interroge sur le manque de place au moment de l'arrivée de ce type de patient : « *Je ne refuse pas, même si je n'ai plus de place, je me débrouille mais je le prends. Le manque de place n'est pas un critère. Le patient [X], il est inrefusable. Je le dis à [médecin responsable] le lendemain que j'ai refusé un patient comme ça parce que je n'avais pas de place, ce n'est pas possible* ». De plus, compte tenu de l'urgence vitale, il n'est pas question de mettre en attente un patient. Il faut alors coordonner les priorités de soins et assurer que l'unité soit en capacité d'accueillir les patients. Il existe donc une tension entre la saturation de l'unité et la prise en charge des patients arrivés. Cette tension est renforcée par la durée de séjour dans les chambres de soins intensifs du SAUV. En effet, le transfert d'un patient n'est pas automatiquement lié à la stabilité de son état de santé. En tant que « service porte », le SAUV assure l'entrée des nouveaux patients, mais si l'aval de la prise en charge – représenté par les services de réanimation ou d'hospitalisation selon la spécialité – est saturé, alors le patient ne peut être transféré et il y a alors risque de saturation de l'unité. Les durées des séjours dans les chambres de soins intensifs de l'unité, théoriquement prévues pour durer entre 24 et 48h, peuvent s'étendre sur des durées plus longues. Par exemple, l'analyse des entrées entre 2013 et 2015 nous a permis d'établir une durée record de séjour de 120 jours

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

pour un patient. Présenté autrement, cela signifie que la capacité d'accueil des lits de soins intensifs a été diminuée de 12.5% durant quatre mois.

La tension dans l'activité liée à la saturation de l'unité de soins révèle des pratiques de négociations entre les médecins du SAUV et les médecins des unités d'aval. Le capital social[57] – fait de contacts personnels et professionnels des médecins – joue alors un rôle important pour être capable de transférer un patient. Le réseau personnel, le « poids » institutionnel, et la légitimité du médecin – au sens où il n'est pas uniquement question de statut – permettent de fluidifier les sorties et ainsi éviter une saturation de l'unité pouvant mettre en péril la mission de l'unité. Plus la tension sur les ressources va être forte – pour le SAUV et pour l'unité d'aval –, plus le capital social va jouer un rôle important dans l'accès aux lits d'aval.

L'interne a ainsi plus de difficultés à négocier des places tandis qu'à l'inverse, les médecins titulaires ont un capital social plus développé et donc un pouvoir de négociation plus important. À de nombreuses reprises nous avons également pu observer le responsable de l'unité qui, n'étant pas le médecin en charge du SAUV à ce moment-là, demandait à l'interne et au médecin s'il avait « *besoin d'aide pour faire de la place* » (Encadré 63), ceci afin d'utiliser son capital social pour fluidifier les sorties de patients et ainsi éviter une saturation de l'unité.

En parallèle de la montée en compétences techniques et managériales, l'internat peut donc également être considéré comme une phase de création du réseau et du capital social. Au travers des gardes et des changements d'unités à chaque semestre, les internes, devenus praticiens hospitaliers, auront plus de facilités pour les transferts dans leur future unité de soins.

[57] Au sens de « l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'interreconnaissance » (Bourdieu, 1980, p. 2).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 63 – Négocier les places d'aval

Entretien Médecin :

« *Le truc c'est que parfois on a des flux importants et à un moment ça bloque car on n'a pas* [cette fluidité]. *Si nos amis* [les services de réanimation ; unité d'aval généralement mobilisé après un séjour en SAUV compte tenu des lésions] *sont bloqués, nous on est bloqué. Des fois on passe en prenant des chemins détournés, parfois la réa*[nimation] *méd*[icale] *nous prend des patients pour nous délester quand on est dans la merde mais c'est compliqué, il faut pleurer, il viennent évaluer, ce n'est pas prévu.* »

Entretien Interne 1 :

« *Le chef a un rôle de gestion de l'après : où mettre le patient ? Des choses encore à faire ? Il y a une espèce de hiérarchie où c'est un médecin qui transfert à un médecin. Les gens détestent quand tu es un externe, alors un externe qui appelle un médecin ça passe pas, un interne à un médecin ça dépend si tu le présentes bien. Mais j'ai déjà eu le SAMU qui m'a envoyé paître car j'étais l'interne "nan mais passe-moi le médecin tu te prends pour quoi"* »

Entretien Interne 2 :

« *Pour beaucoup, la hiérarchie c'est important. Les PU parlent aux PU. Moi l'interne si j'appelle un PU ça ne va pas marcher. Quand c'est [le responsable de l'unité] qui appelle un médecin, et [il] ne dit pas la même chose. [Il] dit "je t'envoie un patient il a ça".* »

2.2.2. Au-delà d'éviter d'être surpris : apprendre à être surpris

Si nous reprenons la définition de l'urgence médicale faite par Steg (1989, p. 33), celle-ci renvoie à l'idée d'un événement qui surprend et qui, pour certains cas, ne peut pas attendre : « Un phénomène qui touche à la santé, qui survient de façon brutale et inattendue et qui surprend et inquiète – à tort ou à raison – l'intéressé et/ou son entourage ». L'urgence médicale surprend, limite la planification et rend l'action obligatoire comme c'est le cas pour l'urgence vitale.

La littérature souligne cette tension entre prévention d'un côté et résilience de l'autre, en cherchant à comprendre comment ces deux approches peuvent se compléter (Vogus & Sutcliffe, 2007). L'équilibre entre prévention et résilience s'opère selon le degré d'incertitude lié à l'activité de l'organisation. Plus l'incertitude est grande et plus l'approche par la résilience doit être renforcée. Inversement, moins il y a d'incertitude et plus il faut renforcer l'approche prévention. Néanmoins, l'équilibre entre agir aujourd'hui avec ce qu'on savait hier – au travers des procédures et des plans prévus – et s'adapter à ce que l'on est en train de vivre aujourd'hui – avec les moyens à disposition sur le moment – apparaît difficile à opérer. En effet, comment définir et quantifier l'incertitude permettant d'arbitrer entre planification et résilience ? Juger *a priori* du niveau d'incertitude vécu par l'organisation relève au mieux de l'approximation. De plus, il faut avoir conscience de l'incertitude et de l'imprévu et ne pas se raccrocher à des présupposés erronés. Il existe une différence entre être aveugle face à une

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

situation – et tenter de déterminer ce qui est en train de se dérouler – et être ignorant de sa propre cécité. Être dans une situation de crise est une chose mais encore faut-il en avoir conscience et savoir que l'on ne sait pas (Roux-Dufort, 2003a).

Loin d'être triviale, la question de l'incertitude – et de l'impossibilité de planifier combien et quels types de patients vont arriver – structure l'organisation. Pour gérer l'incertitude, il faut la surveiller et non pas l'ignorer ou la réduire artificiellement. Les différents processus que nous avons formalisés dans la première section de ce chapitre sont traversés par cette gestion de l'incertitude. Pour les infirmiers et les aides-soignants, il ne s'agit pas simplement d'accomplir des tâches ordonnées par des médecins mais assumer des rôles et des responsabilités liés à la profession de soignant afin d'être vigilant aux évolutions. Les interactions et l'oralité des informations sont au cœur de la coordination afin que tout le monde puisse accéder à l'ensemble des informations – et non à une information ciblée selon le métier de chacun – afin de s'en servir pour adopter son comportement ou apporter des compléments à ces informations. La disposition d'un slack organisationnel s'ancre dans cette perspective et permet d'expliquer sa présence dans l'organisation, même dans ce que nous avons décrit comme le mode « normal ». Mais, au-delà de l'éclairage qu'apporte cette considération de l'incertitude aux éléments développés dans la première section, d'autres pratiques informelles s'intègrent dans cette gestion de l'incertitude.

Ces pratiques informelles sont les plus difficiles à saisir compte tenu de leur caractère furtif et le flou entourant leur durée. Ces pratiques sont à rapprocher de l'idée d'état de vigilance et de *mindfulness* que nous avons développée dans le deuxième chapitre. Comme le précisent Weick & Sutcliffe (2007), cet état de vigilance n'est pas seulement cognitif mais se matérialise par des actions. Notre immersion sur le terrain a permis d'exposer certaines pratiques constituant un état de vigilance. Au niveau des chambres de soins intensifs, nous observons notamment que les portes des chambres restent ouvertes pour les patients inconscients. Ceci permet au personnel de regarder furtivement le monitoring ou d'entrer brièvement afin de toucher la jambe du patient pour voir la coloration de la peau, de contrôler le volume d'urine depuis la dernière fois, etc. C'est aussi un positionnement des patients les plus instables au plus près de la salle de garde – au niveau des chambres 5 à 8 (voir Figure 17 p.167 du chapitre 3) – car cela permet d'intervenir plus vite et ce sont les chambres bénéficiant du plus de passage dans l'unité de soins. C'est enfin, dans cet état de vigilance, la sensation que quelque chose d'anormal se déroule sans savoir précisément de quoi il s'agit. Nous retrouvons ici les *leemers* des pilotes d'avions (Weick & Sutcliffe, 2007, p. 31),

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

matérialisés dans nos observations au travers de phrases – « *il a un monitoring bizarre* » –, de retours dans le dossier médical, d'examens cliniques complémentaires, d'un temps supplémentaire pour trouver une explication à cette sensation. Un médecin nous parle de «*sentir* » qu'il y a quelques chose, ou en parlant d'un des médecins les plus expérimentés qu'il « *est tout dans le ressenti et* [il] *est vraiment fort.* […] [Il] *le fait avec certains malades, les regarde et dis "bof lui quand même" et en général le patient part en sucette le lendemain* ».

L'ensemble de ces pratiques – plus ou moins formelles – permet d'être en mesure de saisir cette montée de l'incertitude liée à la volatilité des situations de prise en charge des patients. En portant attention aux inflexions dans la trajectoire de la situation, l'imprévu de ces situations n'est pas atténué mais surveillé. Cette surveillance des inflexions semble donc être un élément important de la construction de la fiabilité organisationnelle. Notre approche de l'incertitude et de la complexité considère que gérer la complexité ce n'est pas, dans une approche cartésienne, la réduire à des plus petits éléments compréhensibles mais l'intégrer dans l'activité. En effet, il est impossible de rendre linéaire ce qui est complexe au risque de mettre en péril la fiabilité de l'organisation. Le but n'est donc pas de réduire l'incertitude mais de l'intégrer dans les situations au travers d'un ensemble de pratiques qui visent à surveiller les inflexions de la trajectoire : variété requise, coordination entre soignants, constitution d'un slack, respect de l'expertise, fluidité dans la circulation de l'information et état de vigilance en sont les éléments les plus saillants. Cette idée est souvent reprise en citant les propos de Todd R. La Porte (Lagadec, 2015, p. 12) : « le problème n'est pas de se préparer pour éviter les surprises, mais de se préparer à être surpris ». Il s'agit de pouvoir agir face à l'imprévu et l'impensable, à « *apprendre à être surpris* » pour reprendre le titre du livre d'Andrée De Serres[58].

En portant l'incertitude au cœur des situations, l'analyse de l'activité de l'unité de soins révèle un ensemble plus complexe où se mêlent hiérarchie du rang, hiérarchie des experts, coordination émergente de la situation et bricolage organisationnel grâce aux ressources sociocognitives (Bechky & Okhuysen, 2011). Comme nous le développons dans la première section de ce chapitre, des processus au long cours et plus stables sont à l'œuvre et assurent, dans le temps, la fiabilité et la résilience organisationnelles. Comme le rappellent Bechky et

[58] Andrée De Serres (2013). *La gestion des risques majeurs. La résilience organisationnelle - Apprendre à être surpris.* Éditions Yvon Blais.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Okhuysen (2011), la capacité en situation de pouvoir être flexible et faire face à l'inattendu est rendue possible par des processus au niveau organisationnel. Nous souhaitons ici insister sur l'importance d'intégrer la dynamique entre situation et organisation afin de mieux comprendre comment la fiabilité et la résilience sont maintenues. Nos résultats sont ainsi à rapprocher de la perspective proposée par Schreyögg et Sydow (2010) de contrebalancer la stabilité par de la flexibilité – « *Balancing Countervailing Processes* » –. Dans notre cas, il s'agit de ne pas chercher à réduire l'incertitude et faire rentrer la situation dans une case typique mais à intégrer l'incertitude – liée à la complexité et la volatilité de la prise en charge d'un patient par un SAUV – dans les situations. En surveillant les inflexions dans la trajectoire des prises en charge, l'organisation évite ainsi une sorte de « dépendance au sentier » (Schreyögg & Sydow, 2010, p. 1259) :

> Our alternative conception is designed to exploit, on the one hand, the power of boundary building and maintaining mechanisms, patterned problem solving, organizational identity, and commitment. On the other hand, it is intended to constantly balance the inherent and inevitable risk of becoming ignorant, rigid, or even path-dependent. "Constant balancing" in this sense can be viewed as a meta-level process that permeates the system through surveillance and the identification of critical information and change necessities. This information is intended to encourage a rethinking of the problem-solving procedures and priorities in use, to initiate a new translation of environmental demands, and possibly even to break or to depart from existing organization.

En nous intéressant aux points d'inflexion nous soulignons l'impact que peut avoir la saturation de l'unité sur sa mission. Malgré l'urgence vitale, qui pourrait laisser à penser qu'un SAUV n'est pas concerné par cette problématique, nos résultats soulignent qu'au contraire, une part importante de l'activité du médecin en charge du SAUV consiste à gérer ce flux de sortie. Loin d'être mécanique, c'est un jeu de négociation avec les unités de l'aval de l'urgence qui s'ouvre où le poids du capital social joue un rôle prépondérant.

Le second point d'inflexion concerne la question de l'imprévu. Là encore, nos résultats confirment que la gestion de la complexité ne passe pas par sa réduction mais par son intégration dans les processus organisationnels. En effet, et c'est à notre sens un point important, il paraît contre-productif de rigidifier une structure organisationnelle et renvoyer la seule flexibilité au niveau de la situation.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Pour autant, la question de la réponse à la nécessité d'action face à l'imprévu et à l'urgence vitale reste posée. Entre avoir besoin de ressources supplémentaires et les avoir réellement à disposition, il n'y a pas d'instantanéité. Comment expliquer, alors, ce temps d'agrégation et désagrégation ressources pour faire face à l'imprévu ? Au-delà l'intégration de l'imprévu, nous nous interrogeons sur la capacité de l'unité de soins à agir en situation afin d'assurer la résilience dans une logique d'urgence vitale.

2.3. FAIRE FACE À LA VOLATILITÉ : LE RÔLE DU SLACK SITUATIONNEL POUR ASSURER LA RÉSILIENCE

C'est en questionnant l'immédiateté de l'action que nous développons l'idée que la résilience de l'unité de soins est rendue possible au travers de la constitution et de la consommation d'un slack situationnel.

2.3.1. Le slack émergeant de la pratique

Au-delà du slack officiel, prévu et négocié avec la structure hospitalière, l'unité de soins que nous avons étudiée dispose d'un slack créé lors de la prise en charge de certaines situations. La culture de l'unité et les relations interpersonnelles ont forgé un réseau de relations qui dépasse les horaires officiels de travail. Ainsi, régulièrement, les médecins qui sont de garde communiquent avec les médecins de repos pour informer des situations critiques et inversement les médecins de repos s'informent de la situation de l'unité. Les sites web de presse locale jouent alors un rôle de signal d'alerte pour avoir des informations complémentaires et se tenir prêt (carambolage massif, accident de bus scolaire, attentat, accident industriel, etc.). Il n'y a donc pas un cloisonnement fort entre médecins de garde et médecins de repos mais des médecins sur le terrain et d'autres potentiellement mobilisables (Encadré 64).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 64 – Une frontière fine entre médecins de garde et médecins en repos

Observation : 17/11/2015 – 08h45

Les discussions portent sur les événements du 13/11/2015 à Paris [l'attentat au Bataclan]. J'apprends l'existence d'un groupe *WhatsApp*[a] des anesthésistes sur lequel ils ont discuté une partie de la nuit.

Le médecin responsable a mis en alerte l'équipe au cas où, pour être prêt à recevoir des patients moins graves afin de vider les services de Paris pour qu'ils puissent accueillir les victimes des attentats.

Le médecin responsable connaît bien les responsables des unités de réanimation et de déchocage de Paris et avait des infos de premier ordre sur les évolutions possibles en termes de prises en charge en dehors de Paris.

Vers 06h00, l'alerte a été levée.

Entretien médecin responsable :

« Même si on est pas amis, on est très lié. Le petit WhatsApp qu'on s'est fait, on s'écrit 3 ou 4 fois par semaine : des conneries à « il va y avoir plan blanc. ».

[a] : outil de messagerie instantanée via Internet

En pratique, le slack est soumis à deux tensions. La première est liée à la mission même de l'unité : comme nous l'avons précisé auparavant, la question du manque de place n'est pas un critère de refus d'un patient. Seuls les critères médicaux interviennent dans l'acceptation ou le refus d'un patient. Dès lors, il n'est pas possible – tout du moins sans bafouer les règles déontologiques et éthiques liées à la culture de l'unité et de son métier – de baisser artificiellement le volume d'activité. En lien avec cette mission, la deuxième tension provient de l'impossibilité pour l'unité de renvoyer des patients ailleurs afin de constituer son slack. Cette tension est d'autant plus forte que l'unité est victime de cette pratique opérée par d'autres unités et d'autres hôpitaux (Encadré 65).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 65 – Des tensions sur le slack

Observation : 06/03/2015 – 16h00

Un médecin m'explique qu'ils ne peuvent pas envoyer dans un autre hôpital et peu sur un autre service s'ils sont plein, qu'ils sont un « service porte » et que cette porte n'est jamais fermée pour des critères de ressources.

Un médecin et un infirmier m'expliquent que les autres services verrouillent des places d'aval pour se créer de l'espace (notamment le week-end) et diminuer la charge de travail.

Puis ils m'expliquent la technique du « *patient fantôme* » : placer un patient dans une chambre alors que le patient n'y est pas vraiment (afin de bloquer une place) : comme on peut avoir accès au remplissage de toutes les unités, si quelqu'un (notamment l'administration) vient vérifier informatiquement, il verra que la chambre est occupée.

Ces pratiques limitent les places d'aval et viennent encombrer les services d'accueil des patients qui se retrouvent dans l'impossibilité de transférer leurs patients et gérer le flux de patients arrivant aux urgences.

Observation : 14/05/2015 – 15h30

Fermeture d'une partie de l'hébergement de courte durée des urgences la semaine prochaine. Un médecin me dit : « *tu verras la semaine prochaine ça va fonctionner comme jamais parce que tout le monde va jouer le jeu et ne pas se faire de la place sur notre dos* ».

Pourtant malgré cela, nous observons une disponibilité d'une place de déchocage inoccupée de manière très fréquente, issue de la volonté de l'équipe d'avoir à sa disposition une place de libre afin de pouvoir accueillir l'imprévu dans des conditions optimales. Dans le même ordre d'idée, lorsque toutes les places sont occupées la priorité est de libérer une place de déchocage et lorsqu'elle est libre, de la préparer au plus vite (nettoyage, préparation des consommables pour une prise en charge, etc.).

Le slack vient répondre à la nécessité de disposer rapidement de ressources supplémentaires liées à la pression temporelle pour sauver un patient, plus que de savoir si ces ressources existent dans l'unité. En effet, comme nous l'avons développé dans la première section, le slack potentiel n'est pas limité – il n'y a pas de pénurie de ressources au niveau de l'hôpital. Les acteurs vont constituer un slack situationnel selon trois critères : l'évaluation de la gravité de la situation à l'arrivée d'un patient (ou en amont de son arrivée via les informations transmises par téléphone) ; la volatilité de la situation lors de la prise en charge ; l'environnement de l'unité à ce moment-là : remplissage, gravité des patients présents, entrées déjà prévues (comme le révèle la séquence retracée dans l'Encadré 66).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 66 – Exemple de situation de prise en charge d'une situation fortement volatile

Observation : 20/02/2015
*** 10h25 ***
Entrée prévue : chute de 4 mètres, 2 arrêts cardiaques déjà avec le SAMU
ETA [*Estimated Time of Arrival* – Heure d'arrivée estimée] : 60 minutes avec crâne grave (traumatisme et anisocorie), thorax grave

*** 10h30 ***
Mise à jour de l'ETA : 30 minutes car va être héliporté
Préparation du déchocage par l'infirmier et l'aide-soignant

*** 11h05 ***
Arrivée du patient : 2 infirmiers, 2 aides-soignants, 3 externes, le médecin senior, l'interne sont présents (+ l'équipe du SAMU composée de 3 personnes
L'infirmier du déchocage coordonne l'autre infirmier qui l'assiste
2 aides-soignants travaillent en coordination (peu de paroles, chacun sait ce qu'il faut faire)
3 externes observent
Le médecin prend les transmissions avec le SAMU
L'interne coordonne la partie technique de la prise en charge
Le chirurgien thoracique arrive pour examiner le patient

*** 11h10 ***
Le médecin guide l'interne mais ne participe pas aux gestes techniques
« *Le secret c'est de ne pas mettre de gants. Si tu mets des gants tu as perdu. Mais des fois tu n'as pas le choix. Si le malade tu dois être 6 à le soulever, tu mets des gants pour aider. Je n'aime pas car du coup je réfléchis moins bien*. » (**Entretien médecin2**)
Interne pose la voie centrale
3 chirurgiens observent la technique et regardent les radios
3e infirmier arrive pour apporter les médicaments de la pharmacie
1 médecin du service est présent mais n'intervient pas

*** 11h40 ***
Départ pour le scanner avec l'interne de neurochirurgie qui les accompagne pour voir les images directement

*** 11h45 ***
Nettoyage de la place de déchocage pendant que le patient est au scanner (nettoyer, ramasser ce qui est tombé, recomposer le stock de consommables, etc.)

*** 12h30 ***
Entretien avec la famille

2.3.2. Une consommation totale ou partielle du slack

Les acteurs créent du slack situationnel dans la pratique de manière contingente aux situations auxquelles l'unité doit faire face. Une fois la situation gérée, le slack est démobilisé s'il n'a pas été consommé ou a été consommé, et n'existe plus. Nous retrouvons ici l'intérêt d'une étude au quotidien pour étudier ces slacks temporaires qui n'existent que dans la situation (Encadré 67).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 67 – Un slack qui se créé et disparaît selon les situations

Observation : 27/10/2014
*** 11h10 ***
Les 4 places de déchocage sont occupées
La SSPI sert de tampon pour ventiler les patients selon la gravité

*** 11h20 ***
Une arrivée est prévue : le médecin demande à temporiser cette entrée 10 minutes par le SAMU

*** 11h30 ***
Le médecin : « il va falloir penser à créer un 5e déchocage avec scope mobile et appareil de ventilation mobile »
Arrivée prévue (celle de 11h20 avec 5 minutes d'avance) : mis en SSPI au vu des infos du SAMU et de l'examen initial
Négociation du médecin avec une autre unité pour prendre un patient : refus
Unité de neurochirurgie ne veut pas prendre un autre patient

*** 11h50 ***
Création d'une 5e place de déchocage pour une arrivée prévue

*** 12h50 ***
Déblocage de certains lits d'aval
Les places de déchocage se libèrent
L'interne et le médecin s'attachent maintenant à vider la SSPI
La 5e place de déchocage est « démobilisée » sans avoir finalement été utilisée

Mais si lors d'une situation, le slack est totalement consommé et la situation n'est pas sous contrôle ou si la mobilisation du slack a été insuffisante alors il y a risque de défaillance dans la prise en charge. La crise, au sens de la difficulté à surmonter une situation, mais également la tension qui règne à ce moment-là sont, dans ce genre de situation, à leur apogée (Encadré 68). L'équipe cherche alors à retrouver un équilibre entre ressources nécessaires et ressources disponibles à ce moment-là. La tension se manifeste par la raréfaction de discussions accessoires, des actions et des gestes précis et rapides, une attention focalisée sur l'état de santé du patient et son évolution. Durant une crise, il y a donc, paradoxalement, une profusion d'actions mais un silence relatif.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 68 – Insuffisance de slack et risque de défaillance

Observation : 06/02/2015
*** 09h15 ***
Transfusion en urgence pour le patient du déchocage No.3 car choc hypovolémique[59]
Besoin immédiat d'un réchauffeur de sang [Accélérateur-réchauffeur de sang] car transfusion rapide et massive sur un patient très instable [or, passer un sang trop froid nécessite une dépense énergétique supplémentaire pour le patient, ce qui, compte tenu de son état, présente un risque d'accroître son instabilité : arythmie cardiaque, hypothermie]
Infirmier : *« on n'en a pas, il y en a un au bloc*.» [Court pour aller le chercher au bloc opératoire]
Médecin : « *on savait qu'on allait potentiellement devoir transfuser, on n'a rien anticipé ; on n'a pas été bon* » [le dit tout haut pour tout le monde]

*** 09h25 ***
L'infirmier revient avec le réchauffeur de sang et commence l'installation avec un IADE venu en renfort du bloc opératoire.
Un autre infirmier du service est à proximité : « si t'as besoin je suis là »

*** 09h30 ***
Réchauffeur en place, culots de sang posés et en cours de transfusion
Le médecin et l'interne regardent les courbes et les chiffres de monitoring et demandent à être rappelés par l'infirmier lorsque les culots seront passés (15 min après)

Observation : 10/06/2015 – 16h00
Entrée prévue
À l'examen du dossier et lors de la transmission avec le SAMU : patient contaminé par BLSE positif [β-Lactamases à spectre élargi : une bactérie multi-résistante aux antibiotiques]
Or, le patient a été mis dans le déchocage. Il va falloir laver la place de déchocage entièrement et aucune chambre n'est pour l'instant disponible pour un isolement
L'interne de chirurgie thoracique était au courant de l'information
L'infirmier du déchocage (en parlant du PH) : « tiens il va clouer au mur l'interne de chirurgie ».
[À cause d'un patient c'est tout le fonctionnement du service qui est paralysé ; 1 place de déchocage bloquée pour bio-nettoyage ; lavage de tout ce qui a été en contact ; du personnel bloqué pour ne faire que ça afin d'éviter une contamination indirecte].

2.3.3. Création et consommation de slack selon les situations

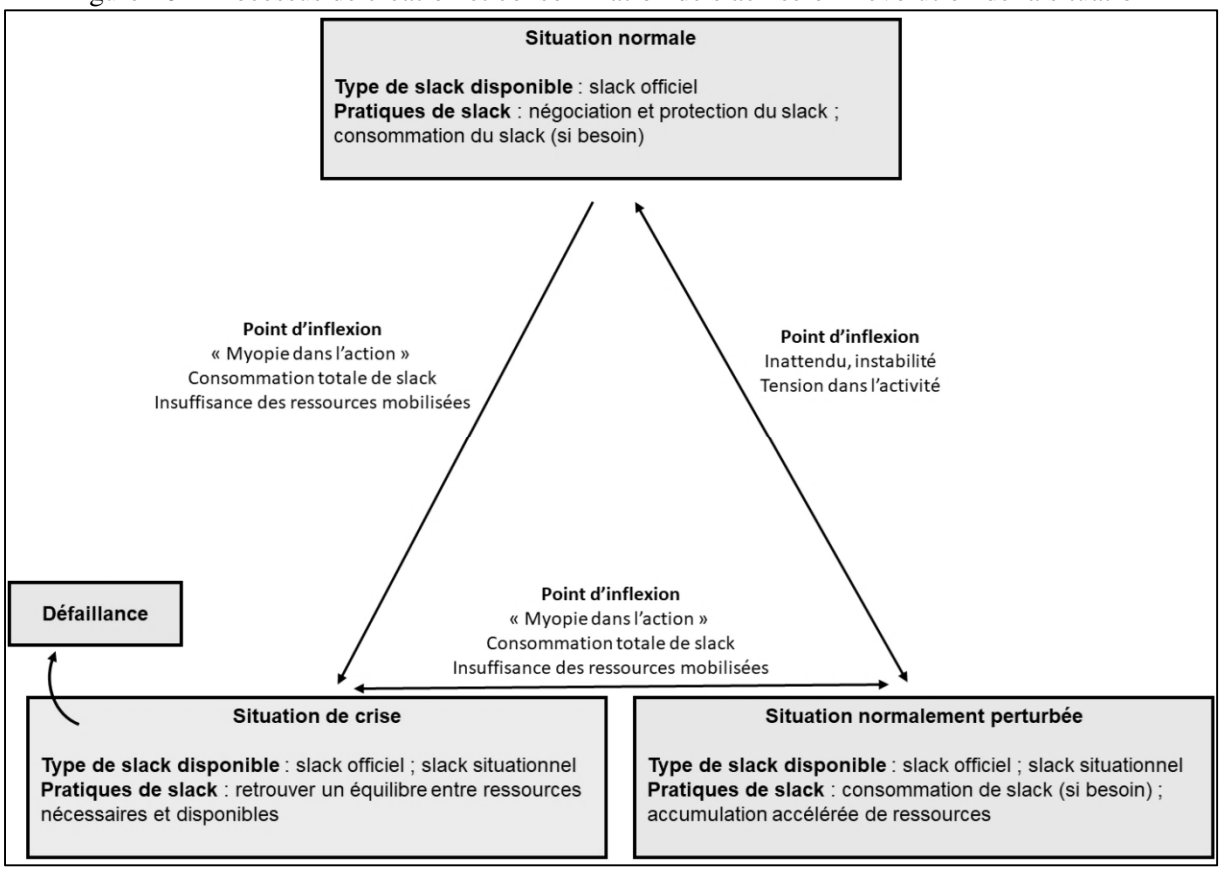
Cette approche situationnelle du slack est à mettre en perspective des situations rencontrées et de leur volatilité. Comme nous l'avons évoqué au début de cette section, il n'y a pas de situations normales et d'autres normalement perturbées figées mais une évolution, un *continuum*, de l'évolution d'une situation. Ce *continuum* s'observe à deux niveaux d'analyse : celui de la situation de la prise en charge d'un patient, et celui du contexte de prise en charge du patient à ce moment-là. L'intensité d'une situation est caractérisée par l'état de santé du patient et par son degré de volatilité. Au niveau de l'unité de soins, la volatilité dans l'activité dépend de la variance et de l'imprédictibilité des cas quantitativement (nombre de patients à

[59] « *Insuffisance circulatoire aiguë consécutive à une diminution rapide du volume sanguin circulant. […] Il impose une hospitalisation en urgence avec pose d'une perfusion veineuse pour compenser les pertes liquidiennes et rétablir une pression artérielle efficace.* » (Source : Larousse Médical, P.185)

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

prendre en charge) et qualitativement (types de patients à prendre en charge). À ces facteurs, il faut également ajouter le nombre de patients déjà présents dans l'unité, le degré de saturation de l'unité et les ressources restantes (notamment en termes de place et de temps pour les gérer). Il est alors possible de modéliser un processus dynamique de création et consommation de slack selon les situations (voir Figure 26), où les points d'inflexion marquent le changement d'un mode de gestion à un autre.

Figure 26 – Processus de création et consommation de slack selon l'évolution de la situation



Lors de situations normales, l'unité dispose d'un slack prévu par l'organisation, assurant une négociation et une protection de son slack au sein de la structure hospitalière. Lors d'une situation inattendue ou si une situation devient instable, une tension se manifeste dans l'activité qui va faire basculer l'unité dans un mode de gestion des situations normalement perturbées. Le slack déjà présent dans l'unité est consommé si besoin et un processus de création de slack situationnel est également activé, afin d'assurer la résilience de l'unité. Si le slack constitué est totalement consommé et qu'il y a une insuffisance des ressources face à l'urgence (la ressource est potentiellement disponible mais pas accessible immédiatement), alors l'unité bascule dans une situation de crise et doit adapter à nouveau ses modes de

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

gestion. Dans ce dernier mode, la résilience est mise à l'épreuve et l'unité cherche à retrouver un équilibre entre ressources nécessaires et ressources disponibles, lui permettant de faire face à la situation. Au niveau des processus de création et de consommation de slack, l'unité va mobiliser plus de ressources et le plus vite possible. Soit cette mobilisation de ressources supplémentaires est suffisante pour retrouver un équilibre, soit elle est insuffisante et il y a alors défaillance de la résilience. Bien qu'événement rarissime, cette défaillance n'en est pas moins réelle ainsi que les conséquences dramatiques qu'elle peut engendrer. Au travers des modes de gestion des situations s'activent donc différents processus de création et de consommation de slack.

L'impératif d'action face à l'urgence vitale ne peut ignorer le temps nécessaire à mobiliser des ressources pour y faire face. La création d'un slack situationnel vient répondre à cet impératif d'avoir des ressources prêtes à être utilisées si la potentialité de l'instabilité se réalise – consommation totale ou partielle du slack – ou si cette instabilité diminue ou augmente nécessitant d'ajuster conséquemment le slack – création ou démobilisation de slack. Un prisme de lecture plus dynamique en termes de trajectoires et de flux permet donc de mieux comprendre l'activité de ce type d'unité de soins. Pour autant, il ne faut pas résumer la fiabilité de cette unité comme une somme de fiabilité des situations. Si l'intégration de la dynamique des situations offre une approche plus fine de l'activité, elle ne répond pas à la question de l'articulation entre situation et organisation. Dans une dernière section, nous nous intéressons à cette articulation en mobilisant le concept d'espace de discussion proposé par Detchessahar (2003).

3. INTENSITÉ DES SITUATIONS ET RÉPERCUSSIONS DANS L'ORGANISATION : LE RÔLE DES ESPACES DE DISCUSSION

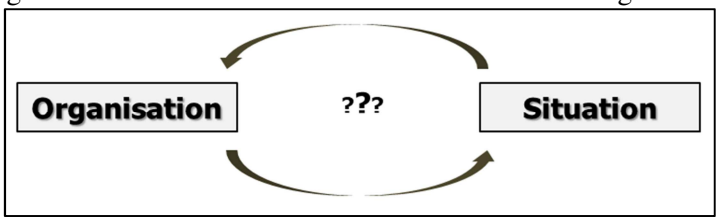
Entre stratégie de planification et stratégie de résilience, entre situations normales et situations exceptionnelles, notre terrain d'étude semble être un cas extrême où, du fait de l'activité, une approche de la fiabilité par la planification est limitée. Ainsi la planification devient ressource et non stratégie et la stratégie de résilience un mode de fonctionnement recouvrant l'ensemble des situations et non pas uniquement les situations exceptionnelles. La situation n'a de normale que sa fréquence constatée *a posteriori*, lorsque l'intensité contenue dans la volatilité des cas s'est réalisée à un niveau qu'il est impossible de planifier en amont.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Mais cette stratégie de résilience n'est pas que situationnelle et est également organisationnelle. Dans ces travaux, Karl E. Weick insiste sur l'idée de ne pas considérer les processus de fiabilité situationnels comme des recettes à utiliser et assurant par eux-mêmes la fiabilité et la résilience. C'est la raison pour laquelle il rappelle le rôle de la culture comme support à ces processus situationnels (Weick, 1987; Weick *et al.*, 1999). La construction dans le temps de la culture, assure à l'organisation une structure sociale lui permettant d'assurer la fiabilité et la résilience de l'organisation : valeur partagée, confiance entre les membres, rôle du leader, intégration des nouveaux membres, etc. Mais il formalise peu l'articulation entre les situations et l'organisation, restant focalisé sur les individus en situation – et notamment face à l'imprévu avec une perspective psycho-sociale comme le *sensemaking*. Bechky et Okhuysen (2011) confirment cette idée que si c'est en situation que la résilience s'observe, celle-ci n'est possible que par d'autres processus au long cours. En nous intéressant à la dynamique des situations, il convient alors d'essayer de comprendre l'articulation entre le contexte opérationnel face aux situations rencontrées et le contexte organisationnel dans le maintien de la résilience.

La résilience est caractérisée à la fois par sa capacité à absorber les chocs mais aussi par la transformation du système pour améliorer la résilience future. Il n'y a pas suspension du temps dans les situations comme des bulles de fiabilité qui éclatent une fois les situations gérées. Ainsi, nous interrogeons dans cette partie comment sont alimentés les processus organisationnels et comment cela impacte le niveau situationnel, afin de comprendre la construction de la fiabilité entre les niveaux d'analyse (voir Figure 27). En effet, si la résilience se construit dans l'action et également dans un temps plus long, il nous faut déterminer ce qui est à l'œuvre entre le niveau situationnel et le niveau organisationnel.

Figure 27 – Articulation bilatérale entre situation et organisation



C'est dans cette perspective que nous mobilisons le concept « d'espace de discussion » (Detchessahar, 2003) afin de comprendre comment s'articulent les niveaux situationnel et organisationnel (voir Encadré 69 pour une définition de l'espace de discussion).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 69 – Définition du concept d'espace de discussion

À l'origine du concept, Detchessahar (2003, p. 59) définit l'espace de discussion comme « le medium à travers lequel se réalise l'ensemble des arrangements, compromis et bricolages que supposent l'incomplétude de la prescription et le caractère irréductiblement erratique de l'activité concrète. Il est un espace de construction par le dialogue de solutions ou de construits d'action collective entre acteurs interdépendants ». L'espace de discussion permet de produire sur la base du travail réel des « solutions ou des construits d'action collective locaux, méso ou globaux » (Detchessahar, 2013, p. 62).

L'organisation doit laisser ces espaces pour assurer un travail de reconstruction des situations pour *in fine* assurer la résilience et la fiabilité. Ceci implique donc du temps et des ressources afin que ces espaces soit effectifs. De plus, comme le précise Gentil (2012) l'espace de discussion n'est pas uniquement à approcher sous l'angle communicationnel mais également sous l'angle organisationnel. Ainsi, l'espace de discussion sert de vecteur à des processus organisationnels d'apprentissage, de modification des pratiques et d'amélioration de la performance – dans l'acception multidimensionnelle de la performance et pas uniquement une performance économique ou financière.

C'est ce processus entre l'organisation et les situations que nous proposons tout d'abord de formaliser au travers d'espaces de discussion sous une forme routinisée. Au-delà de cette forme visible, nous retrouvons également des espaces de discussion sous une forme interstitielle et informelle. Ceci nous amène, dans une dernière partie, à formaliser un processus déployant ces deux formes d'espaces de discussion dans le temps, et permettant d'articuler situation et organisation.

Nous nous intéressons à deux espaces de discussion en particulier car ils représentent la logique de transformation de l'organisation dans une approche par la résilience : le retour d'expérience et l'amélioration des pratiques. Le retour d'expérience est formalisé par l'organisation au travers de revues de morbidité et de mortalité (RMM). Ces RMM sont institutionnalisées et largement utilisées dans le secteur médical. Concernant l'amélioration des pratiques, les espaces de discussion sont formalisés au travers des conseils d'expression, des groupes de travail et des réunions médicales. Sans être institutionnalisées, ces espaces ne sont pas pour autant spécifiques à l'unité de soins étudiée mais ne sont formalisées qu'au niveau local.

3.1. L'ESPACE DE DISCUSSION « ROUTINISÉ »

Derrière ces formes « routinisées » nous cherchons à comprendre plus finement l'articulation multi-niveau, c'est-à-dire les liens entre les situations et l'organisation (voir Encadré 70 sur le concept de routine). Nous optons pour le terme de « routinisé » en nous inspirant du « mode routine » utilisé par Detchessahar (2013, p. 58).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 70 – Sur le concept de routine

Dans son acception générale, la routine est modèle de comportement récurrent – action, activité, interaction etc. – et de nature collective (M. C. Becker, 2004). Les routines « stabilisent la coordination, réduisent l'incertitude, créent une forme de stabilité, et permettent de mémoriser des connaissances » (Charue-Duboc & Raulet-Croset, 2014, p. 32).

La routine est donc un processus social, que Feldman et Pentland (2003) structurent autour de deux dimensions : une dimension ostensive et une dimension performative. La dimension ostensive renvoie à la représentation de ce qu'est la routine, « […] the ideal or schematic form of a routine. It is the abstract, generalized idea of the routine, or the routine in principle. » (Feldman & Pentland, 2003, p. 101). La dimension performative insiste sur l'idée que la routine et sa mise en pratique par les acteurs sont liées. Quand bien même la routine est caractérisée par un schéma d'action, les acteurs ne sont pas des machines et peuvent appliquer ou amender la routine, faisant ainsi de la routine un dispositif situé.

Il existe ainsi deux approches du concept de routine : statique ou dynamique. Sous l'angle statique, la routine est une répétition d'un modèle de comportement. Dans cette perspective, il n'existe pas, au sens premier du terme, de courbe d'apprentissage : c'est de la répétition que naît l'amélioration. À l'inverse, les routines peuvent s'approcher sous l'angle dynamique si elles sont orientées vers l'apprentissage (Dosi, Teece, & Winter, 1992).

Les revues de morbidité et de mortalité (RMM) représentent la forme formalisée du retour d'expérience. Ces RMM regroupent les médecins ayant participé à la prise en charge faisant l'objet d'une RMM et un collège de médecins composé du PU-PH responsable et de médecins d'autres unités. L'objectif d'une RMM est d'opérer une analyse systématique du cas et des défaillances ayant eu lieu lors de la prise en charge et ayant entraîné des séquelles ou la mort du patient. Malheureusement, du fait de leur faible fréquence, nous n'avons pas observé directement de RMM mais nous avons collecté des données secondaires sur cette question[60] afin d'en comprendre les finalités. Ces RMM interviennent plusieurs semaines après la survenance d'un événement afin d'en opérer une analyse plus distanciée.

Le second processus regroupe les activités visant à améliorer les pratiques. Le « *conseil d'expression* » représente la formalisation d'une volonté de croiser les regards sur les problèmes rencontrés par les acteurs de l'unité. Ayant lieu mensuellement, ce conseil d'expression permet de discuter des dysfonctionnements et d'informer des évolutions impactant l'unité. Les différents conseils auxquels nous avons assisté sont remarquables sur deux points. Tout d'abord, ils impliquent l'ensemble du personnel puisque tous les corps de métier y sont représentés dont notamment le personnel de nuit, souvent absent de ce genre de réunion se déroulant… le jour. Le second point est la liberté de ton et la franchise qui règnent

[60] Au niveau de la HAS (par exemple https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/guide_rmm_juin_09.pdf) ou des sociétés savantes (par exemple https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/1005-Reanimation-Vol19-N3-p289_295.pdf).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

lors des discussions : « *tout est dit : on s'engueule, on se félicite* » résume le responsable de l'unité.

L'amélioration des pratiques inclut ensuite des réunions médicales qui concernent les médecins et les internes et dans lesquelles sont présentées des cas cliniques. La particularité de ces réunions réside dans le fait qu'elles incluent en plus du personnel interne, celui de l'unité de réanimation chirurgicale. Au-delà de l'aspect technique de la prise en charge, l'objectif est de pouvoir discuter de la stratégie de soins entre les deux unités : « *on fait les cas cliniques avec la réa*[nimation] *chir*[urgicale] *une fois par mois où on reprend un patient. C'est formateur avec un interne d'ici qui présente et un interne de là-bas. Donc on parle d'une pathologie avec une revue de littérature. Et ensuite, on discute ce qu'on a fait réellement* [durant la prise en charge]. » (Entretien avec un médecin). La question de la frontière entre deux unités de soins – et de la fragilité que peut représenter l'interconnexion entre deux composants d'un même système – est donc intégrée dans l'amélioration des pratiques.

Enfin, il existe également des groupes de travail qui s'intéressent à une thématique spécifique. Les différents métiers en relation avec le thème du groupe sont réunis afin de pouvoir intégrer les différentes dimensions des activités. Ces groupes de travail permettent de diffuser de nouvelles pratiques en lien avec les thématiques étudiées. Par exemple, un travail autour des transmissions pour les patients des chambres de soins intensifs a donné lieu à une réflexion autour de l'intégration des infirmiers et des aides-soignants durant les transmissions. Ceci permet non seulement aux infirmiers et aides-soignants d'avoir les dernières informations concernant la stratégie de soins mais également d'apporter les dernières évolutions et ainsi discuter le cas en équipe afin d'avoir une vision commune de la situation.

Au-delà du caractère formalisé et planifié, la forme routinisée est également reconnue par l'organisation. Cette reconnaissance signifie concrètement que des ressources sont allouées à cette forme d'espace de discussion : salle de réunion, temps de travail planifié, diffusion des conclusions des groupes de travail, etc. Cette reconnaissance est donc l'enjeu d'une négociation entre l'allocation des ressources et les contreparties générées par ces espaces de discussion. Les contreparties peuvent être directement liées à l'activité de l'unité – par exemple, création d'un guide pour les familles – ou liées à la diffusion dans la communauté des conclusions d'un groupe de travail – par exemple, la présentation en conférence d'anesthésie-réanimation d'une enquête sur la satisfaction des accompagnants. Cette forme

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

contraste avec ce que nous développons dans la partie suivante sur les formes interstitielles de ces espaces de discussion.

La forme routinisée pose également la question de l'institutionnalisation de ces pratiques, « c'est-à-dire être repris par des échelons politiques supérieurs et inscrits dans les routines de l'organisation » (Detchessahar, 2013, p. 59). Les espaces de discussion liés à l'amélioration des pratiques ne sont pas institutionnalisés et diffusés à l'ensemble de l'hôpital. Pour autant, nous retrouvons dans certains services ces espaces de discussion – notamment dans les services de réanimation – soulignant le rôle central de la mission dans la construction de ces dispositifs. L'incertitude et la complexité liées à la prise en charge des patients d'un SAUV ne sont pas qu'une étiquette descriptive mais structurent les dispositifs organisationnels. Le poids de l'incertitude et de la complexité limite également la portée des éléments conceptuels en lien avec la haute fiabilité à des secteurs d'activités moins sensibles et moins structurés par leur mission. La question de l'institutionnalisation doit faire écho avec l'activité de l'unité de soins au risque, dans le cas contraire, d'en perdre l'essence qui a fait émerger la routine.

Les espaces de discussion routinisés que nous avons observés – institutionnalisés ou non – n'ont pas qu'un rôle rituel sans réel impact dans la construction de la fiabilité parce qu'ils ont été internalisés et fournissent des retours en phase avec l'activité des acteurs de terrain. Le cas des Fiches d'Événements Indésirables (FEI) souligne le risque d'une institutionnalisation d'une pratique s'éloignant du terrain censé le servir. Comme le souligne Gentil (2012), l'efficacité des FEI est largement à pondérer. Les acteurs de terrain eux-mêmes y voient des limites : sous-déclaration par manque de retours concrets et directs à l'émetteur de la FEI[61] ; focalisation sur l'événement indésirable grave et pas l'événement indésirable, ignorant ainsi la majorité des « événements porteurs de risques » (Brami & Amalberti, 2010)[62] et l'importance des signaux faibles dans un système complexe.

Formalisés, voire institutionnalisés, les espaces de discussion routinisés permettent à l'organisation de se transformer. Nos résultats soulignent la construction dans le temps, au travers de ces interactions, de la résilience en situation mais également d'une culture liée à l'accomplissement de la mission. Detchessahar (2013, p. 62) précise par ailleurs que « […] les espaces de discussion peuvent aussi se loger de façon informelle, dans l'activité, et accueillir

[61] Les FEI sont gérées via un logiciel unique à l'hôpital qui remonte ces fiches au service de gestion des risques de l'hôpital. Ce service compile régulièrement les FEI au sein d'un rapport remis à l'administration et propose ensuite des actions pour réduire les dysfonctionnements constatés dans l'hôpital.

[62] Comme nous l'évoquions dans le troisième chapitre 3 (p.135) pour 1 mort ou blessé grave, 600 incidents sans conséquences surviennent

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

des processus de régulation permanents dans lesquels le « dire » et le « faire » sont profondément imbriqués. Il est aussi possible de concevoir l'espace de travail de telle manière qu'il soit propice à la mise en discussion du travail dans l'activité ». Pour autant, si l'espace de discussion peut prendre une forme informelle, il existe peu d'éléments dans la littérature pour formaliser cette possibilité d'informel et notamment comment s'articulent les différentes formes d'espaces de discussion dans l'organisation. La deuxième partie de cette section s'intéresse donc à la question des espaces de discussion informels – que nous dénommons espaces de discussion « interstitiels » – et de leur articulation avec les espaces de discussion routinisés.

3.2. Au-delà de la routine : des espaces de discussion interstitiels comme articulation entre situation et organisation

Reconnus par l'organisation, les espaces de discussion routinisés sont planifiés et donc facilement identifiables. C'est en nous intéressant à cette forme dans son horizon de temps, d'espace et de pratiques, que nous avons pu voir ce qui n'y était pas présent. En effet, entre les situations de prise en charge, il existe également des espaces de discussion plus fugaces, que nous dénommons « espaces de discussion interstitiels » (sur la notion d'interstice, voir Encadré 71). Ces interstices sont des supports aux processus de socialisation et de discussion autour des situations de prise en charge venant de se dérouler. Principalement sous la forme orale – discussions, dialogues, débats – les moments interstitiels sont informels et laissent peu de traces matérielles rendant leur étude d'autant plus difficile.

Encadré 71 – Sur la notion d'interstice dans la fiabilité organisationnelle

Mobilisée par Eydieux *et al.* (2016), la notion d'interstice insiste sur l'idée de ne pas résumer la fiabilité aux activités qui font le « cœur de métier » d'une organisation mais renvoie à un ensemble d'activités qui assurent également la fiabilité et qui sont souvent ignorées de l'analyse. Ainsi, Eydieux *et al.* (2016, p. 18) définissent les activités interstitielles comme « des activités qui font l'objet de valuations uniquement dans des conversations et jamais dans des textes ».

Nos observations ont mis en lumière que ces activités relatives à une prise en charge de patients, mais se situant en dehors de la prise en charge à proprement parler, peuvent s'apparenter à des espaces de discussion (Detchessahar, 2013). En croisant l'idée d'interstice avec le concept d'espace de discussion, nous formalisons des formes interstitielles d'espaces de discussion – contrastant avec des formes routinisées. Ces formes interstitielles sont nombreuses, diffuses et difficiles à observer car plus informelles et éparses : autour d'un repas, lors des pauses, en comités restreints dans un bureau, etc.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Au niveau du retour d'expérience, une première forme interstitielle est constituée de débriefings informels suite à une prise en charge difficile afin de comprendre ce qui a été fait et ce qui aurait pu être fait. D'une durée inférieure à une heure, ces débriefings se déroulent dans les bureaux des médecins autour d'un café ou durant les repas. Leur horizon temporel se situe au niveau de la journée ou de la semaine de l'événement et concernent les acteurs de l'unité dans l'action et les collègues de l'unité. Ces débriefings regroupent uniquement les médecins et les internes ou peuvent intégrer les infirmiers et aides-soignants présents durant l'événement. Plus rarement, un membre externe de l'unité peut intervenir – par exemple la présence du PU-PH d'anesthésie pour discuter du décès d'un patient lors d'une intervention chirurgicale.

Une autre forme interstitielle des retours d'expérience est également présente et regroupe les débriefings post-prises en charge. D'une durée inférieure à cinq minutes et réunissant l'équipe ayant assuré la prise en charge – médecin, interne, infirmier, aide-soignant –, ces débriefings ont lieu juste après l'événement afin de discuter de ce qui vient de se dérouler. Des discussions peuvent intervenir plus tard en écho à ces débriefings entre médecins et internes d'un côté et entre infirmiers et aides-soignants de l'autre.

Concernant l'amélioration des pratiques, les formes interstitielles des espaces de discussion incluent tout d'abord des discussions autour des pratiques. Nous avons observé de nombreuses discussions des médecins autour des évolutions de la législation ou des pratiques de la médecine – allant de la stratégie de soins à des discussions sur des gestes techniques. L'amélioration des pratiques ne s'arrête donc pas qu'aux dispositifs formels de l'unité de soins mais s'intègrent également dans le quotidien et les situations plus informelles – durant les repas ou lors de pauses. C'est au travers de ces discussions que certaines thématiques de travail vont émerger et être par la suite utilisées dans les dispositifs plus formels.

L'autre forme interstitielle de l'amélioration des pratiques concerne les problèmes rencontrés par les soignants durant leur travail. Les discussions autour des problèmes rencontrés sont des moments qui précèdent la formalisation et l'argumentation qui auront des suites – selon l'intensité du problème – lors de conseils d'expression, de réunions ou des groupes de travail. Ces moments se déroulent en petits groupes autour d'un repas, d'un café, ou de manière spontanée face à un événement venant de se produire. L'observation de ces discussions nous permet de les regrouper en deux thèmes principaux. Le premier thème est lié à l'activité : saturation de l'unité, manque de moyens, personnel absent non-remplacé, etc. Le second thème renvoie aux problèmes rencontrés avec l'administration de l'hôpital :

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

incompréhension du métier, activités non-valorisées en termes de reconnaissance symbolique ou de moyens à fournir pour leur réalisation - notamment pour les activités périphériques aux soins (voir par exemple Encadré 72).

Encadré 72 – La guerre de l'interphone n'aura pas lieu

Le SAUV est un service de soins dont l'accès est restreint. L'accès à la salle d'attente pour les accompagnants se fait au moyen d'un interphone afin de réguler les entrées (voir chapitre 3, Figure 17, p.167). Mais, à la différence d'autres services de réanimation, il n'y a pas d'hôtesse pour répondre à cet interphone.

De manière détournée, c'est donc aux IDE et aux AS qu'incombe la tâche de répondre à l'interphone pour faire entrer les accompagnants. Si l'activité en elle-même n'est pas chronophage – moins d'une minute par appel -, sa répétition et le symbole que l'ajout d'une tâche supplémentaire représente entraînent des mécontentements.

Symboliquement, une résistance se matérialise par le fait de laisser l'interphone sonner plusieurs fois avant de répondre, non sans faire une remarque sur « *cet interphone qui n'arrête pas de sonner et je ne suis pas hôtesse, je suis infirmier* », si souvent entendu lors de notre présence sur le terrain.

Tout comme Eydieux *et al.* (2016), nous tenons à souligner l'importance de ces moments qui sont à la fois invisibles – aux yeux de l'organisation – et indispensables à la construction de la résilience et de la fiabilité. Ce caractère invisible se confirme par l'absence de procédures, de temps et de lieux dédiés. Ces espaces sont fractionnés et dispersés dans l'activité faisant passer les pratiques constitutives de ces espaces pour des temps morts qui peuvent être dénigrés par l'organisation – n'y voyant que des bavardages ou des complaintes inutiles.

Pour autant, cette forme interstitielle est indispensable pour deux raisons principales. La première est la temporalité de ces espaces interstitiels qui assure un retour rapide sur les situations rencontrées. Les espaces de discussion interstitiels sont ainsi dégagés des latences organisationnelles liées à la planification et à la coordination officielle des parties prenantes. Ils permettent un retour rapide et concret aux personnes concernées par la situation – de l'équipe ayant fait face à la situation à l'ensemble du personnel de l'unité.

La seconde raison concerne ce qui s'y dit. Si le ton est libre dans les espaces routinisés – et notamment lors du conseil d'expression –, il l'est encore plus dans les espaces interstitiels. Basés sur la confiance et le respect de l'expertise de chacun, les débats y sont néanmoins francs et intenses. Ces espaces s'affranchissent par la même occasion d'un regard organisationnel, notamment face à la question, encore taboue, de l'erreur et des logiques de responsabilités face à celle-ci. Sous couvert de cet informel, l'anonymat est protégé de

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

l'organisation et permet d'avoir un rapport à l'erreur libre de punitions et soumis à l'analyse de ses pairs.

Les espaces de discussion informels ne sont donc pas des formes transitoires ou incomplètes mais des éléments à part entière de l'articulation entre situation et organisation. Néanmoins, si la forme aboutie n'est pas la forme institutionnalisée, le caractère très local pose la question d'effet de « silo » et de réinventer la roue qui existe dans le service d'à côté. L'information à un niveau local-informel-rapide doit donc être contrebalancé par un niveau organisation-formel-lent. L'une des formes n'est pas meilleure que l'autre mais les deux formes sont complémentaires et agissent à des temporalités différentes.

Au niveau situationnel, les espaces interstitiels permettent de rendre visible les pratiques, les rôles, les problèmes rencontrés, les conceptions sur ce qui aurait dû être fait par rapport à ce qui a été fait. Au niveau organisationnel, les espaces interstitiels alimentent les processus et les espaces de discussion routinisés reconnus par l'organisation. Derrière l'idée de retour d'expérience, il y a donc un ensemble de pratiques qui ne peuvent se résumer à la seule RMM, et qui servent au maintien de la fiabilité au niveau de l'unité. Par ailleurs, les espaces de discussion routinisés vont pouvoir être des vecteurs pour faire remonter l'information au niveau de l'hôpital ou des sociétés savantes – par exemple au travers d'études diffusées à l'ensemble de l'hôpital ou des communications en conférence d'anesthésie-réanimation.

Notre étude permet ainsi de mettre en avant une structuration plus complexe des espaces de discussion. Dans de nombreuses organisations classiques – c'est-à-dire sans impératif de fiabilité fort –, les formes interstitielles existent mais leur portée – dans le temps et en amplitude de transformation organisationnelle – reste néanmoins limitée. À l'inverse, il apparaît cohérent de penser que dans les organisations ayant un impératif de fiabilité fort, les espaces de discussion soient routinisés avec une reconnaissance organisationnelle et une institutionnalisation forte de l'ensemble de ces pratiques. Mais notre analyse expose la présence des deux formes – interstitielles et routinisées – simultanément dans l'organisation. Cette dyade de formes est importante dans le maintien de la fiabilité et de la résilience de l'unité de soins.

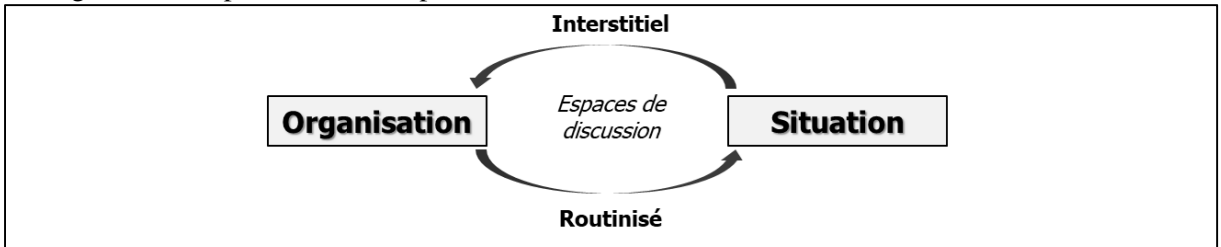
© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Nos résultats s'inscrivent donc dans le prolongement de ceux proposés par Gentil (2012, p. 395) sur la question des espaces de discussion dans la dynamique d'apprentissage de l'organisation des expériences vécues :

> C'est dans cette optique que nous inscrivons notre propos : dans la réflexion sur la conception des espaces de travail et des outils de gestion, il nous paraît essentiel de tenir compte de cette dynamique d'apprentissage en mettant à disposition des personnels des ressources organisationnelles à travers lesquelles les acteurs capitalisent sur les expériences passées et nourrissent la mémoire du collectif afin d'améliorer la capacité de celui-ci à prendre en charge le travail de régulation futur. Mais au-delà d'un répertoire d'expériences partagées, ces outils et ces espaces de rencontre participent de la constitution d'un référentiel de valeurs communes, de la construction d'une véritable identité collective dans le temps, et dont nous avons au préalable démontré l'importance dans la discussion, à travers l'intercompréhension qu'elle suscite.

Au-delà de cette dynamique, nous insistons sur la double dimension des espaces de discussion – à la fois formels-routinisés et informels-interstitiels (voir Figure 28) – qui participent sur le temps court à l'apprentissage et sur le temps long à la construction de l'identité collective de l'unité. La question des moyens alloués à ces espaces prend alors à la fois une forme de mise à disposition de ressources organisationnelles pour les espaces routinisés mais peut prendre également la forme d'une mise à disposition symbolique, d'un "laissez-faire" qui, tout comme le slack, existe sans être prescrit et devra être négocié et justifié auprès de l'hôpital.

Figure 28 – Déploiement des espaces de discussion sous des formes routinisées et interstitielles



	Espaces de discussion	
	Routinisés	**Interstitiels**
Le retour d'expérience	Revues de Morbidité et de Mortalité (RMM)	Débriefing post-prise en charge, discussion repas/pauses
L'amélioration des pratiques	Conseil d'expression, groupes de travail, réunions médicales	Discussions impromptues : problèmes rencontrées, relations avec l'administration

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Au premier abord, la forme formelle des espaces de discussion, visible et reconnue par l'organisation – voire, pour le cas des RMM, une forme institutionnalisée – assure l'articulation entre organisation et situation. Nos résultats soulignent que cette forme n'est que la face visible d'un ensemble plus complexe, incluant une seconde forme d'espaces de discussion plus informelle et moins visible par l'organisation. Cette dynamique entre situation et organisation au travers d'espaces de discussion nous amène, dans une dernière partie, à nous intéresser à la question du déploiement de ces formes dans le temps et des différents moments de l'espace de discussion.

3.3. Entre situation et organisation : le déploiement dans le temps des espaces de discussion

Le temps dans une approche processuelle est un élément fondamental pour comprendre comment les processus se déploient dans une organisation (Lorino & Mourey, 2013). En effet, il n'y a pas d'instantanéité du déploiement des processus mais une empreinte temporelle, des latences, des temps morts, etc. Cette question est d'autant plus prégnante sur notre terrain d'étude qui est défini par l'urgence vitale, c'est-à-dire la pression temporelle d'agir face à un enjeu, littéralement, de vie ou de mort.

Weick et Sutcliffe (2007) s'intéressent à la gestion de l'inattendu afin de comprendre ce qui maintient la fiabilité face à des situations la mettant en péril. Nous cherchons à comprendre à la fois la situation et la fiabilité en action, et le lien avec l'organisation en intégrant la question du temps afin de ne pas limiter la fiabilité à un phénomène de bulle dans l'action qui disparaît une fois la résolution de la situation problématique accomplie. Si la résilience consiste à faire face à l'imprévu, nos résultats soulignent qu'il y a des dispositifs organisationnels qui assurent, sur le temps long, la construction de cette résilience en assurant un retour organisationnel des situations rencontrées. Nos résultats s'inscrivent donc pleinement dans la perspective proposée par Hollnagel *et al.* (2009, p. 227) : « […] la résilience ne se produit pas instantanément, qu'elle n'est pas de l'ordre du réflexe organisationnel ou de l'injonction managériale mais qu'elle possède une épaisseur temporelle, sans doute nécessaire à son élaboration. ».

Mais, au-delà de considérer le temps long, nous cherchons à relier la fiabilité et la résilience sur le temps court de la situation et le temps plus long de l'organisation. En ce sens, nous considérons que les temporalités de la fiabilité sont multiples. En ouvrant la « boîte noire » de l'organisation, nous proposons de structurer le temps court de la situation avec le

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

temps de l'organisation, de ne pas considérer la fiabilité comme une agrégation de situations inattendues surmontées, ni de renvoyer la fiabilité de l'organisation à un éther nimbé de mystères. Les espaces de discussion que nous avons formalisés précédemment jouent ce rôle d'articulation dans le temps entre ces deux niveaux d'analyse de la situation et de l'organisation. Nous intégrons également dans cette articulation, la variation des empreintes temporelles des situations, qui auront un écho différent dans le temps selon la volatilité et l'intensité réalisée.

En intégrant le temps et l'épaisseur temporelle des situations, l'espace de discussion n'est plus seulement un lieu (espace physique) mais est également une séquence au cours du temps (espace temporel). Ainsi, la RMM – espace de discussion routinisé – n'est qu'un segment dans le temps d'une situation dont l'épaisseur temporelle s'est étirée au travers d'espaces de discussion interstitiels. L'espace de discussion regroupe donc à la fois des moments interstitiels et des moments routinisés. Nous distinguons trois horizons temporels dans l'espace de discussion avec comme point de départ la situation vécue par l'équipe ayant effectuée la prise en charge.

L'urgence vitale et la volatilité des situations rendent nécessaires des espaces informels – à chaud – aux abords directs de la situation, allant de quelques minutes à quelques heures après la situation et regroupant l'équipe ayant participé à l'action.

Un second horizon temporel – à tiède – concerne également les moments interstitiels mais prend place quelques heures à quelques jours après la situation. Ces moments se déroulent durant les repas ou en salle de repos et sont cloisonnés par groupe professionnel, avec les médecins d'un côté et l'équipe soignante de l'autre – infirmiers et aides-soignants. Ces moments ne concernent donc plus seulement l'équipe ayant participé à l'action mais l'ensemble des membres de l'unité.

Enfin, ces moments interstitiels vont alimenter les moments routinisés – à froid – qui vont se dérouler quelques semaines à quelques mois plus tard. Il y a dans ces moments un regroupement des groupes professionnels répartis selon les thématiques apportées dans l'espace de discussion.

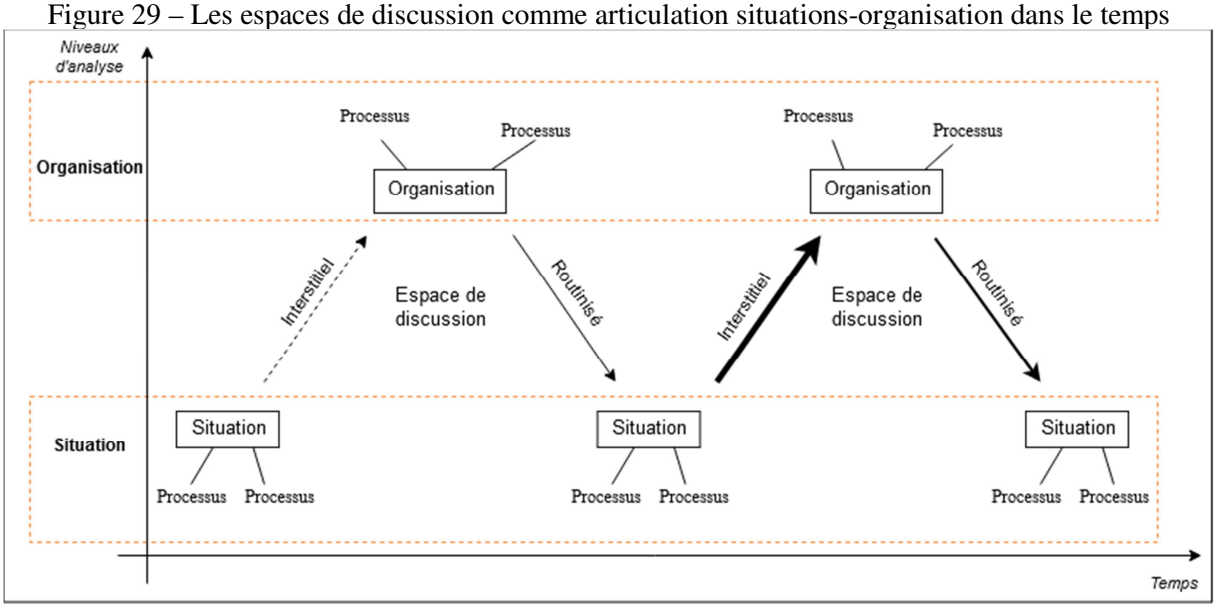
Les différents moments définis ne sont pas systématiques après chaque situation de prise en charge mais s'activent selon l'intensité de la situation vécue durant la prise en charge. Selon l'amplitude de l'intensité des situations rencontrées – et plus encore leur soudaineté et l'imprévu –, les espaces de discussion évoluent pour rendre compte – sur le temps court – de

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

cette amplitude et assurer qu'un retour au niveau organisationnel – sur le temps long – de cette intensité soit effectué afin d'améliorer la capacité du système à faire face à ces imprévus. Les trois horizons temporels que nous formalisons – à chaud, à tiède, à froid – ne sont pas mutuellement exclusifs et nous observons une gradation de l'utilisation de ces formes selon l'intensité de la perturbation. Il y a plutôt une superposition des espaces de discussion – de leur durée dans le temps, de leur fréquence – qui ajoute des épaisseurs dans le temps. Les espaces de discussion sont donc porteurs dans le temps de l'intensité vécue par les acteurs durant les situations : plus l'intensité est forte et soudaine et plus il y a de répercussions dans le temps, à l'image des ondulations de l'eau variant selon la taille du caillou lancé dans l'étendu d'eau.

En synthèse de cette partie, nous formalisons, au travers d'un schéma, une vision unifiée de nos propos sur le déploiement des espaces de discussion dans le temps (voir Figure 29). Trois dimensions y sont représentées : les deux niveaux d'analyse (organisation et situation) ; l'intensité des situations vécues (définie par l'épaisseur du trait entre situation et organisation) ; le déploiement dans le temps au travers des espaces de discussion.

Figure 29 – Les espaces de discussion comme articulation situations-organisation dans le temps



Nous retrouvons dans le schéma les situations de prise en charge et les processus se déployant au niveau de la situation et de l'organisation[63]. L'espace de discussion est une unité

[63] Les processus analysés dans les deux premières sections de ce chapitre ne sont pas tous représentés pour des questions de visibilité du schéma

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

d'analyse qui nous permet d'articuler les situations et l'organisation. Les moments interstitiels et routinisés sont représentés par des traits plus ou moins épais selon l'intensité vécue dans les situations et soulignant l'épaisseur temporelle variable. Lors d'une faible intensité, les moments interstitiels ne sont que peu ou pas mobilisés. Les moments routinisés sont alimentés par les éléments interstitiels à chaud et à tiède et sont planifiés dans l'organisation soit à intervalle régulier - par exemple, le conseil d'expression se déroule mensuellement – soit suite à une situation spécifique – lors d'une RMM. Les espaces de discussion sous une forme interstitielle vont donc se succéder et « remonter » vers l'organisation pour, par la suite, « redescendre » plus lentement et de manière agrégée[64] sous la forme routinisée.

En réponse à notre question de recherche, nous avons cherché dans ce chapitre à comprendre comment se maintient la fiabilité dans une unité de soins traitant de l'urgence vitale. Au travers de l'analyse des pratiques des membres de l'unité de soins, nous exposons comment les différents éléments s'articulent entre eux afin d'assurer le maintien de la fiabilité selon les situations rencontrées, la dynamique de ces processus et comment ils se déploient dans le temps pour faire face aux situations. Nos résultats mettent en évidence les spécificités du terrain étudié par rapport aux terrains traditionnellement étudiés dans la littérature sur la fiabilité organisationnelle. Ainsi, la culture, le rapport à la procédure et le poids de l'incertitude dans l'activité structurent l'action de l'unité de soins et nous permettent de formuler trois résultats majeurs.

Le premier concerne le rapport à l'incertitude. Un SAUV est une des unités de soins confrontée à la plus forte incertitude qualitative et quantitative dans son activité. L'enjeu vital est par essence le quotidien de l'unité. Notre étude souligne que toute situation – et pas seulement certaines situations – est porteuse d'une volatilité qui rend chaque situation potentiellement nouvelle et problématique à un horizon temporel très court, imposant une action rapide. La confrontation de notre typologie de situations avec l'analyse des pratiques nous a fait prendre conscience du risque de réification en travaillant sur des idéaux-types de situations. En effet, ces catégories de situations sont des coordonnées fixes alors que l'activité relève d'une dynamique des situations. Comme nous l'avons souligné, une situation n'est pas normale *per se* mais a une potentialité. Si la réalisation de cette potentialité détermine des moments qu'il est possible de catégoriser comme normaux, normalement perturbés ou de crise, nous opérons un changement de perspective en considérant une situation comme un

[64] Il n'y a donc pas un processus linéaire situation - forme interstice - organisation - forme routinisée - situation.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

continuum, une trajectoire, subissant des inflexions. Ceci nous permet de mieux comprendre comment se structurent les différents processus assurant la fiabilité et la résilience. Ainsi, le rapport à la procédure n'est pas un rapport planificateur *stricto sensu* mais une ressource (les praticiens parlent plus d'une frontière que d'une prescription de leur action). Au niveau organisationnel, il s'agit également de disposer d'une variété requise et de processus d'autonomie, d'apprentissage et de confiance qui permettent à l'équipe de faire face aux situations rencontrées.

Le deuxième résultat est le rôle du slack dans le maintien de la résilience de l'unité de soins. Pour parer à l'urgence vitale et à l'impératif d'action dans un contexte complexe et incertain, l'unité de soins dispose d'un slack organisationnel. Ce slack doit être négocié et défendu auprès de l'hôpital afin de pouvoir conserver ses capacités de réaction face à l'imprévu. Au niveau des situations de prise en charge des patients, c'est la capacité à créer et consommer du slack qui assure la résilience de l'unité. Cette création et cette consommation de slack situationnel – qu'aucune procédure ne formalise – sont des processus difficilement identifiables pour qui n'est pas dans l'action et dans le quotidien, rendant d'autant plus difficile sa justification auprès de l'administration.

Enfin, un dernier résultat s'inscrit au croisement des situations et de l'organisation. Si en situation, des processus assurent la résilience, celle-ci n'est possible qu'en y adjoignant des processus organisationnels au long cours, tels que le développement d'une culture de l'unité, les rapports de confiance, etc. Au travers d'espaces de discussion, notre étude permet une compréhension plus fine de l'articulation des processus de maintien de la fiabilité entre les niveaux organisationnel et situationnel. Routinisés – voire, pour la RMM, institutionnalisés –, les espaces les plus visibles ne sont qu'une partie de l'articulation. Cette partie visible ne doit pas ignorer une autre plus interstitielle – moins visible et plus informelle. Les espaces de discussion s'inscrivent à différentes temporalités et alimentent les différents processus organisationnels selon l'intensité des situations vécues. Ces espaces ont donc un rôle modérateur qui va moduler certains processus – en les renforçant ou les modifiant dans le temps – selon les situations rencontrées : renforcement de l'identité collective, légitimation du slack, nouvelles modalités d'apprentissage (simulation, apprendre à faire un entretien avec des accompagnants, annoncer un décès), recrutement d'un nouveau membre, amélioration de l'organisation du flux de patients, etc. Maintenir la fiabilité et la résilience nécessitent d'avoir des espaces en dehors de l'action pour pouvoir être portées dans le temps afin de ne pas tomber dans l'écueil de ne voir dans la fiabilité et la résilience organisationnelles qu'une somme de situations de prise en charge. Si la fiabilité et la résilience se trouvent dans et entre

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

les acteurs, elles se trouvent également dans (section 1 et 2) et entre les niveaux organisationnel et situationnel (section 3).

Mais si l'articulation entre les deux niveaux au travers des espaces de discussion permet d'en comprendre les liens – entre éléments formels/routinisés et éléments informels/interstitiels de l'autre – cela pose la question de l'intérêt et de la reconnaissance par l'organisation de cet invisible, et donc des moyens alloués à ces pratiques. Dans le même ordre d'idée, la défense du slack et la négociation des places soulignent qu'au-delà des pratiques en situation, l'unité de soins – même si elle s'occupe de l'urgence vitale – doit justifier de son fonctionnement et des ressources qui lui sont attribuées. Dans un dernier chapitre, nous souhaitons donc mettre en perspective la fiabilité et la résilience avec la question des moyens nécessaires à leurs accomplissements. En effet, notre approche au quotidien et dans l'action ne doit pas faire oublier que cette unité de soins s'inscrit au sein d'un hôpital – lui-même intégré dans un système de santé spécifique – porteur d'autres objectifs que celui de la fiabilité.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Résumé du chapitre 5 :

Étudier le quotidien d'un SAUV pose la question de la normalité de ce type d'activité. En proposant une typologie de situations, nous décrivons les différents processus au niveau organisationnel et situationnel constitutifs du maintien de la fiabilité et de la résilience organisationnelles.

Intégrer l'idée de volatilité inhérente à chaque situation de prise en charge d'un patient nous amène à délaisser notre typologie et étudier les situations sous forme de trajectoire, de *continuum*. Ceci nous permet également de nous intéresser aux points d'inflexion d'une trajectoire de prise en charge. Au niveau organisationnel, la saturation de l'unité est atténuée par des capacités de négociation et un capital social nécessitant d'être de plus en plus important à mesure que l'unité risque la saturation. Nos résultats soulignent également l'intégration de l'imprévu dans la pratique plutôt que de chercher à réduire cette incertitude. Au niveau situationnel, le slack vient répondre à la volatilité et à l'urgence vitale des situations qui imposent une action immédiate. La création et la consommation de slack en situation permettent d'assurer la résilience de l'unité de soins. Néanmoins, l'insuffisance de ressources pré-mobilisées peut mettre en péril cette résilience.

Enfin, nous étudions la question de l'articulation entre les niveaux organisationnel et situationnel. Nous mobilisons ici le concept d'espace de discussion (Detchessahar, 2003) auquel nous proposons une relecture avec des espaces de discussion routinisés – visibles, formels et pour certains institutionnalisés – et des espaces de discussion interstitiels – moins formels et moins visibles. La fiabilité d'une organisation n'est donc pas la somme des situations auxquelles elle est confrontée mais se construit également en dehors des situations. Les espaces de discussion permettent d'inscrire la fiabilité et la résilience dans un temps plus long que celui des situations.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

CHAPITRE 6 – MISE EN PERSPECTIVE DES RÉSULTATS : L'IMPÉRATIF DE FIABILITÉ AU REGARD DE LA RATIONALISATION DE SES MOYENS

Au travers de notre étude nous contribuons à la littérature scientifique autour de la fiabilité organisationnelle en analysant les différents processus à l'œuvre dans le maintien de la fiabilité. Notre approche du terrain et du quotidien des soignants a permis d'exposer l'importance de la volatilité inhérente à chaque situation de prise en charge comme élément structurant l'activité.

Au-delà du contexte opérationnel, nous intégrons dans ce dernier chapitre le contexte organisationnel et institutionnel afin de prendre du recul sur les résultats présentés dans le chapitre précédent. En effet, la fiabilité organisationnelle est une composante de la performance des organisations (Hollnagel *et al.*, 2009) au même titre que l'atteinte de résultats d'exploitation précis ou que la recherche d'une meilleure efficience productive. L'enjeu de fiabilité n'efface donc pas le coût de mise en œuvre et les moyens pour assurer cette fiabilité. Notre terrain d'étude offre ici une opportunité intéressante de discuter la question de la fiabilité organisationnelle au regard des autres dimensions de la performance organisationnelle, et plus particulièrement l'efficience productive. En effet, l'hôpital est soumis depuis plus de trente ans à des réformes qui ont profondément transformé son organisation et où l'objectif de diminution des dépenses a pris une place prépondérante.

Ainsi, dans une première section nous questionnons l'impératif de fiabilité face aux ressources nécessaires à l'accomplissement de cette fiabilité compte tenu des réformes hospitalières en France. Cette mise en perspective de nos résultats mène à son terme notre étude et nous permet de proposer, dans une deuxième section, une synthèse des contributions théoriques, méthodologiques et managériales. Enfin, afin de pouvoir nuancer notre travail de recherche et l'inscrire dans une perspective à plus long terme, nous présentons dans une ultime section les limites et les perspectives futures de notre recherche.

1. LA FIABILITÉ AU PRISME DE LA PERFORMANCE DES ORGANISATIONS

Objet complexe et polymorphe, la performance désigne de manière générale la réalisation des objectifs de l'organisation (sur le concept de performance, voir Encadré 73). La question de la performance en santé revêt des difficultés dans son évaluation. En effet, dans le domaine médical, il y a incertitude des intrants – du fait de l'interaction entre les patients et les

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

soignants – et incertitude du produit final – du fait de la difficulté à évaluer la santé compte tenu de son caractère non-binaire et de son évolution dans le temps (Belorgey, 2010). Les services d'urgence, étant donné leur activité imprévisible et saccadée sont d'autant plus concernés par cette difficulté de mesure de la performance (Peneff, 1992).

Encadré 73 – La performance : un construit subjectif

La performance organisationnelle regroupe une pluralité d'objectifs - rentabilité, efficacité, efficience – et de multiples dimensions - économique, sociale, humaine. Par ailleurs, la performance peut s'étudier de l'intérieur de l'organisation ou d'un point de vue externe - pouvoirs publics, clients, actionnaires. La performance d'une organisation est généralement liée au résultat qu'elle produit et qui sera « lu » au travers de différents prismes : économique (rentabilité, efficience productive), organisationnel/systémique (survie, adaptation), sociétale/environnementale (impact écologique, rôle sociétal), ressources humaines (valeur du personnel, développement des compétences, bien-être du personnel), etc.

En synthèse, la performance est un mot-valise (Saulquin & Maupetit, 2004) dont le sens dépend très largement du contexte de son utilisation et permet une large gamme d'interprétations. Elle est composée de plusieurs dimensions qui se rejoignent ou s'opposent dans leurs visions de la performance. Dit autrement, la performance d'une organisation est le jugement porté par une entité – individu, groupe, institution – sur cette organisation, ses activités, ses résultats, ce que l'entité attend de l'organisation.

Nous retenons comme définition celle proposée par Bourguignon (1997, p. 91) : « D'une façon générale, la performance désigne la réalisation des objectifs organisationnels, quelles que soient la nature et la variété de ces objectifs. Cette réalisation peut se comprendre au sens strict (résultat, aboutissement) ou au sens large du processus qui mène au résultat (action). La performance est multidimensionnelle, à l'image des buts organisationnels ; elle est subjective et dépend des référents choisis (buts, cibles). »

La complexité des soins hospitaliers implique l'acceptation d'une incomplétude de la mesure de la performance. Cette incomplétude fait donc l'objet de choix arbitraires pour extrapoler, à partir d'indicateurs, la performance de l'hôpital. Minvielle (2003) critique ainsi les choix opérés où la logique de rationalisation de l'utilisation des ressources utilise la qualité comme un prétexte : il faut diminuer les coûts tout en maintenant la qualité. L'objectif est donc avant tout de réduire les coûts en orientant l'activité par le financement afin d'améliorer l'efficience productive, de minimiser les inputs pour produire un certain niveau d'outputs (Ostroff & Schmitt, 1993).

Ainsi, l'étude des réformes du système de santé français permet de mieux comprendre pourquoi l'hôpital s'est orienté vers cette rationalisation de ses dépenses. Depuis les années 1980, ces réformes ne sont pas simplement des ajustements techniques mais vont au-delà, impactant les objectifs organisationnels de l'hôpital et questionnant le maintien de la qualité des soins.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

1.1. DES RÉFORMES QUI VONT AU-DELÀ DE LA SEULE RATIONALISATION DES COÛTS

Le tournant gestionnaire et légaliste de l'hôpital en France s'est opéré à partir des années 1980. Il s'agit d'en réformer l'organisation interne mais également son mode de financement, faisant entrer dans l'hôpital des logiques d'entreprise et de rationalisation des coûts (Danet, Brémond, & Robert, 2004). Les établissements publics de soins vont notamment développer leur autonomie financière – avec un équilibre financier à atteindre entre recettes et dépenses – et une inversion de la logique de financement – passant d'une logique de dotation à une logique de financement à proportion de l'activité réalisée (voir Encadré 74). Non seulement l'environnement socio-économique et technologique évolue – avec un vieillissement de la population, des coûts de plus en plus importants en équipements et en médicaments – mais l'environnement institutionnel et organisationnel connaît de profonds bouleversements (Collombet, Saall, & Zardet, 2007). Les changements principaux qui nous semblent intéressants de développer sont de deux ordres : le premier concerne la gouvernance hospitalière, avec l'instauration des pôles d'activités (la NGH) ; le second est relatif au mode de financement de l'hôpital par l'activité au lieu d'une dotation budgétaire (la T2A).

Encadré 74 – Principales réformes de la gouvernance et du financement de l'hôpital public

1978 : la loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 instaure un forfait soins

1983 : la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 met en place le forfait journalier à la charge de l'assuré

1991 : la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 limite le nombre de lits d'hospitalisation et rationnalise les coûts en améliorant la planification

2002 : le « Plan Hôpital 2007 de modernisation de l'hôpital » développe l'autonomie des hôpitaux

2005 : la Nouvelle Gouvernance Hospitalière (NGH) instaure la Tarification à l'Activité (T2A), impose des restructurations des hôpitaux en pôles d'activité et une nouvelle gouvernance avec un conseil exécutif, présidé par le directeur chef de l'établissement

2008 : le « Plan Hôpital 2012 » s'inscrit dans le prolongement de la NGH et des investissements par projet

2009 : la Loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) fait à nouveau évoluer la gouvernance des Établissements Publics de Santé (EPS) avec des conseils de surveillance en lieu et place des conseils d'administration, d'un directoire, et la Commission Médicale d'Établissement (CME). C'est également la création des Agences Régionales de Santé (ARS) qui organisent le pilotage du système de santé au niveau régional et proposent les directeurs d'EPS à nommer par décret. Enfin, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) est créé dans le but d'auditer les EPS et servir d'appui aux ARS.

2016 : la Loi de Modernisation du Système de Santé intègre une diversité dans les EPS avec, d'un côté, des CHU pôle d'excellence en recherche et formation, et de l'autre, des EPS de proximité chargés du premier niveau de prise en charge. C'est également la création des Groupements Hospitalier de Territoire (GHT) chargés d'améliorer la prise en charge multi-établissements des patients.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

1.1.1. La Nouvelle Gouvernance Hospitalière (NGH) : de profondes modifications de l'environnement institutionnel

Au-delà de la question de la rationalisation des dépenses publiques, c'est toute la gouvernance de l'hôpital qui a été transformée. Les mesures liées à la loi « Hôpital 2007 », suivie de la loi votée en 2009 « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) continuent d'intégrer le Nouveau Management Public (NMP) dans les hôpitaux. Le NMP est ce que Belorgey (2010, p. 9) nomme un « paradigme d'action publique », un ensemble structuré d'idées et de pratiques que les pouvoirs publics veulent instaurer dans les différents services publics. Issu des États-Unis et du Royaume-Uni – sous les gouvernements Reagan-Thatcher et Clinton-Blair – le NMP utilise des méthodes de management du secteur privé appliquées au domaine public, en reformulant les problématiques du secteur public en questions techniques, quantifiables et qu'il est possible d'optimiser. Au niveau de l'hôpital, ces réformes se sont traduites notamment par une restructuration des hôpitaux par pôles d'activité et la mise en place dans ces pôles d'un trio managérial formé d'un médecin chef de pôle, d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif. Cette Nouvelle Gouvernance Hospitalière (NGH) assure une délégation de gestion aux pôles d'activité, allant de pair avec une contractualisation de l'autonomie sur les objectifs, les moyens et les indicateurs de performance (Alfandari, Nobre, Baille, & Walker, 2007). Cette nouvelle gouvernance est également un moyen pour décloisonner la médecine et l'administration avec un médecin chef de pôle impliqué dans la gestion administrative… et les tensions inhérentes avec ce rôle hybride entre objectifs médicaux et objectifs économiques (Valette & Burellier, 2014). Les chefs de pôles doivent satisfaire deux objectifs qui semblent contradictoires (Valette, Fatien Diochon, & Burellier, 2018, p. 116): « la satisfaction d'une demande de soins toujours plus importante et plus complexe, et la limitation des dépenses de santé toujours plus forte ». Ceci pose également des problèmes d'identité professionnelle où le chef de pôle doit avoir plusieurs postures selon les acteurs qu'il a en face de lui faisant peser sur l'individu les paradoxes d'objectifs de l'organisation (McGivern, Currie, Ferlie, Fitzgerald, & Waring, 2015; Valette *et al.*, 2018)

Ces réformes laissent une place importante à l'autonomie de et dans l'hôpital, où les projets de pôles s'intègrent dans un projet d'établissement. Mais cette autonomie n'est pas synonyme de liberté d'actions avec la montée en puissance des agences gouvernementales en charge de contrôler cette autonomie. Les Agences Régionales de Santé (ARS) ont ainsi un

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

grand pouvoir d'intervention dans la gestion des hôpitaux ainsi que dans la nomination, l'évaluation et la rémunération des directeurs d'hôpitaux. Le pouvoir concentré entre les mains de l'ARS fait peser le risque d'une technocratisation sanitaire avec la multiplication d'outils de pilotage et d'aide à la décision. L'absence de contre-pouvoir démocratique pose également question quant à la représentation de l'ensemble des parties prenantes dans la décision et les choix opérés (Tabuteau, 2010). En effet, l'analyse de la performance des différentes structures est comparée afin de créer « une émulation profitable à l'ensemble des usagers et des contribuables » (Amar & Berthier, 2007, p. 6). L'amélioration de l'efficience des hôpitaux, à force d'optimisations techniques, questionne la place de la santé publique dès lors que l'on considère le patient comme un client et le médecin comme un manager de *business unit* (Fray, 2009).

Le médecin hospitalier qui ne rend de compte à personne relève plus du mythe que de la réalité de la pratique de la médecine à l'hôpital : il doit rendre compte de ces dépenses, mais également sur sa pratique et sur la qualité des soins (Schilte & Minvielle, 2008, p. 2) : « par qualité des soins, il faut comprendre les résultats cliniques aussi bien que les conditions de sécurité et les modalités organisationnelles de la prise en charge du malade ». L'opposition du personnel aux différentes réformes hospitalières ne se fait pas contre une meilleure utilisation des fonds publics mais contre une approche désincarnée des chiffres censés retranscrire la réalité de leur quotidien. Ces réformes sont, à leurs yeux, vides de sens et ne tiennent pas compte de la spécificité des situations (Belorgey, 2010). Cette tension entre les soins et le coût des soins s'est accentuée avec la mise en place de la Tarification À l'Activité (T2A).

1.1.2. La Tarification À l'Activité (T2A) : valoriser certaines activités au dépend d'autres

Mise en place progressivement à partir de 2005, la T2A consiste en une démarche inverse au mode de financement précédent qui était basé sur le remboursement des coûts supportés par les hôpitaux (sur le financement avant la T2A, voir Encadré 75). Le financement de l'hôpital ne se fait plus sur la base d'un budget global mais selon l'activité générée par l'hôpital. Les patients sont définis par une pathologie principale et des pathologies annexes qui sont codifiées afin de définir des Groupes Homogènes de Malades (GHM) et des Groupes Homogènes de Séjour (GHS) donnant lieu à une tarification. Il existe plusieurs milliers de

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

GHS – 2 635 GHM/GHS en 2017 (Hirtzlin, 2017) – allant de quelques dizaines d'euros pour le GHS n° 9633 « Autres techniques d'irradiation externe, en séances » (84,48 €) à quelques dizaines de milliers d'euros pour le GHS n° 7860 : « Brûlures étendues, niveau 4 » (90 966,53€). Des coefficients de pondération sont également appliqués en fonction de la durée du séjour, avec une durée basse entraînant une minoration du tarif et une durée haute entraînant des suppléments journaliers. Par exemple, pour le GHS n° 7860, la borne basse est de 28 jours et la borne haute de 171 jours (Holcman, 2014b). Entre les deux limites, il n'y a pas de modification du tarif. Enfin, à ces tarifications s'ajoutent des dotations forfaitaires pour le patient – par exemple lors d'un passage aux urgences – et des dotations forfaitaires hors-patient – par exemple pour la recherche, l'innovation ou des missions d'intérêt général. Le montant des tarifs est modifié sur la base de l'Étude Nationale de Coûts à méthodologie Commune (ENCC) et selon l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) fixé annuellement par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). L'ONDAM s'est transformé, depuis sa création en 1996, afin de devenir de plus en plus contraignant et éviter une inflation du budget global. Ainsi, si l'activité augmente au-delà des prévisions, alors les tarifs d'activité sont revus à la baisse afin de rester dans les limites budgétaires (Couty, 2013). Il existe donc une double contrainte de financement pour l'hôpital : une contrainte locale liée au montant du remboursement de l'activité de l'hôpital – activité qui doit progresser et être optimisée afin d'assurer un financement suffisant – et une contrainte globale dans le montant national des dépenses de santé, fixé budgétairement.

Encadré 75 – Financement de l'hôpital public avant la mise en place de la T2A

Des années 1950 jusqu'au début des années 1980, le financement de l'hôpital public est basé sur un prix de journée et le paiement des honoraires. Ce mode de financement a permis le développement des infrastructures et de l'activité de l'hôpital, au dépend d'un déficit de l'Assurance Maladie.

À partir des années 1980, le mode de financement opère un mouvement inverse avec une enveloppe budgétaire annuelle afin d'inciter les hôpitaux à limiter les actes pour conserver un équilibre budgétaire. Cet objectif de réduction des dépenses de santé a fini par déconnecter les moyens de l'hôpital public avec l'évolution de son activité. C'est face à cette situation que le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) est mis en place afin de comptabiliser les actes médicaux, dans une approche descriptive et non pour conditionner les financements (Moisdon, 2017). Le PMSI permet de contrôler ce que produit l'hôpital - en quantité et en qualité - par rapport à son financement.

À partir des années 1990, le PMSI passe d'un outil externe à un outil interne de l'hôpital. Il devient ainsi un outil de contrôle interne des coûts et de la qualité, afin de permettre à un hôpital de comparer son efficience avec les autres hôpitaux. C'est ce fonctionnement qui servira de base pour l'instauration de la T2A en 2005.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

La standardisation du remboursement incite les hôpitaux à se comparer entre eux pour déterminer qui est le plus coûteux (comparaison externe), mais également à comparer le remboursement réel par rapport au coût réel (comparaison interne). Ces comparaisons ont quatre conséquences directes sur l'organisation de l'hôpital.

La première conséquence est l'incitation à augmenter les actes qui génèrent des recettes. C'est ce que Holcman (2014a, p. 1049) nomme la « potentialisation de l'activité » :

> Identifier un écart éventuel entre l'activité réelle constatée et l'activité potentielle d'un service ou d'un hôpital, déterminée par les moyens de production disponibles, et à combler cet écart, à « saturer » l'activité pour reprendre l'expression utilisée par certaines personnes interrogées, et ce en utilisant tous les lits d'hospitalisation autorisés et en faisant fonctionner les équipements et les équipes soignantes à un niveau proche de leur maximum.

Cette saturation concerne notamment le poste principal de coût : le personnel qui représente entre 50 et 75% des dépenses d'un hôpital. Nous retrouvons ici des éléments communs au transport aérien qui cherche à diminuer les temps de rotation, les temps au sol, les temps d'embarquement et de remplir les avions au maximum de leur capacité. Néanmoins, une nette différence de comparaison entre ces deux secteurs d'activité réside dans le pouvoir d'accroissement de l'activité potentielle puisque la santé est liée au bassin d'activité et aux besoins de santé, variables faiblement élastiques aux incitations prix et au marketing.

La deuxième conséquence concerne la recherche d'une rentabilité pour l'hôpital. Les moyens nécessaires à l'activité sont alloués en fonction de la rentabilité issue de la différence entre les recettes et les dépenses des différentes activités. Si un établissement n'est pas rentable alors ses moyens sont diminués l'année suivante dans une spirale qui incite à restreindre au maximum les activités les moins rentables et augmenter les activités génératrices de recettes. Ceci incite à des stratégies de volumes afin d'augmenter les recettes sur les GHM rentables, au détriment des autres GHM. Mais l'analyse de la rentabilité au travers du prisme des GHM pose question. Outre les spécificités de chaque organisation hospitalière, le niveau d'analyse en termes de GHM suppose une indépendance entre les groupes et une uniformité de la dépense tout au long du séjour. Or, la production de soins souligne un lien entre les GHM, avec le volume d'activité global de l'hôpital, et une variation du coût dans la durée du séjour (Hirtzlin, 2017).

La troisième conséquence est l'émergence d'une activité stratégique : le codage des actes. Le secteur hospitalier privé a parfaitement intégré dans son fonctionnement des techniciens

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

spécialisés dans le codage en lien avec les services financiers afin d'optimiser le codage : exhaustivité des actes à coder, détermination du code le plus rentable, etc. Cette logique est absente du secteur public et a du mal à s'ancrer dans les pratiques (Holcman, 2014b, p. 6) : « Dans les services des hôpitaux publics, les gens codent a minima dans les unités de soins ; ce serait une gageure (compte tenu de la masse des dossiers et de la faiblesse relative des équipes) pour les départements d'information médicale de reprendre et d'optimiser le codage fait par les services qui consisterait nécessairement en une relecture de chaque dossier codé ».

La dernière conséquence est le risque de tensions entre services rentables et services non-rentables. Or, la médecine n'est pas découpée en Domaines d'Activité Stratégique mais par pathologie et spécialité médicale. Une comparaison uniquement sur la base des coûts n'a que peu de sens : certaines spécialités sont par nature coûteuses en moyens et faibles en recettes. Ou il s'agit alors de considérer un hôpital comme une entreprise à part entière et de fermer les branches non-rentables, ce qui questionne l'objet même de l'existence de l'hôpital public. La logique de rentabilité fait donc peser sur les managers des hôpitaux une décision qui n'est pas de leur ressort. Contraints, par le financement au travers de la T2A, à une logique d'efficience et de concurrence, ils ne peuvent qu'opérer dans cette approche en tentant de défendre la mission de service public de l'hôpital. Au-delà, c'est à l'autorité politique de décider du changement de modèle économique du système de santé (Holcman, 2014b).

La T2A n'est pas qu'une réforme du financement mais bien une réforme en profondeur de l'organisation hospitalière. Au niveau stratégique, il s'agit d'une réflexion sur le développement de l'activité (Moisdon, 2010) et la tension entre les hôpitaux, voire entre les pôles d'activité, d'une stratégie de coopération ou de compétition. Au niveau financier, c'est une complexification du système avec des GHM nombreuses, des règles supplémentaires, des forfaits soins intensifs, etc. saupoudrés d'intervention politique visant à promouvoir certains actes – l'ambulatoire notamment – ou certaines pathologies comme la lutte contre le cancer (Moisdon, 2017). L'objectif initial d'une incitation à une meilleure efficience productive s'est transformé en une course à l'activité (Mougeot & Naegelen, 2014). C'est, *in fine*, une réforme qui a un impact en termes de productivité sur le personnel soignant (Burnel, 2017). Mais cette productivité se fait au prix d'effets négatifs sur la qualité des soins (Hirtzlin, 2017) qui impacte le patient dans sa prise en charge et le personnel soignant dans son éthique et son implication. Par exemple, certaines unités de soins refusent le transfert d'un patient des services d'urgence, non pas parce qu'ils veulent se créer un slack – en conservant un lit vide – mais parce qu'elles optimisent leurs lits avec des patients dont l'activité est plus valorisable –

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

symboliquement, intellectuellement et économiquement. Il est ainsi plus valorisable d'accepter un individu jeune avec des actes à effectuer – et dont la récupération est plus rapide et donc limitant sa durée de séjour – qu'une personne âgée grabataire pour laquelle il n'y a que peu d'actes à valoriser.

1.1.3. Rationalisation des coûts et qualité des soins

Minvielle (2005) insiste dès l'instauration de la T2A, sur la problématique de la qualité des soins dans le financement par la T2A et la complexité d'indexer une tarification à la qualité. Cette mesure pose également le problème de relativité propre à chaque établissement et des variables environnementales non-maîtrisables par l'établissement de santé, rendant une standardisation des critères de qualité difficilement opérationnelle. La qualité ne peut donc être évaluée sur le seul fait d'indicateurs et doit répondre à une approche contextualisée et spécifique des établissements. Or, la T2A ne prend pas en compte ces spécificités et l'impact sur la qualité des soins, et ne retient comme bonne pratique que le coût médian.

Les différentes formes de résistance du personnel mettent en évidence l'impact de ces réformes sur le personnel de soins, la volonté des soignants de faire reconnaître l'intégration de l'hôpital dans un territoire aux conditions économiques et sociales très variables d'un territoire à l'autre (Schweyer, 2012), et le refus de sacrifier la qualité des soins sur l'autel des réformes budgétaires. Mais malgré cela, ces réformes ne sont pas sans effets sur les patients. Nous observons ainsi une augmentation du taux de retour des patients : les patients 'poussés' vers la sortie ne font que revenir plus tard. Le tiraillement de l'hôpital et des soignants, entre la contrainte de productivité et sa mission sociale (Vassy, 2004), entre 'bonne gestion' et 'bonne médecine' (Claveranne, 2003), ne fait que s'accroître à mesure que la pression des coûts se fait plus forte. Cette pression questionne la pérennité du modèle économique comme l'illustre la déclaration de Patrick Goldstein, Chef du pôle des Urgences du CHU de Lille dans un entretien à la presse du 27/11/2017 [65]:

> Le modèle économique de l'hôpital public arrive à bout de souffle. Il est urgent de reconsidérer le mode de financement des hôpitaux, et en particulier la tarification à l'activité. Aujourd'hui, les recettes de l'hôpital sont en grande partie conditionnées au nombre de patients qu'il soigne. C'est un véritable piège. Si elle n'est pas modulée, nuancée, cette tarification à l'activité va nous

[65] http://www.lavoixdunord.fr/270231/article/2017-11-27/le-modele-economique-de-l-hopital-public-arrive-bout-de-souffle

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

> entraîner face à un véritable mur. Ça met les établissements en compétition, c'est à qui fera le plus d'activité, ce n'est pas sain. Je ne suis pas sûr que produire plus soit le meilleur des dogmes pour la qualité des soins. […] Il est hors de question de dire qu'il faut jeter l'argent par les fenêtres. Mais on a été trop loin dans une logique quasi industrielle de la production de soin. Les médecins sont mal à l'aise avec ça.

Elle permet également de comprendre d'autant mieux les démissions assez fortement médiatisées de Pierre Taboulet[66], chef des Urgences de l'hôpital Saint-Louis à Paris, et de Marie-Anne Babé[67], chef des Urgences du Centre Hospitalier de Roubaix.

D'autres dérives apparaissent également, telles que des lits laissés vides dans les services afin d'optimiser leur fonctionnement et répondre aux critères de performance mais qui nuisent à la vitesse d'hospitalisation. En réponse à cela, la création de *bed-managers* est censée permettre de « […] distribuer de la manière la plus pertinente les disponibilités en lits et places d'hospitalisation en fonction des besoins de l'hospitalisation programmée de chacune des spécialités et des nécessités d'hospitalisation non programmées venant des Urgences » (Robert, 2008, p. 107) . Si ces *bed-managers* sont chargés d'éviter ce genre de comportements et fluidifier le parcours de soins, cette approche ne fait qu'éloigner encore un peu plus le gestionnaire du terrain et considère cette pratique comme la conséquence de dérives individuelles et non comme le symptôme d'un dysfonctionnement organisationnel.

Dans ce contexte, mettre la fiabilité au centre de l'hôpital représente un défi d'autant plus difficile que l'hôpital est soumis à des contraintes financières de plus en plus fortes lui demandant d'adapter sa stratégie. La mise en place de nouveaux processus organisationnels au sein des hôpitaux indique que la sécurité du patient tend à s'améliorer. Mais le maintien de la fiabilité dans ces services ne se fait pas sans poser de problèmes, notamment dans un contexte de réduction de moyens et de pression politique se préoccupant plus de coûter moins que de soigner mieux, sans pour autant que les deux soient incompatibles. Ceci est renforcé par les incitations financières et les objectifs à réaliser, orientés vers la maîtrise des coûts plus que vers la sécurité du patient (Gaba, 2000). Dans ce contexte, le coût de la fiabilité peut nuire aux objectifs de productivité et de rentabilité : slack organisationnel et situationnel, personnel expérimenté plus coûteux que du personnel débutant, effectifs constants quelle que soit la période de la journée, agencements des zones d'activité modulables au lieu d'une

[66]http://www.liberation.fr/societe/2012/09/27/le-ras-le-bol-d-un-chef-de-service-d-urgence-parisien_849228
[67]http://nord-pas-de-calais.france3.fr/2013/02/20/urgences-de-roubaix-la-chef-de-service-demissionne-faute-d-avoir-pu-obtenir-davantage-de-medecins-203637.html

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

spécialisation des espaces, etc. La justification du coût de la fiabilité est d'autant plus problématique que l'amélioration de la fiabilité est difficilement mesurable comparée à la mesure d'une amélioration de la productivité. Au-delà de l'importance prise par la question de la sécurité du patient, la recherche d'efficience de l'hôpital pose la question des moyens nécessaires au maintien de la fiabilité et de la résilience. Dès lors, nous nous interrogeons sur la tension existante entre les unités de soins et la structure administrative de l'hôpital, entre fiabilité et efficience.

1.2. UNE TENSION ENTRE STRUCTURE ADMINISTRATIVE ET UNITÉS DE SOINS

L'hôpital s'est construit sur une domination médicale liée à la production de soins, où, pour reprendre les termes de Mintzberg (1982), l'élément clé est le centre opérationnel. Le centre opérationnel de l'hôpital s'est structuré en département avec une structure bureaucratique en support de ce centre opérationnel. Mais la littérature met en avant que cette structure bureaucratique est mue par une volonté de formalisation et de rationalisation. Une lutte d'influence se joue entre structure bureaucratique et départements médicaux où chacun va chercher à atteindre ses objectifs. Comme nous l'avons développé dans la partie précédente, l'environnement institutionnel exerce une pression sur les ressources renforçant l'influence de l'objectif de la rationalisation sur les autres objectifs de l'hôpital. L'enjeu des ressources pour maintenir la fiabilité est donc potentiellement mis à mal face à l'objectif de limitation des coûts.

Compte tenu de la nécessité de sur-ressources redéployables, le slack est le phénomène le plus saillant de cette tension entre fiabilité et ressources nécessaires au maintien de cette fiabilité (1.3.1). Ceci explique pourquoi le slack doit être justifié et défendu par l'unité de soins auprès de l'administration hospitalière. Au-delà du slack, la rationalisation de l'activité – et la mise en place du *lean management* à l'hôpital – posent la question des tâches invisibles – comme les espaces de discussion interstitiels qui peuvent s'apparenter à du temps mort, inutiles et devant être supprimés de l'activité (1.3.2). Enfin, la tension entre efficience et fiabilité a également un coût, souvent caché, porté par le personnel soignant lui-même (1.3.3). L'impact sur le personnel nous amène non pas à diaboliser le personnel administratif mais à souligner l'importance du débat à porter entre l'ensemble des parties prenantes autour de ces tensions.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

1.2.1. Entre efficience et fiabilité : tous les coûts ne sont pas permis

Le Nouveau Management Public (NMP) tend à rendre des pratiques essentielles dans la sûreté comme invisibles ou comme des poids morts, telles que la coordination informelle ou les processus de résilience face à l'inattendu (Almklov & Antonsen, 2014). La difficulté de mettre la fiabilité au cœur des hôpitaux nécessite des changements structurels. Or, le débat actuel est axé uniquement sur la réduction des coûts et ne pose pas clairement l'enjeu de fiabilité et de son potentiel impact sur la sécurité des patients. Gaba (2000) considère que la réduction des coûts n'est pas incompatible avec la fiabilité, mais en est-il de même avec la nouvelle gouvernance hospitalière et les réformes qui se succèdent ? Si toutes les études s'accordent sur l'importance de la sécurité du patient, son aboutissement se fait encore attendre plus de quinze ans après le rapport *To Err Is Human* (Wears *et al.*, 2014).

Que ce soit au niveau organisationnel ou à un niveau plus micro, le slack apparaît comme un levier principal pour faire face aux situations inattendues et assurer la résilience de l'organisation. Il est l'objet de tension entre l'unité de soins que nous avons étudiée et la structure hospitalière. Cette tension se retrouve à deux niveaux. Le premier niveau de tension concerne la négociation avec l'hôpital autour du slack. L'unité doit justifier son octroi, justification d'autant plus difficile qu'il faut réussir à démontrer en quoi la présence de slack assure la fiabilité de l'unité et en quoi ce coût est justifié. En France, l'institutionnalisation de la sûreté en médecine, dans une approche par la résilience, est encore un sujet récent – l'approche prévention étant pour sa part largement développée. En comparaison avec le secteur de l'aéronautique civil, nous avons pu constater notamment que le rapport à l'erreur est encore tabou, qu'aucun système au niveau national de rapport d'erreurs anonymes n'existe – du type *Aviation Safety Reporting System* (ASRS) – ou que, pour citer un médecin de l'unité, « *la médecine en est au niveau de l'aviation civile à l'époque de Tenerife* [de 1977] ». Faute d'une forte valorisation de la sûreté (et surtout des moyens à mettre en place pour y arriver), la justification du slack va s'apparenter à un « marketing de la sûreté ».

D'un côté, il s'agit de souligner l'impact sur l'image de marque de l'hôpital en cas de défaillance de la sûreté, et dont l'hôpital devra rendre compte auprès des institutions mais aussi du grand public. De l'autre, en offrant à l'hôpital une vitrine à faire valoir au niveau local et national, la sûreté renforce la position de l'hôpital dans son écosystème de santé. Il s'agit, par exemple, de faire reconnaître l'unité de soins comme une unité d'excellence, pilotant des projets de recherche agissant comme un *signaling* au niveau des instances nationales et auprès du grand public.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

La seconde manifestation de cette tension se retrouve dans l'existence d'un slack situationnel, créé à l'insu de l'administration hospitalière. Ce slack émerge de la pratique des acteurs de terrain et vise à contrer l'augmentation du couplage entre les ressources et l'activité de l'unité afin de répondre à l'impératif de fiabilité. Ce slack émerge donc de la tension entre la mission de l'unité (confiée par l'hôpital), et les moyens de cette mission (donnés par l'hôpital). Parce que dans les HROs le partage et l'acceptation des buts et des valeurs de l'organisation sont des fondements de leur fiabilité et de l'identité de l'unité (Weick, 1987), les ressources à disposition sont étirées, allongées (et si nécessaire masquées) afin de satisfaire à l'accomplissement de la mission.

Néanmoins, comme nous l'avons vu, si le slack est en partie accepté dans l'organisation par la structure hospitalière, il l'est au prix d'une négociation et d'une lutte régulière pour le conserver. En outre, une partie du slack est créée en dehors de la supervision de l'administration hospitalière. Pour reprendre les termes de Meyer (1982, p. 530), si les organisations luttent pour se créer du slack, l'unité de soins que nous avons étudiée lutte surtout dans l'organisation à laquelle elle appartient pour assurer sa résilience. Le maintien d'un slack est ici au centre du débat car dans un contexte de limitations des coûts il n'est pas approuvé (Cyert & March, 1963), voire devient une victime de la chasse aux coûts (Bourrier, 2005a). De plus, de nouvelles priorités stratégiques peuvent réduire la résilience de l'organisation en faisant entrer en conflit la réduction des coûts - et la chasse au slack-, avec la fiabilité (Starbuck & Farjoun, 2005). Les unités de soins fonctionnant comme des HROs se créent, dans cet environnement, des « bulles » de protection, une bulle au sens géographique en s'isolant et s'autonomisant au maximum du reste de l'hôpital, une bulle au sens de se créer de l'air, de l'espace pour fonctionner de manière résiliente par le biais du slack.

La protection du slack passe donc par une lutte de justification, lutte qui prend alors un tournant plus politique. Cette dimension politique s'observe à l'intérieur de l'hôpital avec la présence des médecins dans les instances décisionnelles afin de s'assurer de la bonne information et une capacité à expliquer l'intérêt de ce type de fonctionnement. Mais cette dimension politique passe également par un débat à un niveau plus global entre coût de fiabilité et coût de non-fiabilité (Morel, 2012; Morel & Oury, 2012). Il y a lieu de trouver un équilibre entre le coût de la fiabilité – notamment le coût du slack et le coût d'apprentissage (Tucker & Edmondson, 2003) - et le coût de non-fiabilité - le coût acceptable, pour l'organisation (et pour la société de manière générale), au non-maintien de la fiabilité.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Comme nous l'avons rappelé en introduction de chapitre, la fiabilité organisationnelle est une composante de la performance des organisations (Hollnagel *et al.*, 2009), et l'on retrouve ici la tension entre les différentes dimensions de la performance. Le slack joue un rôle important dans le maintien de la fiabilité face à la variabilité des situations et assure donc la performance de l'organisation, en termes de fiabilité.

L'activité d'un service d'urgence est, par essence, non-programmable. Ceci renforce la tension avec la logique économique qui pousse vers une activité programmée afin d'optimiser l'appareil de production – en termes de rotation des lits, d'utilisation des blocs opératoires et de planification des ressources humaines, premier poste de coût d'un hôpital. Une vision gestionnaire, déconnectée du terrain, qui ne retiendrait qu'un niveau d'activité moyen en ignorant la variance de l'activité écrêterait nécessairement certains cas et mettrait les unités de soins dans l'incapacité à remplir leur objectif de prise en charge des patients, leur mission de maintien d'une fiabilité constante quelles que soient les situations rencontrées, et nuirait donc à la performance de ces organisations.

1.2.2. Protéger les interstices pour échapper à l'organisation : une tension entre utilité et reconnaissance

Appuyée par les réformes du système de santé, la recherche d'efficience conduit l'hôpital à s'intéresser aux pratiques même des soins. Ainsi, les activités jugées inutiles et non-valorisables sont questionnées en vue d'être limitées voire supprimées. Belorgey (2010, p. 216), en s'intéressant aux consultants chargés d'aider l'administration de l'hôpital à opérationnaliser la T2A, expose les critiques envers les pauses du personnel vues comme des « temps morts » où le personnel préfère « tricoter de l'air » et n'est « pas si débordé que ça, la preuve ! ».

La question du *lean management*, terme de plus en plus utilisé à l'hôpital, poursuit cette recherche d'efficience en optimisant l'organisation du travail de soins. Le vocabulaire de l'hôtellerie est également devenu un usage courant : durée de séjours, taux de rotation des lits, taux de remplissage, « patientèle » pour ne pas dire clientèle, etc. Il s'agit d'optimiser le parcours de soins comme on optimise une chaîne de production (Waring & Bishop, 2010, p. 1332) : « These [lean or Six-Sigma] are characterised as reducing waste and adding customer value through re-configuring organisational processes ». Mais, si l'idée du *lean* de ne pas gâcher est développée à l'hôpital, la question de la création de valeur reste difficile à

© 2018 Tous droits réservés. lilliad.univ-lille.fr

opérationnaliser, compte tenu de la difficulté de spécifier la valeur à créer dans un hôpital (Young & McClean, 2008). Cette approche très 'sélective' de la démarche de *lean* consiste donc à se focaliser sur le *muda* – éliminer le gaspillage –, pour reprendre les termes de Taiichi Ōhno, et à délaisser le *mura* – analyser et maîtriser la variabilité de la demande – et le *muri* – supprimer la surcharge des équipements et des employés. Pour Lorino (2014), les applications du *lean* opèrent une approche statique du *lean*. Pour notre part, nous aurions tendance à dire qu'il s'agit d'une approche linéaire s'opposant à une approche complexe du *lean* (Lorino, 2014, p. 7) :

> La complexité de l'activité semble menaçante au manager éloigné des opérations. C'est une tentation naturelle que de fuir le risque en niant la complexité, en se berçant des illusions du contrôle et en cherchant le salut dans des méthodes qui réduisent les systèmes d'activité à des équations mettant en relation mesures d'inputs, mesures d'outputs et rentabilité. […] Là où la maîtrise de la complexité exigerait que le système d'activité fonctionne normalement en mode sous-critique, il est systématiquement placé en mode critique (mode saturé), prêt à basculer au moindre événement dans des comportements chaotiques.

Dans cette approche, les espaces de discussion interstitiels, faits de discussions durant les repas ou lors de pauses, peuvent être assimilés à des temps morts et donc non-comptabilisés par l'administration. Or, comme nous l'avons souligné dans nos résultats, ces moments sont essentiels à la construction de la fiabilité et de la résilience organisationnelles. Il y a, dans les espaces de discussion interstitiels, une tension qui nous semble inextricable liée au rôle de ces pratiques, à leur forme et aux moyens nécessaires à leur réalisation. Les espaces de discussion interstitiels jouent un rôle dans le maintien de la fiabilité mais sont également porteurs d'une charge de travail. Non seulement ils accroissent la charge de travail mais leur essence est mise en péril compte tenu de leur non-considération et le risque d'être sacrifiés en ne leur reconnaissant pas un rôle à jouer. Ils doivent donc être défendus et légitimés, en justifiant notamment que la fiabilité ne va pas de soi et nécessite des ressources : reconnaître leur rôle c'est aussi reconnaître qu'il faut leur attribuer des moyens.

Mais, en restant informels, ces espaces échappent à l'organisation et permettent d'éviter de les confronter directement aux autres logiques à l'œuvre dans l'organisation. Les rendre visibles en les justifiant, reviendrait à les mettre sous l'œil de l'organisation et, potentiellement, à nuire à leur utilité et leur force : transparence du propos, rapidité du déploiement autour des situations, non-punition des erreurs, etc. Il est donc difficile

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

d'échapper aux tensions – directes ou indirectes – entre les dimensions de la performance. Plutôt que ces pratiques deviennent visibles, il vaut peut-être mieux alors défendre des espaces – laissés volontairement flous – pour éviter qu'elles soient effacées.

La transformation organisationnelle au travers des espaces de discussion permet de « faire analyser par les professionnels leur propre activité » (Yvon & Clot, 2001, p. 69). Au-delà de la transformation des pratiques, la dimension collective du travail structure les rapports sociaux, la culture et l'identité – de l'individu et du groupe - au sein de l'organisation. Cette conception est à rapprocher de la psychologie clinique du travail, qui souligne que les acteurs assure « une recréation de l'organisation du travail par le travail d'organisation du collectif » (Clot & Faïta, 2000, p. 9). Entre travail réel et travail prescrit, la clinique du travail nous incite donc à comprendre l'organisation sociale du travail qui se fait « souvent malgré tout, parfois malgré l'organisation prescrite du travail » (Clot, 2008, p. 103).

Cette réflexion autour des pratiques informelles nous amène, dans un dernier temps, à prendre du recul et faire un parallèle avec le secteur de l'aviation civile (voir Encadré 76). En portant notre regard sur l'histoire constitutive de ce terrain, la « jeunesse » de la médecine dans l'appropriation des pratiques liées à la fiabilité organisationnelle nous interroge. Ainsi, si Hollnagel *et al.* (2009) parlent de voir la fiabilité comme une construction en années, une perspective historique permet d'y voir une construction à l'échelle de la décennie.

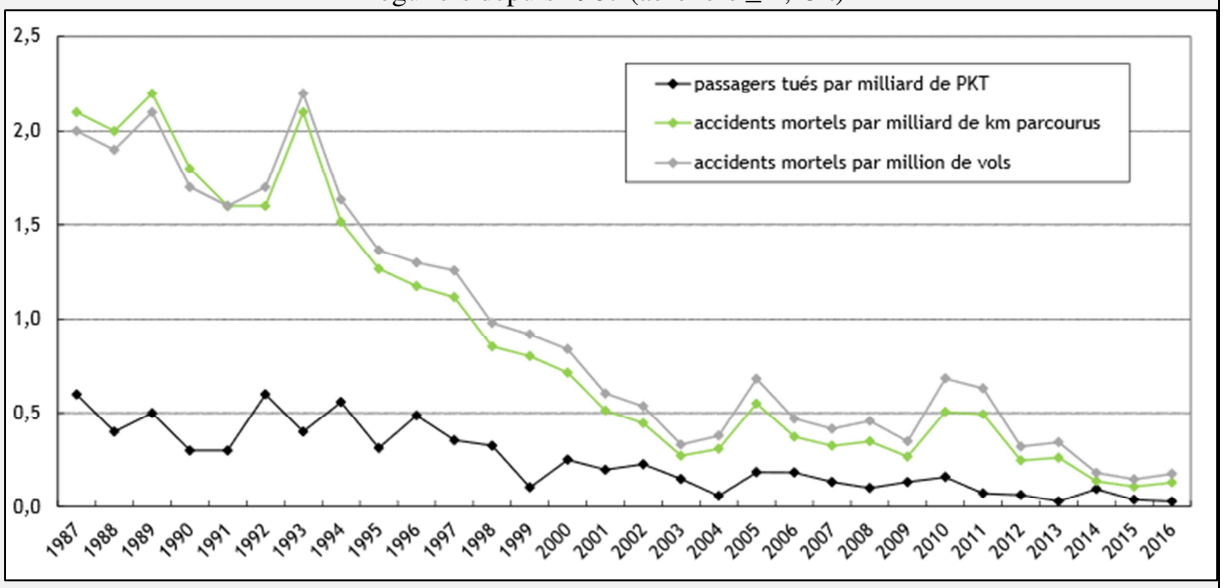
© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 76 – Les trois périodes de la construction de la fiabilité dans l'aviation civile

Il est possible de déterminer trois périodes de la construction de la fiabilité dans l'aviation civile :

- Avant la catastrophe de Tenerife (1977)
- Une période où cohabitent routines organisationnelles et pratiques locales dans les années 1980
- Une institutionnalisation des pratiques de CRM qui vont se généraliser à l'ensemble des compagnies dans le courant des années 1990. Entre 1996 et 2015, le nombre de passagers tués par milliards de passagers-kilomètres transportés (PKT) est passé de 0.5 à 0.05 (divisé par 10) comme l'illustre la Figure 30.

Figure 30 - Évolution des taux annuels d'accidents mortels et de décès de passagers en services réguliers depuis 1987 (aéronefs ≥ 2,25 t)



Source : rapport sur la sécurité aérienne de la DGAC (Direction Générale de l'Aviation Civile), 2016, p. 12.

Dans cette perspective historique, nous formalisons trois temps de construction de la fiabilité dans le secteur de la médecine. Le premier temps concerne la période avant la prise de conscience de la place de l'erreur en médecine, que nous datons à la parution du rapport *To Err Is Human* (Kohn, Corrigan, Donaldson, & others, 2000). Le deuxième temps, actuel, va consister en l'instauration de routines par l'organisation mais également d'autres pratiques invisibles qui assurent un rôle à une temporalité plus courte et alimentent la temporalité plus longue. Un dernier temps voit une reconnaissance – symbolique et en termes de moyens – de ces pratiques invisibles ainsi que leur institutionnalisation. En nous appuyant sur le cas du secteur de l'aviation civile, ce troisième temps intervient 20-25 ans après la prise de conscience, portant ainsi pour la médecine le début de ce troisième temps vers 2020-2025. Il serait ainsi intéressant d'étudier dans quelques années si ces pratiques invisibles ont été effacées – sacrifiées sur l'autel de la rationalisation – ou si, au contraire, elles se sont institutionnalisées.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Enfin, aux trois ères de la fiabilité que nous formalisons se pose la question de savoir si un nouveau temps 'post-institutionnalisation' ne pourrait pas émerger. La « normalisation » de la fiabilité, considérée comme acquise, ferait de sa légitimité et des ressources à lui allouer une question obsolète, voire un désavantage concurrentiel. En effet, pourquoi accorder plus de ressources à un élément allant de soi ? Ce questionnement fait écho aux développements technologiques autour de l'Intelligence Artificielle au niveau de l'aviation civile revendiquant la quintessence de la fiabilité par la technologie. Ainsi, Patrice Caine, dirigeant de Thales, déclarait récemment qu'il n'y aurait plus besoin de co-pilotes dans les avions d'ici les années 2020[68]. À ces évolutions technologiques, nous ne pouvons que rappeler qu'en délaissant le facteur humain, la normalité d'un accident n'est jamais loin.

1.2.3. Impact sur le personnel de la tension entre fiabilité et efficience

Il existe une littérature abondante sur le caractère stressant du travail dans les services d'urgence médicale (e.g. Braun, 2012; Sende *et al.*, 2012) : événements traumatisants, horaires décalés, charge de travail, déséquilibre entre vie personnelle et professionnelle, etc. Ce travail peut avoir des conséquences sur la santé du travailleur – pouvant aller jusqu'à un épuisement professionnel (Vermeiren, 2010) – ou sur le travail lui-même : déshumanisation des relations humaines, démotivation, démission. La recherche d'une meilleure efficience productive ou l'instauration de méthodes proches du *lean management* ne font qu'aggraver les conséquences sur les travailleurs comme le rapporte régulièrement la presse : « *Dans les entreprises et les services publics qui l'ont adopté, le lean management vanté par le patron de Florette s'illustre moins par des massages de pieds que par des burnouts en série. C'est le cas notamment à La Poste et dans les hôpitaux. Au centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse, où le souci de rentabiliser les soins a conduit la direction à se convertir au « toyotisme », quatre membres du personnel infirmier se sont donné la mort au cours de cet été.* ».[69]

Si la performance de l'hôpital s'oriente vers une recherche de l'efficience productive, la question de la qualité des soins n'est pas sujette à négociation entre soignants et autorité administrative. En effet, il n'est pas demandé au personnel de moins bien soigner pour baisser les coûts. Mais, comme l'ont mentionné les acteurs avec qui nous nous sommes entretenu,

[68] Source : https://www.usinenouvelle.com/article/intelligence-artificielle-l-avion-a-1-pilote-filiere-satellitaire-les-convictions-technologiques-du-patron-de-thales.N698379

[69] Julien Brygo et Olivier Cyran, *Le Monde Diplomatique,* Octobre 2016, p.28

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

cela signifie également que la qualité de soins va de soi. Ainsi, d'un point de vue extérieur, si la diminution des moyens n'entraîne pas de diminution de la qualité alors l'efficience est améliorée et l'output constant : l'unité de soins fait aussi bien avec moins de ressources.

Mais la réalité de l'activité est plus complexe. L'amélioration de l'efficience s'appuie sur l'éthique professionnelle des soignants. L'importance de la mission dans l'unité de soins que nous avons étudiée se manifeste au travers d'une identité collective et d'une culture forte qui vient compenser le phénomène de démotivation liée à la tension sur les moyens. Ainsi, les soignants continuent d'assurer au mieux leur mission malgré l'impossible équation de faire mieux avec moins. La tension entre fiabilité et efficience joue ici comme une contrainte sur le personnel qui a pour volonté d'accomplir sa mission. Néanmoins, le poids de la culture et de la mission ne peuvent absorber cette tension indéfiniment. Tel l'accident qui attend son heure, la diminution des coûts peut amener jusqu'à un point de rupture.

Notre propos n'est pas ici d'opposer le personnel soignant avec le personnel administratif. Au contraire, les tensions que nous avons pu constater relèvent plus d'une incompréhension que d'un mépris : « *est-ce qu'ils savent ce qu'on fait comme métier au moins ?* », « *on ne s'intéresse plus au soin, on considère que ça va se faire quoi qu'il arrive* », « *le problème c'est qu'ils ne voient pas comment on travaille ; ils ont leur budget et leur feuille de références produits* » en sont quelques *verbatim* illustratifs. Comme le rappelle Karlene Roberts (Bourrier, 2005a, p. 95), la plupart des membres d'une organisation tentent de faire du mieux possible et n'ont pas volonté à nuire au fonctionnement de l'organisation : « "[…] catastrophes are not caused by bad people doing bad things [...] People usually try to do what's right for their organization ». Il n'est donc pas tant question de diaboliser le management que d'y voir une distance séparant l'administration de l'activité de soins. Plus la distance entre le top management et le danger est grande, plus la prise de conscience du danger est faible (Gaba *et al.*, 2003). La taille de la ligne managériale et le cloisonnement de l'activité d'un hôpital sont d'autant plus propices à cette incompréhension : plus on grimpe dans la hiérarchie, plus on s'éloigne du risque, moins on est préoccupé par les conséquences en cas de dysfonctionnement, plus les autres objectifs prennent le pas sur la sûreté et la fiabilité. La volonté d'assurer une résilience d'un côté et la mise en place du *lean management* de l'autre, en lien avec les différentes réformes de l'hôpital en France depuis plus de trente ans, rendent ce débat plus que nécessaire face aux tensions entre les acteurs proches du terrain et l'administration hospitalière.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

La question de la construction de la fiabilité et de la résilience organisationnelles nous fait nous interroger sur les moyens nécessaires à cet accomplissement. Notre recherche met en évidence qu'il y a contrainte sur les ressources et pas d'impact sur la mission de l'unité de soins. Au-delà d'une approche se limitant à comparer ressources et résultats, une compréhension plus fine de l'activité de l'unité de soins met en avant que la tension entre ressources et mission n'est pas extensible à l'infini et se fait au prix d'une justification et d'une négociation afin de protéger le mode de fonctionnement de l'unité de soins. La richesse du débat autour de la question d'intégrer dans la réflexion la fiabilité dans sa dimension actionnelle – en situation et au niveau de l'unité de soins – ainsi que la négociation des ressources nécessaires à cette fiabilité – justification des moyens à allouer, tension avec les autres objectifs de l'hôpital, contexte des réformes du système de santé – représente un enjeu tant pour les chercheurs en sciences de gestion que pour les praticiens, qu'ils soient médecins ou managers.

2. SYNTHÈSE DES CONTRIBUTIONS THÉORIQUES, MÉTHODOLOGIQUES ET MANAGÉRIALES

Les résultats de notre recherche développés dans le chapitre précédent permettent de mieux comprendre comment la fiabilité est maintenue par l'unité de soins étudiée au regard de son activité. Ces résultats sont également à considérer compte tenu de la tension entre devoir de fiabilité et ressources nécessaires à son accomplissement, questionnant le rapport entre objectif de performance économique et objectif de fiabilité et de résilience. L'ensemble de ces éléments nous amènent à proposer une synthèse des contributions théoriques, méthodologiques et managériales de notre étude.

2.1. CONTRIBUTIONS THÉORIQUES

Nous formalisons ici trois contributions théoriques principales. La première concerne l'apport du slack dans la compréhension du phénomène de résilience organisationnelle. La résilience de l'organisation passe par sa capacité à faire face aux différentes situations et leurs évolutions. Comme nous l'avons exposé, cette capacité de résilience se fait par la mobilisation de ressources en surplus en temps voulu pour faire face à l'imprévu. En effet, la rapidité du besoin en ressources, l'impossibilité de prévoir la situation et son évolution nécessitent une disponibilité quasi-immédiate de ressources non-utilisées, un slack prêt à l'emploi. La

© 2018 Tous droits réservés. lilliad.univ-lille.fr

résilience passe également par un équilibre retrouvé, une sortie de la zone de crise avant qu'il ne soit trop tard. L'incapacité à retrouver un équilibre en temps voulu lors de situations d'urgence vitale est un événement stressant pour les équipes, mais qui reste rare. Enfin, bien que la mort fasse partie du fonctionnement de cette unité – en moyenne, un décès survient tous les deux jours directement au sein de l'unité –, l'incapacité à assurer la résilience met en péril la sécurité du patient, avec de potentielles conséquences funestes.

Cette approche dynamique du slack organisationnel nous amène à distinguer deux types de réponses selon l'intensité des situations à laquelle est confrontée l'organisation (Leuridan & Demil, 2017). D'une part, la littérature considère le slack comme un amortisseur pour absorber les chocs, un « *buffer* » (Bourgeois, 1981, p. 33). D'autre part, la résilience est vue comme « […] the ability of systems to absorb and recover from shocks, while transforming their structures and means for functioning in the face of long-term stresses, change and uncertainty. » (van der Vegt, Essens, Wahlstrom, & George, 2015, p. 972). Si dans la littérature *buffering* et résilience semblent largement assimilés, notre recherche met en avant que le slack peut être à la fois considéré comme une pratique, visant à absorber les chocs sans « déformation de l'organisation », et comme une pratique assurant la résilience et une transformation de l'organisation, notamment après les crises vécues par l'organisation (Tableau 34). Selon l'amplitude de la perturbation – la volatilité potentielle ou l'intensité rencontrée – le slack en action sera un amortisseur ou assurera la résilience. Les acteurs confrontés à ces situations auront un rôle passif – le slack organisationnel officiel disponible et consommé par les acteurs – ou actif – le slack situationnel à créer et consommé en situation par les acteurs.

Tableau 34 – Articulation des pratiques de slack, rôles du slack et rôles des acteurs (Leuridan & Demil, 2017)

Type de situation	**Consommation et création de slack**	**Rôle du slack face aux perturbations**	**Rôle des acteurs par rapport au slack**
Normale	$So \geq Sc$	Amortisseur (*buffering*)	Passif
Normalement perturbée	$So + Ss \geq Sc$	Résilience	Actif
Crise	$So + Ss < Sc$ (déséquilibre)	Résilience	Actif
Légende - So : slack officiel ; Ss : slack situationnel ; Sc : slack consommé			

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

La deuxième contribution théorique de notre travail porte sur le rôle des espaces de discussion dans la construction de la fiabilité et de la résilience organisationnelles. L'articulation des espaces de discussion permet de lier les situations et l'organisation et éviter une fragmentation de l'activité pour une compréhension globale de l'activité organisationnelle. La construction de la résilience n'est pas limitée aux situations mais vient également s'appuyer sur des éléments organisationnels alimentés par les espaces de discussion. La granularité plus fine qu'a permis notre étude souligne un double mouvement : l'un, formel, est constitué de routines organisationnelles ; l'autre, interstitiel, est moins visible mais permet d'articuler les situations avec l'organisation.

Si Detchessahar (2013) souligne que les espaces de discussion peuvent être plus ou moins formels, notre étude permet de préciser concrètement les éléments formels constitutifs de routines, d'autres interstitiels, et le lien entre chacune des formes, entre le niveau situationnel et le niveau organisationnel. Si les espaces routinisés sont reconnus par l'organisation et disposent de lieux dédiés, les espaces interstitiels s'approprient également des « lieux-pivot » pour reprendre les termes de Gentil (2012, p. 412) : « Si, d'une façon générale, le lieu dans lequel se déroule l'activité de soins cloisonne les acteurs et la perception qu'ils ont dès lors de la situation d'ensemble, il apparaît toutefois que certains espaces favorisent au contraire ce travail de reconstitution ». Notre travail expose ces zones interstitielles qui servent ce propos sans en avoir formellement les ressources, qui sont moins visibles et plus difficile à étudier et que seule une approche au quotidien sur le temps long permet de saisir.

Nos résultats viennent également apporter des clés de compréhension dans l'inscription dans le temps des situations rencontrées par l'organisation. Les espaces de discussion ont un rôle de modérateur des processus dans le temps selon les situations rencontrées par l'unité de soins. Les espaces de discussion matérialisent, selon l'intensité et à des temporalités différentes, l'articulation entre les niveaux organisationnel et situationnel. À court et moyen terme, les espaces de discussion interstitiels assurent un retour rapide sur les situations rencontrées et impactent les différents processus de maintien de la fiabilité : actualisation de la confiance, renforcement de l'identité collective, apprentissage, coordination, nouvelles anecdotes, etc. À plus long terme, les espaces routinisés – alimentés par les espaces interstitiels – assurent l'adaptation des processus : diffusion de nouvelles pratiques, justification du slack, formulation des dysfonctionnements, etc. Au-delà de la situation, les espaces de discussion sont donc des supports dans le temps de la construction de la fiabilité.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Enfin, une dernière contribution théorique de notre recherche consiste à mettre en perspective la compréhension de la fiabilité organisationnelle avec les autres objectifs de l'organisation. En effet, les études sur la fiabilité tendent à naturaliser cette fiabilité, la considérant comme allant de soi. Or, comme le rappellent Hollnagel *et al.* (2009), la fiabilité est une dimension de la performance des organisations et il peut exister des tensions entre ces différentes dimensions.

Si l'enjeu dans les organisations publiques ou quasi-publiques – avec un fort pouvoir d'intervention de l'État – ne se situe pas en termes de rentabilité, la rationalisation des ressources y est néanmoins un objectif majeur. Au travers de notre étude, nous mettons en avant la tension que cela peut constituer avec l'objectif de fiabilité, quand bien même l'enjeu vital y est présent. La justification et la légitimation des ressources à allouer sont des éléments importants pour garantir au sein de l'unité de soins son mode de fonctionnement. Est-ce que ce type de fonctionnement se révélerait utile pour d'autres unités de soins ? Assurément. Est-il envisageable d'étendre ce type de fonctionnement aux autres unités traitant de l'urgence ? Difficilement, comme l'indique le responsable de l'unité lors d'une conférence : « Sur le papier ça serait bien mais ça coûterait trop cher. Même pour de l'urgence vitale il faut justifier notre fonctionnement, alors imaginez pour des services moins extrêmes ! ».

Les espaces de discussion sont illustratifs de cette tension : s'il ne viendrait à personne – médecin comme autorité administrative – de supprimer les revues de morbidité et de mortalité (RMM) – forme la plus visible et la plus formalisée du retour d'expérience – la question des temps de pause et des temps de discussion peuvent être perçus comme du « non-travail » propices à une optimisation des moyens. Or, les différents processus que nous avons exposés dans le chapitre précédent se déploient dans des routines – visibles et formalisées comme une RMM – et dans un ensemble d'interstices – comme une discussion post-prise en charge, une réunion informelle durant la pause repas, etc. La tension sur les moyens des éléments informels est d'autant plus forte qu'il est difficile de mesurer la fiabilité et la contribution de ces espaces dans l'amélioration de la fiabilité et la résilience.

Enfin, le mode d'organisation d'un SAUV – malgré la performance en termes de fiabilité et de résilience - n'a pas vocation à se généraliser à l'ensemble des services de soins et ressemble plus au petit village HRO dans l'empire de la rationalisation des ressources. En intégrant la fiabilité comme dimension de la performance des organisations, notre étude ne s'intéresse pas uniquement à l'atteinte du résultat – assurer sa mission de prise en charge de l'urgence vitale – compte tenu des conséquences en cas de défaillance mais questionne

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

également les moyens pour assurer cette mission – qui ne sont ni infinis, ni attribués sans justification.

2.2. CONTRIBUTIONS MÉTHODOLOGIQUES

La première contribution méthodologique que nous pouvons formulée concerne l'étude du slack. En cherchant à comprendre les pratiques constitutives de création et de consommation de slack, notre recherche permet de proposer une approche renouvelée de l'étude du slack. Tout d'abord, le niveau d'analyse du slack n'est pas vu uniquement sous l'angle organisationnel mais est également étudié au niveau de l'unité et du groupe faisant face à une situation. De plus, le slack est étudié en y intégrant une approche temporelle. Notre recherche a ainsi mis en avant que le slack n'est pas uniquement une caractéristique organisationnelle mais peut être étudié comme un processus qui se déploie dans le temps. Notre perspective processuelle est ainsi à rapprocher de celle de Sgourev et van Lent (2017, p. 2) d'abord le slack comme une pratique, c'est-à-dire non seulement comme des ressources créées et utilisées mais également comme une séquence d'événements et de réponses au cours du temps :

> Understanding the effects of slack on performance therefore requires a fine-grained analysis of the underlying mechanisms (Lecuona and Reitzig, 2014). To that end, we advocate analyzing how its costs and benefits accumulate at the organizational level. In this logic, the focus is on slack as a practice – as a routine use of resources for carrying out organizational processes that has evolved under the influence of an organization's history or actions (Kostova and Roth, 2002).

Partiellement visible selon les situations rencontrées, cette vision processuelle et longitudinale du slack a été rendue possible par une approche quotidienne afin de pouvoir observer ces processus de constitution du slack au travers des pratiques des acteurs de l'unité de soins étudiée.

La deuxième contribution méthodologique de notre travail renvoie à la question de la « bonne distance » ethnographique et la recherche d'un équilibre entre proximité du terrain et éloignement réflexif. Trop près et c'est l'assimilation, trop loin et c'est le cynisme de celui qui regarde de haut ce qui passe au ras du terrain. « Si l'on est un bon chercheur, on doit être à la

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

limite, mais ne pas la franchir » nous prévient Garsten (2011, p. 6). À notre sens – et au risque de ne pas être un « bon chercheur » – le chercheur doit accepter de plonger profondément dans un terrain, de voir avec ses yeux ce qui s'y passe, de tisser avec les acteurs une relation basée sur « le partage d'une condition commune » – pour reprendre les mots d'Alain Touraine[70] – qui permettra, par la suite, de discuter des moments vécus ensemble. De l'autre, il doit également mettre en place des outils qui lui permettront de remonter à la surface et offrir un recul analytique et réflexif suffisant. Pour poursuivre l'analogie de la plongée sous-marine, le chercheur-plongeur doit avoir des outils pour aller sur le terrain et voir le terrain : choix du positionnement, méthodes d'observation et journal de terrain sont ses masque, tuba, bouteille et paliers de décompression. Il doit également avoir à disposition des outils réflexifs : journal de recherche, journal du chercheur, présentation de ses travaux auprès de la communauté scientifique sont comme une liaison ombilicale vers le monde de la recherche afin de ne pas rester trop longtemps au fond pris d'une ivresse des profondeurs et risquant de se noyer. À ce titre, le journal d'enquête est la matérialisation de l'articulation entre le monde de la recherche et le monde de l'organisation. Il s'agit donc plus d'une oscillation que d'un équilibre, oscillation qui peut parfois donner la nausée et désorienter.

Enfin, au travers de cette recherche nous avons proposé des méthodes tentant de répondre aux problématiques liées à l'étude des organisations au quotidien. Ces méthodes n'ont pas vocation à livrer une norme à respecter mais peuvent, nous l'espérons, servir d'inspiration et être discutées par d'autres. Comme nous l'avons développé dans le quatrième chapitre consacré à la méthodologie, déclarer faire de l'ethnographie n'est ni plus rigoureux, ni plus sérieux qu'une autre approche. C'est sur cette base que nous proposons une opérationnalisation du journal d'enquête articulant les dispositifs d'observation et d'analyse. La formalisation de cette méthode contribue à apporter une réponse à la montée en abstraction entre terrain et théorie. C'est également permettre de retourner dans ses données, plus finement, afin d'explorer d'autres pistes dans cette logique abductive de connaissances approchées. Les *templates* assurent quant à eux un rôle déconstruction/reconstruction pour faire émerger un construit intermédiaire. Au final, notre démarche rappelle que dans l'ethnographie, il ne faut ignorer le 'graphie', comme reflet réflexif sur sa propre recherche, comme écriture à soi-même et comme écriture aux autres – dont le présent écrit en est une matérialisation possible.

[70] A. Touraine décrit dans la quatrième de couverture de l'ouvrage '*Street Corner Society*' de Whyte (2007)

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

2.3. CONTRIBUTIONS MANAGÉRIALES

2.3.1. Contributions pratiques de notre étude

Nous tenons ici à souligner trois contributions managériales, utiles pour l'hôpital mais également pour d'autres organisations de secours et d'urgence.

La première est de réduire la dichotomie entre gestionnaires et acteurs de terrain. Une meilleure compréhension de la part des gestionnaires de ce qu'est une situation de prise en charge d'un patient en urgence vitale leur permettrait de voir que les unités d'urgence ont des spécificités par rapport aux autres unités. Pour reprendre les termes de Riou (2013, p. 2) « les urgences sont une solution non un problème ». La venue du responsable du laboratoire de biologie médicale, à l'invitation du responsable de l'unité de soins, pour comprendre comment les échantillons étaient prélevés en est une bonne illustration. En prenant conscience des conditions de prélèvements des échantillons – et pourquoi certains ne remplissaient pas les conditions de prélèvement optimales – le responsable a adapté ses procédures compte tenu des spécificités de prises en charge de ces patients. Il s'est rendu compte des difficultés à assurer les conditions optimales de prélèvement dans les situations réelles de prise en charge de l'unité de soins et a ainsi pu voir ce qui se cache derrière les chiffres et les procédures.

La seconde contribution managériale concerne l'importance de la socialisation dans l'apprentissage pour être capable de gérer la situation. En effet, la pratique de la médecine ne se résume pas qu'à des procédures spécifiques mais intègre également un apprentissage en étant confronté à des situations réelles. La création d'un réseau de contacts (au travers des stages dans les différents services durant l'internat, par l'intermédiaire des gardes dans différents hôpitaux, via le réseau des internes d'une promotion, etc.) que l'on pourra mobiliser rapidement de manière informelle, joue un rôle important dans le maintien de la fiabilité. Comme nous avons pu l'observer, le téléphone joue un rôle central pour interconnecter les individus en situation perturbée : que ce soit le téléphone de fonction ou le téléphone portable personnel, le temps passé au téléphone – pour se coordonner, demander des informations, discuter un cas, négocier des places, etc. – est considérable dans ce type d'unité.

Enfin, une dernière contribution managériale souligne l'importance du chef de service pour protéger la « bulle » du service, comme nous l'ont précisé quasiment chaque acteur que

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

nous avons interrogé dans notre étude. Cette contribution vient confirmer le rôle du chef de service dans ce type de service et les conséquences en cas de départ de celui-ci (Roberts *et al.*, 2005; Madsen, Desai, Roberts, & Wong, 2006b; van Stralen, 2008). Si le fonctionnement en HRO est assuré par l'acceptation et le partage de la mission de l'unité et une forte culture, il ne peut se maintenir durablement sans un chef de service capable de justifier auprès de la structure hospitalière ce type de fonctionnement et négocier les ressources nécessaires à l'accomplissement de la mission de l'unité. S'il apparaît légitime de considérer ces unités de soins comme des HROs (e.g. Bourrier, 2011; Christianson, Sutcliffe, Miller, & Iwashyna, 2011; Niedner, Muething, & Sutcliffe, 2013), notre étude apporte des nuances en précisant que ce fonctionnement n'est pas pour autant acquis face aux contraintes de l'environnement institutionnel.

2.3.2. Propositions opérationnelles

Issues de discussions avec des praticiens hospitaliers et ayant fait l'objet d'une réunion de restitution organisée avec les acteurs de terrain, nos contributions managériales prennent également la forme de propositions à opérationnaliser sur le terrain. Comme nous le mentionnons dans une communication lors d'une conférence à la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (Leuridan & al., 2016), la création d'un outillage pratique pour les acteurs de terrain offre des perspectives stimulantes pour le praticien – afin d'opérationnaliser les apports – mais également pour le chercheur en sciences de gestion – afin d'analyser la prise en main de ces outils et le retour analytique que cette mise en œuvre impliquerait. Nous formalisons ici trois propositions pratiques.

La première concerne les transmissions quotidiennes des médecins. Suite à la réunion que nous avons organisée à la fin de notre présence sur le terrain, la question des transmissions a occupé une bonne parte des débats. Suite à cela, certains médecins ont pris l'initiative de formaliser un document pour harmoniser les transmissions. Au-delà de la dimension technique des transmissions, il s'agit de donner du sens aux situations de prise en charge pour l'ensemble des acteurs, incluant ainsi les infirmiers et les aides-soignants dans les transmissions médicales. Ceci leur permettrait de mieux répartir la charge de travail selon les patients présents dans l'unité (sur cette discussion avec le médecin responsable de l'unité sur cette proposition, voir Encadré 77).

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 77 – Extrait d'un entretien autour du thème des transmissions

Il y a aussi les codes couleurs de gravité de malade pour les transmissions.

Ça [un médecin de l'unité] réfléchit à la question suite à votre discussion. Le truc c'est qu'il faut que ça serve et le problème de la lourdeur de la prise en charge d'un malade est différente si c'est un AS ou une IDE. Il faut absolument arrêter de mettre les AS de côté.

Quand on met ça en place il faut avoir conscience il y a une lourdeur pour les AS et les IDE et qu'il faut qu'ils travaillent en binôme. Il va falloir être assez fin et travailler avec eux. Ça c'est super bien.

Pas que le critère d'instabilité et de gravité mais également le critère de charge de travail

Tu peux avoir une IDE qui va dire j'ai trois malades pas lourd du tout et que l'AS va en avoir que 2 des 3 [qui sont lourds pour lui]. *Parce que le malade est conscient mais c'est un lambeau*[a] *et que rien que la toilette c'est hyper casse-gueule, ça va prendre du temps. Ouais mais ça c'est bien.*

Qui définirait la gravité ?

Si on s'en sert pour la charge en soi des IDE, c'est aux IDE. Maintenant qu'on les guide avec certains critères « moi je veux en tant que médecin, ce malade avec tels symptômes, ait une surveillance rapprochée *» ça c'est à nous de dire. Leur donner des critères.*

Après elles peuvent très bien mettre un malade que l'on va considérer comme orange, si on fait rouge-orange-vert, le faire monter en rouge parce qu'il y a une famille [très en demande] *ou l'inverse «* oui ce malade est un peu âgé un peu sensible mais ça fait 5 jours qu'il est là il est hyper sage *» l'IDE a le droit.*

[a] : Un lambeau musculocutané s'utilise en chirurgie réparatrice pour combler des pertes de substances complexes : il permet, par exemple, de réparer les dégâts causés par un obus ou un accident de la route sur une jambe touchée en profondeur. Les blessures ainsi réparées sont souvent situées sur des membres qui, jadis, auraient été amputés (source : Larousse Médical).

La deuxième proposition que nous formulons consiste à intégrer la gestion des situations et les éléments en lien avec la fiabilité organisationnelle dans le cursus d'apprentissage. Il s'agit d'un projet de création d'un module d'enseignement sur le facteur humain et la gestion des situations critiques. Ce module viserait les étudiants en faculté de médecine mais également le personnel déjà présent à l'hôpital. Une rencontre fortuite avec un pilote de ligne – proche d'un des médecins de l'unité – a fait émerger l'idée d'une animation du module d'enseignement avec un trio d'intervenants : un pilote d'avion de ligne, un anesthésiste-réanimateur et un chercheur en sciences de gestion. Le pilote partagerait son expérience de praticien face aux situations rencontrées en vol et expliquerait la fiabilité dans le secteur de l'aviation civile. Le chercheur assurerait un rôle de conceptualisation des éléments expliqués dans le secteur de l'aviation civile et de transfert de ces concepts au secteur de la médecine, et plus particulièrement l'anesthésie-réanimation. Enfin, le médecin intégrerait des éléments techniques pratiques et partagerait son expérience en lien avec les questions de fiabilité et de résilience.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Enfin, l'opportunité que nous avons eu d'assister à des exercices de simulation de prise en charge a permis de voir dans cet outil un intérêt pour intégrer les problématiques de fiabilité organisationnelle dans la pratique médicale. Si une part de la simulation concerne la partie technique, il s'agit également d'apprendre à faire face à des événements imprévus, à communiquer et coordonner les actions en tant que médecin, etc. La mise en place d'un environnement le plus proche possible de la réalité – simulateur de rythme cardiaque, volontaires jouant le rôle d'accompagnants, mannequins pour procéder à des actes médicaux, etc. – et des scénarios retraçant des situations vécues assurent à la simulation une immersion des participants. Pour les internes, c'est également l'occasion pour eux d'apprendre à coordonner une équipe – et pour l'équipe de pouvoir en phase de débriefing s'exprimer sur les dysfonctionnements. La simulation permet donc de développer l'apprentissage par essai-erreur tout en respectant le précepte d'Hippocrate d'« [a]voir dans les maladies deux choses en vue : être utile ou du moins ne pas nuire[71] ».

3. LIMITES ET PERSPECTIVES FUTURES DE RECHERCHE

3.1. LIMITES DE L'ÉTUDE

La mise en perspective de nos résultats de recherche et la synthèse de nos contributions théoriques, méthodologiques et managériales sont également l'occasion de nous intéresser aux contours de notre recherche. Ainsi, il est possible de formuler trois limites principales à notre étude.

La première limite est inhérente à notre terrain. En nous positionnant sur le terrain à un niveau d'analyse très fin, il ne faut pas éclipser la spécificité de celui-ci qui limite la portée explicative de nos résultats. L'unité de soins que nous avons étudiée s'intègre dans un centre hospitalier de grande taille et nos résultats pourraient s'appliquer à ce type de structure où la spécificité du slack, la recombinaison et la quantité de ressources à disposition – le slack potentiel – ne sont pas limitées dans l'action. À l'inverse, ces caractéristiques ne se retrouvent pas dans un centre hospitalier de taille plus modeste où, par exemple, toutes les spécialités médicales ne sont pas représentées.

[71] Hippocrate *Épidémies* (Livre I) (traduction d'André Pecker), Paris, 1979-1989.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

La spécificité du terrain est, de manière générale, une limitation des études sur les organisations à fort enjeu de fiabilité. Le degré d'expertise, la planification limitée et la nécessité d'une action rapide donnent une liberté d'action importante aux acteurs. Ces caractéristiques et le degré d'action réelle par rapport au travail prescrit restent une exception plus qu'une généralité dans le monde des organisations. Cet ensemble d'exceptions est profondément lié à la mission de l'organisation et à sa capacité à justifier son mode de fonctionnement. En effet, comme l'illustre le discours des soignants ou les sujets d'actualités, les questions de division et de chronométrage des tâches ne sont pas des méthodes limitées au fonctionnement industriel tayloriste mais se retrouvent dans les unités de soins – temps de toilettes moyens, temps pour nettoyer une chambre, etc.

La deuxième limite de notre travail est une limite d'accès aux données. En effet, si nous avons souligné l'importance de protéger le slack, nous n'avons pu observer directement les jeux de négociation entre l'administration et les médecins pour protéger le slack. Les données concernant les négociations avec l'administration n'ont pu être collectées que de manière indirecte au travers des différents entretiens menés. Comme le souligne Belorgey (2010), il est difficile de naviguer de manière fluide entre le « monde administratif » et le « monde des soins ». En étant marqué comme appartenant au « monde des soins », il nous a été également difficile d'accéder aux informations administratives – données RH ou données financières par exemple – sans soulever méfiance et questions, ou pour nous rappeler que la convention de recherche n'était pas signée – sous-entendant que nous n'avions pas la légitimé et l'autorisation officielle à demander ce genre d'informations.

Enfin, la troisième limite concerne la sous-représentation dans nos résultats du rôle des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État (IADE) au sein de l'unité. À la fois infirmiers mais pratiquant l'anesthésie, plus vraiment infirmiers mais sans être des médecins, la détermination de leur rôle reste floue, comme l'actualité sur les relations conflictuelles avec l'administration hospitalière le confirme[72]. Rattachés aux blocs opératoires des urgences, les IADE semblent avoir un rôle à part avec des horaires décalés par rapport aux autres métiers de l'unité. Au sein du SAUV, leur étude est d'autant plus difficile qu'ils ont un rôle d'interface, souvent en dehors de l'unité, afin d'assurer le transport des patients dans d'autres unités de soins ou pour surveiller certains patients durant des examens médicaux. Pour notre part, force est de

[72] Voir par exemple : http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1458309-infirmier-anesthesiste-je-suis-l-anonyme-du-bloc-operatoire-la-loi-sante-nie-mon-metier.html

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

constater que nous ne les avons que peu observé et de manière peu effective, faisant des IADE un angle mort de notre analyse.

3.2. PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Cette réflexion autour des limites de notre recherche nous amène à considérer le présent travail de recherche comme une étape – certes importante à nos yeux – plutôt que comme une destination finale. Ainsi, nous proposons des pistes de recherche à développer – à court et moyen terme – mais également des propositions de collaborations futures dans le domaine de la médecine.

3.2.1. Perspectives futures de recherche à court terme

Découlant directement de notre recherche, il est possible de formaliser trois perspectives futures de recherche à court terme. La première perspective consiste à reprendre les données déjà collectées mais qui n'ont été que peu exploitées. En effet, la complétude de cette étude n'a pas coïncidé avec l'exhaustivité du traitement des données. Nous nous sommes principalement intéressé à la prise en charge des patients au niveau du déchocage ainsi qu'aux ressources à disposition au niveau de l'unité de soins. Or, la gestion des patients dans les chambres de soins intensifs et l'activité en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) est restée peu exploitée dans notre analyse en dehors de la coordination du flux d'activité de l'unité et de l'allocation des ressources face aux situations rencontrées. En lien avec cette exploitation des données, il nous semble également intéressant d'opérer une nouvelle analyse des données avec une granularité plus fine au travers d'un codage systématique des données. Ceci s'inscrit dans la démarche proposée par Ayache et Dumez (2011c, p. 33) de renforcer « *la multidimensionnalité de la démarche et le quadrillage du matériau* ».

La deuxième perspective de recherche concerne l'étude des jeux politiques de création et de défense du slack de l'unité. Il s'agirait de mieux comprendre comment les médecins arrivent à justifier la nécessité de slack pour assurer le fonctionnement – et le débat sur les coûts de fiabilité et de non-fiabilité que cela génère. Il pourrait être intéressant d'étudier sous l'angle de l'administration hospitalière comment se définissent l'allocation des ressources et le contrôle de gestion autour de ces ressources. Ainsi, il serait possible de croiser nos résultats

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

actuels avec une approche au niveau de l'administration de l'hôpital afin d'accentuer le niveau d'analyse organisationnel, là où notre projet s'est intéressé principalement au niveau intra-organisationnel de l'unité de soins, de ces acteurs et des interactions avec d'autres acteurs ou unités de soins.

Enfin, une troisième perspective de recherche se focalise sur le rapport à la procédure et la prégnance de l'inattendu dans l'activité. L'unicité des patients et la complexité d'une prise en charge sont des éléments explicatifs de la façon d'utiliser la procédure, et plus généralement la planification de l'activité. Cette relation avec la procédure semble différente de celle d'autres secteurs d'activités comme le secteur nucléaire. La comparaison entre différents secteurs d'activité pour étudier le poids de la procédure dans l'activité – entre dire ce qu'il ne faut pas faire et préciser la marche à suivre – semble donc intéressante et permettrait de relier les terrains historiques de la fiabilité organisationnelle – comme le secteur nucléaire, l'aéronaval ou l'aviation civile – avec des terrains plus récents – comme la médecine, les unités d'élites de la police ou les services d'incendie et de secours. Comme le remarque un médecin rencontré lors d'une conférence, la différence entre un médecin et un pilote de ligne – et cela vaut également pour un opérateur de centrale nucléaire –, c'est que lorsqu'un patient se crash, le médecin n'y perd pas la vie. Le périmètre des conséquences et l'inclusion des acteurs dans ce périmètre semblent également être des éléments intéressants à intégrer dans une analyse multisectorielle.

3.2.2. Perspectives futures de recherche à moyen terme

À moyen terme, trois pistes d'investigations nous semblent intéressantes à poursuivre. La première vise à étudier plus en profondeur l'impact du temps. Même si nous avons tenté de souligner l'importance de la dimension temporelle dans le déploiement des processus et la compression temporelle que les situations d'urgence vitale génèrent, une étude plus exhaustive du facteur temporel nous semble pertinente. Au travers de notre approche longitudinale et de notre analyse – notamment l'utilisation de *templates* retraçant de manière chronologique les prises en charge, elles-mêmes insérées dans un flux plus global d'activité – nous avons exposé le déploiement des processus dans le temps. Ainsi, à la question du temps de la fiabilité nous répondons qu'il est plus question des temps de la fiabilité, inscrivant la

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

fiabilité dans des horizons temporels multiples se comptant en minutes mais également en années et entremêlant les temps de l'action et les temps de l'organisation.

La littérature sur la fiabilité organisationnelle tend à expliquer des mécanismes ou des processus atemporels. Or, comme le soulignent Lorino et Mourey (2013, p. 59), la compréhension de l'*organizing* est multi-temporelle : « the time of organizing is thickened by ''present-in-past'' (presence of history), ''pre- sent-in-future'' (presence of purposes and projections), ''elsewhere-in-here'' (presence of translocal activities) and ''polyphony-in-each-voice'' (multi-authorship of speeches and acts) ». L'épaisseur temporelle des processus de fiabilité et de résilience organisationnelles est donc à étudier dans sa multiplicité. Temps de l'action, urgence à agir, intensité des situations, missions de l'unité, histoire et évolutions de l'organisation, changement de l'environnement institutionnel, acteurs aux perspectives différentes sont autant d'éléments à interconnecter pour comprendre comment fiabilité et résilience se construisent.

Par ailleurs, notre approche en termes de trajectoire et non de situations offre des perspectives intéressantes dans son déploiement dans le temps. Comme nous l'avons formalisé, ce type d'approche nécessite de s'intéresser aux inflexions de la trajectoire. Dans la perspective proposée par Schreyögg et Sydow (2010), considérer la surveillance des points d'inflexion comme des méta-processus - articulant dans le temps les processus organisationnels, situationnels et les espaces de discussion - semble être une piste d'investigation intéressante à poursuivre.

La deuxième piste d'investigation à moyen terme porte plus spécifiquement sur les espaces de discussion. Dans notre étude, nous avons positionné les espaces de discussion entre l'organisation et la situation afin de souligner le caractère dynamique et ancré dans les situations de ces espaces, et non surplombant l'ensemble. Pour autant, la question du positionnement des espaces de discussion reste ouverte. En effet, il nous apparaît intéressant de poursuivre notre réflexion et préciser si les espaces de discussion sont des processus articulant deux niveaux d'analyse – comme nous l'avons proposé dans notre étude –, de considérer les espaces de discussion comme un niveau d'analyse méso spécifique (Detchessahar & Honoré, 2002) ou de voir dans ces espaces des mécanismes (Hedström & Swedberg, 1998).

Un second questionnement autour des espaces de discussions concerne le sens des situations. La reconstruction de la situation vécue dans l'espace de discussion présent va

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

porter la situation passée dans l'organisation future. Sous des formes interstitielles, ces espaces portent sur une reconstruction *a posteriori* de la situation – dans une perspective weickienne d'un *sensemaking* rétrospectif – par les acteurs ayant vécu l'action. Mais ces reconstructions au travers de différents espaces de discussion interstitiels vont s'étaler dans le temps et porter le sens de la situation dans l'organisation. C'est un processus où se recoupent différentes perspectives de la situation – l'équipe dans l'action, mais également les groupes professionnels ayant discuté chacun de leur côté – et où va se renégocier le sens de la situation. Il est possible de voir dans les espaces de discussion routinisés une approche d'un *sensemaking* prospectif où les projections du futur des différents acteurs vont reconstruire la situation passée (Gephart, Topal, & Zhang, 2010, p. 285) : « to construct intersubjective meanings, images, and schemes in conversation where these meanings and interpretations create or project images of future objects and phenomena ». Si l'approche weickienne classique domine le champ de la fiabilité organisationnelle, des recherches dans l'action sur le temps long comme la nôtre peuvent être fertiles pour analyser – au travers des différentes perspectives présentées – la question de la construction de la situation dans les espaces de discussion.

Enfin, la troisième piste d'investigation à moyen terme propose de s'intéresser à l'angle de la socio-matérialité et l'intrication – l'*entanglement* – entre le social et le matériel dans la relation avec le patient afin de mêler temps, objets, procédures, technologie, soignants, corps du patient, patients et accompagnants. Une relecture de l'idée de 'réticence à simplifier' proposée par Weick et Sutcliffe (2007) en y intégrant la matérialité du corps humain nous permettrait de mieux comprendre l'équilibre – ou la tension – entre, d'un côté, l'activité à haute technologie assurant une connaissance très fine du corps humain que propose la médecine moderne, et de l'autre, l'importance de la clinique du patient pour faire face à la situation. Ceci est notamment très prégnant lorsque l'on compare l'approche des jeunes internes, orientée vers la technique et la technologie, par rapport à celle des médecins, plus expérimentés, qui accordent une part importante à l'examen clinique – réalisé par eux directement ou non – et à l'information que le corps peut directement leur communiquer.

Un premier travail de réflexion autour de la socio-matérialité a permis de relever trois éléments qui nous semblent intéressant à développer. Le premier est le rapport aux objets dans la prise en charge. Les objets permettent et contraignent simultanément l'action. Par exemple, le rôle des alarmes – qui sont parfois désactivées – illustre que loin d'un déterminisme technologique, il y a co-construction de la situation entre matériel et acteurs, soulignant le rôle

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

performatif du matériel (De Vaujany & Mitev, 2015). La place du téléphone dans l'activité est un élément qui mérite également de s'y attarder car il contraint l'action en devenant un des outils les plus utilisés par les médecins comme l'illustre le traitement statistique que nous avons effectué dans cette étude.

Le deuxième élément concerne la relation avec le patient. Acteur conscient – et souvent lié à d'autres acteurs l'accompagnant, comme sa famille – il est également corps qui parle au travers du rapport qu'entretient le personnel médical avec la biologie, les signes vitaux, etc. Le corps du patient comme matérialité – dans sa dimension anatomique et physiologique – est également lié au patient lui-même et la relation que la médecine entretient avec lui. Les évolutions de la médecine font prendre une place croissante du patient dans les soins – les soins dits *patient-centered* – dans une démarche proactive du patient et des accompagnants. Le patient n'est donc pas qu'un corps – ou un psychisme – à soigner mais un acteur des soins, entremêlant d'autant plus le matériel et le social, et rendant l'analyse de ces deux éléments d'autant plus intéressante pour comprendre l'organisation de la prise en charge des patients.

Enfin, un troisième élément en lien avec la matérialité est l'étude de l'espace organisationnel et de l'agencement organisationnel (Girin, 1995; Gentil, 2013). La structuration d'un espace de travail et l'articulation des espaces entre eux – avec un dedans, un dehors, des frontières et des espaces-frontières – voient dans l'espace autre chose qu'un lieu. Celui-ci est un cadre constitutif de l'action qui se construit dans l'action collective. Par exemple, il peut s'agir d'intuber un patient en salle de radiologie ce qui va construire un espace d'action. C'est également la prise de recul du médecin – au sens où il s'éloigne spatialement de l'action – pour gérer la situation et avoir une vision globale au niveau du patient et au niveau de l'unité de soins, qui fait de l'espace une dimension analytique intéressante à développer.

3.2.3. Propositions de collaborations futures

Outre des perspectives futures de recherche, l'intérêt de notre recherche va au-delà du champ disciplinaire des sciences de gestion. Des collaborations futures avec la médecine seraient sources d'un enrichissement croisé. Deux projets de collaborations pourraient intéresser tant les chercheurs en gestion que les médecins.

Un premier projet s'inscrit au sein de l'unité de soins étudiée et s'intéresse à mesurer plus finement l'intensité des situations au travers des grilles de gravité des patients. Il s'agit ici de

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

mesurer plus finement l'intensité des situations en croisant les indices de gravité utilisés en médecine – par exemple le score d'indice de gravité IGS II[73]. En mesurant à intervalle régulier ce score il est possible à l'aide d'indicateurs médicaux de mesurer cette intensité et d'avoir une classification et une évolution plus fine. C'est également, comme le souligne un médecin de l'unité avec lequel nous avons discuté de ce projet, un moyen de mettre en place une étude quantitative de mesure de l'impact de l'opérationnalisation de nouvelles mesures sur la sécurité du patient.

Le second projet de collaboration consiste à décloisonner l'étude de la prise en charge des patients. L'étude de la fiabilité organisationnelle tend à se focaliser sur une unité organisationnelle – unité de soins, avion, unité d'élite, etc. – or, il apparaît intéressant de questionner la fiabilité au niveau d'une coopération inter-organisationnelle. Ce type d'approche permettrait d'étudier la prise en charge des patients de manière transversale en décloisonnant les unités de soins. En intégrant les jonctions entre les unités, l'approche au niveau de la chaîne de prise en charge d'un patient n'y voit pas qu'une somme d'unités de soins fiables mais aborde la fiabilité sous un niveau d'analyse différent. La médecine offre donc ici un terrain intéressant car elle permet d'étudier au travers de la prise en charge d'un patient une chaîne d'entités organisationnelles en interaction. Cette collaboration scientifique entre sciences de gestion et médecine serait un levier pour d'autres terrains médicaux que celui de l'urgence vitale : services de réanimation, blocs opératoires, SAMU et projection de forces à l'extérieur de l'hôpital, etc.

Au travers de ce dernier chapitre nous avons tenté de mettre en perspective les résultats de notre recherche relatifs à une unité de soins avec le contexte organisationnel et institutionnel des établissements de santé. À ce titre, nous soulignons que les réformes du système de santé français ne sont pas que des modifications techniques mais impactent la structure et les objectifs de l'organisation. La prégnance de l'objectif d'efficience des moyens de l'hôpital tend à prendre le pas sur les autres objectifs de l'organisation. L'impératif de fiabilité, même dans le cas des urgences vitales, n'échappe pas aux tensions sur les moyens nécessaires à son accomplissement.

Ainsi, une première tension sur les ressources implique de justifier du mode de fonctionnement de l'unité de soins et d'être présent dans les instances administratives afin de pouvoir négocier et convaincre du bien-fondé de l'utilisation des ressources. Une deuxième

[73] http://www.sfar.org/scores/igs2.php

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

tension réside dans la légitimité des pratiques interstitielles qui risquent d'être considérées comme des temps morts devant être optimisés. Enfin, une dernière tension pèse sur les soignants eux-mêmes pris entre injonction d'efficience et accomplissement de la mission de l'unité de prendre en charge l'urgence vitale.

La synthèse des contributions théoriques, méthodologiques et managériales nous permet de formuler les avancées de la connaissance proposées par cette étude. Au regard de ces résultats, nous pouvons également délimiter la portée de notre étude et l'intégrer dans une perspective de recherche au long cours. Ainsi, si cette étude s'est intéressée à des niveaux d'analyse micro et méso, elle s'inscrit dans un programme de recherche – dans son acception générale plus que dans la formalisation proposée par Imre Lakatos – de proposer des études au croisement de la médecine et des sciences de gestion. La spécificité du terrain en termes d'activités, de volatilité et d'incertitude – même dans le domaine médical – souligne l'importance d'une étude au plus près de ces organisations afin de mieux comprendre comment la fiabilité y est maintenue. Les éléments que nous exposons peuvent servir de base à une réflexion plus générale du fonctionnement des hôpitaux – le rapport à l'erreur, la gestion des flux, la gestion des situations imprévues, le slack, etc. –, constitués d'unités de soins et appuyés par une administration en support de ces évolutions. L'un ne peut se faire sans l'autre au risque d'une lutte qui usera les ressources à convaincre l'autre plutôt que de s'intéresser au cœur des problématiques de sécurité du patient.

L'intégration d'autres structures organisationnelles, des réseaux organisationnels, mais également des institutions et des instances de régulation dans la compréhension de la fiabilité et de la résilience organisationnelles apparaît également comme un défi scientifique des plus stimulants. Ceci nous renvoie au défi lancé par Charles Perrow, trente ans auparavant, d'analyser les pratiques au quotidien et l'influence du contexte organisationnel et institutionnel sur la fiabilité (Le Coze, 2015, p. 285) :

> The challenge is to better grasp and articulate the connections between the imperfect organizations involved […] and on one hand, the macro (socio-cultural-political) systems in which they are embedded and at the other end, the meso-micro (socio-technological) systems that these organizations actually manage in terms of their daily operations. Hopefully, our fields and professions will not have to wait another three decades to see if this Perrovian research agenda is too ambitious.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Résumé du chapitre 6 :

La performance organisationnelle est constituée de multiples dimensions qui peuvent s'opposer. Notre étude souligne la tension entre la construction de la fiabilité et la question des moyens nécessaires à son accomplissement. Cette tension peut impacter le personnel ; qui peut alors jouer le rôle de variable d'ajustement. Mais cet ajustement n'est pas infini et impose un débat n'ignorant pas la question des moyens, sans pour autant éclipser le reste des prérogatives de l'hôpital.

Une synthèse des contributions de cette étude est proposée. Au niveau théorique, trois contributions sont formulées : l'apport du slack dans le maintien de la résilience, le rôle des espaces de discussion et les liens entre la fiabilité et les autres objectifs de l'organisation. Au niveau méthodologique, cette étude permet trois avancées : une approche processuelle du slack orientée sur les pratiques, la formalisation de l'articulation entre monde de la recherche et monde de l'organisation, et la proposition d'un journal d'enquête pour articuler les dispositifs d'observation et d'analyse. Enfin, nous proposons trois contributions managériales : réduire la dichotomie entre gestionnaires et acteurs de terrain, l'importance de la socialisation dans l'apprentissage pour être capable de gérer la volatilité des situations, et l'importance du chef de service pour justifier du type de fonctionnement étudié.

La mise en perspective des résultats nous amènent à formaliser trois limites principales de cette thèse : la spécificité du terrain qui limite la portée explicative de nos résultats, la difficulté d'accès aux jeux de négociation entre l'administration et les médecins pour protéger le slack, et la sous-représentation dans nos résultats du rôle des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État (IADE) au sein de l'unité.

Enfin, nous proposons des perspectives futures de recherche. À court terme, il s'agit d'opérer une analyse plus fine des données déjà collectées, de mener de plus amples investigations sur l'étude des jeux politiques de création et de défense du slack de l'unité, et de poursuivre notre étude du rapport à la procédure face à la prégnance de l'inattendu dans l'activité de soins. À moyen terme, trois pistes d'investigation peuvent être poursuivies : l'impact du temps en lien avec le rapport à l'urgence, la reconstruction du sens au travers des espaces de discussion, et l'approche sous l'angle de la socio-matérialité de la relation avec le patient.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'intérêt que nous portons à comprendre comment se construisent la fiabilité et la résilience organisationnelle nous a amené à nous intéresser aux processus à l'œuvre et au contexte organisationnel du déploiement de ces processus. Ainsi, nous intégrons dans notre étude le contexte opérationnel et organisationnel. À cette fin, nous avons mis en place un dispositif de collecte et d'analyse de données original afin de pouvoir saisir le déploiement des processus compte tenu de l'incertitude inhérente à l'activité d'un service d'accueil des urgences vitales et des fortes variations en termes d'intensité quantitatives et de types de situations rencontrées. L'approche ethnographique que nous avons mobilisée nous a permis d'observer le quotidien de l'activité d'une unité de soins afin de ne pas uniquement nous intéresser aux cas extrêmes ou à une gestion de crise.

L'importance du contexte dans la compréhension de la fiabilité et de la résilience organisationnelles nous a amené à réfléchir à un secteur d'activité pertinent par rapport à notre problématique. Le secteur de la médecine possède les caractéristiques d'incertitude, de complexité et d'enjeu en cas de défaillance rendant nécessaire le maintien de la fiabilité. Dans ce secteur, les services d'urgence médicale doivent prendre en charge la gestion du flux non-planifié de patients de l'hôpital. L'incertitude est donc d'autant plus forte pour ces services dont la mission consiste à gérer ce flux non-planifié de patients. Étudier ce type de services jouant un rôle de régulateur des flux imprévus est donc intéressant afin de mieux comprendre comment les unités de soins font face à l'imprévu.

Notre étude empirique s'est déroulée au sein d'une unité de soins ayant comme mission de prendre en charge l'urgence vitale. Ce terrain est au croisement des disciplines médicales ayant déjà fait l'objet d'études sur la fiabilité organisationnelle : la gestion des urgences, la chirurgie et l'anesthésie. En effet, le service d'accueil des urgences vitales (SAUV) prend en charge l'urgence vitale, est géré par des anesthésistes-réanimateurs avec la réanimation et l'anesthésie dans la même unité, et s'intègre dans un pôle des urgences d'un CHU français. De plus, le volume d'activité est suffisamment important pour en faire une unité dédiée avec ses propres locaux et son propre personnel, rendant son étude plus aisée.

Nous avons formalisé la problématique de recherche de cette thèse autour de deux questions : comment ces processus se déploient dans le contexte opérationnel face aux situations rencontrées ? Quel est l'impact du contexte organisationnel sur le maintien de la

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

fiabilité ? Il s'agit donc non seulement d'analyser les pratiques constitutives des processus de maintien de la fiabilité dans le contexte opérationnel mais également de comprendre les processus organisationnels à l'appui des situations. Ceci nous amène à chercher à comprendre comment les différents processus s'articulent entre eux pour assurer le maintien de la fiabilité selon les situations rencontrées, la dynamique de ces processus et comment ceux-ci se déploient dans le temps dans un contexte opérationnel et organisationnel donné.

Nous avons structuré les réponses apportées à notre problématique de recherche au travers de trois boucles principales d'investigation. Une première a cherché à décrire les pratiques constitutives des processus de fiabilité et de résilience identifiés dans la littérature. Les différentes pratiques étudiées sont traversées par l'importance d'assurer un niveau de fiabilité constant pour prendre en charge les patients.

La culture permet de diffuser l'importance de la mission de l'unité : gérer le flux non-planifié de patients ayant une urgence vitale réelle ou potentielle. Cette culture valorise à la fois la compétence et l'humilité à avoir face à la complexité de l'urgence vitale. Ces deux éléments de compétence et d'humilité se retrouvent également dans le recrutement, l'intégration des nouveaux membres et l'apprentissage.

Il est donc important de travailler en équipe pour assurer la mission de l'unité. La performance du travail en équipe est rendue possible par la variété requise de ses membres et de ses pratiques ainsi que par l'instauration d'une confiance entre ses membres. La performance de l'équipe n'est pas figée et évolue en développant un apprentissage dans la structuration même de l'activité de l'unité, qui sert à la fois de levier d'intégration des nouveaux membres et d'adaptation des membres déjà présents.

Notre étude permet également de mieux comprendre l'enjeu de la gestion du flux de patients afin de pouvoir être en capacité d'assurer une prise en charge dans les meilleures conditions possibles et d'éviter une saturation de l'unité qui pourrait mettre en péril la mission de l'unité.

Enfin, au-delà des processus identifiés dans la littérature, nous mettons en avant l'importance du slack qui pré-mobilise les ressources nécessaires à la gestion de l'urgence vitale. Néanmoins, ce slack doit être négocié et défendu par l'unité de soins auprès de l'administration de l'hôpital.

Cette description des pratiques en lien avec les processus de maintien de la fiabilité et de la résilience organisationnelles nous amène à nous intéresser à d'autres éléments relatifs aux situations de prise en charge intervenant dans le contexte opérationnel : le respect de l'expertise et la circulation de l'information pour assurer la coordination de la prise en charge

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

d'un patient et le rôle de la procédure, qui est à la fois ressource et frontière dans la prescription du travail. Face à ces différents éléments aux niveaux organisationnel et opérationnel nous initions une nouvelle boucle d'investigation : dans l'activité liée à l'urgence vitale, chaque situation n'est-elle pas potentiellement exceptionnelle ?

Ce nouveau questionnement se concentre sur l'idée d'incertitude dans la prise en charge des patients et la nécessité d'une action quasi-immédiate qu'impose l'urgence vitale. Plutôt que de catégoriser les situations de prise en charge, nous les abordons alors sous la forme de trajectoires en nous intéressant aux points d'inflexion.

Au niveau organisationnel, une première inflexion de la trajectoire est liée à la saturation de l'unité qui est atténuée par les capacités de négociation des médecins et leur capital social - qui doit être de plus en plus important à mesure que la saturation de l'unité augmente.

Un deuxième point d'inflexion est relatif à la gestion de l'incertitude liée à la prise en charge de l'urgence vitale. Nos résultats soulignent l'intégration de l'incertitude dans la pratique de la médecine plutôt que de chercher à la réduire.

Enfin, au niveau situationnel, le slack vient répondre à la volatilité et à l'urgence vitale des situations qui imposent une action immédiate. La création et la consommation de slack en situation permettent d'assurer la résilience de l'unité de soins et répondent à l'impératif d'avoir des ressources prêtes à être utilisées si la potentialité de l'instabilité se réalise – consommation totale ou partielle du slack – ou si cette instabilité diminue ou augmente et nécessitant d'ajuster le slack – création ou démobilisation de slack. La capacité à créer et consommer du slack assure la résilience de l'unité. Mais cette création et cette consommation de slack situationnel ne sont pas formalisées par une procédure. Difficilement identifiables pour qui n'est pas dans l'action, la justification de la nécessité d'un slack auprès de l'administration hospitalière en est d'autant plus difficile.

Cette approche en termes de dynamique des situations de prise en charge, si elle offre une vision plus fine de l'activité, ne répond pas à la question de l'articulation entre situation et organisation. Une dernière boucle d'investigation porte donc sur l'articulation entre les situations rencontrées et l'organisation.

Cette troisième boucle d'investigation cherche à articuler les niveaux d'analyse situationnel et organisationnel, et intègre la question de la temporalité de cette articulation. Pour ce faire, nous mobilisons le concept d'espace de discussion (Detchessahar, 2003) en proposant une relecture en lien avec notre étude empirique. Ce prisme permet d'identifier des

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

espaces de discussion routinisés – visibles, formels et pour certains institutionnalisés – et des espaces de discussion interstitiels – moins formels et moins visibles. Ces espaces de discussion s'inscrivent dans différentes temporalités et alimentent les différents processus organisationnels selon l'intensité des situations vécues. Ces espaces jouent un rôle modérateur en modulant certains processus – en les renforçant ou en les modifiant dans le temps – selon les situations rencontrées.

Au travers de cette thèse nous contribuons à mieux comprendre comment se construit la fiabilité dans le temps et comment une unité de soins traitant de l'urgence vitale fait face aux chocs liés à son activité. Mais ces résultats sont à mettre en perspective avec la question des ressources nécessaires à la fiabilité et la résilience. En effet, l'impératif de fiabilité lié à l'activité de l'organisation n'est pas l'unique objectif de ces organisations. Au même titre que l'efficience ou les choix stratégiques, la résilience et la fiabilité peuvent être pris en compte dans la mesure de la performance des organisations (Altintas & Royer, 2009). Dans cette perspective, la fiabilité n'est donc pas à opposer à la performance et peut être intégrée comme une dimension de la performance des organisations (Hollnagel et al., 2009). Longtemps considéré comme supplantant les autres objectifs de l'organisation (Bigley & Roberts, 2001), le maintien de la fiabilité se révèle plus complexe dans les faits où les différentes dimensions de la performance peuvent s'opposer – notamment, comme nous l'exposons dans cette thèse, l'impératif de fiabilité face à la rationalisation des coûts.

La question de la défaillance face au manque de moyens renvoie, là aussi, à une réalité plus complexe. La diminution des moyens n'entraîne pas, de manière linéaire, de diminution de la qualité ou de la sécurité. Ainsi, la tension liée à l'amélioration de l'efficience – un niveau d'output constant avec des inputs réduits – est absorbée par l'éthique professionnelle des soignants pour accomplir leur mission. Se pose alors la question d'un point de rupture que peut amener cette tension et des conséquences sur la sécurité du patient et sur le personnel soignant.

En synthèse, si la littérature sur les HROs préconise la mise en place de moyens importants pour assurer la fiabilité du fait de l'enjeu en cas de défaillance, ceux-ci ne sont pas infinis et doivent être justifiés et négociés. La problématique des ressources dans les HROs ne se posent pas habituellement compte tenu de la mission. Il peut paraître absurde de demander à un porte-avions d'être rentable face à l'importance de sa mission. Mais l'importance de cette mission est à intégrer dans un contexte plus général qui évolue. Par exemple, un porte-avions

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

a un coût qui, s'il est aisément justifié pour le contribuable en temps de guerre, est beaucoup plus difficile à justifier en temps de paix. Ce coût est également questionné face à d'autres priorités stratégiques. En reprenant l'exemple des porte-avions américains, le contexte de fin de Guerre froide et le *Reagan's Military Buildup* ont orienté les budgets vers des programmes de hautes technologies – par exemple le programme du bombardier furtif B-2 – au dépend d'autres programmes plus classiques. La question des ressources n'est donc pas qu'une question de quantité mais également une question d'allocation. Même les organisations traditionnellement identifiées comme HRO sont confrontées à ces problématiques.

L'évolution de la littérature sur la fiabilité organisationnelle s'est donc infléchie au fil du temps. Considéré comme un objectif dominant les autres objectifs de l'organisation (Roberts, 1990a), différentes études – dont cette thèse fait partie – révèlent que la fiabilité est au même niveau que les autres objectifs. Ainsi ceux-ci vont interagir, s'influencer ou s'opposer dans l'organisation. La fiabilité peut alors être un objectif annoncé mais se diluer compte tenu des autres objectifs. Il est alors possible de voir dans la NAT un rappel sur le danger des HROs qui, en perdant de vue leur objectif de fiabilité, peuvent conduire à des catastrophes dont l'ampleur dépasse la seule survie de l'organisation.

Comme Schulman (2004) le précise, il n'existe pas d'organisation sûre *per se* car la performance passée ne peut déterminer la sûreté future. La fiabilité n'est donc pas tant un état organisationnel qu'un mode d'action. Finalement, le terme de HRO, pourtant largement diffusé, est un terme peut-être maladroit car il suppose une complétude de la fiabilité. Or, comme nous l'avons développé au travers d'une approche processuelle, il s'agit plus d'une recherche de fiabilité qu'un état accompli. La fiabilité est un processus permanent sans cesse transformé et adapté aux situations. Cette transformation se fait dans la dimension d'action – le présent – en se servant du passé par rapport à un futur souhaité. Les espaces de discussion jouent, à ce titre, un rôle crucial de vecteur temporel des situations rencontrées par l'organisation.

Au-delà des résultats à proprement parler, nous souhaitons également revenir sur la façon dont nous sommes parvenus à nos résultats. Cette recherche s'est appuyée sur une approche ethnographique. Ce type d'approche va au-delà du seul outillage méthodologique et s'inscrit dans une démarche qui cherche à comprendre au plus près le quotidien du travail dans les organisations. Cette démarche a également des conséquences épistémologiques en termes de positionnement entre chercheur, terrain et création de connaissances.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

La subjectivité de l'observateur face au monde qu'il étudie nous a amené à nous interroger sur trois points. Tout d'abord, l'ambition que nous avons eue dans cette thèse a été de décrire et de comprendre l'unité de soins étudiée. Ancré dans ce monde organisationnel, il est important de pouvoir expliciter sa position et la connaissance construite face à cette position. Deuxièmement, cette thèse a un intérêt sociétal et pose la question du rôle du chercheur et de sa responsabilité face à la connaissance qu'il produit. Enfin, au croisement des enjeux scientifiques et sociétaux, nous avons cherché à créer du sens face au métier d'enseignant-chercheur. L'éthique est à ce titre un élément important qui assure la véracité dans la construction des résultats. C'est la raison pour laquelle, dans le quatrième chapitre, nous avons exposé les dispositifs mis en place afin d'assurer le systématisme et la traçabilité de nos résultats. C'est également au travers de ces dispositifs, d'accepter que, comme les acteurs de terrain, le chercheur soit faillible et biaisé et doit donc tenter d'en minimiser les effets.

Ces trois éléments – positionnement du chercheur sur son terrain, enjeux sociétaux et éthique de la recherche - questionnent le caractère utile d'une recherche, de savoir si la connaissance produite ne se limite pas à son côté théorique et abstrait mais également à sa pertinence pour le terrain étudié. Si ce projet de recherche présente une utilité pour les soignants, il assure également pour le gestionnaire d'hôpital une meilleure compréhension des problèmes rencontrés et les motivations des revendications formulées. Il s'agit donc d'apporter des connaissances pour ces deux mondes qui souvent s'ignorent et se méfient l'un l'autre.

Comme le rappellent Corley et Gioia (2011), la production scientifique dispose de critères d'intérêt scientifique mais fait peser un risque d'éloignement avec le monde des organisations. Il est donc intéressant d'ancrer une recherche dans un contexte organisationnel qui fait émerger la théorisation afin d'éviter de créer une boucle hermétique des chercheurs sur eux-mêmes. Mais se pose alors la question de savoir si « une connaissance valide se réduit-elle à une connaissance « qui marche » ? » (Girod-Séville & Perret, 2002, p. 333). Il peut être intéressant d'aborder cette question non pas sur le caractère actionnel de la connaissance mais sur son caractère utile. Cette utilité de la connaissance peut servir les praticiens – ce qui est l'objet de nos contributions managériales – et positionne le chercheur à hauteur d'homme et non pas surplombant la réalité organisationnelle Une relation éthique existe entre le travail de recherche et l'amélioration de la fiabilité dans la pratique des soins qui, si elle n'est pas utile

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

directement par le praticien, sert un objectif sociétal. Enfin, cette utilité de la connaissance est à relier avec un programme de recherche au long cours et cherche à éviter le problème inverse d'une connaissance normative utile dégagée de tout projet de connaissance véritable.

Ce caractère utile n'est donc pas synonyme de pratico-praticité et peut servir d'autres intérêts que ceux des praticiens de l'organisation étudiée. Cela permet de questionner la connaissance non pas sur son degré actionnable mais sur son degré d'utilité pour servir au mieux un propos. Enfin, cela renvoie à une réflexion éthique de la connaissance produite - le « quoi » et le « comment » de cette connaissance produite. Comme nous l'avons développé, les critères de validité de la connaissance passe donc à la fois par les conditions d'explicitation et de justification de l'explication avancée mais également les implications concrètes de cette connaissance pour formuler la réponse à un problème visant à « rendre le monde organisationnel meilleur » (Girod-Séville & Perret, 2002, p. 335). Se pose alors inévitablement la question de définir ce qu'est « un monde organisationnel meilleur ». S'agit-il de créer, comme le questionnent Golsorkhi et Huault (2006), de la connaissance sur le management ou de la connaissance pour le management ?

En réponse à la question de l'utilité d'une recherche en sciences de gestion, cette thèse ouvre sur un programme de recherche autour de la fiabilité organisationnelle pour tenter de répondre aux enjeux sociétaux. Nous considérons donc cette thèse plus comme un point de départ que comme un point final, où les perspectives futures que nous avons formalisées sont autant de points d'ancrage pour construire de nouvelles questions.

L'étude de l'hôpital permet de contribuer à la littérature sur la fiabilité organisationnelle sur de nombreux points : analyser la tension entre la fiabilité et la rationalisation des coûts, le rôle de l'incertitude, la pression temporelle de l'urgence, etc. Cela représente également un intérêt sociétal, en formalisant les apports des facteurs humains et organisationnels à l'amélioration de la sécurité du patient. Enfin, nos résultats permettent de comprendre, pour l'hôpital, la contribution des facteurs humains et organisationnels à la performance de l'organisation – par exemple, l'apport du slack ou l'intérêt de réduire la dichotomie entre personnel administratif et personnel soignant. Cette thèse s'inscrit donc dans la proposition énoncée par Sutcliffe *et al.* (2017) de poursuivre le travail de recherche autour de la fiabilité organisationnelle dans le secteur de la médecine. Les recherches autour de la fiabilité dans ce secteur – au croisement des sciences de gestion et de la médecine - se sont particulièrement développées ces dernières années, comme l'illustre la revue *BMJ Quality & Safety* et le

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

nombre de publications relatif à la fiabilité et à la résilience organisationnelle et ses conséquences sur la sécurité du patient.

Loin de se limiter à des études quantitatives sur la généralisation de pratiques, de plus en plus de publications mobilisent des approches qualitatives. Ces études présentent également un intérêt pour la sécurité du patient au niveau des pratiques mais également au niveau des politiques de santé : la fiabilité comme dimension de la performance, la limite des indicateurs chiffrés dans la compréhension du phénomène, la question des moyens, le rapport à l'erreur, etc. À ce titre, les approches ethnographiques ont un rôle à jouer dans cette compréhension en étudiant au plus près les pratiques liées à l'activité de soins (Cupit, Mackintosh, & Armstrong, 2018, p. 259) :

> For us, an important part of the value of ethnography for studying the improvement of quality and safety in healthcare is to explicitly seek to expose the nuances of culture and what actually happens in the setting (work as done rather than work as imagined). This requires an openness to question how well quality improvement endeavours are aligned with the cultural context and the interests of those working or receiving care in the setting (see, e.g., Mackintosh et al). […] However, this may well require time in terms of establishing new relationships and trust, in order to bear witness to and understand aspects of 'backstage' as well as 'frontstage' practice, recognising that how people behave and interact with others is shaped by the time and place in which this occurs, as well as by the 'audience' present to witness it.

En articulant les situations vécues – par les individus, l'équipe et l'unité de soins – avec le contexte organisationnel, notre programme de recherche s'inscrit donc dans cette approche au plus près des pratiques des acteurs afin de comprendre la construction dans le temps de la fiabilité et de la résilience en intégrant le contexte organisationnel.

Finalement, depuis l'article de Rochlin *et al.* (1987) - *The self-designing high-reliability organization: Aircraft carrier flight operations at sea* – une grande importance a été accordée au *high-reliability* mais nous souhaitons mettre en avant l'idée de *self-designing*. Cette *high-reliability* est ancrée dans un temps, un lieu, une histoire, et une activité - bien souvent peu banale comme sauver des vies – et n'est pas issue d'une autorité administrative qui autorise ou ordonne de basculer dans un mode ou dans l'autre. Cette tension qui peut exister entre ce *self-designing* et l'administration hospitalière doit s'intégrer dans notre compréhension de la construction de la fiabilité. Ce programme de recherche n'appelle donc qu'à se développer. Comme nous y invite Bourrier (2011, p. 12) : «The investigation must go on ».

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

BIBLIOGRAPHIE

Académie nationale de médecine. (2006). Bulletin de l'académie nationale de médecine, *190*(9), 1863–2121.

Adler, P. A., & Adler, P. (1987a). *Membership roles in field research*. Sage Publications London.

Adler, P. A., & Adler, P. (1987b). The past and the future of ethnography. *Journal of Contemporary Ethnography*, *16*(1), 4–24.

Adler, P. A., & Adler, P. (1994). Observational Techniques. In Denzin, Norman K. and Yvonna S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (Thousand Oaks, CA: Sage Publications, pp. 377–392).

Adler, P. A., & Adler, P. (2012). Keynote address tales from the field: Reflections on four decades of ethnography. *Qualitative Sociology Review*, *8*(1), 10–32.

Adrot, A., & Garreau, L. (2010). Interagir pour improviser en situation de crise. *Revue Française de Gestion*, *36*(203), 119–131.

Agier, M. (2015). Le dire-vrai de l'anthropologue. Réflexions sur l'enquête ethnographique du point de vue de la rencontre, des subjectivités et du savoir. *Mondes Ethnographiques*, (30).

Alfandari, P., Nobre, T., Baille, N., & Walker, J.-P. (2007). Positionnement stratégique des hôpitaux. In *L'hôpital et les réseaux de santé, Institut de socio-économie des entreprises et des organisations (ISEOR)*. Economica.

Allard-Poesi, F. (2003). Sens collectif et construction collective du sens. In B. Vidaillet, *Le sens de l'action* (pp. 91–114). Éditions Vuibert.

Almklov, P. G., & Antonsen, S. (2014). Making Work Invisible: New Public Management And Operational Work In Critical Infrastructure Sectors: Npm And Operational Work In Critical Infrastructure Sectors. *Public Administration*, *92*(2), 477–492.

Alsène, E., & Pichault, F. (2007). La coordination au sein des organisations: éléments de recadrage conceptuel. *Gérer et Comprendre, Annales Des Mines*, *87*, 61–77.

Altintas, G., & Royer, I. (2009). Renforcement de la résilience par un apprentissage post-crise : une étude longitudinale sur deux périodes de turbulence. *M@n@gement*, *12*(4), 266–293.

Amalberti, R. (1996). *La conduite de systèmes à risques: le travail à l'hôpital*. Presses universitaires de France.

Amalberti, R. (1998). Les facteurs humains à l'aube de l'an 2000. *Phoebus*, *5*, 5–12.

Amar, A., & Berthier, L. (2007). Le nouveau management public: avantages et limites. *Gestion et Management Publics*, *5*, 1–14.

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

Arborio, A.-M., & Fournier, P. (2010). *L'Enquête et ses méthodes : l'observation directe* (3e édition). Paris: Armand Colin.

Argote, L. (1982). Input uncertainty and organizational coordination in hospital Emergency units. *Administrative Science Quarterly*, *27*(3), 420–434.

Argote, L. (2006). Introduction to mindfulness. *Organization Science*, *17*(4), 501–501.

Arnold, P. (2014). Quality and Safety in High-Reliability Organizations. In P. Kelly, B. A. Vottero, & C. Christie-McAuliffe (Eds.), *Introduction to Quality and Safety Education for Nurses : Core Competencies*. Springer Publishing Company.

Avenier, M.-J., & Gavard-Perret, M.-L. (2012). Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique. In M.-L. Gavard-Perret, D. Gotteland, C. Haon, & A. Jolibert, *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion -Réussir son mémoire ou sa thèse en science de gestion* (pp. 11–62). Paris: Pearson Education.

Avenier, M.-J., & Thomas, C. (2012). A quoi sert l'épistémologie dans la recherche en sciences de gestion? Un débat revisité. *Le Libellio d'Aegis*, *8*(4), 13–27.

Ayache, M., & Dumez, H. (2011a). Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective? *Le Libellio d'Aegis*, *7*(2), 33–46.

Ayache, M., & Dumez, H. (2011b). Réflexions en forme de réponses: à propos du codage dans la recherche qualitative. *Le Libellio d'Aegis*, *7*(3), 29–34.

Ayache, M., & Dumez, H. (2011c). Réflexions en forme de réponses : à propos du codage dans la recherche qualitative. *Le Libellio d'Aegis*, *7*(3), 29–34.

Bain, W. A. (1999). Application of theory of action to safety management: Recasting the NAT/HRT debate. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *7*(3), 129–140.

Baker, D. P., Gustafson, S., Beaubien, J. M., Salas, E., & Barach, P. (2005). *Medical team training programs in health care*. DTIC Document.

Bansal, P., & Corley, K. G. (2011). From the Editors - The coming of age for qualitative research: embracing the diversity of qualitative methods. *Academy of Management Journal*, *54*(2), 233–237.

Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. *Recherches Qualitatives. Hors-Série (2)*, 98–114.

Barley, S. R. (1990). Images of imaging: Notes on doing longitudinal field work. *Organization Science*, *1*(3), 220–247.

Barrett, F. J. (1998). Creativity and improvisation in jazz and organizations: Implications for organizational learning. *Organization Science*, *9*(5), 605–622.

Bastianutti, J. (2012). *Quand la responsabilité sociale de l'entreprise remet la stratégie en question(s). Quatre variations autour des enjeux théoriques et empiriques soulevés par la RSE, prise comme objet stratégique*. CRG-Ecole polytechnique, Palaiseau.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Baumard, P., Donada, C., Ibert, J., & Xuereb, J.-M. (2007). La collecte des données et la gestion de leurs sources. In Raymond-Alain Thiétart et al., *Méthodes de recherche en management* (pp. 173–191). Dunod.

Baumard, P., & Ibert, J. (2007). Quelles approches avec quelles données ? In Raymond-Alain Thiétart et al., *Méthodes de recherche en management* (pp. 84–106). Dunod.

Beaud, S. (1996). L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique». *Politix*, *9*(35), 226–257.

Beaud, S., & Weber, F. (2010). *Guide de l'enquête de terrain. 4e éd*. La Découverte.

Bechky, B. A., & Okhuysen, G. A. (2011). Expecting the unexpected? How SWAT officers and film crews handle surprises. *Academy of Management Journal*, *54*(2), 239–261.

Becker, H. S. (2014). Réflexions sur le travail de terrain et ses problèmes. *Recherches Qualitatives*, *33*(1), 1–8.

Becker, H. S., & Geer, B. (1957). Participant observation and interviewing: A comparison. *Human Organization*, *16*(3), 28–32.

Becker, M. C. (2004). Organizational routines: a review of the literature. *Industrial and Corporate Change*, *13*(4), 643–678.

Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression : Enquête sur le nouveau management public*. La Découverte.

Benn, J., Healey, A. N., & Hollnagel, E. (2008). Improving performance reliability in surgical systems. *Cognition, Technology & Work*, *10*, 323–333.

Bertalanffy, L. von. (1972). The History and State of General Systems Theory. *Academy of Management Journal*, *15*(4), 407–426.

Bertilsson, T. M. (2004). The Elementary Forms of Pragmatism: On Different Types of Abduction. *European Journal of Social Theory*, *7*(3), 371–389.

Bierly, P. E., & Spender, J.-C. (1995). Culture and high reliability organizations: The case of the nuclear submarine. *Journal of Management*, *21*(4), 639–656.

Bigley, G. A., & Roberts, K. H. (2001). The incident command system : High-reliability Organizing for complex and volatile task environments. *Academy of Management Journal*, *44*(6), 1281–1299.

Blatt, R., Christianson, M. K., Sutcliffe, K. M., & Rosenthal, M. M. (2006). A sensemaking lens on reliability. *Journal of Organizational Behavior*, *27*(7), 897–917.

Bleichner, G., Braun, F., Burnouf, J.-M., Cerfontaine, C., Delaire, L., Drussant, P., … others. (2005). Architecture des services d'urgence: Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. *Journal Européen Des Urgences*, *18*(2), 102–126.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Boin, A., & Schulman, P. (2008). Assessing NASA's Safety Culture: The Limits and Possibilities of High-Reliability Theory. *Public Administration Review*, *68*(6), 1050–1062.

Boin, A., & van Eeten, M. J. G. (2013). The Resilient Organization. *Public Management Review*, *15*(3), 429–445.

Boulding, K. E. (1956). General Systems Theory_Boulding. *Management Science*, *2*(3), 197–208.

Bourdieu, P. (1980). Le capital social. Notes provisoires. *Actes de La Recherche En Sciences Sociales*, *31*(1), 2–3.

Bourdieu, P. (1984). *Questions de sociologie*. Les Éditions de Minuit.

Bourgeois, L. J. (1981). On the Measurement of Organizational Slack. *The Academy of Management Review*, *6*(1), 29.

Bourgeois, L. J., & Singh, J. V. (1983). Organizational Slack and Political Behavior Among Top Management Teams. In *Academy of Management Proceedings* (pp. 43–47). Academy of Management.

Bourguignon, A. (1997). Sous les pavés la plage… ou les multiples fonctions du vocabulaire comptable: l'exemple de la performance. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, *3*(1), 89–101.

Bourion, C. (2008). Les représentations créatives dans la maitrîse de la destinée humaine. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, *14*(32), 45–66.

Bourrier, M. (1996). Organizing Maintenance Work at Two American Nuclear Power Plants. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *4*(2), 104–112.

Bourrier, M. (2003). Facteurs organisationnels : du neuf avec du vieux. *Gérer et Comprendre, Annales Des Mines*, 18–23.

Bourrier, M. (2005a). An interview with Karlene Roberts. *European Management Journal*, *23*(1), 93–97.

Bourrier, M. (2005b). The Contribution of Organizational Design to Safety. *European Management Journal*, *23*(1), 98–104.

Bourrier, M. (2011). The Legacy of the High Reliability Organization Project. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *19*(1), 9–13.

Boutiba, R., & Kammoun, M. (2015). Comprendre «ce qui se passe dans les organisations». *Revue Internationale de Psychosociologie et de Gestion Des Comportements Organisationnels*, *21*(52), 333–363.

Bouty, I., & Drucker-Godard, C. (2012). La coordination comme un rythme. Le cas d'un voilier de course. *Revue Française de Gestion*, *38*(223), 153–166.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Bouty, I., Drucker-Godard, C., Godé, C., Lièvre, P., Nizet, J., & Pichault, F. (2011a). La résolution des problèmes concrets de coordination en situation extrême : essai de synthèse. *Management & Avenir*, *41*(1), 472–479.

Bouty, I., Drucker-Godard, C., Godé, C., Lièvre, P., Nizet, J., & Pichault, F. (2011b). Les pratiques de coordination en situation extrême. *Management & Avenir*, *41*(1), 387–393.

Bouty, I., Godé, C., Drucker-Godard, C., Lièvre, P., Nizet, J., & Pichault, F. (2012). Coordination practices in extreme situations. *European Management Journal*, *30*(6), 475–489.

Brami, J., & Amalberti, R. (2010). *La sécurité du patient en médecine générale*. Springer.

Braun, F. (2012). Urgentistes au bord de la crise de nerf... *Annales françaises de médecine d'urgence*, *2*(4), 222–223.

Brion, S. (2005). La coordination par la vigilance collective réciproque. *Revue Française de Gestion*, *31*(154), 141–157.

Burnel, P. (2017). L'impact de la T2A sur la gestion des établissements publics de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, *35*(2–3), 67–79.

Burns, T., & Stalker, G. M. (1961). *The Management of Innovation*. London:Tavistock.

Burrell, G., & Morgan, G. (1979). In Search of a Framework. In *Sociological Paradigms and Organizational Analysis* (pp. 1–37).

Carol Rogers, S. (2002). L'anthropologie en France. *Terrain. Anthropologie & Sciences Humaines*, (39), 141–162.

Carroll, J. S., & Edmondson, A. C. (2002). Leading organisational learning in health care. *Quality and Safety in Health Care*, *11*(1), 51–56.

Carroll, J. S., Hatakenaka, S., & Rudolph, J. W. (2006). Naturalistic Decision Making and Organizational Learning in Nuclear Power Plants: Negotiating Meaning Between Managers and Problem Investigation Teams. *Organization Studies*, *27*(7), 1037–1057.

Caveng, R., & Darbus, F. (2017). Cachez ces faits que je ne saurais voir ! *Revue d'anthropologie Des Connaissances*, *11*(4), 511–520.

Cazal, D. (2000). Comparaisons internationales et GRH: intérêt d'une approche en termes de réflexivité. *Les Cahiers de La Recherche*.

Chabernaud, J.-L., Cheron, G., Dalmas, S., Floret, D., Leveau, P., Mardegan, P., … Wodey, E. (2003). Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation, et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales pédiatriques. *Réanimation*, *12*(7), 519–525.

Charreire Petit, S., & Durieux, F. (2007). Explorer et Tester : Deux voies pour la recherche. In Raymond-Alain Thiétart et al., *Méthodes de recherche en management* (pp. 58–83). Dunod.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Charreire, S., & Huault, I. (2002). Cohérence épistémologique : les recherches constructivistes françaises en management" revisitées". In N. Mourgues (Ed.), *Questions de méthodes en sciences de gestion* (pp. 297–318). EMS Management & Société.

Charue-Duboc, F., & Raulet-Croset, N. (2014). Confrontation de logiques institutionnelles et dynamique des routines organisationnelles. *Revue Française de Gestion*, *40*(240), 29–44.

Chauvin, C. (2010). Le facteur humain et la sécurité maritime. *Revue Maritime*, (489), 14–21.

Chédotel, F. (2005). L'improvisation organisationnelle - Concilier formalisation et flexibilité d'un projet. *Revue Française de Gestion*, *154*(1), 123–140.

Christianson, M. K., Sutcliffe, K. M., Miller, M. A., & Iwashyna, T. J. (2011). Becoming a high reliability organization. *Critical Care*, *15*(6), 18–22.

Claret, P.-G., Bobbia, X., Richard, P., Poher, F., & de La Coussaye, J.-E. (2014). Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutionsOvercrowding in emergency departments: Causes, Consequences and Solutions. *Annales Françaises de Médecine d'urgence*, *4*(2), 96–105.

Clarke, L. (1999). *Mission improbable: Using fantasy documents to tame disaster*. University of Chicago Press.

Claveranne, J.-P. (2003). L'hôpital en chantier : du ménagement au management. *Revue Française de Gestion*, *29*(146), 125–129.

Clifford, J. (1990). Notes on (field) notes. In R. Sanjek, *Fieldnotes: The makings of anthropology* (pp. 47–70).

Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Presses Universitaires de France.

Clot, Y., & Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail: concepts et méthodes, *4*, 7–42.

Clot, Y., & Leplat, J. (2005). La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail. *Le travail humain*, *68*(4), 289.

Collombet, A., Saall, H., & Zardet, V. (2007). Analyse stratégique du contexte hospitalier. In *L'hôpital et les réseaux de santé, Institut de socio-économie des entreprises et des organisations (ISEOR)*. Economica.

Colquitt, J. A., LePine, J. A., Zapata, C. P., & Wild, R. E. (2011). Trust in Typical and High-Reliability Contexts: Building and Reacting to Trust among Firefighters. *Academy of Management Journal*, *54*(5), 999–1015.

Conchie, S. M., Donald, I. J., & Taylor, P. J. (2006). Trust: Missing piece (s) in the safety puzzle. *Risk Analysis*, *26*(5), 1097–1104.

Cooren, F., Kuhn, T., Cornelissen, J. P., & Clark, T. (2011). Communication, Organizing and Organization: An Overview and Introduction to the Special Issue. *Organization Studies*, *32*(9), 1149–1170.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Corley, K. G., & Gioia, D. A. (2004). Identity ambiguity and change in the wake of a corporate spin-off. *Administrative Science Quarterly*, *49*(2), 173–208.

Corley, K. G., & Gioia, D. A. (2011). Building theory about theory building: what constitutes a theoretical contribution? *Academy of Management Review*, *36*(1), 12–32.

Cornelissen, J. P. (2012). Sensemaking Under Pressure: The Influence of Professional Roles and Social Accountability on the Creation of Sense. *Organization Science*, *23*(1), 118–137.

Cornelissen, J. P., Mantere, S., & Vaara, E. (2014). The Contraction of Meaning: The Combined Effect of Communication, Emotions, and Materiality on Sensemaking in the Stockwell Shooting. *Journal of Management Studies*, *51*(5), 699–736.

Corvellec, H., & Risberg, A. (2007). Sensegiving as mise-en-sens—The case of wind power development. *Scandinavian Journal of Management*, *23*(3), 306–326.

Côté, A. (2013). L'ethnographe au pays des cliniciens. *Revue Internationale de Psychosociologie et de Gestion Des Comportements Organisationnels*, *HS*(Supplément), 197–207.

Couty, É. (2013). Financer l'hôpital, le professionnel ou le parcours du patient ? *Les Tribunes de la santé*, *40*(3), 23–35.

Cox, S., & Flin, R. (1998). Safety culture: philosopher's stone or man of straw? *Work & Stress*, *12*(3), 189–201.

Creese, A., Bhatt, A., Bhojani, N., & Martin, P. (2008). Fieldnotes in team ethnography: researching complementary schools. *Qualitative Research*, *8*(2), 197–215.

Cummings, L. L. (1984). Book Review - Normal Accidents: Living with High-Risk Technologies - Charles Perrow - Basic Books,1984. *Administrative Science Quarterly*, *29*(4), 630–632.

Cunliffe, A. L. (2003). Reflexive inquiry in organizational research: Questions and possibilities. *Human Relations*, *56*(8), 983–1003.

Cunliffe, A. L. (2010). Retelling Tales of the Field: In Search of Organizational Ethnography 20 Years On. *Organizational Research Methods*, *13*(2), 224–239.

Cupit, C., Mackintosh, N., & Armstrong, N. (2018). Using ethnography to study improving healthcare: reflections on the 'ethnographic'label. *BMJ Quality & Safety*, *27*(4), 258–260.

Cyert, R. M., & March, J. G. (1963). A behavioral theory of the firm. *Englewood Cliffs, NI: Prentice-Hall*.

d'Arcimoles, C.-H. (2009). Fiabilité de la valeur, valeur de la fiabilité. *Revue Française de Gestion*, *35*(198–199), 151–171.

Danet, F. (2008). La médecine d'urgence. Du sale boulot à l'expansion sans limite. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, *78*(2), 67–78.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Danet, F., Brémond, M., & Robert, D. (2004). Les Urgences. *Études*, (5), 599–610.

Danet, F., Brémond, M., & Robert, D. (2006). Le travail du médecin aux urgences : reniement, adaptation ou transformation ? *Nouvelle revue de psychosociologie*, *1*(1), 103.

de Bovis, C. (2009). D'une prévention des risques classique à des organisations à haute fiabilité. *Management & Avenir*, *27*(7), 241–259.

de Bovis-Vlahovic, C., Baret, C., & Yalenios, J. (2014). The contributions of the concept of 'high reliability organisation' to the improvement of safety and quality in French paediatric acute care services. *Journal de gestion et d'économie médicales*, *32*(5), 333–352.

De Bruijne, M., & Van Eeten, M. (2007). Systems that should have failed: critical infrastructure protection in an institutionally fragmented environment. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *15*(1), 18–29.

De Vaujany, F.-X., & Mitev, N. (2015). Chapitre 6 : Introduction au tournant matériel en théories des organisations. In *Les théories des organisations*. Économica.

Dejours, C. (2010). *Le facteur humain*. Presses universitaires de France.

Denison, D. R. (1996). What is the Difference between Organizational Culture and Organizational Climate? A Native's Point of View on a Decade of Paradigm Wars. *The Academy of Management Review*, *21*(3), 619–654.

Deslauriers, J.-M., Deslauriers, J.-P., & LaFerrière-Simard, M. (2017). La méthode de l'incident critique et la recherche sur les pratiques des intervenants sociaux, *36*(1), 94–112.

Desmettre, T. (2014). Le modèle HFO (haute fiabilité organisationnelle): un équilibre entre les hommes, l'organisation, les outils et les situations. *Annales françaises de médecine d'urgence*, *4*(1), 4–5.

Desreumaux, A. (2005). *Théorie des organisations*. Éditions EMS.

Detchessahar, M. (2003). L'avènement de l'entreprise communicationnelle. *Revue française de gestion*, *29*(142), 65–84.

Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, *19*(1), 57–80.

Detchessahar, M., & Honoré, L. (2002). Fonctionnement et performance des équipes autonomes : le cas des ateliers de soudure des Chantiers de l'Atlantique. *Revue Finance, Contrôle, Stratégie*, *5*(1), 43–75.

Dewey, J. (1967). *Logique. La théorie de l'enquête*. Paris: PUF.

Dixon, N. M., & Shofer, M. (2006). Struggling to Invent High-Reliability Organizations in Health Care Settings: Insights from the Field. *Health Services Research*, *41*(4p2), 1618–1632.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Dixon-Woods, M., Leslie, M., Bion, J., & Tarrant, C. (2012). What counts? An ethnographic study of infection data reported to a patient safety program. *Milbank Quarterly*, *90*(3), 548–591.

Dosi, G., Teece, D. J., & Winter, S. (1992). Toward a theory of corporate coherence: preliminary remarks. In G. Dosi, R. Giannetti, & P. A. Toninelli (Eds.), *Technology and enterprise in a historical perspective* (pp. 185–211).

Drucker-Godard, C., Ehlinger, S., & Grenier, C. (2007). Validité et fiabilité de la recherche. In Raymond-Alain Thiétart et al., *Méthodes de recherche en management* (Raymond-Alain Thiétart et al., pp. 263–293). Dunod.

Drupsteen, L., & Guldenmund, F. W. (2014). What Is Learning? A Review of the Safety Literature to Define Learning from Incidents, Accidents and Disasters: A Review About Learning from Incidents, Accidents and Disasters. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *22*(2), 81–96.

Dumez, H. (2008a). "À propos de la notion de situation de gestion", notes du séminaire de Benoît Journé & Nathalie Raulet-Croset, 12 juin 2008. *Le Libellio d'Aegis*, *4*(2), 36–39.

Dumez, H. (2008b). Bréviaire wittgensteinien à l'usage des doctorants (et chercheurs). *Le Libellio d'Aegis*, *4*(2), 28–35.

Dumez, H. (2011a). Éléments pour une épistémologie de la recherche qualitative en gestion - Une réponse à Marie-José Avenier. *Le Libellio d'Aegis*, *7*(1), 53–62.

Dumez, H. (2011b). Qu'est-ce que la recherche qualitative ? *Le Libellio d'Aegis*, *7*(4), 47–58.

Dumez, H. (2012a). Les trois risques épistémologiques de la recherche qualitative. *Le Libellio d'Aegis*, *8*(4), 29–33.

Dumez, H. (2012b). Qu'est-ce que l'abduction, et en quoi peut-elle avoir un rapport avec la recherche qualitative. *Le Libellio d'Aegis*, *8*(3), 3–9.

Dumez, H. (2013). Qu'est-ce que la recherche qualitative ? Problèmes épistémologiques, méthodologiques et de théorisation. *Gérer et Comprendre, Annales des Mines*, *112*(2), 29–42.

Dumez, H. (2016). *Méthodologie de la recherche qualitative*. Vuibert.

Dumez, H., & Rigaud, E. (2008). Comment passer du matériau de recherche à l'analyse ? À propos de la notion de template. *Le Libellio d'Aegis*, *4*(2), 40–46.

Duncan, R. B. (1972). Characteristics of organizational environments and perceived environmental uncertainty. *Administrative Science Quarterly*, *17*(3), 313–327.

Duymedjian, R., & Rüling, C.-C. (2010). Towards a Foundation of Bricolage in Organization and Management Theory. *Organization Studies*, *31*(2), 133–151.

Edmondson, A. C. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, *44*(2), 350–383.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Edmondson, A. C., Dillon, J. R., & Roloff, K. S. (2007). Three Perspectives on Team Learning. *The Academy of Management Annals*, *1*(1), 269–314.

Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, *14*(4), 532–550.

Eisenhardt, K. M., & Tabrizi, B. N. (1995). Accelerating adaptive processes: Product innovation in the global computer industry. *Administrative Science Quarterly*, *40*(1), 84–110.

Emerson, R. M., Fretz, R. I., & Shaw, L. L. (2001). Participant observation and fieldnotes. In P. Atkinson, A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland, & L. Lofland, *Handbook of ethnography* (pp. 352–368). London: Sage.

Eydieux, J., Journé, B., & Tillement, S. (2016). La fiabilité organisationnelle au prisme des activités interstitielles. *Gérer et Comprendre, Annales Des Mines*, *4*(126), 15–27.

Faraj, S., & Xiao, Y. (2006). Coordination in Fast-Response Organizations. *Management Science*, *52*(8), 1155–1169.

Fassin, D. (2008). Introduction. L'inquiétude ethnographique. In A. Bensa & D. Fassin, *Les politiques de l'enquête* (pp. 7–15). Paris: La Découverte.

Feldman, M. S., & Pentland, B. T. (2003). Reconceptualizing Organizational Routines as a Source of Flexibility and Change. *Administrative Science Quarterly*, *48*(1), 94.

Finlay, L. (2002). "Outing" the researcher: The provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative Health Research*, *12*(4), 531–545.

Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, *51*(4), 327–358.

Flin, R. (1998). Safety Condition Monitoring: Lessons from Made-man Disasters. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *6*(2), 88–92.

Fray, A. M. (2009). Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs. *Management & Avenir*, 142–159.

Freund, Y. (2013). Saturation des urgences : parallèle et paradoxe. *Annales françaises de médecine d'urgence*, *3*(2), 71–73.

Gaba, D. M. (2000). Structural and organizational issues in patient safety: a comparison of health care to other high-hazard industries. *California Management Review*, *43*(1), 83–102.

Gaba, D. M., Singer, S. J., Sinaiko, A. D., Bowen, J. D., & Ciavarelli, A. P. (2003). Differences in Safety Climate between Hospital Personnel and Naval Aviators. *Human Factors*, *45*(2), 173–185.

Galam, É. (2014). Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. L'exemple de l'erreur médicale. *La Presse Médicale*, *43*(4), 358–362.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Gandhi, S., & Kang, J. (2013). Nuclear safety and nuclear security synergy. *Annals of Nuclear Energy*, *60*, 357–361.

Garreau, L. (2009). *L'apport du concept de sens à l'étude du fonctionnement des équipes projet. Etudes de cas de développement de centres commerciaux chez Immochan*. Université Paris Dauphine-Paris IX.

Garsten, C. (2011). Recherches qualitatives dans les organisations : éléments méthodologiques. *Le Libellio d'Aegis*, *7*(2), 3–13.

Gaultier Le Bris, S. (2014). *Improvisation vs (méta) règles: effets sur la fiabilité d'une organisation hautement fiable: le cas d'une équipe passerelle dans la Marine nationale*. Université Rennes 1.

Gavard-Perret, M.-L., Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. (2008). *Méthodologie de la recherche : Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion* (Paris). Pearson Education.

Gentil, S. (2012). *Gérer l'événement dans un contexte d'industrialisation des soins. Une approche par l'activité de la coordination au bloc opératoire.* IEMN-IAE (Université de Nantes).

Gentil, S. (2013). Les «agencements organisationnels» des situations perturbées: la coordination d'un bloc opératoire à la pointe de la rationalisation industrielle. *Communiquer. Revue de Communication Sociale et Publique*, (8), 65–80.

Gephart, R. P., Topal, C., & Zhang, Z. (2010). Future-oriented sensemaking: Temporalities and institutional legitimation. In T. Hernes & S. Maitlis, *Process, sensemaking, and organizing* (pp. 275–312).

Gilbert, C., Amalberti, R., Laroche, H., & Paries, J. (2007). Errors and Failures: Towards a New Safety Paradigm. *Journal of Risk Research*, (7), 959–975.

Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*, *16*(1), 15–31.

Gioia, Dennis A., & Chittipeddi, K. (1991). Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation. *Strategic Management Journal*, *12*(6), 433–448.

Giordano, Y. (2006). S'organiser c'est communiquer : le rôle fondateur de la communication dans l'organizing chez Karl E. Weick. In D. Autissier & F. Bensebaa, *Les Défis du Sensemaking en entreprise* (pp. 153–168). Paris: Economica.

Girin, J. (1989). L'opportunisme méthodique dans les recherches sur la gestion des organisations. Presented at the Journée d'étude "la recherche-action en action et en question," Collège de systémique, École Centrale de Paris.

Girin, J. (1990). L'analyse empirique des situations de gestion: éléments de théorie et de méthode. In Martinet et al., *Epistémologies et sciences de gestion* (pp. 141–182). Economica.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Girin, J. (1995). Les agencements organisationnels. In F. Charue-Duboc, *Des savoirs en action* (pp. 233–279).

Girin, J., & Journé, B. (1997). La conduite d'une centrale nucléaire au quotidien : les vertus méconnues du facteur humain. Presented at the Compte-Rendu des petits déjeuners "confidences."

Girod-Séville, M., & Perret, V. (2002). Les critères de validité en sciences des organisations : les apports du pragmatisme. In N. Mourgues (Ed.), *Questions de méthodes en sciences de gestion* (pp. 315–337). EMS Management & Société.

Gittell, J. H. (2008). Relationships and Resilience: Care Provider Responses to Pressures From Managed Care. *The Journal of Applied Behavioral Science*, *44*(1), 25–47.

Gittell, J. H., Weinberg, D. B., Bennett, A. L., & Miller, J. A. (2008). Is the doctor in? A relational approach to job design and the coordination of work. *Human Resource Management*, *47*(4), 729–755.

Godelier, M. (2010). *Au fondement des sociétés humaines : Ce que nous apprend l'anthropologie*. Flammarion.

Godé-Sanchez, C. (2010). Leveraging coordination in project-based activities: What can we learn from military teamwork? *Project Management Journal*, *41*(3), 69–78.

Gold, R. L. (1958). Roles in Sociological Field Observations. *Social Forces*, *36*(3), 217–223.

Golsorkhi, D., & Huault, I. (2006). Pierre Bourdieu : critique et réflexivité comme attitude analytique. *Revue Française de Gestion*, *32*(165), 15–34.

Goodman, P. S., Ramanujam, R., Carroll, J. S., Edmondson, A. C., Hofmann, D. A., & Sutcliffe, K. M. (2011). Organizational errors: Directions for future research. *Research in Organizational Behavior*, *31*, 151–176.

Green, L. V., & Kolesar, P. J. (2004). Improving Emergency Responsiveness with Management Science. *Management Science*, *50*(8), 1001–1014.

Groleau, C. (2003). L'observation. In *Conduire un projet de recherche : Une perspective qualitative* (Yvonne Giordano, Vol. Chapitre 6, pp. 211–244). Management et Société (EMS).

Groleau, C. (2013). Dis-moi ce que tu écris je te dirai qui tu es: Matérialisation et visibilité du travail de recherche dans la pratique du shadowing. *Revue internationale de Psychosociologie*, *HS*(Supplément), 91–107.

Haas, B., & Nathens, A. B. (2008). Pro/con debate: Is the scoop and run approach the best approach to trauma services organization? *Critical Care*, *12*(5), 1–11.

Hadida, A. L., Tarvainen, W., & Rose, J. (2015). Organizational Improvisation: A Consolidating Review and Framework. *International Journal of Management Reviews*, *17*(4), 437–459.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Hannan, M. T., & Freeman, J. (1984). Structural inertia and organizational change. *American Sociological Review*, *49*(2), 149–164.

Hatch, M. J. (1999). Exploring the empty spaces of organizing: How improvisational jazz helps redescribe organizational structure. *Organization Studies*, *20*(1), 75–100.

Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A.-H. S., Dellinger, E. P., … others. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, *360*(5), 491–499.

Hecker, S., & Goldenhar, L. M. (2014). Understanding Safety Culture and Safety Climate in Construction: Existing Evidence and a Path Forward. Presented at the Literature Review Summary for Safety Culture/Climate Workshop, Washington, D.C.

Hedström, P., & Swedberg, R. (1998). Social mechanisms: An introductory essay. In P. Hedström & R. Swedberg (Eds.), *Social mechanisms: An analytical approach to social theory* (Cambridge University Press, pp. 1–31).

Helmreich, R. L. (2000). On error management: lessons from aviation. *BMJ: British Medical Journal*, *320*(7237), 781–785.

Helmreich, R. L., & Foushee, H. C. (2010). *Why CRM? Empirical and theoretical bases of human factors training*. Academic Press San Francisco, CA.

Helmreich, R. L., Merritt, A. C., & Wilhelm, J. A. (1999). The evolution of crew resource management training in commercial aviation. *The International Journal of Aviation Psychology*, *9*(1), 19–32.

Hirtzlin, I. (2017). Le financement des établissements de santé par la Tarification à l'Activité : impasses et pistes de solutions. *Journal de gestion et d'économie médicales*, *35*(2–3), 81–92.

Hofer, T. P., & Hayward, R. A. (2000). What is an error? *Effective Clininical Practice*, *3*(6), 261–269.

Holcman, R. (2014a). Comment stimuler la productivité des services publics? Les enseignements tirés de la mise en ø euvre à l'hôpital de la tarification à l'activité. *Revue Française d'administration Publique*, *148*(4), 1043–1060.

Holcman, R. (2014b). La mise en oeuvre de la tarification à l'activité en France, révélatrice des spécificités de l'hôpital public.

Hollnagel, E. (1993). *Human reliability analysis: Context and control*. London: Academic press.

Hollnagel, E. (2006). Resilience: The challenge of the unstable. In Erik Hollnagel, David D. Woods, Nancy Leveson (Eds.), *Resilience engineering: Concepts and precepts* (pp. 9–17). Hampshire, Ashgate.

Hollnagel, E., Journé, B., & Laroche, H. (2009). La fiabilité et la résilience comme dimensions de la performance organisationnelle. *M@n@gement*, *12*(4), 224–229.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Hopkins, A. (1999). The limits of normal accident theory. *Safety Science*, *32*(2), 93–102.

Hopkins, A. (2001). Was three mile island a 'normal accident'? *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *9*(2), 65–72.

Hopkins, A. (2006). Studying organisational cultures and their effects on safety. *Safety Science*, *44*(10), 875–889.

Hopkins, A. (2007). The Problem of defining High Reliability Organizations. *National Research Centre for Occupational Health and Safety Regulation, Australian National University*.

Humphreys, M., Ucbasaran, D., & Lockett, A. (2012). Sensemaking and sensegiving stories of jazz leadership. *Human Relations*, *65*(1), 41–62.

James, J. T. (2013). A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of Patient Safety*, *9*(3), 122–128.

Jordan, S., Messner, M., & Becker, A. (2009). Reflection and mindfulness in organizations: Rationales and possibilities for integration. *Management Learning*, *40*(4), 465–473.

Journé, B. (2001a). La prise de décision dans les HRO. *Cahier de l'Artémis, Organisation et Stratégies Industrielles*, *3*, 101–126.

Journé, B. (2001b). Quelles stratégies pour gérer la sûreté ? Le cas des centrales nucléaires françaises. Presented at the XIème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique, Québec.

Journé, B. (2005). Étudier le management de l'imprévu : méthode dynamique d'observation in situ. *Finance Contrôle Stratégie*, *8*(4), 63–91.

Journé, B. (2007). Théorie pragmatiste de l'enquête et construction du sens des situations. *Le Libellio d'Aegis*, *3*(4), 3–9.

Journé, B. (2012). Collecter les données par l'observation. In M.-L. Gavard-Perret, D. Gotteland, C. Haon, & A. Jolibert, *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion : Réussir son mémoire ou sa thèse* (pp. 165–206). Paris: Pearson Education.

Journé, B., Grimand, A., & Garreau, L. (2012). Face à la complexité : illusions, audaces, humilités. *Revue Française de Gestion*, *38*(223), 15–25.

Journé, B., & Raulet-Croset, N. (2008). Le concept de situation : contribution à l'analyse de l'activité managériale en contextes d'ambiguïté et d'incertitude. *M@n@gement*, *11*(1), 27–55.

Junker, B. (1960). *Field Work: An Introduction to the Social Sciences*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Kamoche, K., & Cunha, M. P. e. (2001). Minimal structures: From jazz improvisation to product innovation. *Organization Studies*, *22*(5), 733–764.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Kast, F. E., & Rosenzweig, J. E. (1972). General systems theory: Applications for organization and management. *Academy of Management Journal*, *15*(4), 447–465.

Kessels-Habraken, M., Van der Schaaf, T., De Jonge, J., & Rutte, C. (2010). Defining near misses: Towards a sharpened definition based on empirical data about error handling processes. *Social Science & Medicine*, *70*(9), 1301–1308.

Knight, F. H. (1921). Risk, uncertainty and profit. *New York: Hart, Schaffner and Marx*.

Koenig, G. (2003). L'organisation dans une perspective interactionniste. In B. Vidaillet, *Le sens de l'action* (pp. 12–34). Éditions Vuibert.

Koenig, G. (2006). L'apprentissage organisationnel: repérage des lieux. *Revue Française de Gestion*, *32*(160), 293–306.

Koenig, G. (2007). Karlene Roberts – L'exigence de fiabilité. In *Les grands auteurs en Stratégie* (Thomas Loilier et Albéric Tellier). Éditions EMS.

Koenig, G., Derumez, I. V., Marty, M.-C., Auroy, Y., & Dumond, J.-P. (2016). Le respect des règles élémentaires: enjeu d'un management dialogique, habilitant et disciplinant. *M@n@gement*, *19*(1), 1–45.

Kohn, L. T., Corrigan, J., & Donaldson, M. S. (2000). *To error is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., Donaldson, M. S., & others. (2000). *To Err Is Human:: Building a Safer Health System* (Vol. 627). Washington, DC: National Academies Press.

La Porte, T. R. (1994). A Strawman Speaks Up: Comments on The Limits of Safety. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *2*(4), 207–211.

La Porte, T. R. (1996). High Reliability Organizations: Unlikely demanding and at risk. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *4*(2), 60–71.

La Porte, T. R., & Consolini, P. (1991). Working in practice but not in theory: theoretical challenges of `High Reliability Organizations'. *Journal of Public Administration Research and Theory*, *1*(1), 19–47.

La Porte, T. R., & Rochlin, G. I. (1994). A rejoinder to Perrow. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *2*(4), 221–227.

Lagadec, P. (1991). *La gestion des crises*. Mcgraw-Hill.

Lagadec, P. (1997). Learning processes for crisis management in complex organizations. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *5*(1), 24–31.

Lagadec, P. (2015). *Le continent des imprévus: journal de bord des temps chaotiques*. Manitoba Les Belles Lettres.

Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review*, *24*(4), 691–710.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Langley, A., Smallman, C., Tsoukas, H., & Van de Ven, A. H. (2013). Process Studies of Change in Organization and Management: Unveiling Temporality, Activity, and Flow. *Academy of Management Journal*, *56*(1), 1–13.

Laplantine, F. (2010). *La description ethnographique*. Éditions Armand Collin.

Laroche, H. (1996). Review: Sensemaking in Organizations by Karl E. Weick. *Sociologie Du Travail*, *38*(2), 225–232.

Laroche, H. (2003). Mann Gulch, l'organisation et la nature fantastique de la réalité. In B. Vidaillet, *Le sens de l'action* (pp. 51–86). Éditions Vuibert.

Lauber, J. K. (1984). Resource management in the cockpit. *Air Line Pilot*, *53*, 20–23.

Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967). Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, *12*(1), 1–47.

Le Breton, D. (2008). *L'interactionnisme symbolique*. Paris (France): Presses Universitaires de France (PUF).

Le Coze, J.-C. (2013). What have we learned about learning from accidents? Post-disasters reflections. *Safety Science*, *51*(1), 441–453.

Le Coze, J.-C. (2015). 1984–2014. Normal Accidents. Was Charles Perrow Right for the Wrong Reasons? *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *23*(4), 275–286.

Le Moigne, J.-L. (1977). *La théorie du système général*. Paris PUF.

Le Moigne, J.-L. (2006). *La théorie du système général: théorie de la modélisation* (Publication de l'édition 1994. Nouvelle présentation, 2006). Classiques du réseau intelligence de la complexité.

Leape, L. L. (1994). Error in medicine. *Journal of American Medical Association*, *272*(23), 1851–1857.

Leape, L. L. (2000). Institue of Medicine Medical Error figures are not exaggerated. *Journal of American Medical Association*, *284*(1), 95–97.

Leape, L. L. (2014). The checklist conundrum. *New England Journal of Medicine*, *370*(11), 1063–1064.

Leape, L. L., & Berwick, D. M. (2005). Five years after To Err Is Human: what have we learned? *Journal of American Medical Association*, *293*(19), 2384–2390.

Leape, L. L., Berwick, D. M., & Bates, D. W. (2002). What practices will most improve safety? Evidence-based Medicine Meets Patient Safety. *Journal of American Medical Association*, *288*(4), 501–507.

Leblanc, A., & al., &. (2002). Urgence. *Enfances & Psy*, (18), 5–9.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Lecocq, X. (2002). Contribution à une réflexion sur l'articulation des niveaux d'analyse en Sciences de Gestion. In N. Mourgues (Ed.), *Questions de méthodes en sciences de gestion* (pp. 173–192). EMS Management & Société.

Lecocq, X. (2012). Niveaux d'analyse et réification. *Le Libellio d'Aegis*, *8*(4), 5–11.

Lefebvre, M. (2013). L'infra-ordinaire de la recherche. Écritures scientifiques personnelles, archives et mémoire de la recherche. *Sciences de La Société*, (89), 3–17.

Lehiany, B. (2012). Unité d'analyse, niveaux d'analyse et spécification des frontières dans l'analyse des réseaux. *Le Libellio d'Aegis*, *8*(3), 59–73.

Leslie, M., Paradis, E., Gropper, M. A., Reeves, S., & Kitto, S. (2014). Applying ethnography to the study of context in healthcare quality and safety. *BMJ Quality & Safety*, *23*(2), 99–105.

Leuridan, G., & al. (2016). Unité de déchocage et porte-avions nucléaire : des organisations similaires. Presented at the Congrès annuel de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), Paris (France).

Leuridan, G., & Demil, B. (2017). Maintenir la fiabilité en situation extrême : une approche dynamique du slack organisationnel. In *XXVIème conférence annuelle de l'Association Internationale de Management Stratégique (AIMS)*. Lyon (France).

Leveson, N., Dulac, N., Marais, K., & Carroll, J. (2009). Moving Beyond Normal Accidents and High Reliability Organizations: A Systems Approach to Safety in Complex Systems. *Organization Studies*, *30*(2–3), 227–249.

Levinthal, D., & Rerup, C. (2006). Crossing an apparent chasm: Bridging mindful and less-mindful perspectives on organizational learning. *Organization Science*, *17*(4), 502–513.

Lièvre, P., & Gautier, A. (2009). Les registres de la logistique des situations extrêmes : des expéditions polaires aux services d'incendies et secours. *Management & Avenir*, *24*(4), 196–219.

Lindberg, A.-K., Hansson, S. O., & Rollenhagen, C. (2010). Learning from accidents–what more do we need to know? *Safety Science*, *48*(6), 714–721.

Locke, K., Golden-Biddle, K., & Feldman, M. S. (2008). Making Doubt Generative: Rethinking the Role of Doubt in the Research Process. *Organization Science*, *19*(6), 907–918.

Lorino, P. (2014). La fuite managériale devant la complexité: l'exemple historique du lean management'. *Document de Recherche ESSEC / Centre de Recherche de l'ESSEC*, 1–8.

Lorino, P., & Mourey, D. (2013). The experience of time in the inter-organizing inquiry: A present thickened by dialog and situations. *Scandinavian Journal of Management*, *29*(1), 48–62.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Madsen, P., Desai, V., Roberts, K. H., & Wong, D. (2006a). Mitigating Hazards Through Continuing Design: The Birth and Evolution of a Pediatric Intensive Care Unit. *Organization Science*, *17*(2), 239–248.

Madsen, P., Desai, V., Roberts, K. H., & Wong, D. (2006b). Mitigating hazards through continuing design: The birth and evolution of a pediatric intensive care unit. *Organization Science*, *17*(2), 239–248.

Maitlis, S. (2005). The social processes of organizational sensemaking. *Academy of Management Journal*, *48*(1), 21–49.

Maitlis, S., & Christianson, M. (2014). Sensemaking in Organizations: Taking Stock and Moving Forward. *The Academy of Management Annals*, *8*(1), 57–125.

Maitlis, S., & Lawrence, T. B. (2007). Triggers and enablers of sensegiving in organizations. *Academy of Management Journal*, *50*(1), 57–84.

Mannarelli, T., Roberts, K. H., & Bea, R. G. (1996). Learning how organizations mitigate risks. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *4*(2), 83–92.

Martin, J. A., Smith, B. L., Mathews, T., & Ventura, S. J. (1999). Births and deaths: preliminary data for 1998. *National Vital Statistics Reports*, *47*(25), 1–45.

Maxwell, J. A. (2009). *La modélisation de la recherche qualitative – Une approche interactive* (Academic Press Fribourg, Éditions Saint-Paul). Fribourg - Suisse.

Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F. D. (1995). An Integrative Model of Organizational Trust. *The Academy of Management Review*, *20*(3), 709–734.

McGivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L., & Waring, J. (2015). Hybrid manager–professionals' identity work: the maintenance and hybridization of medical professionalism in managerial contexts. *Public Administration*, *93*(2), 412–432.

Mearns, K., Flin, R., Gordon, R., & Fleming, M. (2001). Human and organizational factors in offshore safety. *Work & Stress*, *15*(2), 144–160.

Melkonian, T., & Picq, T. (2010). Opening the "black box" of collective competence in extreme projects: Lessons from the French Special Forces. *Project Management Journal*, *41*(3), 79–90.

Melkonian, T., & Picq, T. (2014). Gestion en contextes extrêmes. In F. Tannery, J.-P. Denis, H. Taieb, & A.-C. Martinet, *Encyclopédie de la stratégie* (pp. 631–644). Vuibert.

Merton, R. K. (1940). Bureaucratic Structure and Personality. *Social Forces*, *18*(4), 560–568.

Merton, R. K. (1949). On Sociological Theories of the Middle Range. In *Social Theory and Social Structure* (pp. 39–53). New York: Simon & Schuster, The Free Press.

Meyer, A. D. (1982). Adapting to environmental jolts. *Administrative Science Quarterly*, *27*(4), 515–537.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Meyer, A. D., Tsui, A. S., & Hinings, C. R. (1993). Configurational approaches to organizational analysis. *Academy of Management Journal*, *36*(6), 1175–1195.

Miller, K., Riley, W., & Davis, S. (2009). Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. *Journal of Nursing Management*, *17*(2), 247–255.

Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Éditions d'Organisation.

Minvielle, É. (2003). De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé Le cas de la qualité hospitalière. *Revue Française de Gestion*, *29*(146), 167–189.

Minvielle, É. (2005). Financer la qualité des soins hospitaliers : jusqu'où aller ? *Gérer et Comprendre, Annales Des Mines*, (81), 74–85.

Mitchell, P. H. (2008). Defining Patient Safety and Quality Care. In R. G. Hughes, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (pp. 1–5). AHRQ Publications.

Moisdon, J.-C. (2010). L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A. *Revue Française Des Affaires Sociales*, (1), 213–226.

Moisdon, J.-C. (2017). PMSI, T2A et gestion interne. *Journal de gestion et d'économie médicales*, *35*(2–3), 51–66.

Möllering, G. (2013). Process views of trusting and crises. In *Handbook of Advances in Trust Research* (R. Bachmann & A. Zaheer (eds), pp. 285–305). Cheltenham: Edward Elgar.

Moorman, C., & Miner, A. S. (1998). Organizational improvisation and organizational memory. *Academy of Management Review*, *23*(4), 698–723.

Morel, C. (2012). *Les décisions absurdes II*. Éditions Gallimard.

Morel, C., & Oury, J.-C. (2012). Des décisions absurdes aux processus de la haute fiabilité. *Le Journal de l'Écolde de Paris Du Management*, *94*(2), 37–44.

Morgan, G. (1999). *Images de l'organisation* (2e édition). Paris: De Boeck université.

Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe* (ESF éditeur).

Mougeot, M., & Naegelen, F. (2014). La tarification à l'activité : une réforme dénaturée du financement des hôpitaux. *Revue française d'économie*, *XXIX*(3), 111–141.

Mulhall, A. (2003). In the field: notes on observation in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, *41*(3), 306–313.

Näslund, B. (1964). Organizational Slack. *The Scandinavian Journal of Economics (Ekonomisk Tidskrift)*, *66*(1), 26–31.

Navajas, J., Silla, I., Salabarnada, E., Muñoz, V., & Badia, E. (2013). The limits of the photographic act as a metaphor for the assessment of organizational culture. An ethnographic study of a high reliability organization. *Safety Science*, *59*, 116–125.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Niedner, M. F., Muething, S. E., & Sutcliffe, K. M. (2013). The High-Reliability Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatric Clinics of North America*, *60*(3), 563–580.

Nohria, N., & Gulati, R. (1997). What is the optimum amount of organizational slack?: A study of the relationship between slack and innovation in multinational firms. *European Management Journal*, *15*(6), 603–611.

Nooteboom, B. (2006). Forms, sources and processes of trust. In *Handbook of Trust Research* (Bachmann,R. and Zaheer, A. (Eds), pp. 247–263). Cheltenham: Edward Elgar.

Orton, J. D., & Weick, K. E. (1990). Loosely coupled systems: A reconceptualization. *Academy of Management Review*, *15*(2), 203–223.

Orvain, J. (2014). Le Qui-Vive organisationnel : une forme de structuration du lien attention-action. *M@n@gement*, *17*(5), 346–370.

Ostroff, C., & Schmitt, N. (1993). Configurations of organizational effectiveness and efficiency. *Academy of Management Journal*, *36*(6), 1345–1361.

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (Édition numérique Numilog). Armand Colin.

Peneff, J. (1992). *L'hôpital en urgence*. Éditions Métailié.

Peneff, J. (1995). Mesure et contrôle des observations dans le travail de terrain. L'exemple des professions de service. *Sociétés Contemporaines*, *21*(1), 119–138.

Peneff, J. (2000). *Les malades des urgences*. Editions Métailié.

Penverne, Y., Lalande, J., Labady, J., Dagoret, E., Martinage, A., Berthier, F., & Jenvrin, J. (2014). Quelle organisation mettre en place au Samu centre 15 pour répondre aux critères d'une organisation de haute fiabilité ? *Annales françaises de médecine d'urgence*, *4*(1), 6–10.

Perrow, C. (1984). *Normal accidents: Living with high risk systems*. New York: Basic Books.

Perrow, C. (1994a). Accidents in High-Risk Systems. *Technology Studies*, *1*(1), 1–38.

Perrow, C. (1994b). The Limits of Safety: the Enhancement of a Theory of Accidents. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *2*(4), 212–220.

Perrow, C. (2009). What's needed is application, not reconciliation: A response to Shrivastava, Sonpar and Pazzaglia (2009). *Human Relations*, *62*(9), 1391–1393.

Perrow, C. (2011). Fukushima and the inevitability of accidents. *Bulletin of the Atomic Scientists*, *67*(6), 44–52.

Perrow, C. (2013). Nuclear denial: From Hiroshima to Fukushima. *Bulletin of the Atomic Scientists*, *69*(5), 56–67.

Pidgeon, N. (1997). The Limits to safety? culture, politics, learning and man–made disasters. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *5*(1), 1–14.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Pratt, M. G. (2009). From the editors: For the lack of a boilerplate: Tips on writing up (and reviewing) qualitative research. *Academy of Management Journal*, *52*(5), 856–862.

Pronovost, P. J., Berenholtz, S. M., Goeschel, C. A., Needham, D. M., Sexton, J. B., Thompson, D. A., … Hunt, E. (2006). Creating High Reliability in Health Care Organizations. *Health Services Research*, *41*(4p2), 1599–1617.

Provera, B., Montefusco, A., & Canato, A. (2010). A 'No Blame' Approach to Organizational Learning: A 'No Blame' Approach to Organizational Learning. *British Journal of Management*, *21*(4), 1057–1074.

Puaud, D. (2012). L'«empathie méthodologique» en travail social. *Pensée Plurielle*, (2), 97–110.

Ramanujam, R., & Goodman, P. S. (2003). Latent errors and adverse organizational consequences: a conceptualization. *Journal of Organizational Behavior*, *24*(7), 815–836.

Rasmussen, J., Nixon, P., & Warner, F. (1990). Human Error and the Problem of Causality in Analysis of Accidents [and Discussion]. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *327*(1241), 449–462.

Reason, J. T. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Brookfield, USA: Ashgate Publishing, Ltd.

Reason, J. T. (2000). Human error: models and management. *BMJ: British Medical Journal*, *320*(7237), 768–770.

Reason, J. T. (2013). *L'erreur humaine* (Collection Économie et gestion). Paris: Presse des Mines.

Reason, J. T., Hollnagel, E., & Paries, J. (2006). Revisiting the Swiss cheese model of accidents. *Journal of Clinical Engineering*, *27*, 110–115.

Rémy, C. (2014). Accepter de se perdre. Les leçons ethnographiques de Jeanne Favret-Saada. *SociologieS*.

Rico, R., Sánchez-Manzanares, M., Gil, F., & Gibson, C. (2008). Team implicit coordination processes: A team knowledge–based approach. *Academy of Management Review*, *33*(1), 163–184.

Rijpma, J. A. (1997). Complexity, tight–coupling and reliability: Connecting normal accidents theory and high reliability theory. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *5*(1), 15–23.

Rijpma, J. A. (2003). From Deadlock to Dead End: The Normal Accidents-High Reliability Debate Revisited. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *11*(1), 37–45.

Riley, W., Davis, S. E., Miller, K. K., & Mccullough, M. (2010). A model for developing high-reliability teams. *Journal of Nursing Management*, *18*(5), 556–563.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Riou, B. (2013). Les urgences : une solution et non un problème ! *Annales françaises de médecine d'urgence*, *3*(1), 1–2.

Riveline, C. (1991). De l'urgence en gestion. *Annales Des Mines*, 82–92.

Robert, B. (2008). De nouveaux métiers pour les infirmiers irlandais. *Recherche En Soins Infirmiers*, *93*(2), 106–110.

Roberts, K. H. (1989). The significance of Perrow's normal accidents: Living with high-risk technologies. *Academy of Management Review*, *14*(2), 285–289.

Roberts, K. H. (1990a). Managing high reliability organizations. *California Management Review*, *32*(4), 101–113.

Roberts, K. H. (1990b). Some characteristics of one type of high reliability organization. *Organization Science*, *1*(2), 160–176.

Roberts, K. H., & Bea, R. (2001). Must accidents happen? Lessons from high-reliability organizations. *Academy of Management Executive*, *15*(3), 70–78.

Roberts, K. H., Madsen, P., Desai, V., & Van Stralen, D. (2005). A case of the birth and death of a high reliability healthcare organisation. *Quality and Safety in Health Care*, *14*(3), 216–220.

Roberts, K. H., Rousseau, D. M., & La Porte, T. R. (1994). The Culture of High-Reliability: Quantitative and Qualitative Assessment aboard Nuclear-Powered Aircraft Carriers. *The Journal of High Technology Management Research, 5*(1), 141–161.

Roberts, K. H., Stout, S. K., & Halpern, J. J. (1994). Decision dynamics in two high reliability military organizations. *Management Science*, *40*(5), 614–624.

Roberts, K. H., Yu, K., & Van Stralen, D. (2003). Patient Safety is an Organizational Systems Issue : Lessons from a Variety of Industries. In B. Youngblood & M. Hatlie (Eds.), *Handbook on Patient Safety*. Jones and Bartlett Publishers, Inc.

Rochlin, G. I. (1993). Defining "high reliability" organizations in practice: a taxonomic prologue. In K. H. Roberts, *New challenges to understanding organizations* (pp. 11–32). Macmillan, New York.

Rochlin, G. I. (1996). Reliable Organizations: Present Research and Future Directions. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *4*(2), 55–59.

Rochlin, G. I. (2001). Les organisations à "haute fiabilité": bilan et perspectives de recherche. In M. Bourrier, *Organiser la fiabilité* (pp. 39–70).

Rochlin, G. I., La Porte, T. R., & Roberts, K. H. (1987). The self-designing high-reliability organization: Aircraft carrier flight operations at sea. *Naval War College Review*, *40*(4), 76–90.

Rossille, D., Cuggia, M., Arnault, A., Bouget, J., & Le Beux, P. (2008). Managing an emergency department by analysing HIS medical data:a focus on elderly patient clinical pathways. *Health Care Management Science*, *11*(2), 139–146.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Roth, J. A. (1963). *Timetables: Structuring the passage of time in hospital treatment and other careers*. MacMillan Publishing Company.

Rouleau, L. (2013). L'ethnographie organisationnelle d'hier à Demain. *Revue internationale de Psychosociologie*, *HS*(Supplément), 27–43.

Roulet, T. J., Gill, M. J., Stenger, S., & Gill, D. J. (2017). Reconsidering the value of covert research: the role of ambiguous consent in participant observation. *Organizational Research Methods*, *20*(3), 487–517.

Rousseau, D. M. (1996). Book Review - The Limits of Safety: Organizations, Accidents, and Nuclear Weapons - Scott D. Sagan -Princeton University Press, 1993. *Administrative Science Quarterly*, *41*(1), 200–203.

Roux-Dufort, C. (2003a). *Gérer et décider en situation de crise*. Dunod, 2e édition.

Roux-Dufort, C. (2003b). La construction d'une théorie de la fiabilité organisationnelle. In B. Vidaillet, *Le sens de l'action* (pp. 139–157). Éditions Vuibert.

Roux-Dufort, C., & Vidaillet, B. (2003). The difficulties of improvising in a crisis situation. *International Studies of Management & Organization*, *33*(1), 86–115.

Sagan, S. D. (1993). *The Limits of Safety: Organizations. Accidents, and Nuclear Weapons*. Princeton University Press.

Sagan, S. D. (1994). Toward a Political Theory of Organizational Reliability. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *2*(4), 228–240.

Salas, E., Fowlkes, J. E., Stout, R. J., Milanovich, D. M., & Prince, C. (1999). Does CRM training improve teamwork skills in the cockpit?: Two evaluation studies. *Human Factors*, *41*(2), 326–343.

Salas, E., Prince, C., Bowers, C. A., Stout, R. J., Oser, R. L., & Cannon-Bowers, J. A. (1999). A methodology for enhancing crew resource management training. *Human Factors*, *41*(1), 161–172.

Sanday, P. R. (1979). The ethnographic paradigm(s). *Administrative Science Quarterly*, *24*(4), 527–538.

Saulquin, J.-Y., & Maupetit, C. (2004). EVA, performance et évaluation bancaire. Presented at the Journée de recherche CERMAT "La performance : de la mesure à l'action," Tours.

Schatzman, L., & Strauss, A. L. (1973). *Field research: Strategies for a natural sociology*. Prentice Hall.

Schein, E. H. (1990). Organizational culture. *American Psychologist*, *45*(2), 109–119.

Schein, E. H. (1996). Culture: The missing concept in organization studies. *Administrative Science Quarterly*, *41*(2), 229–240.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Schiff, G. D. (2014). Diagnosis and diagnostic errors: time for a new paradigm. *BMJ Quality & Safety*, *23*(1), 1–3.

Schilte, A., & Minvielle, É. (2008). Le Classement des hôpitaux : une nouvelle manière de rendre des comptes. *Gérer et Comprendre, Annales Des Mines*, (91), 36–47.

Schimmel, E. M. (1964). The hazards of hospitalization. *Annals of Internal Medicine*, *60*(1), 100–110.

Schöbel, M. (2009). Trust in high-reliability organizations. *Social Science Information*, *48*(2), 315–333.

Schoorman, F. D., Mayer, R. C., & Davis, J. H. (2007). An integrative model of organizational trust: Past, present, and future. *Academy of Management Review*, *32*(2), 344–354.

Schreyögg, G., & Sydow, J. (2010). Organizing for Fluidity? Dilemmas of New Organizational Forms. *Organization Science*, *21*(6), 1251–1262.

Schulman, P R. (2004). General attributes of safe organisations. *Quality and Safety in Health Care*, *13*(suppl_2), 39–44. https://doi.org/10.1136/qshc.2003.009613

Schulman, Paul R. (1993). The negotiated order of organizational reliability. *Administration & Society*, *25*(3), 353–372.

Schulz, R., & Johnson, A. C. (1976). *Management of Hospitals*. McGraw-Hill Inc.

Schweyer, F.-X. (2012). L'hôpital sous pression. À propos de Nicolas Belorgey, L'hôpital sous pression (La Découverte, 2011). *Sociologie*, *online*, 1–12.

Sende, J., Jbeili, C., Schvahn, S., Khalid, M., Asaph, J., Romano, H., … Marty, J. (2012). Facteurs de stress et conséquences du stress en médecine d'urgence: enquête nationaleStress factors and stress consequences among emergency physicians: National survey. *Annales Françaises de Médecine d'urgence*, *2*(4), 224–231.

Sgourev, S. V., & van Lent, W. (2017). When too many are not enough: Human resource slack and performance at the Dutch East India Company (1700–1795). *Human Relations*, Online First.

Shabot, M. M. (2015). New tools for high reliability healthcare. *BMJ Quality & Safety*, *24*(7), 423–424.

Shapiro, M. J., & Jay, G. D. (2003). High reliability organizational change for hospitals: translating tenets for medical professionals. *Quality and Safety in Health Care*, *12*(4), 238–239.

Shen, S. Y., & Shaw, M. J. (2004). Managing coordination in emergency response systems with information technologies. In *AMCIS 2004 Proceedings* (p. 252). New York.

Shrivastava, S., Sonpar, K., & Pazzaglia, F. (2009). Normal Accidents Theory versus High Reliability Theory : A resolution and call for an open systems view of accidents. *Human Relations*, *62*(9), 1357–1390.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Simon, H. A. (1990). Sur la complexité des systèmes complexes (publication originale In The Philosophy of Science Association, 1977, Vol.2, pp. 507-522). *Revue Internationale de Systémique*, *4*(2), 125–145.

Simon, H. A. (2005). The architecture of complexity (publication originale In Proceedings of the American Philosophical Society, 1962, Vol. 106, No.6, pp.467-482). *Emergence: Complexity & Organization*, *7*(3–4), 138–154.

Snell, R. S. (2002). The learning Organization, Sensegiving, and Psychological Contracts: A Hong Kong Case. *Organization Studies*, *23*(4), 549–569.

Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). (2006). *Critères d'évaluation des services d'urgences.* Référentiel de la Société Française de Médecine d'Urgence.

Sorignet, P.-E. (2006). Danser au-delà de la douleur. *Actes de la recherche en sciences sociales*, *163*(3), 46–61.

Starbuck, W. H., & Farjoun, M. (Eds.). (2005). *Organization at the limit: lessons from the Columbia disaster*. Malden, MA: Blackwell Pub.

Stavridou, V., & Dutertre, B. (1998). From security to safety and back. In *Computer Security, Dependability and Assurance: From Needs to Solutions, 1998. Proceedings* (pp. 182–195). IEEE.

Steel, K., Gertman, P. M., Crescenzi, C., & Anderson, J. (1981). Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *New England Journal of Medicine*, *304*(11), 638–642.

Steg, A. (1989). L'urgence à l'hôpital. *Rapport de La Section Des Affaires Sociales Du Conseil Economique et Social. Paris*.

Stelfox, H. T., Palmisani, S., Scurlock, C., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2006). The "To Err is Human" report and the patient safety literature. *Quality and Safety in Health Care*, *15*(3), 174–178.

Steyer, V., & Laroche, H. (2012). Le virus du doute. Décision et sensemaking dans une cellule de crise. *Revue Française de Gestion*, *38*(225), 167–186.

Sutcliffe, K. M., Paine, L., & Pronovost, P. J. (2017). Re-examining high reliability: actively organising for safety. *BMJ Quality & Safety*, *26*(3), 248–251.

Tabuteau, D. (2008). La décision en santé. *Santé Publique*, *20*(4), 297–312.

Tabuteau, D. (2010). Loi «Hôpital, patients, santé et territoires»(HPST): des interrogations pour demain! *Santé Publique*, *22*(1), 78–90.

Tamuz, M., & Harrison, M. I. (2006). Improving Patient Safety in Hospitals: Contributions of High-Reliability Theory and Normal Accident Theory. *Health Services Research*, *41*(4p2), 1654–1676.

Tamuz, M., & Thomas, E. J. (2006). Classifying and interpreting threats to patient safety in hospitals: insights from aviation. *Journal of Organizational Behavior*, *27*(7), 919–940.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Thiétart, R.-A. (2000). Management et complexité: concepts et théories. *Cahier de Recherche DMSP (Dauphine Marketing Stratégie Prospective)*, (282).

Thompson, J. (1967). *Organizations in action*. New York: McGrawHill, Inc.

Tillard, B. (2011). Temps d'observation ethnographique et temps d'écriture. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère Nouvelle*, *44*(4), 35–50.

Topinard, P. (1876). Anthropologie, ethnologie et ethnographie. *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, *11*(1), 199–229.

Tucker, A. L., & Edmondson, A. C. (2003). Why hospitals don't learn from failures. *California Management Review*, *45*(2), 55–72.

Turner, B. A. (1976). The organizational and interorganizational development of disasters. *Administrative Science Quarterly*, *21*(3), 378–397.

Urbach, D. R., Govindarajan, A., Saskin, R., Wilton, A. S., & Baxter, N. N. (2014). Introduction of surgical safety checklists in Ontario, Canada. *New England Journal of Medicine*, *370*(11), 1029–1038.

Valette, A., & Burellier, F. (2014). Quand l'habit fait le moine les chefs des pôles hospitaliers : devenir des hydrides « malgré tout » ? *Gérer et Comprendre, Annales des Mines*, *116*(2), 4–13.

Valette, A., Fatien Diochon, P., & Burellier, F. (2018). « À chacun son paradoxe ». Étude de la délégation des paradoxes organisationnels aux individus. *Revue française de gestion*, *270*(1), 115–126.

van der Vegt, G. S., Essens, P., Wahlstrom, M., & George, G. (2015). Managing Risk and Resilience. *Academy of Management Journal*, *58*(4), 971–980.

Van Maanen, J. (1979). The fact of fiction in organizational ethnography. *Administrative Science Quarterly*, *24*(4), 539–550.

Van Maanen, J. (1988). *Tales of the field: On writing ethnography*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Van Maanen, J. (1991). The Smile Factory: Work at Disneyland. In P. J. Frost, L. F. Moore, M. R. Louis, C. C. Lundberg, & J. Martin (Eds.), *Reframing Organizational Culture* (Newbury Park, CA: Sage Publications, pp. 58–76).

Van Maanen, J. (2011). Ethnography as Work: Some Rules of Engagement: Ethnography as Work. *Journal of Management Studies*, *48*(1), 218–234.

Van Maanen, J., & de Rond, M. (2017). The Making of a Classic Ethnography: Notes on Alice Goffman's On the Run. *Academy of Management Review*, *42*(2), 396–406.

Van Maanen, J., Sørensen, J. B., & Mitchell, T. R. (2007). The interplay between theory and method. *Academy of Management Review*, *32*(4), 1145–1154.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

van Stralen, D. (2008). High-Reliability Organizations : Changing the Culture of Care in Two Medical Units. *Design Issues*, *24*(1), 78–90.

Vashdi, D. R., Bamberger, P. A., & Erez, M. (2013). Can Surgical Teams Ever Learn? The Role of Coordination, Complexity, and Transitivity in Action Team Learning. *Academy of Management Journal*, *56*(4), 945–971.

Vassy, C. (2004). L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire. *Mouvements*, 67–74.

Vaughan, D. (1996). *The Challenger launch decision: Risky culture, technology, and deviance at NASA*. Chicago: The University of Chicago Press.

Vaughan, D. (1999). The dark side of organizations: Mistake, misconduct, and disaster. *Annual Review of Sociology*, *25*, 271–305.

Verbeke, W., Volgering, M., & Hessels, M. (1998). Exploring the conceptual expansion within the field of organizational behaviour: Organizational climate and organizational culture. *Journal of Management Studies*, *35*(3), 303–329.

Vermeiren, E. (2010). Le burn-out chez les soignants et dans les équipes. *Urgences*, 51–56.

Vernazobres, P. (2009). La mise en place d'un design de la recherche basé sur une approche ethnographique pour investiguer les pratiques confidentielles du coaching. *Revue de Gestion Des Ressources Humaines*, *74*(4), 42–62.

Vidaillet, B. (2003). Karl Weick, un autre regard sur les organisations. In B. Vidaillet, *Le sens de l'action* (pp. 5–9). Éditions Vuibert.

Vidal, R. (2011). *La haute fiabilité comme gestion de la tension entre contrôle et écoute : l'étude empirique des opérations de secours*. Université Paul Cézanne, Aix-Marseille III.

Vincent, C. (2006). *Patient safety*. Churchill Livingstone Edinburgh.

Vogus, T. J., & Sutcliffe, K. M. (2007). The impact of safety organizing, trusted leadership, and care pathways on reported medication errors in hospital nursing units. *Medical Care*, *45*(10), 997–1002.

Wachter, R. M. (2004). The End Of The Beginning: Patient Safety Five Years After "To Err Is Human." *Health Affairs*, *23*(web exclusive), 534–545.

Waechter-Larrondo, V. (2005). Plaidoyer pour le bricolage et l'enracinement des méthodes d'enquête dans le terrain- L'exemple d'une recherche sur le changement dans les services publics locaux. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, *88*(1), 31–50.

Walters, B., & Bhuian, S. N. (2004). Complexity Absorption and Performance: A Structural Analysis of Acute-Care Hospitals. *Journal of Management*, *30*(1), 97–121.

Waring, J. J., & Bishop, S. (2010). Lean healthcare: Rhetoric, ritual and resistance. *Social Science & Medicine*, *71*(7), 1332–1340.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Wears, R. L., Sutcliffe, K. M., & van Rite, E. (2014). Patient Safety : A Brief but Spirited History. In L. Zipperer, *Patient safety: perspectives on evidence, information and knowledge transfer* (pp. 3–21). Ashgate Publishing, Ltd.

Weber, F. (2009). *Manuel de l'ethnographe*. Presses Universitaires de France (PUF).

Weick, K. E. (1979). *The Social Psychology of Organizing* (Second Edition). Longman Higher Education.

Weick, K. E. (1987). Organizational Culture as a Source of High Reliability. *California Management Review*, *29*(2), 112–127.

Weick, K. E. (1988). Enacted Sensemaking in Crisis Situations. *Journal of Management Studies*, *25*(4), 305–317.

Weick, K. E. (1989). Theory construction as disciplined imagination. *Academy of Management Review*, *14*(4), 516–531.

Weick, K. E. (1993). The Collapse of Sensemaking in Organizations : The Mann Gulch Disaster. *Administrative Science Quarterly*, *38*(4), 628–652.

Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in Organizations*. Sage, Thousand Oaks, California.

Weick, K. E. (1998). Introductory essay—Improvisation as a mindset for organizational analysis. *Organization Science*, *9*(5), 543–555.

Weick, K. E. (1999). Theory construction as disciplined reflexivity: Tradeoffs in the 90s. *Academy of Management Review*, *24*(4), 797–806.

Weick, K. E. (2004). Normal Accident Theory As Frame, Link, and Provocation. *Organization & Environment*, *17*(1), 27–31.

Weick, K. E. (2010). Reflections on Enacted Sensemaking in the Bhopal Disaster. *Journal of Management Studies*, *47*(3), 537–550.

Weick, K. E. (2011). Organizing for Transient Reliability: The Production of Dynamic Non-Events: Organizing for Transient Reliability. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *19*(1), 21–27.

Weick, K. E., & Roberts, K. H. (1993). Collective mind in organizations: Heedful interrelating on flight decks. *Administrative Science Quarterly*, *38*(3), 357–381.

Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2006). Mindfulness and the Quality of Organizational Attention. *Organization Science*, *17*(4), 514–524.

Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2007). *Managing the unexpected : Resilient performance in an Age of Uncertainty*. Edition Jossey-Bass Inc.

Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (1999). Organizing for High Reliability : Processes of Collective Mindfulness. In *Research in Organizational Behavior* (R.S. Sutton and B.M. Staw (eds), pp. 81–123). Stanford: Jai Press.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the process of sensemaking. *Organization Science*, *16*(4), 409–421.

Weppe, X. (2009). *Création de connaissances et coordination: étude des pratiques dans cinq équipes-projets*. Université Lille 1.

Whyte, W. F. (2007). *Street Corner Society : La structure sociale d'un quartier italo-américain*. Paris: La Découverte.

Wildavsky, A. B. (1988). *Searching for safety*. New Brunswick: NJ: Transaction Books.

Winkin, Y. (1997). L'observation participante est-elle un leurre? *Communication et Organisation*, (12), [En ligne].

Wright, A., & Ehnert, I. (2010). Making sense of trust across cultural contexts. In *M. N. K. Saunders, D. Skinner, G. Dietz, N. Gillespie, & R. J. Lewicki (Eds.),Organizational Trust: A Cultural Perspective* (pp. 107–26). Cambridge: Cambridge University Press.

Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. *BMJ: British Medical Journal*, *320*(7237), 726–727.

Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods, Essential guide to qualitative methods in organizational research*. Sage Publications.

Yin, R. K. (2011). *Qualitative research - From start to finish*. New York: The Guilford Press.

Young, T. P., & McClean, S. I. (2008). A critical look at Lean Thinking in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, *17*(5), 382–386.

Yvon, F., & Clot, Y. (2001). Le travail en moins. Une approche psychologique de l'activité. *Cités*, *8*(4), 63–73.

Zack, M. H. (2000). Jazz improvisation and organizing: Once more from the top. *Organization Science*, *11*(2), 227–234.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS **7**

SOMMAIRE 11

INTRODUCTION GÉNÉRALE 13

CHAPITRE 1 – LES ORGANISATIONS FACE À LA DÉFAILLANCE 23

1. L'inéluctabilité de la catastrophe : la *Normal Accidents Theory* (NAT) 25

1.1. Deux variables explicatives de la normalité des accidents : le couplage fort et la complexité des interactions 25
1.2. La dimension politique : un renforcement de la normalité des accidents 31
1.3. Limites de la NAT 33

2. Maintenir la fiabilité : le courant des *High Reliability Organizations* (HROs) 37

2.1. Et pourtant cela fonctionne 37
2.1.1. Ces organisations qui devraient défaillir 37
2.1.2. Qu'est-ce qu'une HRO ? 39
2.1.3. Cinq caractéristiques constitutives d'une HRO 42

2.2. Limites du cadre d'analyse HRO 47

3. Opposition et convergence entre HRO et NAT 51

3.1. Une polarisation des approches 51
3.1.1. Divergences entre les niveaux et unités d'analyse 51
3.1.2. Le rôle de l'apprentissage 52
3.1.3. La redondance : un dilemme entre fiabilité et complexité 54

3.2. D'un débat sans fin à de nouvelles perspectives communes 57

CHAPITRE 2 – DES ORGANISATIONS HAUTEMENT FIABLES À DES PROCESSUS DE HAUTE FIABILITÉ 63

1. Étudier la fiabilité sous l'angle des processus : des organisations hautement fiables aux processus de haute fiabilité 63

1.1. Les apports de Karl E. Weick à l'étude de la fiabilité organisationnelle 65
1.2. Construire un sens à l'action dans les HROs 69
1.2.1. Quand le sens découle de l'action : le *sensemaking* 70
1.2.2. Perception, sélection et d'attribution de sens à l'environnement : Enactment et *sensemaking* 72
1.2.3. La construction collective de sens : le *collective sensemaking* 75
1.2.4. Influencer la création de sens : le *sensegiving* 78

1.3. Organiser l'attention et la vigilance : *collective mind, mindfulness, et heedful interrelating* 80
1.3.1. L'action collective pour construite le *collective mind* 80
1.3.2. Structuration d'un état collectif de vigilance : *mindfulness* et *heedful interrelating* 82

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

2. Dépasser la dimension technique de la fiabilité : rôle du facteur humain et principes généraux dans le maintien de la fiabilité 84

2.1. Ne pas se limiter au facteur technique : l'importance du facteur humain et organisationnel dans la fiabilité 84
2.1.1. L'erreur humaine et la formation au facteur humain 85
2.1.2. Du facteur humain au facteur organisationnel 89

2.2. En amont des processus de maintien de la fiabilité : métarègles et principes 93
2.2.1. Les métarègles de la haute fiabilité 93
2.2.2. Cinq principes pour gérer l'inattendu 96

3. Assurer la fiabilité et la résilience : différents processus à l'œuvre dans les organisations 101

3.1. La culture terreau des valeurs et comportements assurant la fiabilité 101
3.2. Bâtir la confiance pour réduire l'incertitude 106
3.3. La coordination face à l'inattendu : entre coordination formelle et coordination émergente 110
3.4. Apprendre dans et de ces environnements 114
3.5. Improvisation et bricolage pour faire face à l'imprévu 120

CHAPITRE 3 – JUSTIFICATION ET PRÉSENTATION DU CHOIX DU TERRAIN : UN SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES COMME TERRAIN D'ÉTUDE EMPIRIQUE 129

1. Contextualiser le projet de recherche : une étude de la fiabilité ancrée dans un environnement organisationnel et institutionnel spécifique 130

1.1. Les organisations de santé comme terrain d'étude pertinent de la fiabilité 130
1.2. L'urgence médicale : entre accueil, imprévu et pression temporelle 132
1.3. Les services d'urgence médicale en France 134

2. L'enjeu de fiabilité dans les unités de soins : la sécurité du patient 140

2.1. La fiabilité dans les services d'urgence : la sécurité du patient 141
2.2. *To Err Is Human* : le « Tenerife » de la médecine 144
2.3. Face à l'injonction de fiabilité, des difficultés de mise en œuvre 148

3. Un service d'accueil des urgences vitales comme terrain de recherche 152

3.1. L'accueil des urgences vitales : une unité intégrée dans un pôle d'accueil des urgences d'un centre hospitalier universitaire 153
3.1.1. Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) 153
3.1.2. Le Pôle de l'urgence et les unités qui la composent 157

3.2. Présentation de l'unité de soins étudiée : le Service d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) 162
3.2.1. Description et rôle de l'unité dans le pôle d'activité 162
3.2.2. Organisation interne de l'unité 164

CHAPITRE 4 – UNE APPROCHE ETHNOGRAPHIQUE D'UN SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES : ENJEUX MÉTHODOLOGIQUES ET MISE EN ŒUVRE DES DISPOSITIFS DE COLLECTE ET D'ANALYSE DU MATÉRIAU EMPIRIQUE 173

1. Démarche générale du projet de recherche 173

1.1. Épistémologie du projet de recherche : de la figure imposée à une réflexion sur la cohérence du projet de recherche 174
1.2. Le choix d'une recherche qualitative et d'une démarche abductive 178

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

2. Une approche ethnographique et le positionnement du chercheur sur le terrain 185

2.1. Le choix d'une approche ethnographique 185
2.2. Observation participante et positionnement sur le terrain 190
2.2.1. Observation participante et degré de participation 191
2.2.2. Négocier son entrée, sa place et sa sortie du terrain 195
2.2.3. Entre immersion participative et recul réflexif : accepter de plonger pour mieux remonter 198

3. Les dispositifs de collecte et d'analyse des données..... 202

3.1. Collecter le matériau empirique 202
3.1.1. Observation participante et construction d'un dispositif observationnel 203
3.1.2. Articuler observation et entretiens : différents types d'entretiens mobilisés 213
3.1.3. Données secondaires textuelles et numériques.....220

3.2. Analyser le matériau empirique et la relation entre collecte et analyse 223
3.2.1. Analyser les données : attention flottante, mémos et templates des situations de prise en charge des patients.....224
3.2.2. Validité de la recherche et risques méthodologiques 231
3.2.3. Le journal d'enquête comme outil d'interconnexion entre collecte et d'analyse des données 236

CHAPITRE 5 – DYNAMIQUE DES PROCESSUS DE MAINTIEN DE LA FIABILITÉ ET DE LA RÉSILIENCE ORGANISATIONNELLES : LES ESPACES DE DISCUSSION COMME ARTICULATION MULTI-NIVEAUX 241

1. Typologie des situations et fonctionnement en situation normale 242

1.1. Typologie des situations de prise en charge des patients 242
1.2. Situation normale au niveau organisationnel 244
1.2.1. Culture médicale, culture de l'unité et acculturation des membres : une vision commune de la mission 244
1.2.2. Recrutement et intégration des nouveaux membres : la nécessité d'une variété requise 248
1.2.3. La confiance : assurer la cohésion de l'équipe et un niveau constant de soins 250
1.2.4. Coordonner le flux de patients entrant et sortant de l'unité de soins.....253
1.2.5. Former et se former : l'apprentissage comme levier d'adaptation et d'intégration de ses membres 255
1.2.6. Le rôle du slack pour gérer les situations : un slack prévu par l'organisation et négocié avec l'hôpital.....259

1.3. Situation normale dans la prise en charge des patients 265
1.3.1. Respect de l'expertise et circulation de l'information au cœur de la coordination de la prise en charge d'un patient 266
1.3.2. La procédure : à la fois ressource et frontière dans la prescription du travail 271

2. D'une catégorisation des situations à un continuum de l'activité et ses conséquences au niveau organisationnel et situationnel..... 276

2.1. De l'intensité à la volatilité des situations.....276
2.2. Inflexion de l'activité au niveau organisationnel : saturation de l'unité et gestion de l'imprévu 279
2.2.1. De l'anesthésiste-réanimateur à l'anesthésiste-négociateur : le rôle du capital social pour gérer la saturation de l'unité.....279
2.2.2. Au-delà d'éviter d'être surpris : apprendre à être surpris.....281

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

2.3. Faire face à la volatilité : le rôle du slack situationnel pour assurer la résilience.....285
2.3.1. Le slack émergeant de la pratique.....285
2.3.2. Une consommation totale ou partielle du slack.....288
2.3.3. Création et consommation de slack selon les situations.....290

3. Intensité des situations et répercussions dans l'organisation : le rôle des espaces de discussion..... 292

3.1. L'espace de discussion « routinisé ».....294
3.2. Au-delà de la routine : des espaces de discussion interstitiels comme articulation entre situation et organisation.....298
3.3. Entre situation et organisation : le déploiement dans le temps des espaces de discussion.....303

CHAPITRE 6 – MISE EN PERSPECTIVE DES RÉSULTATS : L'IMPÉRATIF DE FIABILITÉ AU REGARD DE LA RATIONALISATION DE SES MOYENS 311

1. La fiabilité au prisme de la performance des organisations..... 311

1.1. Des réformes qui vont au-delà de la seule rationalisation des coûts 313
1.1.1. La Nouvelle Gouvernance Hospitalière (NGH) : de profondes modifications de l'environnement institutionnel 314
1.1.2. La Tarification À l'Activité (T2A) : valoriser certaines activités au dépend d'autres 315
1.1.3. Rationalisation des coûts et qualité des soins.....319

1.2. Une tension entre structure administrative et unités de soins.....321
1.2.1. Entre efficience et fiabilité : tous les coûts ne sont pas permis 322
1.2.2. Protéger les interstices pour échapper à l'organisation : une tension entre utilité et reconnaissance.....324
1.2.3. Impact sur le personnel de la tension entre fiabilité et efficience.....328

2. Synthèse des contributions théoriques, méthodologiques et managériales..... 330

2.1. Contributions théoriques 330
2.2. Contributions méthodologiques 334
2.3. Contributions managériales.....336
2.3.1. Contributions pratiques de notre étude.....336
2.3.2. Propositions opérationnelles 337

3. Limites et perspectives futures de recherche 339

3.1. Limites de l'étude.....339
3.2. Perspectives de recherche.....341
3.2.1. Perspectives futures de recherche à court terme.....341
3.2.2. Perspectives futures de recherche à moyen terme 342
3.2.3. Propositions de collaborations futures 345

CONCLUSION GÉNÉRALE 349

BIBLIOGRAPHIE 357

TABLE DES MATIÈRES 387

ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES UTILISÉS..... 393

TABLE DES ENCADRÉS 397

TABLE DES FIGURES..... 401

TABLE DES TABLEAUX 403

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

ANNEXES 405

1. Négocier son entrée sur le terrain : dossier de présentation du projet de recherche 407
2. Négocier sa place sur le terrain : réalisation d'une convention de recherche 415
3. Guide d'entretien pour les entretiens ethnographiques des médecins et des internes 419
4. Guide d'entretien pour les entretiens ethnographiques des infirmiers et des aides-soignants 423
5. Illustrations du template analytique de prise en charge d'un patient 427

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES UTILISÉS

AG	Anesthésie Générale
ALR	Anesthésie Locorégionale
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
A-R	Anesthésie-Réanimation ; Anesthésiste-Réanimateur
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
ASH	Agent des Services Hospitaliers
AVP	Accident sur la Voie Publique
CAMU	Capacité d'Aide Médicale Urgente
CDS	Cadre de Santé
CESE	Conseil Économique, Social et Environnemental
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Établissement
CNU	Conseil National des Universités
CO2	Dioxyde de carbone
CRM	Crew Ressource Management - Gestion de facteur humain
DAF	Direction Administrative et Financière
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
DESC	Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
DFASM	Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales
DFGSM	Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales
DGAC	Direction Générale de l'Aviation Civile
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ECG	Électrocardiogramme
ECMO	Extracorporelle Membrane Oxygénation
ECN	Examen Classant National
EI(G)	Événement Indésirable (Grave)
ENCC	Étude Nationale des Coûts à méthodologie Commune
EPR	Événement porteur de risques
EPS	Établissement Public de Santé
ETA	Estimated Time of Arrival - Heure d'arrivée prévue

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

FAA	Federal Aviation Administration - agence gouvernementale de réglementation de l'aviation civile américaine
FEI	Fichie d'Événement Indésirable
GCS	Glasgow Coma Scale - Échelle (ou score) de Glasgow
GHM	Groupes Homogènes de Malades
GHS	Groupes Homogènes de Séjours
GHT	Groupements Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Loi " Hôpital, Patients, Santé et Territoire"
HRO(s)	High Reliability Organization(s) - Organisation(s) hautement fiable(s)
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État
IAO	Infirmier d'Accueil et d'Orientation
ICU	Intensive Care Unit - Unité de Soins Intensifs
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IOM	Institute of Medicine - Institut de Médecine américaine
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
KLM	Koninklijke Luchtvaart Maatschappij - Compagnie royale d'aviation, compagnie aérienne néerlandaise
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LTS	Large Technical System - Macro-système technique
MCO	Médecine - Chirurgie - Obstétrique
MIC	Méthyl Iso Cyanate - Isocyanate de méthyle, composé chimique à l'origine de l'explosion de l'usine de Bhopal
NASA	National Aeronautics and Space Administration - Administration nationale de l'aéronautique et de l'espace
NAT	Normal Accidents Theory - Théorie des Accidents Normaux
NGH	Nouvelle Gouvernance Hospitalière
NMP	Nouveau Management Public
NORAD	North American Aerospace Defense Command - Commandement de la défense aérospatiale de l'Amérique du Nord
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PACES	Première Année Commune d'Étude de Santé
PAES	Première Année d'Étude de Santé
PC (MI)	Poste de Commandement (Médico-Infirmier)

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

PH	Praticien Hospitalier
PL	Poids Lourd
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSL	Produit Sanguin Labile
PU-PH	Professeur des universités-praticien hospitalier
RCP	Réanimation Cardio-Pulmonaire
RMM	Revue de Morbidité et de Mortalité
SAC	Strategic Air Command - Commandement Stratégic Aérien
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAUV	Service d'Accueil des Urgences Vitales
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SFAR	Société Française d'Anesthésie-Réanimation
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SPO2	Saturation Pulsée en dioxygène
SSPI	Salle de Surveillance Post-Interventionnelle
T2A	Tarification À l'Activité
TAL	Transport Automatisé Léger
TC-PC	Traumatisme Crânien - Perte de Connaissance
TDM	Tomodensitométrie - Imagerie Scanner
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
VL	Véhicule Léger
ZAO	Zone d'Accueil et d'Orientation

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

TABLE DES ENCADRÉS

Encadré 1 – Sur les notions de sécurité, de sûreté et de fiabilité 24
Encadré 2 – L'approche systémique des organisations 25
Encadré 3 – À propos des notions de complexité et de complexité d'un système 26
Encadré 4 - Description du fonctionnement d'un porte-avions en opération 41
Encadré 5 – Accident de Thulé 56
Encadré 6 – Définitions de processus, procédé, procédure 65
Encadré 7 – L'interactionnisme symbolique 66
Encadré 8 – Les sens du sens en français 70
Encadré 9 – Les cadres du *sensemaking* 71
Encadré 10 – Un exemple d'épisode cosmologique (adapté de Weick, 2010) 74
Encadré 11 – Les premiers pas du *Crew Resource Management* dans les organisations 87
Encadré 12 – Le *Swiss Cheese Model* : une approche systémique des erreurs 91
Encadré 13 – Une distinction entre risque, incertitude et inattendu 97
Encadré 14 – Le concept de résilience et son lien avec la fiabilité 100
Encadré 15 – Le concept de culture organisationnelle 102
Encadré 16 – L'émergence de la confiance dans un contexte organisationnel 106
Encadré 17 – Le concept d'apprentissage dans les organisations 115
Encadré 18 – Les différentes formes de l'erreur : ratés, lapsus et fautes (adaptées de Reason, 1997, 2013) 118
Encadré 19 – L'analogie du jazz et de l'improvisation organisationnelle 121
Encadré 20 – Chronologie de l'urgence médicale 135
Encadré 21 – Un constat ancien des risques liés à la pratique de la médecine 144
Encadré 22 – L'impact limité de la check-list au bloc opératoire 151
Encadré 23 – Chiffres détaillés de l'activité du pôle de l'Urgence du CHU en 2014 160
Encadré 24 – Données financières du pôle de l'Urgence (2014) 160
Encadré 25 – Verbatim d'entretiens sur la fonction du déchocage 163
Encadré 26 – L'accès des accompagnants aux zones du SAUV 166
Encadré 27 – À propos de la réflexivité 176
Encadré 28 – Définition de l'abduction 180
Encadré 29 – Principales boucles abductives du projet de recherche 184
Encadré 30 – Des distinctions entre anthropologie, ethnologie et ethnographie 186
Encadré 31 – Exemples du partage d'une condition commune sur le terrain 191

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 32 – Observation non-participante 193
Encadré 33 – La participation du chercheur à l'activité du terrain 194
Encadré 34 – Les signes d'intégration du chercheur sur son terrain 197
Encadré 35 – Sur l'utilisation des termes de journal, carnet et cahier 208
Encadré 36 – Thèmes des entretiens exploratoires 214
Encadré 37 – Retranscription des entretiens ethnographiques 215
Encadré 38 – Exemple de retour sur une situation vécue lors d'un entretien ethnographie 218
Encadré 39 – Le problème rencontré pour réaliser un entretien avec le cadre de santé 220
Encadré 40 – Exemple de mémo autour de la notion d'expertise 227
Encadré 41 – Sur la notion de validité externe 232
Encadré 42– Critères de tri des patients et le problème de la vitesse comme critère unique 245
Encadré 43 – Un personnel expérimenté en salle de déchocage 250
Encadré 44 – Relation dialogique entre médecins et équipe soignante 251
Encadré 45 – Quand la confiance disparaît, la collaboration disparaît également 252
Encadré 46 – Coordonner le flux de patients dans l'unité 254
Encadré 47 – Apprendre pour l'interne à gérer une équipe soignante 256
Encadré 48 – Transfert bilatéral de connaissances entre médecins et internes 257
Encadré 49 – Tension sur les effectifs et mise en péril de la fiabilité 258
Encadré 50 – Bref retour sur le concept de slack organisationnel 260
Encadré 51 – Pas de limitations de ressources lors d'une prise en charge 261
Encadré 52 – L'agencement géographique des lieux pour faciliter l'usage des ressources 262
Encadré 53 – Défense du slack de l'unité de soins 262
Encadré 54 – Négocier les ressources auprès de l'administration de l'hôpital 263
Encadré 55 – Être présent dans les instances de décision de l'hôpital pour protéger le slack 264
Encadré 56 – Une distance entre le personnel soignant et la direction de l'hôpital 264
Encadré 57 – Le médecin comme chef d'orchestre de la prise en charge 267
Encadré 58 – Coordination par le médecin du SAUV des différentes spécialités médicales 269
Encadré 59 – sur la distinction entre protocole, procédure et recommandation 271
Encadré 60 – Unicité du patient et des situations 272
Encadré 61 – Extrait d'un entretien avec le médecin responsable de l'unité concernant les protocoles 272

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Encadré 62 – La déviance dans le banal 274
Encadré 63 – Négocier les places d'aval 281
Encadré 64 – Une frontière fine entre médecins de garde et médecins en repos 286
Encadré 65 – Des tensions sur le slack 287
Encadré 66 – Exemple de situation de prise en charge d'une situation fortement volatile 288
Encadré 67 – Un slack qui se créé et disparaît selon les situations 289
Encadré 68 – Insuffisance de slack et risque de défaillance 290
Encadré 69 – Définition du concept d'espace de discussion 294
Encadré 70 – Sur le concept de routine 295
Encadré 71 – Sur la notion d'interstice dans la fiabilité organisationnelle 298
Encadré 72 – La guerre de l'interphone n'aura pas lieu 300
Encadré 73 – La performance : un construit subjectif 312
Encadré 74 – Principales réformes de la gouvernance et du financement de l'hôpital public 313
Encadré 75 – Financement de l'hôpital public avant la mise en place de la T2A 316
Encadré 76 – Les trois périodes de la construction de la fiabilité dans l'aviation civile 327
Encadré 77 – Extrait d'un entretien autour du thème des transmissions 338

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

TABLE DES FIGURES

Figure 1 – Schéma synoptique de la structure de la thèse 18
Figure 2 – Classification des victimes potentielles (adaptée de Perrow, 1984) 29
Figure 3 – Taux d'accidents de catégorie A dans la NAVY 49
Figure 4 – Synthèse des causes d'accidents dans l'aviation civile entre 1959 et 1987 88
Figure 5 – La pyramide des erreurs(adaptée de Helmreich *et al.*, 1999, p. 28) 89
Figure 6 – La coordination relationnelle (adaptée de Gittell, 2008) 112
Figure 7 – Le processus d'analyse des accidents (adapté de Lindberg *et al.*, 2010) 116
Figure 8 – Nombre annuel de passages aux urgences en France (base 100 en 1996) 138
Figure 9 – Évolution du taux de publication sur la sécurité du patient avant et après la publication du rapport *To Err Is Human* de l'*Institute of Medicine* (IOM) 145
Figure 10 – Chronologie du développement des terrains de recherche sur la fiabilité organisationnelle 147
Figure 11 – Structuration fonctionnelle du CHU 154
Figure 12 – La prise en charge des patients non-planifiés en France 157
Figure 13 – Les structures du pôle de l'Urgence 158
Figure 14 – Modélisation des structures du pôle de l'Urgence au sein du flux de patients 161
Figure 15 – Prise de vue de la salle déchocage 164
Figure 16 – Place de déchocage standard 165
Figure 17 – Représentation schématique du SAUV 167
Figure 18 – Cycle d'étude en médecine 169
Figure 19 – Représentation schématique du SAUV avec les flux de personnes 170
Figure 20 – Formalisation de la démarche abductive 182
Figure 21 – Le chercheur au cœur du processus abductif 182
Figure 22 – Extraits du carnet de terrain et du carnet de recherche 210
Figure 23 – Extraits du carnet du chercheur 212
Figure 24 – Étapes principales d'une prise en charge de patient 266
Figure 25 – *Continuum* des situations selon la volatilité 278
Figure 26 – Processus de création et consommation de slack selon l'évolution de la situation 291
Figure 27 – Articulation bilatérale entre situation et organisation 293
Figure 28 – Déploiement des espaces de discussion sous des formes routinisées et interstitielles 302

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Figure 29 – Les espaces de discussion comme articulation situations-organisation dans le temps 305

Figure 30 - Évolution des taux annuels d'accidents mortels et de décès de passagers en services réguliers depuis 1987 (aéronefs ≥ 2,25 t) 327

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Types d'interactions : complexes ou linéaires (adaptés de Perrow, 1994b) 27
Tableau 2 – Types de couplage : fort ou faible (adaptés de Perrow, 1994b) 27
Tableau 3 – Centralisation et décentralisation de la décision (d'après Hopkins, 1999) 28
Tableau 4 – Principales définitions de la fiabilité organisationnelle 39
Tableau 5 – La catastrophe de Bhopal au prisme de l'approche HRO (adaptée de Roberts, 1990b) 43
Tableau 6 – Caractéristiques d'une HRO et les auteurs associés 44
Tableau 7 – Divergences d'approche entre NAT et HRO 51
Tableau 8 – Synthèse des métaphores de Gareth Morgan (adaptée de Desreumaux, 2005) 81
Tableau 9 – La place de l'erreur dans les approches prévention et résilience 92
Tableau 10 – Les métarègles de la fiabilité (Morel, 2012) 94
Tableau 11 – Cinq principes pour gérer l'inattendu (adaptés de Weick & Sutcliffe, 2007) 98
Tableau 12 – Les cinq éléments d'une culture de la sûreté et de la fiabilité (adaptés de Reason, 1997; Weick & Sutcliffe, 2007) 105
Tableau 13 – Les types de confiance et leurs relations avec la fiabilité 109
Tableau 14 – Cadre d'analyse de l'improvisation (adapté de Hadida *et al.*, 2015, p. 448) 124
Tableau 15 – Part de l'urgence vitale sur la totalité du flux de patients des services d'urgence 137
Tableau 16 – Nombre de passages aux urgences en France en 2015 138
Tableau 17 – Définitions de la sécurité du patient couramment mobilisées dans la littérature en médecine et en santé publique 142
Tableau 18 – Type d'erreurs recensées par l'*Institute of Medicine* (IoM) 143
Tableau 19 – Statistiques de décès aux États-Unis en 1998 (adaptées de Martin, Smith, Mathews, & Ventura, 1999) 146
Tableau 20 – Volume d'activité détaillé du CHU 156
Tableau 21 – Organisation horaire des médecins 168
Tableau 22 – Organisation horaire des infirmiers et des aides-soignants 168
Tableau 23 – Thèmes et questionnements principaux structurant le projet de recherche 177
Tableau 24 – Synthèse des données collectées 203
Tableau 25 – Les stratégies du système d'observation dynamique 204

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Tableau 26 – Système d'observation dynamique du SAUV 206
Tableau 27 – Exemples de didascalies signalant le type de stratégie 211
Tableau 28 – Thèmes et sous-thèmes abordés durant les entretiens ethnographiques 216
Tableau 29 – Synthèse des entretiens réalisés 219
Tableau 30 – données secondaires internes 221
Tableau 31 – données secondaires externes 222
Tableau 32 – Première itération du template de prise en charge d'un patient 230
Tableau 33– Typologie des situations de prise en charge 244
Tableau 34 – Articulation des pratiques de slack, rôles du slack et rôles des acteurs 331

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

ANNEXES

Annexe 1 - Négocier son entrée sur le terrain : dossier de présentation du projet de recherche (p.407)

Annexe 2 - Négocier sa place sur le terrain : réalisation d'une convention de recherche (p.415)

Annexe 3 - Guide d'entretien pour les entretiens ethnographiques des médecins et des internes (p.419)

Annexe 4 - Guide d'entretien pour les entretiens ethnographiques des infirmiers et des aides-soignants (p.423)

Annexe 5 - Illustrations du template analytique de prise en charge d'un patient (p.427)

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

1. NÉGOCIER SON ENTRÉE SUR LE TERRAIN : DOSSIER DE PRÉSENTATION DU PROJET DE RECHERCHE

Université Lille 1
Sciences et Technologies

iae LILLE
ECOLE UNIVERSITAIRE DE MANAGEMENT

— PROJET DE RECHERCHE —

Une approche des services d'urgence par la théorie des Organisations à Haute Fiabilité

Doctorant
Geoffrey LEURIDAN
geoffrey.leuridan@iae.univ-lille1.fr

Direction de thèse
Benoît DEMIL
benoit.demil@iae.univ-lille1.fr

Co-encadrement de thèse
Bénédicte VIDAILLET
benedicte.vidaillet@iae.univ-lille1.fr

Université : Lille 1
Établissement : Institut d'Administration des Entreprises (IAE) de Lille
Laboratoire : Lille Économie et Management (LEM) - UMR CNRS (8179)
École doctorale : SESAM- Sciences Économiques, Sociales, de l'Aménagement et du Management

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Le projet de recherche

Thématique : La fiabilité organisationnelle dans les services d'urgence

Résumé : En réponse à la complexité et l'incertitude de l'environnement, certaines organisations (industrie nucléaire, contrôle aérien, marine, etc.) ont développé des modes d'organisation, non pas absent d'erreurs, mais gérant les erreurs, s'adaptant, pour en réduire, voire en supprimer, les conséquences. La fiabilité d'une organisation n'est donc pas uniquement une problématique technique mais peut s'appréhender au niveau organisationnel.

Par une étude de terrain des services d'urgence de la métropole lilloise, ce projet de recherche vise à identifier et analyser les caractéristiques d'un service d'urgence, en mettant en évidence leurs conséquences en termes de fiabilité organisationnelle. Il s'agira notamment de comprendre comment, dans un contexte de réformes importantes, la fiabilité est conservée ou au contraire menacée, en termes de sécurité du patient et de qualité des soins.

Ce travail implique de s'intéresser à plusieurs dimensions de l'organisation : l'impact de l'environnement sur la fiabilité, les outils et procédures utilisés, la dynamique de groupe, l'éthique professionnelle des soignants, les rapports hiérarchiques entre catégories de soignants, les processus de délibération mobilisés dans l'urgence, le traitement du retour d'expérience, etc.

Question de recherche :

Comment une organisation hospitalière, et plus précisément un service d'urgence, avec des moyens qui se réduisent, et des réformes qui remettent en cause son fonctionnement, arrive malgré tout à fonctionner et à assurer la fiabilité de son fonctionnement ? Ou, au contraire, le manque de moyens et les réformes hospitalières mettent-ils en péril le maintien de la fiabilité de ces services d'urgence ?

Cette question peut s'articuler autour de deux points :

1. Comment les services d'urgence fonctionnent en interne (répartition des tâches, des fonctions, organisation du travail, outils d'aide à la coordination, etc.), et comment l'environnement intra-organisationnel (les autres services, l'hôpital, etc.) et extra-organisationnel (les autres services d'urgence et de secours, les médecins traitants, etc.) impactent son fonctionnement ?

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

2. Comment ce contexte propre au milieu hospitalier impacte la fiabilité ? Quelles sont les conséquences sur la fiabilité de la contrainte de performance économique, de la politique de restriction budgétaire et de la nouvelle gouvernance hospitalière ? Comment en mesurer les perturbations ?

Proposition de modalités d'accès au terrain

Cette proposition a comme vocation principale de servir de point de référence quant aux besoins nécessaires à la réalisation de ce projet de recherche. Elle sera donc amenée à être modifiée selon les possibilités et les contraintes pratiques du terrain (autorisation, planning, organisation du temps de travail, etc.), et également selon les évolutions du projet de recherche.

Nombre et choix des terrains : il apparait pertinent d'opter pour plusieurs terrains, ceci afin de pouvoir procéder à des comparaisons. Ceci permettra de comprendre plus en profondeur l'impact de l'environnement institutionnel et des réformes hospitalières sur la fiabilité des services d'urgence, et également de mieux définir les facteurs jouant un rôle dans la construction de la fiabilité.

Concernant le choix des critères différenciant les terrains, un important travail reste encore à faire pour affiner la méthodologie la plus adaptée à notre questionnement de recherche. Quatre critères discriminants sont pour le moment retenus :

- Des structures organisationnelles différentes (taille, zone géographique, etc.)
- Des services d'urgence généraliste ou spécialisée (service d'urgence générale, Centre de Traitement des Brûlés, S.O.S. Mains, service d'urgence pédiatrique, etc.)
- Des acteurs aux caractéristiques différentes qui composent les services d'urgence (âge, ancienneté en poste, ancienneté professionnelle, taux de rotation du personnel, etc.)
- Des niveaux d'indicateurs de performance différents (service avec des indicateurs de performance élevés ou faibles)

Méthodes d'accès au terrain : notre approche du terrain sera basée sur des méthodes d'observation. Ces méthodes nécessitent **une immersion prolongée de plusieurs mois** au sein des services d'urgence afin de pouvoir observer au plus près les acteurs de terrain. Si l'observation est une méthode nécessitant un investissement important de la part du chercheur,

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

la richesse des données collectées présente un intérêt tant pour le chercheur que pour la structure concernée.

Statut du chercheur sur le terrain : titulaire d'un contrat doctoral, **la rémunération et les frais professionnels sont intégralement pris en charge par l'Université Lille 1**. Le statut du chercheur pour travailler dans l'organisation prendrait donc la forme d'un **stage non-rémunéré au sein des services d'urgence observés**.

Organisation du temps de travail : Bien qu'il n'y ait pas de charges financières supportées pour la structure hospitalière, l'observation nécessite une organisation dans le service afin notamment de ne pas perturber l'organisation que nous cherchons à étudier. À ce titre, **le chercheur s'inscrit dans une organisation et s'engage à respecter la règlementation régissant le personnel hospitalier**. Afin de limiter les contraintes liées aux activités connexes au travail de terrain (séminaires, réunions, cours, etc.), **un temps de travail à 50% ETP** permettra d'allier immersion sur le terrain et organisation du projet de recherche. Notre projet de recherche ambitionnant une approche la plus complète possible du terrain, le chercheur sera amené à **être présent durant les différentes plages horaires des services d'urgence observés (matin, journée, nuit, week-end)**. L'organisation pratique des horaires de travail sera à **fixer conjointement** entre le chercheur et le cadre de service compte tenu des contraintes des différentes parties prenantes.

Intérêt et retombées attendues du projet

Notre positionnement scientifique vise à comprendre comment s'organise un service en décodant le sens des actions des différents acteurs. Pour cela, le chercheur doit être au plus près de l'action à la fois pour comprendre le point de vue des acteurs, mais également pour partager leur quotidien, afin d'analyser l'organisation depuis leur perspective. En cela, notre projet apportera à l'organisation une vision plus complète et proche de la réalité du terrain, appuyé notamment par l'expertise que les chercheurs du LEM (Lille Économie et Management) possèdent concernant les problématiques managériales et organisationnelles.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Pour la structure hospitalière

Comme nous l'avons présenté, ce projet permettra de lier une vision gestionnaire d'une organisation hospitalière avec une approche au plus près des acteurs de terrain. On peut attendre éventuellement de cette approche plusieurs retombées positives pour l'organisation hospitalière :

- Analyser la performance d'un service d'urgence par le prisme de la fiabilité
- Comprendre comment allouer et combiner des ressources (humaines ou économiques) pour les services d'urgence compte tenu de l'imprédictibilité de l'environnement
- Améliorer l'efficacité des services d'urgence en tenant compte du service rendu à la population (meilleure qualité des soins, sécurité du patient), ainsi que de l'articulation des moyens et des ressources de ces services
- Élaborer des formations spécifiques à la fiabilité organisationnelle à destination du personnel des services d'urgence de la région (ce type de formation se fait déjà dans le secteur de l'aéronautique et de la marine)

Pour les services d'urgence étudiés

Une part conséquente de la structuration des tâches et des relations entre les acteurs d'une organisation émerge de la pratique. Ce projet cherche à comprendre comment s'organise en interne un service en s'appuyant à la fois sur la vision qu'ont les acteurs de leur quotidien, mais également sur la vision que le chercheur en management aura du travail au quotidien. Certaines retombées peuvent donc également intéresser les services d'urgence étudiés :

- L'immersion sur le terrain permettra une approche au quotidien, plus en adéquation avec la réalité du terrain et le vécu des acteurs
- Définir le rôle que peuvent jouer le management, la dynamique de groupe, les relations entre groupes de soignants et l'éthique professionnelle dans la fiabilité de services d'urgence
- Comprendre et améliorer la coordination dans les équipes de soins
- Mieux comprendre les rapports qui lient les services d'urgence avec son environnement (intra-organisationnel ou extra-organisationnel).

Pour conclure, ajoutons qu'être au plus proche des acteurs c'est également pouvoir faire émerger du terrain des problématiques de recherche plus pertinentes avec le terrain, en adéquation avec ce qui interpelle le plus les acteurs sur le terrain. **L'interaction entre le chercheur et le terrain est donc une condition essentielle à la réussite de ce projet de**

5

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

recherche, et présente également un intérêt potentiel pour l'organisation hospitalière et les services d'urgence étudiés par ce projet de recherche.

Le laboratoire et les chercheurs porteurs du projet

L'IAE de Lille

Rattaché à l'Université Lille 1, l'Institut d'Administration des Entreprises (IAE) de Lille est une école universitaire de management. Pôle majeur de recherche et de formation au management pour tout le nord-ouest de la France, l'IAE de Lille accueille 2.500 étudiants et compte plus de 20.000 diplômés. Classé 10e au palmarès des "Grandes Écoles de Gestion" (Classement *Le Nouvel Économiste*, 2008), l'IAE de Lille fait également parti du réseau national des IAE. Avec un effectif total de 45.000 étudiants (400.000 diplômés, 1.000 formations, 1.200 enseignants-chercheurs, 32 établissements), le "Réseau IAE" est le premier réseau de formation au management en France.

Le LEM (Lille Économie et Management)

L'IAE de Lille possède un laboratoire de recherche en sciences de gestion, le LEM (Lille Économie et Management), qui est également une unité du CNRS (UMR 8179). Les chercheurs qui appartiennent au LEM se regroupent autour de cinq orientations thématiques : Mesures, déterminants et dynamiques des Actifs de Clientèles, de Communautés et de Réseaux ; Management et économie de la santé ; Analyse de la Performance des Organisations ; Management, Organisations et Sociétés ; Organisations et Marchés.

Fort de 141 membres (enseignants-chercheurs et chercheurs) et 86 doctorants, ce qui en fait un des plus grands laboratoires de recherche en gestion français, le LEM occupe une place importante dans le champ des sciences de gestion tant au niveau national qu'international.

Benoît Demil – Directeur de thèse

Benoît Demil est professeur à l'IAE de Lille où il enseigne la stratégie et le management. Il est directeur du LEM (Lille Économie et Management, UMR CNRS 8179) depuis 2009. Ses travaux portent sur les business models, les structures de gouvernance et l'évolution des firmes.

Bénédicte Vidaillet – Co-encadrante de thèse

Bénédicte Vidaillet est maître de conférences en sciences de gestion à l'Université de Lille 1, où elle enseigne la psychosociologie des organisations et la prise de décision managériale. Son travail de recherche s'articule autour des thématiques des processus de décision et des

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

dysfonctionnements organisationnels. Son livre *Les Ravages de l'envie au travail* (Eyrolles, 2006) a reçu le prix du livre RH Science Po./Le Monde en 2007, et la mention spéciale du Prix de l'Institut Manpower pour l'Emploi en 2008.

Geoffrey Leuridan – Doctorant

Geoffrey Leuridan est doctorant au sein du laboratoire LEM, rattaché à l'IAE de Lille, où il effectue sa thèse de doctorat en sciences de gestion. Sa thématique de recherche sur la fiabilité organisationnelle des services d'urgence s'inscrit pleinement dans les thématiques du laboratoire, notamment dans les axes "Management et économie de la santé" et "Management, Organisations et Sociétés".

7

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

lilliad.univ-lille.fr

2. NÉGOCIER SA PLACE SUR LE TERRAIN : RÉALISATION D'UNE CONVENTION DE RECHERCHE

CONVENTION D'ACCOMPAGNEMENT DOCTORAL

ENTRE
Le Centre Hospitalier Régional Universitaire
Ci-après dénommée CHRU
Représenté par M. XXX XXX, directeur général
D'UNE PART,

ET
L'Université de Lille 1 – Sciences et technologies -
Représenté par Philippe Rollet, président
pour le laboratoire LEM - Lille, Economie et Management – UMR CNRS (8179)
104 avenue du Peuple Belge – 59043 Lille Cedex
Ci-après dénommé LABORATOIRE LEM
D'AUTRE PART,

conjointement désignés par les PARTIES

1/4

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 – **Objet de la convention**

Dans le cadre d'une thèse de doctorat en sciences de gestion, les PARTIES conviennent de collaborer aux travaux de recherche relatifs à l'étude de la fiabilité des services d'urgence médicale.
Ces travaux de recherche sont confiés par le LABORATOIRE LEM à Monsieur Geoffrey LEURIDAN, ci-après désigné le DOCTORANT, inscrit en 2013 à Lille 1 en thèse à l'école doctorale SESAM.
Titulaire d'un contrat doctoral, les salaires, les charges sociales et les éventuels frais de missions du DOCTORANT sont intégralement pris en charge par l'Université Lille 1.

Cette convention fixe :
- Les conditions d'accueil du doctorant au CHRU à titre gracieux
- Les conditions de définition du périmètre de la recherche in situ
- Les questions de confidentialité dans l'exploitation des données recueillies in situ

Article 2 – **Entrée en vigueur et durée**

Le présent contrat est conclu pour une durée de vingt-quatre (24) mois à compter de la date de sa signature. Il peut être renouvelé à la fin de cette période par un avenant qui précise notamment l'objet de cette prolongation ainsi que la durée de cette prolongation.

Article 3 – **Responsables scientifiques**

Les travaux du DOCTORANT sont encadrés, au sein du LABORATOIRE, par Monsieur Benoît Demil, Professeur des Universités, directeur de thèse et Madame Bénédicte Vidaillet, Professeure des Universités, co-encadrante.

Article 4 – **Informations relatives au doctorant au périmètre de sa recherche**

- Titre de la thèse : *Une approche des services d'urgence par la théorie des organisations à haute fiabilité*

- Noms, prénoms, des directeurs de thèse : Benoît Demil, Bénédicte Vidaillet

- A l'initiative des directeurs de thèse, toute réorientation importante des travaux de recherche affectant leur pertinence, et par la même du sujet de thèse, devra faire l'objet d'un accord entre le LABORATOIRE LEM et le CHRU.

Article 5 – **Conditions d'accueil**

- Service d'accueil : Pôle de l'Urgence, Clinique d'Anesthésie réanimation, Soins intensifs, Activités opératoires de l'urgence
- Nom, prénom et qualité du responsable de l'accueil : Dr X., PH Anesthésie Réanimation, chef de Pôle adjoint
- Période d'accueil : du 01/10/2014 au 30/09/2016 (24 mois)
- Modalités : temps partiel (50% ETP)
- Matériel mis à disposition du doctorant : bureau, blouse

Article 6 – **Discipline**

Le doctorant, lors de son accueil, est soumis aux règles de sécurité et au règlement intérieur de l'établissement d'accueil.
En cas de comportement fautif, l'Université Lille 1 sera immédiatement informée. Il pourra être mis fin à la convention d'accueil. Dans cette hypothèse, la résiliation interviendra de plein droit, 15 jours après l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 7 – **Confidentialité**

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Le doctorant est tenu au secret : il s'engage à respecter la confidentialité de tous les documents et informations scientifiques (ou de toute autre nature) auxquels il aura accès, directement ou indirectement, pendant son activité de recherche au CHRU. Il en est de même notamment pour tous les secrets de fabrication de matériels, de procédés ou d'inventions, susceptibles ou non d'être brevetables, ou protégeables par tout droit de propriété intellectuelle autre que le brevet.

Le DOCTORANT s'engage à ne pas utiliser lesdites informations ou les résultats obtenus dans le cadre de ses recherches à d'autres fins que celles de publications scientifiques et à ne pas les divulguer à des tiers sans l'autorisation préalable.

Relativement à la confidentialité des informations liées aux données personnelles, le doctorant s'engage à ne pas communiquer ni divulguer ni révéler de quelque façon que ce soit à quiconque n'ayant pas signé un engagement à la confidentialité concernant la présente recherche, les renseignements personnels qui lui seront communiqués dans le cadre de sa recherche. Il s'engage à ne divulguer aucune information pouvant permettre d'identifier une personne.

L'engagement stipulé ci-dessus ne s'appliquera pas à toute Information Confidentielle qui :

- est ou tombe dans le domaine public pendant la durée de la présente Convention autrement que suite à une violation du présent CONTRAT.
- est subséquemment légalement obtenue par la Partie destinataire auprès d'un tiers et sans obligation de secret.
- est connue et peut être prouvée comme telle par la Partie destinataire avant sa communication par l'autre partie.
- est dispensée par écrit par la Partie communicatrice de l'obligation d'être gardée confidentielle.

Cette obligation de confidentialité prend effet à la date de signature de la présente convention, demeure en vigueur pour toute sa durée. Un avenant relatif au prolongement de cette confidentialité pourra être établi à la demande d'une des PARTIES à l'issue de cette convention.

La charte du LABORATOIRE LEM est jointe en annexe de la présente convention.

Article 8 – **Publication**

Pendant la durée de la présente convention et les douze (12) mois qui suivent son expiration, tout projet de publication ou communication par l'une ou l'autre des PARTIES sera transmis à l'autre partie qui pourra demander la suppression ou la modification certaines précisions dont la divulgation serait de nature à aller à l'encontre de la confidentialité. De telles suppressions ou modifications seront réputées ne pas porter atteinte à la valeur scientifique de la publication et seront demandées par écrit par la Partie souhaitant introduire des modifications dans un délai maximum d'un mois après la soumission. Passé ce délai, l'accord sera réputé acquis.

L'ensemble de ces dispositions ne pourra faire obstacle :

- Aux obligations réglementaires, légales ou contractuelles que les PARTIES doivent respecter eu égard à leurs engagements respectifs envers l'ETAT ou ses représentants.
- à l'obligation qui incombe au LABORATOIRE LEM de produire un rapport d'activité aux organismes dont il relève.
- Ni à la soutenance de thèse du DOCTORANT.

Les publications devront mentionner le concours apporté par chacune des PARTIES à la réalisation des travaux.

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

Article 9 – **Comité de suivi de thèse**

À la demande d'une des PARTIES, un comité de suivi de thèse peut être réuni. Ce comité est composé des directeurs de thèse, d'un représentant du CHRU, et du DOCTORANT. Ce comité a pour fonction de faire le point sur l'avancement de la thèse du DOCTORANT, et d'offrir un espace de discussion des potentiels litiges.

Article 10 – **Assurances**

La responsabilité de l'Université Lille 1 ne serait être engagée du fait de la présence du DOCTORANT dans les locaux du CHRU, notamment à l'occasion des dommages éventuels qu'il pourrait occasionner, tant matériels qu'immatériels, sur sa personne, sur un usager ou un personnel dudit établissement.
Le DOCTORANT devra produire en annexe de la présente, les justificatifs relatifs à sa couverture sociale (Régime Général de la Sécurité Sociale, Sécurité Sociale Étudiante) ainsi qu'une attestation d'assurance de sa responsabilité civile.

Article 11 – **Litiges**

En cas de litiges nés de l'interprétation ou de l'exécution de la présente, les PARTIES devront rechercher, dans un esprit de coopération, une solution équitable. À défaut d'un accord, elles s'en remettront aux tribunaux compétents.

Article 12 – **Résiliation**

Le présent contrat pourra être résilié de plein droit par l'une ou l'autre des PARTIES en cas d'inexécution par l'autre d'une ou plusieurs des obligations contenues dans ses diverses clauses. Cette résiliation ne deviendra effective que trois (3) mois après l'envoi par la partie plaignante d'une lettre recommandée avec accusé de réception exposant les motifs de la plainte, à moins que dans ce délai la partie défaillante n'ait satisfait à ses obligations ou n'ait apporté la preuve d'un empêchement consécutif à un cas de force majeure.
L'exercice de cette faculté de résiliation ne dispense pas la partie défaillante de remplir les obligations contractées jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation et ce sous réserve des dommages éventuels subis par la partie plaignante du fait de la résiliation anticipée du contrat.

Fait en trois exemplaires à Lille le 30 Septembre 2014

Pour le CHRU
XXX XXX, directeur général
Signature

Pour l'Université de Lille 1
Philippe ROLLET, président
Signature

Le Doctorant
Geoffrey LEURIDAN
Signature

4/4

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

3. GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES ENTRETIENS ETHNOGRAPHIQUES DES MÉDECINS ET DES INTERNES

Thèmes	Sous-thèmes	Exemple de questions posées
Questions introductives	Histoire de l'interviewé	Tu as fait autre choses avant ?
Questions introductives	Ancienneté déchocage	Tu travailles au déchocage depuis combien de temps ? Tu as fait d'autres services avant ?
Questions introductives	Choix déchocage	Pourquoi avoir choisi cette unité ?
Questions introductives	Métier	Pourquoi avoir choisi d'être anesthésiste-réanimateur ?
Questions introductives	Métier	Pourquoi avoir choisi d'être anesthésiste ?
Le service	Définir unité	Comment tu qualifierais cette unité par rapport aux autres unités où tu as déjà travaillé ?
Le service	Définir unité	Différence entre déchocage et les autres unités de soins intensifs ou les réanimations ? Des spécificités ?
Le service	L'unité	C'est quoi pour toi la mission de ce service ? À quoi sert, l'utilité de cette unité ?
Le service	L'unité	Spécificités de ce service ?
Le service	Définition métier	Comment tu définirais ton métier dans cette unité ? Ton travail, ton rôle ?
Le service	Tâches	Les tâches que tu dois effectuer ?
Le service	Évènements majeurs	Quels ont été les évènements majeurs cette année ?
Le service	Environnement médiatique	Attentat : comment ça s'est passé l'accueil du blessé dans l'unité ? Et les jours qui ont suivi avec les médias, les politiques, la direction ?
Le service	L'activité	Selon les shifts, nuit, week-end, fériés : des différences dans l'activité ? Dans façon de travailler ? Dans les relations ?
Le service	Garde	Sur une garde : rare, fréquent de pas dormir / Dormir moins de 3h ?
Le service	Garde	En général : combien de gardes par mois ? Dépendant des services où tu fais tes gardes ? (moins fatigant que d'autres)
Le service	Garde	"On est capable de travailler en étant fatigué" : qu'en penses-tu ?
Le service	Garde	Comment ça se manifeste chez toi la fatigue quand tu es au travail ?
Le service	L'activité	De ton point de vue, comment tu peux raconter la prise en charge d'un patient quand il arrive au déchoc ?
Le service	L'activité	Composition équipe ; rôle ; tâche ; coordination ; circulation information
Le service	L'activité	Dans les chambres : comment ça se passe ?
Le service	L'activité	Pour la salle de réveil I(SSPI) : comment ça se passe ?
Le service	L'unité	Comment percevez-vous votre rôle et la relation avec les autres membres de l'équipe ? (PH/CdC, int, IDE, AS, CdS)
Le service	L'activité	Plusieurs entrées : comment ça se passe ?

Guide entretien Annexe_Médecin-Interne.docx 1/4

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

Le service	Intégration nouveaux	Nouveaux : comment aborder ces nouveaux, premiers contacts, temps d'adaptation
Le service	Point de vue fonctionnement	Tu trouves que ça tourne bien dans ce service ? Quels éléments pour toi font la force de cette unité ?
Le service	Point de vue fonctionnement	Des éléments perfectibles ? Comme ?
Le service	Facteurs de résilience	Selon toi, quels sont les éléments qui font que ça fonctionne ?
Le service	Facteurs de résilience	Bonne relations entre les membres du groupe
Le service	Facteurs de résilience	Capacité à improviser
Le service	Facteurs de résilience	Définition des tâches, des rôles ?
Le service	Facteurs de résilience	Coordination entre les membres
Le service	Facteurs de résilience	Un chef qui donne des ordres (coordination pyramidale)
Le service	Facteurs de résilience	Compétences techniques ? Expertise ?
Le service	Facteurs de résilience	L'expérience professionnelle générale ?
Le service	Facteurs de résilience	L'expérience dans le poste ?
Le service	Facteurs de résilience	L'ancienneté dans le service
Le service	Facteurs de résilience	L'adaptation ?
Le service	Facteurs de résilience	Des procédures précises ?
Le service	Facteurs de résilience	Autres choses ?
Le service	Changement procédure	Vous avez souvent des nouvelles procédures ? Des changements dans les procédures actuelles ?
Le service	Changement procédure	Comment ça se passe ? Top-down ou participatif ? Phase de rodage ou application directe ? Des retours ?

lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

Le service	Changement procédure	Pourquoi classeur rouge des entrées remplacé par cahier au déchocage ? (demande de l'équipe de nuit)
Les situations inattendues	Définition	As-tu déjà été confronté à des situations inattendues ? Quoi par exemple ?
Les situations inattendues	Déroulement	Peux-tu me décrire une situation inattendue à laquelle tu as été confrontée ? Déroulement ? Gérer tout seul, appel ? Quand ?
Les situations inattendues	Procédures	Il y avait une procédure indiquée pour ce type de situation ?
Les situations inattendues	Problèmes	Quels ont été les problèmes rencontrés ? Des anecdotes ?
Les situations inattendues	Décision	Dans cette situation, qui a pris la décision pour régler le problème ? Cette personne a-t 'elle consulté les autres personnes présentes ?
Les situations inattendues	Exemple extérieur	Accident à Cochin (Février 2014) : raconter l'incident => qu'en pensez-vous ?
Les situations inattendues	Point de vue	Face à une situation inattendue, que fais-tu ? (ex. : attente un patient dans un état x et c'est un état y ; beurrade soudaine ; afflux soudain de patient ; etc.)
Les situations inattendues	Procédures /Bricolage / Improvisation	Pour toi, il y a une procédure (existante ou potentielle) pour tout ?
Les situations inattendues	Procédures /Bricolage / Improvisation	C'est quoi selon toi la place de l'improvisation, de bricolage dans ton travail ? Des exemples ?
Les situations inattendues	Procédures /Bricolage / Improvisation	Du coup, tu as déjà été confronté à des problèmes liés à ce bricolage ? Ou à l'inverse en bricolant, tu as résolu une situation problématique ? Des exemples ?
Fiabilité	Définition	Si je te dis le mot "fiabilité", ça te fait penser à quoi ? Qu'est-ce qui te vient à l'esprit ?
Fiabilité	Définition	Comment d'après toi on pourrait mesurer la fiabilité ? Quels indicateurs juges-tu pertinent pour mesurer cette fiabilité ?
Fiabilité	Définition	Pour toi, quels éléments assurent la fiabilité dans cette unité ?
Fiabilité	Qualité, sécurité	Comment tu lierais fiabilité avec qualité ? Avec sécurité ?
Fiabilité	To Err is Human	To err is Human' (1999/2001) publié aux USA : Connu ? Quand ? Des changements sur la façon d'aborder la médecine ? Anecdotes, des faits illustrant un propos
Événements indésirables	FEI	Déjà confronté à un problème (ex. un matériel défectueux, les PC qui ne fonctionnent pas ; quelque chose qui ne va pas dans la prise en charge) ? Tu as fait quoi ?
Événements indésirables	FEI	Déjà fait une FEI ? Mise en place depuis longtemps ?
Événements	FEI	Pour quel événement ? C'est quoi pour toi un évènement indésirable ?

lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

indésirables		
Événements indésirables	FEI	Des retours concrets sur le terrain ? Quoi ?
Événements indésirables	FEI	Vous en attendez quoi d'une FEI ?
Événements indésirables	FEI	Sous-évaluer ou fait pour un oui ou un non ? Pourquoi ?
Événements indésirables	Feedback	Des réunions pour discuter des cas, d'une PeC; d'erreurs, de dysfonctionnements, (pas forcément suite à une FEI) ?
Contexte	Institution	Occasion pour parler de l'hôpital, des services d'urgence, du déchocage : des changements depuis les 20 dernières années => impact sur l'organisation, la médecine ?
Contexte	Institution	Prise en compte des coûts, des dépenses, de l'efficience ?
Contexte	Point de vue	Ressenti vis-à-vis de cette approche gestionnaire ?
Contexte	Évolution médecine	Formation médecins a changé ? => formation initiale, séminaire durant leur fonction
Contexte	Évolution médecine	Impact sur la médecine ? (qualité des soins, organisation du travail)
Contexte	Réformes	Réformes de l'hôpital (NMP, NGH, T2A, etc.) et conséquences sur les urgences
Contexte	Point de vue	Point de vue : ce que ça représente pour vous, comment l'avez-vous vécu ?
Contexte	CHR	Nouvelles mesures, stratégies (short track/circuit court Cf. Wiler et al., 2010 + AP-HP 2014)
Contexte	Point de vue	Point de vue : ce que ça représente pour vous, comment l'avez-vous vécu ? Alternatives possibles ?
Contexte	Réformes	Réformes internes :
Contexte	Réformes	Décret du 1er mai 2015 : maximum de 48h par semaine ; 10 demi-journée dont 1 demi-journée pour formation et 1 demi-journée pour travail personnel (dc 8 demi-journées de stage)
Contexte	Réformes	Déjà une directive européenne de 2003 à ce sujet (6 ans pour appliquer par la France mais jamais appliqué)
Contexte	Réformes	Dans les faits : au lieu de Lundi au samedi midi ; du lundi au vendredi ; avec 1 jour théorique sur ces 5 jours qui est généralement supprimé faute de moyens et de priorité aux soins)
Contexte	Réformes	Augmenter l'effectif d'interne => augmentation du numerus clausus de 32k à 40k interne
Contexte	Réformes	Sanctions financières si l'hôpital ne respecte les 48h mais pas de données précis + sujet sensible

lilliad.univ-lille.fr

4. GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES ENTRETIENS ETHNOGRAPHIQUES DES INFIRMIERS ET DES AIDES-SOIGNANTS

Thèmes	Sous-thèmes	Exemple de questions posées
Questions introductives	Histoire de l'interviewé	Tu es infirmier depuis combien de temps ?
Questions introductives	Histoire de l'interviewé	Tu as fait autre choses avant ?
Questions introductives	Ancienneté déchocage	Tu travailles au déchocage depuis combien de temps ? Tu as fait d'autres services avant ?
Questions introductives	Choix déchocage	Pourquoi avoir choisi cette unité ?
Questions introductives	Métier	Pourquoi avoir choisi d'être infirmier ?
Le service	Définir unité	Comment tu qualifierais cette unité par rapport aux autres unités où tu as déjà travaillé ?
Le service	Définir unité	Différence entre déchocage et les autres unités de soins intensifs ou les réanimations ? Des spécificités ?
Le service	L'unité	C'est quoi pour toi la mission de ce service ? À quoi sert, l'utilité de cette unité ?
Le service	L'unité	Spécificités de ce service ?
Le service	Définition métier	Comment tu définirais ton métier dans cette unité ? Ton travail, ton rôle ?
Le service	Tâches	Les tâches que tu dois effectuer ?
Le service	Évènements majeurs	Quels ont été les évènements majeurs cette année ?
Le service	Environnement médiatique	Attentat : comment ça s'est passé l'accueil du blessé dans l'unité ? Et les jours qui ont suivi avec les médias, les politiques, la direction ?
Le service	L'activité	Selon les shifts, nuit, week-end, fériés : des différences dans l'activité ? Dans façon de travailler ? Dans les relations ?
Le service	Garde	"On est capable de travailler en étant fatigué" : qu'en penses-tu ?
Le service	Garde	Comment ça se manifeste chez toi la fatigue quand tu es au travail ?
Le service	L'activité	De ton point de vue, peux-tu raconter la prise en charge d'un patient quand il arrive au déchoc ?
Le service	L'activité	qui (composition équipe) ; rôle ; tâche ; coordination ; circulation information
Le service	L'activité	Dans les chambres : comment ça se passe ?
Le service	L'activité	Pour la salle de réveil I(SSPI) : comment ça se passe ?
Le service	L'unité	Comment percevez-vous votre rôle et la relation avec les autres membres de l'équipe ? (PH/CdC, int, IDE, AS, CdS)
Le service	L'activité	Plusieurs entrées : comment ça se passe ?
Le service	Intégration nouveaux	Nouveaux : comment aborder ces nouveaux, premiers contacts, temps d'adaptation
Le service	Intégration nouveaux	Procédure doublon IDE : combien de temps ? Différence avec un autre service ?

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

Le service	Opinion fonctionnement	Tu trouves que ça tourne bien dans ce service ? Quels éléments pour toi font la force de cette unité ?
Le service	Opinion fonctionnement	Des éléments perfectibles ? Comme ?
Le service	Facteurs de résilience	Selon toi, quels sont les éléments qui font que ça fonctionne ?
Le service	Facteurs de résilience	Bonne relations entre les membres du groupe
Le service	Facteurs de résilience	Capacité à improviser
Le service	Facteurs de résilience	Définition des tâches, des rôles ?
Le service	Facteurs de résilience	Coordination entre les membres
Le service	Facteurs de résilience	Un chef qui donne des ordres (coordination pyramidale)
Le service	Facteurs de résilience	Compétences techniques ? Expertise ?
Le service	Facteurs de résilience	L'expérience professionnelle générale ?
Le service	Facteurs de résilience	L'expérience dans le poste ?
Le service	Facteurs de résilience	L'ancienneté dans le service
Le service	Facteurs de résilience	L'adaptation ?
Le service	Facteurs de résilience	Des procédures précises ?
Le service	Facteurs de résilience	Autres choses ?
Le service	Changement procédure	Vous avez souvent des nouvelles procédures ? Des changements dans les procédures actuelles ?
Le service	Changement procédure	Comment ça se passe ? Top-down ou participatif ? Phase de rodage ou application directe ? Des retours ?
Le service	Changement procédure	Pourquoi un classeur rouge des entrées remplacé par cahier au déchocage ? (demande de l'équipe de nuit)
Les situations inattendues	Définition	As-tu déjà été confronté à des situations inattendues ? Quoi par exemple ?
Les situations inattendues	Déroulement	Peux-tu me décrire une situation inattendue auxquelles tu as été confrontée ? Déroulement ? Gérer tout seul, appel ? Quand ?
Les situations inattendues	Procédures	Il y avait une procédure indiquée pour ce type de situation ?
Les situations inattendues	Problèmes	Quels ont été les problèmes rencontrés ? Des anecdotes ?
Les situations inattendues	Décision	Dans cette situation, qui a pris la décision pour régler le problème ? Cette personne a-t-elle consulté les autres personnes présentes ?
Les situations	Exemple extérieur	Accident à Cochin (Février 2014) : raconter l'incident => qu'en pensez-vous ? L'erreur en médecine

lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

inattendues		
Les situations inattendues	Point de vue	Face à une situation inattendue, que fais-tu ? (ex. : attente un patient dans un état x et c'est un état y ; beurrade soudaine ; afflux soudain de patient ; etc.)
Les situations inattendues	Procédures /Bricolage / Improvisation	Pour toi, il y a une procédure (existante ou potentielle) pour tout ?
Les situations inattendues	Procédures /Bricolage / Improvisation	C'est quoi selon toi la place de l'improvisation, de bricolage dans ton travail ? Des exemples ?
Les situations inattendues	Procédures /Bricolage / Improvisation	Du coup, tu as déjà été confronté à des problèmes liés à ce bricolage ? Ou à l'inverse en bricolant, tu as résolu une situation problématique ? Des exemples ?
Fiabilité	Définition	Si je te dis le mot "fiabilité", ça te fait penser à quoi ? Qu'est-ce qui te vient à l'esprit ?
Fiabilité	Définition	Comment d'après toi on pourrait mesurer la fiabilité ? Quels indicateurs juges-tu pertinent pour mesurer cette fiabilité ?
Fiabilité	Définition	Pour toi, quels éléments assurent la fiabilité dans cette unité ?
Fiabilité	Qualité, sécurité	Comment tu lierais fiabilité avec qualité ? Avec sécurité ?
Événements indésirables	FEI	Déjà confronté à un problème (ex. un matériel défectueux, les PC qui ne fonctionnent pas ; quelque chose qui ne va pas dans la prise en charge) ? Tu as fait quoi ?
Événements indésirables	FEI	Déjà fait une FEI ? Mise en place depuis longtemps ?
Événements indésirables	FEI	Pour quel événement ? C'est quoi pour toi un évènement indésirable ?
Événements indésirables	FEI	Des retours concrets sur le terrain ? Quoi ?
Événements indésirables	FEI	Vous en attendez quoi d'une FEI ?
Événements indésirables	FEI	Sous-évaluer ou fait pour un oui ou un non ? Pourquoi ?
Événements indésirables	Feedback	Des réunions pour discuter des cas, d'une PeC ; d'erreurs, de dysfonctionnements, (pas forcément suite à une FEI) ?
Contexte	Institution	Occasion pour parler de l'hôpital, des services d'urgence, du déchocage : des changements depuis les 20 dernières années => impact sur l'organisation, la médecine ?
Contexte	Institution	Prise en compte des coûts, des dépenses, de l'efficience ?
Contexte	Point de vue	Ressenti vis-à-vis de cette approche gestionnaire ?

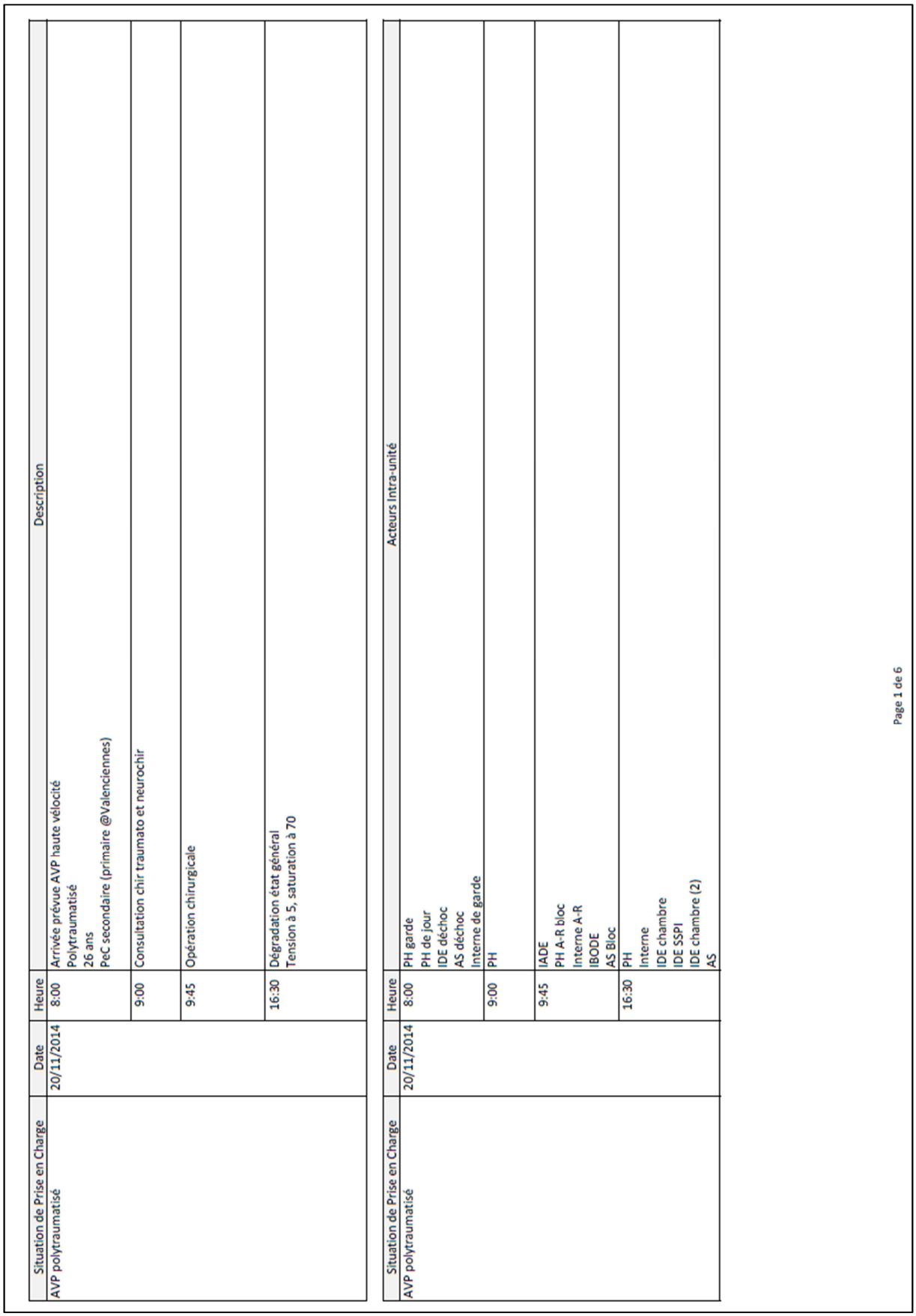
lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

Contexte	Réformes	Réformes de l'hôpital (NMP, NGH, T2A, etc.) et conséquences sur les urgences
Contexte	Point de vue	Point de vue : ce que ça représente pour vous, comment l'avez-vous vécu ?
Contexte	CHR	Nouvelles mesures, stratégies (short track/circuit court Cf. Wiler et al., 2010 + AP-HP 2014)
Contexte	Point de vue	Point de vue : ce que ça représente pour vous, comment l'avez-vous vécu ? Alternatives possibles ?
Questions conclusives		Des éléments à compléter en guise de conclusion ?
Questions conclusives		Ai-je oublié des choses importantes à évoquer ou que tu aurais aimé évoquer ?
Questions conclusives		Y-a-t 'il des interlocuteurs qui pourrait être intéressant que je rencontre ?
Questions conclusives		Donner sa carte de visite à la fin pour contacter si oublié quelque chose ou des infos supplémentaires

lilliad.univ-lille.fr

5. ILLUSTRATIONS DU TEMPLATE ANALYTIQUE DE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT



Situation de Prise en Charge	Date	Heure	Description
AVP polytraumatisé	20/11/2014	8:00	Arrivée prévue AVP haute vélocité Polytraumatisé 26 ans PeC secondaire (primaire @Valenciennes)
		9:00	Consultation chir traumato et neurochir
		9:45	Opération chirurgicale
		16:30	Dégradation état général Tension à 5, saturation à 70

Situation de Prise en Charge	Date	Heure	Acteurs intra-unité
AVP polytraumatisé	20/11/2014	8:00	PH garde PH de jour IDE déchoc AS déchoc Interne de garde
		9:00	PH
		9:45	IADE PH A-R bloc Interne A-R IBODE AS Bloc
		16:30	PH Interne IDE chambre IDE SSPI IDE chambre (2) AS

Page 1 de 6

© 2018 Tous droits réservés.
lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

Situation de Prise en Charge	Date	Heure	Acteurs extra-unité
AVP polytraumatisé	20/11/2014	8:00	
		9:00	Interne chir traumato Interne chir thoracique
		9:45	PH chir Interne chir
		16:30	

Situation de Prise en Charge	Date	Heure	Espace
AVP polytraumatisé	20/11/2014	8:00	Salle déchocage
		9:00	PC médico-infirmier
		9:45	Bloc opératoire
		16:30	Chambre ICU

lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

Situation de Prise en Charge	Date	Heure	Temps
AVP polytraumatisé	20/11/2014	8:00	00:30:00
		9:00	00:15:00
		9:45	01:30:00
		16:30	00:30:00

Situation de Prise en Charge	Date	Heure	Ressources Matérielles
AVP polytraumatisé	20/11/2014	8:00	Monitoring Kit bilan CD-ROM TDM
		9:00	Imagerie Dossier issu de la PeC primaire
		9:45	Matériel chirurgical
		16:30	TSI

lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

Situation de Prise en Charge	Date	Heure	Niveau Unité
AVP polytraumatisé	20/11/2014	8:00	8 chambres pleins 3 déchoc pleins
		9:00	
		9:45	
		16:30	7 chambres ICU pleines (dont 3 départs prévus) 2 déchoc pleins (dont 2 départs prévus)

Situation de Prise en Charge	Date	Heure	Actions
AVP polytraumatisé	20/11/2014	8:00	Bilan, posologie prescription Nettoyage patient Importation données CR-Rom sur logiciel imagerie Demande condultation chir. Thoracique, traumato, neurochir
		9:00	Examen des images pour évaluer les lésions et le degré d'urgence
		9:45	Acte chirurgical car hémorragie + réparer les lésions
		16:30	2 IDE préviennent PH de la dégradation Interne vient àcôté pour voir si besoin d'aide 3e IDE vient voir si il y abesoin d'aide AS arrive => on lui demande d'aller chercher le dossier au bloc opératoire PH tèl chir pour savoir précisément ce qu'ill s'est passé (pas même PH au bloc et au déchoc)

lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

Situation de Prise en Charge	Date	Heure	Résultat
AVP polytraumatisé	20/11/2014	8:00	Echec importation image, interne va en radio avec CD-ROM
		9:00	Urgence à opérer (hémorragie interne) Interne traumato tèl PH chir pour bilan de la situation PH tèl bloc pour presser le pas car le patient arrive
		9:45	Hémorragie stoppée Drainage sang dans le péritoine Chirugie explique au PH A-R ce qu'il a fait e va faire PH met à jour le dossier avec les lésions
		16:30	Soudainement, le patient va mieux => inexpliqué PH reprend les élements à sa disposition pour comprendre ce qu'il se passe

Situation de Prise en Charge	Date	Heure	Analepse
AVP polytraumatisé	20/11/2014	8:00	@07:55 : personne dans la salle de repos @08:10 : arrivée des nouveaux internes et des internes de garde => les PH de jour et de garde ne sont pas là car il y a une entrée au déchoc J'arrive quand le SAMU et les pompiers quittent le déchoc (08:10)
		9:00	Patient est grave + instable PH suite le dossier de près
		9:45	Au bloc, l'état du patient se détériore (tension--, coagulation--) Priorité #1 : trovuer source hémorragie
		16:30	Retour du bloc, puis SSPI, puis mis en chambre ICU

lilliad.univ-lille.fr

© 2018 Tous droits réservés.

Situation de Prise en Charge	Date	Heure	Prolepse
AVP polytraumatisé	20/11/2014	8:00	Une fois la PeC faite, les PH vont en salle de repos pour faire les transmissions autour d'un café
		9:00	Mécontentement au bloc face à ce brusque changement
		9:45	Après fin hémorragie, suite des lésions à gérer Puis sortie en SSPI, puis chambre ICU
		16:30	Au bloc, pas vu qu'on avait clampé le cystocath (catheter sus pubien) Une fois situation ok, tout le monde repart vaquer à ses occupations Après 24h => envoyé en réanimation chirurgicale ; occupera l'essentiel des trans du lendemain au vu de la lourdeur de soins et du dossier

lilliad.univ-lille.fr