

Le rôle des routines dans le processus de changement des organisations hospitalières

Johanna Habib

Maître de conférences

IEMN-IAE

Bâtiment Petit Port

Chemin de la censive du Tertre

BP 52231 - 44322 Nantes Cedex 3

Tel. +33 (0)2 40 14 14 53

email: johanna.habib@univ-nantes.fr

Cathy Krohmer

Maître de conférences

IEMN-IAE

Bâtiment Petit Port

Chemin de la censive du Tertre

BP 52231 - 44322 Nantes Cedex 3

Tel. +33 (0)2 40 14 11 78

email: cathy.krohmer@univ-nantes.fr

Le rôle des routines dans le processus de changement des organisations hospitalières

Résumé

Cette recherche s'intéresse au rôle des routines organisationnelles dans le processus de changement des organisations hospitalières actuellement traversées par un mouvement de réformes important. Elle ambitionne de répondre à la question suivante : dans quelle mesure les routines organisationnelles peuvent-elles alimenter le processus de changement d'une organisation hospitalière ? Deux études de cas dans des organisations hospitalières intercommunales ont permis d'analyser en profondeur deux routines organisationnelles et de mettre en évidence leur rôle dans la dynamique de changement de ces structures. Les résultats montrent qu'un équilibre entre les deux aspects des routines, ostensif – représentation de la routine – et performatif – mise en œuvre de la routine – (Feldman, 2000), favorise la dynamique de changement. A l'inverse, lorsqu'un déséquilibre s'installe au profit de l'aspect performatif de la routine, des bricolages incessants produisent une perte de sens relative au cadre d'action. Les dysfonctionnements opèrent alors comme des résistances au changement et les acteurs ne sont pas en mesure de modifier la routine défaillante.

Mots clés : routines organisationnelles, processus de changement, établissements hospitaliers, études de cas.

Le rôle des routines dans le processus de changement des organisations hospitalières

INTRODUCTION

Le secteur hospitalier français connaît actuellement un mouvement de réformes important répondant à de nouvelles contraintes économiques et socio-sanitaires. Parmi ces réformes, et dans la continuité de la nouvelle gouvernance ou de la tarification à l'activité, la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) du 21 juillet 2009 promulgue le principe de complémentarité et de coopération entre les acteurs du système de santé et la généralisation de la contractualisation avec les organisations hospitalières. Cette loi incite notamment au regroupement des établissements hospitaliers au travers des communautés hospitalières de territoire (CST) et engage dans le cadre de la contractualisation ces structures à un retour à l'équilibre budgétaire. Ces nouveaux aspects réglementaires conduisent à des changements institutionnels qui s'imposent aux établissements et aux professionnels de santé. De nature exogène, cette incitation au changement se réalise dans des dynamiques différentes d'un établissement à un autre. Plusieurs facteurs contingents peuvent expliquer l'appropriation plus ou moins aisée de ces réformes par les organisations hospitalières : l'impulsion donnée par la direction, l'implication des cadres de santé et des chefs de service, l'histoire de l'établissement et ses spécificités, etc.

Ces nombreuses réformes et les transformations qu'elles initient au sein des organisations hospitalières questionnent directement les routines organisationnelles. Les routines représentent des programmes d'action qui permettent de « lire » les faits organisationnels et d'y apporter des réponses (Dosi et al., 1990). Elles se traduisent alors par une répétition des manières de travailler (Reynaud, 2001). Souvent envisagées comme des éléments stables, les routines ont pu être perçues dans certains cas comme des freins au changement (Dosi et al. 1990 ; Argyris, 1995). Une conception plus récente (Feldman, 2000 ; Feldman et Pentland, 2003 ; Pentland et Feldman, 2008) révèle au contraire que les routines peuvent être une source de changement et de flexibilité. Nous proposons dans cette communication d'appliquer ce cadre d'analyse renouvelé des routines au cas des organisations hospitalières. Notre problématique générale peut être formulée ainsi: dans quelle mesure les routines

organisationnelles peuvent-elles alimenter le processus de changement d'une organisation hospitalière ?

Pour y répondre, une recherche qualitative fondée sur la méthode des cas a été mise en œuvre dans deux organisations hospitalières intercommunales. Le périmètre de l'étude a concerné deux services hospitaliers différents, l'un est un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et l'autre, un service des urgences.

La première section de l'article présente le cadre conceptuel de la recherche. Il s'agit principalement de définir et d'opérationnaliser le concept de routines en présentant les travaux susceptibles de nous aider à analyser son rôle dans le processus de changement. La seconde section expose notre méthodologie de recherche qualitative, justifie la sélection des études de cas et présente les terrains de notre recherche. La troisième section restitue les résultats de l'analyse des deux routines organisationnelles étudiées, l'une source de flexibilité et l'autre source de blocage dans le processus de changement. Enfin, la quatrième section discute le rôle des routines dans le processus de changement des organisations hospitalières.

1. LES ROUTINES ORGANISATIONNELLES COMME SOURCE DE CHANGEMENT

L'intérêt pour les routines n'est pas nouveau ce qui explique certainement le nombre important de définitions (sur ces questions voir Schulz, 2008 qui propose une revue de la littérature détaillée sur ce sujet ou encore Cohen et al. 1996 qui reprennent les discussions des spécialistes des routines lors d'un atelier sur ce thème). Après avoir défini le concept de routine, nous verrons que les routines en elles-mêmes sont une source de changement. Nous précisons alors comment les routines évoluent.

1.1 LE CONCEPT DE ROUTINES

Une routine organisationnelle peut être définie comme « *un système génératif qui produit des modèles répétitifs et reconnaissables d'actions indépendantes portées par de multiples participants* »¹ (Feldman and Pentland, 2003). Les routines représentent en quelque sorte des programmes d'action qui permettent de « lire » les faits organisationnels et d'y apporter des

¹ Traduction libre des auteurs – « *as generative systems that produce repetitive, recognizable patterns of independent actions carried out by multiple participants* »

réponses (Dosi et al., 1990). Elles se traduisent alors par une répétition des manières de travailler (Reynaud, 2001). Ces routines sont des modèles particulièrement complexes qui ne peuvent pas être pleinement codifiés (Dosi et al. 1990). Reynaud (2001 et 2005) précise ainsi que les procédures qui sont explicites doivent être clairement distinguées des routines qui elles sont tacites.

Les nombreux travaux sur les routines révèlent des conceptions très différentes (Schulz, 2008). Pour Reynaud (2001, 2005), deux entrées sont possibles dans la notion de routine. Une première entrée précise à quel niveau - individuel ou organisationnel - s'applique le modèle de comportement, d'action ou d'interaction. Une seconde entrée définit la routine comme une capacité d'apprentissage. Soit l'apprentissage est conçu comme une capacité à reproduire automatiquement des tâches correspondant à la routine (« *routines as mindless repetitions* »). Soit, l'apprentissage est vu comme une capacité à accroître les connaissances liées à la routine. Ici la routine est envisagée comme une répétition faisant sens (« *routines as sense making repetitions* »). Au final, quatre conceptions du terme de routines sont proposées :

- les routines individuelles et automatiques que Reynaud (2001, 2005) compare à des compétences individuelles ;
- les routines statiques opérant au niveau organisationnel sont des procédures ou des règles empiriques ;
- les routines permettant de faire sens et opérant au niveau individuel. Ici les individus vont résoudre des problèmes sans remettre en cause le fonctionnement de l'organisation ;
- et les routines organisationnelles. Ce sont des modèles de comportement situés au niveau organisationnel impliquant des capacités d'apprentissage à faire sens. Ces routines organisationnelles sont considérées comme une grammaire qui exprime un ensemble de possibles appelé « répertoire d'action » (Pentland et Reuters, 1994 cité par Reynaud 2005).

A travers cette grille d'analyse, il s'avère clairement que les auteurs attribuent des rôles différents aux routines dans le processus de changement. Il s'agit maintenant de les préciser.

1.2 STABILITE ET FLEXIBILITE DES ROUTINES

Eléments primordiaux dans les organisations, les routines ont d'abord été envisagées comme stables et répétitives (March et Simon, 1991, Nelson et Winter, 1982). Il est alors possible de

prévoir le comportement individuel (March et Simon, 1991). Cette stabilité n'implique toutefois pas une rigidité totale puisque « *le contenu d'un schéma doit pouvoir s'adapter à un grand nombre de caractéristiques du stimulus qui le déclenche* » (March et Simon, 1991). De même pour Dosi et al. (1990), « *les routines ne sont jamais entièrement statiques car, avec la répétition, les routines peuvent être constamment améliorées* ». C'est lorsque l'organisation change que la stabilité des routines peut être un problème. Comme le précise Soparnot (2004), « *Ces routines «statiques» enracinent l'organisation dans la stabilité, car les modèles de réponses ne se renouvellent pas.*»

Les routines ne sont pourtant pas toujours envisagées comme des éléments stables. Dosi et al. (1990) précisent que certaines routines sont « dynamiques ». Ces routines de niveau supérieur sont orientées vers l'apprentissage et le développement de nouveaux produits et procédés. (Dosi et al, 1990). Plus récemment, les routines apparaissent comme des éléments dynamiques, source de changement et de flexibilité (Feldman et Pentland, 2003). L'analyse prend ici en compte les agents exécutant la routine comme faisant partie de cette dernière. Ici, la routine comporte en elle-même intrinsèquement la capacité d'évoluer. Les changements proviennent alors des réflexions des participants et de leurs réactions aux différents résultats produits par la routine. Pour Feldman (2000) les routines peuvent évoluer et changer lorsque 1) la routine ne produit pas les effets escomptés ; 2) la routine produit l'effet escompté mais engendre de nouveaux problèmes ; 3) la routine permet la production de nouvelles opportunités ; et 4) la routine fait tomber les idéaux. La routine peut alors être « réparée » (cas 1 et cas 2), « étendue » (cas 3), « combattue » (cas 4)². Dans cette perspective, la routine est perçue comme « *un ensemble de modèles possibles – permis et contraint par une variété de structures organisationnelles, sociales, physiques et cognitives – depuis lesquelles les membres de l'organisation produisent une performance spécifique* »³ (Pentland, 1995).

1.3 LA TRANSFORMATION DES ROUTINES

Les routines évoluent. Cette évolution est possible grâce à un mouvement en interne. Feldman (2000) précise ainsi que la routine revêt deux aspects. Une routine c'est une norme dans le sens où elle définit, encadre et prescrit l'action (d'Adderrio, 2008). Feldman (2000) parle ici

² Traduction libre des auteurs cas 1 et cas 2, la routine est « repairing », cas 3, la routine est « expanding », cas 4, la routine est « striving ».

³ Traduction libre des auteurs : « *a set of possible patterns – enabled and constrained by a variety of organizational, social, physical and cognitive structures – from which organizational members enact particular performance* » (Pentland, 1995).

de l'aspect « ostensif » qui est la représentation de ce qu'est la routine, son idée générale. Dans les travaux de Reynaud (2001 ; 2005), on est ici plutôt proche de la notion de règle. La règle étant une « réponse théorique, abstraite et générale » (Reynaud, 2001, p. 64). Mais la routine, c'est aussi la façon dont elle est mise en œuvre (Feldman, 2000). Il s'agit alors pour Feldman de l'aspect « performatif » de la routine. L'analyse se centre sur la capacité des agents à interpréter, à modifier et dans certains cas à dépasser entièrement une règle ou une procédure (D'Adderio 2008). Les routines offrent une solution pragmatique, locale et temporaire à l'incomplétude des règles (Reynaud, 2001).

C'est le mouvement entre l'aspect ostensif et l'aspect performatif de la routine qui rend possible son évolution : « *Ce mouvement entre performatif et ostensif offre de nombreuses opportunités aux acteurs pour produire des variations d'une routine, effectuer une sélection de ces variations et conserver celles qui ont un sens dans la mise en œuvre de la routine en question.* »⁴ (Feldman et Pentland, 2003). Pour Pentland et Feldman (2008) ces deux éléments s'autoalimentent : « *Sans ces deux aspects, les modèles d'action répétitifs et reconnaissables qui caractérisent les routines organisationnelles ne peuvent pas être produits et reproduits.* »⁵ (Pentland et Feldman, 2008). La figure suivante reprend la représentation graphique de ce cadre conceptuel (cf. figure 1).

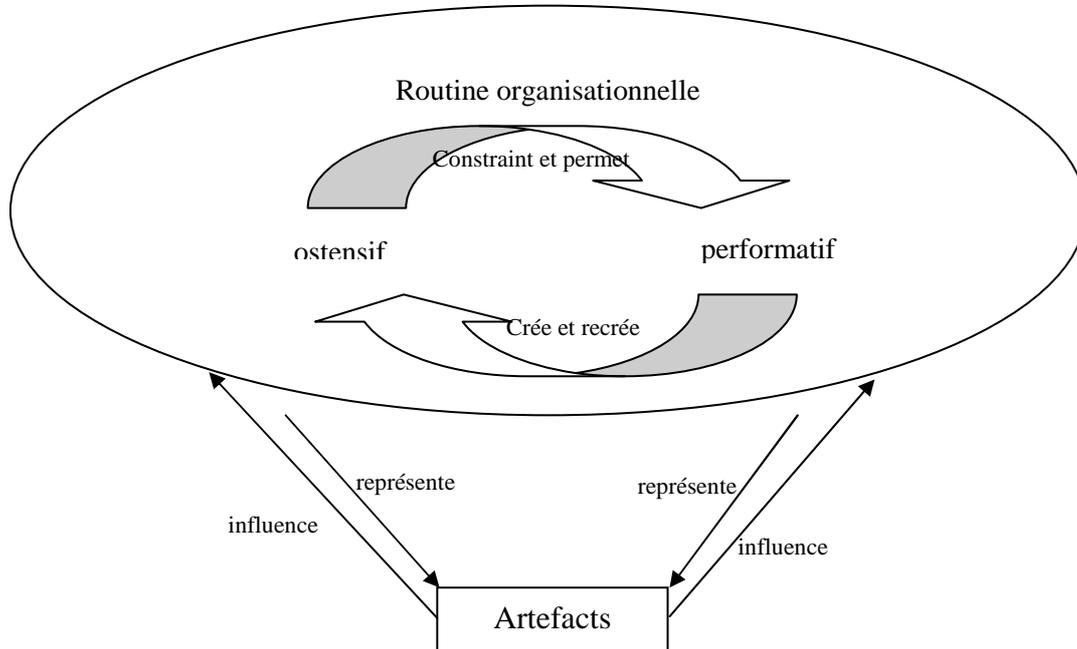


Figure 1 : cadre conceptuel de Pentland et Feldman - source Pentland et Feldman (2008)

⁴ Traduction libre des auteurs : « *This movement between performative and ostensive provides many opportunities for people to produce variations on a routine, to select these variations, and to retain them as what it means to do this particular routine* » (Feldman et Pentland, 2003)

⁵ Traduction libre des auteurs : « *without these two aspects, the recognizable, repetitive patterns of action that characterize organizational routines cannot be produced or reproduced.* » (Pentland et Feldman, 2008).

L'aspect ostensif des routines contraint et donne un cadre d'action. L'aspect performatif qui reflète ce qui est créée en pratique par les acteurs va alors créer et recréer la routine⁶. Par la suite, nous appliquons ce modèle afin de comprendre le processus de changement de deux routines au sein d'organisations hospitalières.

2. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Pour comprendre le rôle des routines dans le processus de changement des organisations hospitalières, nous avons mené deux études de cas (Eisenhardt, 1989 ; Yin, 1994). Dans un premier cas que nous nommerons Géron, nous avons étudié la routine « prise en charge d'un patient » au sein d'un service de soin de suite. Dans un second cas, l'hôpital local SLP, nous avons centré notre attention sur les pratiques de gestion de l'absentéisme dans le service des urgences. La collecte des données combine essentiellement trois sources de données que sont l'entretien semi-directif, l'observation directe non participante (notamment des réunions) et la documentation.

Dans le cas Géron plusieurs matériaux ont été collectés. Entre mars 2010 et juillet 2010, 18 entretiens semi-directifs avec 16 personnes ont été menés ; le médecin et la cadre de santé du service ont été interrogés à deux reprises. A cette occasion nous avons rencontré la directrice de l'établissement, deux cadres de santé, le médecin des soins de suite, la directrice des soins, quatre infirmières, trois aides-soignantes, un agent de service hospitalier (ASH), la secrétaire d'admission, l'ergothérapeute et l'assistante sociale. Nous avons pu assister aussi à des réunions de synthèse pluridisciplinaire. Pour bien comprendre comment fonctionnait ce service, nous avons aussi collecté des documents internes et externes. Enfin, nous avons réalisé une restitution intermédiaire (mois de juin 2010 auprès de la directrice de l'établissement et de la cadre de santé) et deux restitutions finales de notre étude (l'une au mois de septembre 2010 auprès de la directrice de l'établissement, de la directrice des soins et de la cadre de santé, l'autre au mois de novembre 2010 auprès des personnels soignants et du médecin). Les notes reprenant les échanges issus de ces présentations sont aussi des données à part entière mobilisées pour la compréhension du cas.

Dans le cas SLP, notre étude au sein du service des urgences s'est déroulée entre mars et septembre 2011⁷. 21 entretiens semi-directifs ont été réalisés avec différentes catégories de

⁶ Ici les artefacts sont des règles, des procédures ou même des programmes informatiques. Ils sont utilisés pour assurer la reproduction de certains modèles d'action (Pentland et Feldman, 2008).

⁷ Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet régional en Pays de Loire portant sur les pratiques hospitalières en matière d'absentéisme : le projet PHARES piloté par l'Ecole des Mines de Paris. Ce projet vise à identifier les causes du phénomène de l'absentéisme dans les

personnels : la chef de service, la cadre de santé (par intérim) et son adjointe, des infirmières de jour et de nuit, des aides soignantes de jour et de nuit, des membres de la direction et des représentants du personnel. Nous avons également assisté à des réunions de transmission entre les personnels soignants du service. Ces réunions ont lieu deux fois par jour lors des changements d'équipe afin d'échanger les informations relatives à la prise en charge du patient. Ces données discursives ont été complétées par la collecte et l'analyse de documents internes portant sur l'établissement, le service et la politique de gestion des absences. Nous avons restitué les résultats de notre recherche au mois de juillet 2011 auprès de la direction et du comité de pilotage interne du projet et au mois de septembre 2011 auprès des équipes du service des urgences.

	Le cas GERON	Le cas SLP
Entretiens	1 directrice de l'établissement 1 directrice des soins 2 cadres de santé 1 médecin 4 infirmières 3 aides soignantes 1 agent de service hospitalier 1 secrétaire d'admission 1 ergothérapeute 1 assistante sociale	1 directeur des ressources humaines 1 directeur du secteur médico-social 1 cadre supérieur direction des soins 1 directrice des soins 1 médecin chef de service 1 cadre de santé 1 adjointe cadre de santé 6 infirmières 6 aides soignantes 2 représentants du personnel
Observations passives	2 réunions de synthèse	3 réunions de transmission
Documents internes	procédures, dossiers patients, projet d'établissement, CR de réunions	Planning, procédures, CR de réunions, CR d'études sur l'absentéisme
Restitutions	1 restitution intermédiaire 2 restitutions finales	2 restitutions finales

Tableau 1 : la collecte des données de la recherche

Une fois les données collectées, nous avons retranscrit l'ensemble des entretiens d'une durée de 1 à 2 heures ainsi que les notes prises lors des réunions. Un travail d'analyse qualitatif a ensuite été mené afin de mieux comprendre le rôle des routines dans le processus de changement des organisations hospitalières. Ce travail a reposé sur la catégorisation des données pour dégager des méta-catégories (Miles et Huberman, 2003). Quatre méta-catégories ont été élaborées : description générale de la routine, aspect ostensif de la routine, aspect performatif de la routine, évolution de la routine.

structures hospitalières, à mettre en évidence ses effets sur ces structures et enfin à évaluer les modalités de gestion. Le portage et le financement du projet pour une durée de 3 ans (2009-2011) sont assurés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire, le Fonds National de prévention de la CNRACL et la Fédération Hospitalière de France (FHF) / FHR Pays de la Loire. L'hôpital SLP comme 9 autres établissements hospitaliers s'est porté candidat pour faire partie de l'étude.

2.2.2 Présentation du service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) de l'hôpital Géron

L'établissement Géron est un hôpital local à cheval sur deux communes rurales de 20000 et 6000 habitants. Cette structure hospitalière est spécialisée en gériatrie : Etablissement d'Hospitalisation pour Personnes Agées Dépendantes – EHPAD (262 lits), maison d'accueil spécialisée (50 places), Soins de Suite et de Réadaptation (97 lits), soins de longue durée (55 lits) et médecine (12 lits). L'établissement est très fortement contraint budgétairement puisque son directeur a signé un contrat de retour à l'équilibre. Notre étude s'est ici limitée à l'un des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Ce service compte 25 lits répartis sur deux ailes. Les patients admis sont :

- des personnes plutôt âgées et dépendantes, parfois en soins palliatifs (environ 20 lits). Ces patients ont été précédemment hospitalisés au CHU ou dans les cliniques de l'agglomération voisine ;
- des personnes plutôt jeunes et autonomes, traitées pour des problématiques d'addictologie (environ 5 lits). Ces patients sont adressés directement par des médecins libéraux.

Sur une matinée sont présents le médecin, la cadre de santé, l'assistante sociale, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, deux infirmières et quatre aides-soignants ou agents de service hospitalier. La cadre de santé anime et gère le personnel soignant (infirmières, aides-soignantes et agents de service hospitalier). Le médecin prescrit les soins. L'ergothérapeute et le kinésithérapeute réalise leur activité de rééducation des patients en fonction des prescriptions du médecin. Les infirmiers sont en charge des soins infirmiers en fonction des prescriptions médicales. Les aides-soignants et les agents de service hospitalier réalisent des missions d'aide auprès des patients, entretiens des locaux et d'hôtellerie. Dans ce service, ces deux catégories de personnel réalisent indifféremment les mêmes tâches.

Depuis 5 ans, le service a connu plusieurs évolutions. Par effet de domino, la réduction de la durée moyenne de séjour et les contraintes budgétaires dans les établissements en amont de ce service (CHU / clinique), ont conduit à l'admission de patients aux pathologies plus lourdes. Cette phrase répétée à plusieurs reprises résume assez bien cette évolution : « *On ne reçoit plus des patients qui se sont faits opérer de la cataracte ! Maintenant ils rentrent chez eux après l'opération !* ». Ensuite, les contraintes budgétaires du contrat de retour à l'équilibre impliquent la maîtrise de la durée moyenne de séjour et du taux d'occupation des lits. Ceci a

des répercussions directes sur l'activité des soignants. Par exemple, si auparavant un nouveau patient était accueilli au mieux un jour après le départ d'un autre, actuellement cette permutation se fait dans la journée. Enfin, les premiers patients atteints d'addictologie ont été admis il y a deux ans environ par le nouveau médecin du service dont c'est l'une des spécialités. Ces évolutions ont transformé le travail des soignants : soins à des personnes plus dépendantes, attention particulière à la préparation de la sortie des patients et transformation des soins pour une prise en charge plus psychologisante des patients atteints d'addictologie. En parallèle, depuis deux ans, le service a été étoffé et stabilisé. Après une absence de management de proximité durant une année, une cadre de santé a été affectée au service. Un poste d'assistante sociale en charge de la gestion de la sortie des patients a été créé. Des fonctions auparavant externalisées comme celles de médecine et de kinésithérapie ont donné lieu à des recrutements. Dorénavant, le service compte un praticien hospitalier à temps plein spécialisé en addictologie et en gériatrie ainsi que trois kinésithérapeutes également à temps plein.

2.2.3 Présentation du service des urgences de l'hôpital SLP

L'hôpital SLP est un centre hospitalier intercommunal. Il est issu de la fusion en 2000 de deux centres hospitaliers locaux de deux communes du territoire. Cet établissement dispense des soins de proximité sur un bassin de 100.000 habitants et regroupe des activités sanitaires sur le site principal (médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique, soins de suite et de réadaptation) et des activités médico-sociales sur les deux communes historiques du centre hospitalier (secteur EHPAD et unité Alzheimer). Le nouveau centre hospitalier a ouvert en 2007⁸ et dispose d'un service des urgences avec une activité SMUR (Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation). Ce service est susceptible de prendre en charge toutes les pathologies médico-chirurgicales de l'adulte et de l'enfant. A titre informatif en 2011, le service des urgences a accueilli 20 000 patients.

Depuis 2007, le service des urgences a connu de nombreux changements. En premier lieu, l'ouverture du nouveau centre hospitalier a nécessité de fusionner les équipes des deux centres hospitaliers locaux. Cela a provoqué un changement important dans la taille de l'équipe (*« on est passés d'une petite équipe où tout le monde se connaissait à une grande équipe*

⁸ La fusion des deux établissements hospitaliers locaux a réellement été matérialisée pour les professionnels de santé en 2007 avec l'ouverture d'un nouveau centre hospitalier à mi-distance des deux communes.

impersonnelle ») et dans les méthodes de travail. Dans ce contexte singulier de post-fusion, des conflits ont éclaté entre certains membres du service et la direction. Ces conflits ont notamment conduit au départ de médecins dont l'ancienne chef de service. Enfin, la nomination de la nouvelle chef de service s'est accompagnée d'une réorganisation du service afin d'optimiser la prise en charge du patient. La nouvelle organisation repose désormais sur des binômes « aides soignante / infirmière » dans la prise en charge du patient ainsi que sur la création d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et d'un poste infirmier d'accueil et d'orientation des patients. L'ensemble de ces changements (lieu, équipe et méthode de travail) a été vécu comme subi par les personnels soignants du service qui témoignaient au moment de notre étude d'une certaine lassitude et résistance au changement.

3. L'EVOLUTION CONTRASTEE DES ROUTINES AU SEIN DE DEUX ORGANISATIONS HOSPITALIERES

L'analyse révèle des résultats contrastés en matière de transformation des deux routines organisationnelles étudiées. Si dans le cas Geron, la routine organisationnelle évolue effectivement, dans le cas SLP, la dynamique s'avère largement bloquée.

3.1 LA ROUTINE DANS LE CAS GERON : QUAND LA STABILITE ALIMENTE LA FLEXIBILITE

Dans le cas de Geron nous avons centré notre attention sur la routine de « prise en charge d'un patient ». Cette routine compte trois étapes : l'admission du patient, les soins et la sortie du patient (cf. tableau 1). L'admission du patient se fait en lien étroit avec les établissements en amont (CHU/clinique) pour les soins de suite et les cabinets médicaux pour les soins en addictologie. C'est ici le cadre de santé qui démarre le processus puisque c'est elle qui prend note des besoins des établissements et qui arbitre en fonction des contraintes et possibilités du service. C'est lors de cette étape aussi que le patient est accueilli par le médecin, l'infirmier et un agent de service hospitalier. L'enjeu ici est de mieux appréhender les pathologies du patient et son niveau de dépendance. C'est lors de cette étape que l'équipe va se faire une première opinion sur l'état du patient. Comme nous l'ont indiqué les acteurs, souvent les données transmises par les établissements en amont sont soit incomplètes soit erronées voir les deux à la fois. L'étape suivante comprend les soins à proprement parler. Sont alors impliqués le médecin, l'équipe soignante et le personnel de rééducation. Le médecin prescrit

les actes médicaux, le reste de l'équipe réalise les soins. Ces prescriptions évoluent en fonction de l'état du patient connu grâce à la remontée d'information de l'ensemble des acteurs. Enfin, pour préparer la sortie du patient, il faudra évaluer son degré d'autonomie, l'évolution de son état de santé et envisager la sortie en lien avec un réseau externe. Si cette étape vient ponctuer cette routine, il n'en reste pas moins que cette préoccupation est constante tout au long du processus.

Étapes	Admission – accueil	Soins	Sortie
	En lien avec les institutions externes préparer les admissions des patients. Accueillir les patients	S'assurer de la continuité des soins du patient	Décider de la sortie possible d'un patient. Préparer la sortie d'un patient en lien avec un réseau externe (ehpad, aide à domicile...)
Acteurs	Cadre de santé ASH ⁹ IDE ¹⁰ Médecin	Médecin IDE AS ¹¹ -ASH Diététicien Kinés Ergothérapeute	Médecin Assistante sociale Cadre de santé IDE AS-ASH

Tableau 1. La routine de prise en charge du patient à l'hôpital Géron

La description de cette routine faite par les différents acteurs donne une vision relativement stabilisée des pratiques de ce collectif. Cependant, cette routine a fortement évolué dans le temps. Par exemple, petit à petit, la sortie des patients a été une préoccupation de plus en plus importante pour être actuellement considérée comme une étape à part entière. Progressivement les membres du service ont échangé sur les familles, sur l'avenir du patient, sur sa dépendance et ce tant dans une optique de soin circonscrit au service que dans une optique élargie intégrant l'avenir du patient. Concrètement cela peut se traduire par des échanges sur l'état de dépendance de la personne et un travail sur le développement de son autonomie. De même, les soignants n'hésitent pas à alerter l'assistante sociale sur des situations familiales délicates. La volonté du médecin d'intégrer des patients souffrant d'addictologie a été et est toujours l'occasion de modifier la routine. Ces patients transforment les pratiques des soignants. Soigner ce n'est alors plus réaliser des actes techniques (piques, pansements, toilettes...), c'est échanger, discuter avec les patients. La finalité même du soin est transformée. Les patients en addictologie sont des patients qui reviennent. L'objectif de soin qui était de réussir la sortie, n'est plus ici un critère de réussite. Les acteurs ont cherché

⁹ ASH : Agent de Service Hospitalier

¹⁰ IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

¹¹ AS : Aide-soignante

alors à modifier la nature des interactions entre les membres du groupe. Les échanges collectifs lors des réunions de synthèse ne suffisant pas, des discussions en face à face avec le médecin sont privilégiées. Il s'agit ici de mieux comprendre les pathologies des patients. De nouveaux modèles d'interaction sont alors mis en place.

3.2 LE CAS DE L'HOPITAL SLP : L'EVOLUTION BLOQUEE D'UNE ROUTINE ORGANISATIONNELLE

La routine analysée concerne les pratiques de gestion des absences dans le service des urgences. Les absences concernées sont de deux types : de courte durée (absence souvent inopinée de moins de 15 jours) et de longue durée (absence de plus de 15 jours – maladie professionnelle, congé maternité, opération, etc.). Si ce dernier type d'absence est davantage propice à une anticipation du remplacement, il ne constitue qu'une faible proportion de l'absentéisme. Le remplacement dans le cadre d'une absence inopinée et de courte durée consiste essentiellement à rappeler les agents du service sur leurs jours de repos (temps partiels, RTT, congé annuel). Cette gestion « élastique » reposant sur l'auto-remplacement s'explique en grande partie par les spécificités d'un service des urgences. Tout d'abord, un service des urgences se doit de fonctionner en effectif constant afin de pouvoir prendre en charge un éventuel afflux de patients. Un fonctionnement en situation de sous-effectif (aussi appelé en situation dégradée) n'est pas possible dans un tel service. Cela contraint donc la gestion des absences en imposant un remplacement systématique, « 1 pour 1 ». Ensuite, le métier même de l'urgence pour les infirmières et les aides soignantes est très spécifique ce qui rend difficile, sans une organisation préalable, la mobilité des personnels des autres services de l'hôpital vers les urgences. En parallèle, la pénurie actuelle des infirmières et des aides soignantes qualifiées sur le bassin d'emploi concerné ne permet pas d'envisager la constitution d'un pool de remplaçants et leur fidélisation.

Les acteurs en charge de trouver une solution de remplacement sont le cadre de santé du service ou l'administrateur de garde si l'absence se produit le soir ou le week-end. Notons cependant que lorsque l'administrateur de garde n'a pas accès au planning ou ne s'implique pas suffisamment dans la recherche d'une solution de remplacement, l'équipe elle-même est parfois contrainte d'appeler directement certains de ses collègues. Le principal outil de gestion des absences est le planning du service. Le cadre de santé qui organise ce planning connaît en outre les contraintes de chacun des personnels et sait en général quel agent est susceptible est de répondre favorablement à la demande de remplacement. Cette connaissance

des personnels de son service peut être considérée également comme un outil de régulation de l'absence.

La procédure de gestion des absences comprend ainsi quatre étapes : 1. la prise de connaissance de l'absence, 2. la consultation du planning, 3. le rappel des agents et 4. l'arbitrage éventuel et le remplacement (cf. tableau 2).

Etapes	Prise de connaissance de l'arrêt de travail	Consultation du planning	Rappel des agents	Arbitrage éventuel et remplacement
	Annonce de l'absence et de son motif La durée de l'absence est souvent précisée ultérieurement avec l'arrêt de travail.	Identifier les agents susceptibles de remplacer l'agent absent	Sollicitation des agents pour remplacer (et cela autant de fois que nécessaire sur la durée de l'absence)	Arbitrage si plusieurs agents sont disponibles et organisation de la solution de remplacement sur la durée prévue de l'absence ↳ modification du planning
Acteurs	Agent absent Cadre de santé ou Administrateur de garde Equipe	Cadre de santé ou Administrateur de garde (ou équipe)	Cadre de santé ou Administrateur de garde (ou équipe) Agents au repos	Cadre de santé ou Administrateur de garde (ou équipe) Agents au repos

Tableau 2. La routine de gestion des absences à l'hôpital SLP

Cette routine organisationnelle génère une hyper-sollicitation des membres de l'équipe conduisant à un épuisement physique et psychique et à un sentiment d'iniquité perçue lié à un blocage dans le système rétribution (difficile récupération des jours de remplacement et de RTT). Cet épuisement de l'équipe s'associe à un sentiment d'insécurité professionnelle expliqué par une perception de la dégradation des conditions de travail et un climat de confiance dégradé. Pour le cadre de santé, cette routine est très chronophage et induit un sentiment d'harcèlement de ses équipes. Elle engendre des permutations très fréquentes dans le planning et l'empêche de consacrer le temps nécessaire à ses autres missions notamment la régulation du service.

La routine conduit donc à un bricolage quotidien des équilibres jugé non satisfaisant par l'ensemble des acteurs. Malgré cela, le questionnement de cette routine et son évolution semblent difficiles. De très nombreuses raisons sont invoquées pour expliquer la situation sans que des solutions envisageables émergent. L'aspect ostensif de la routine est dans ce cas quasiment absent. Les acteurs interviewés éprouvent la plus grande difficulté à nous exposer les règles de gestion des absences. Des procédures existent dans l'établissement (notamment

la mobilité inter-service et un pool de remplaçants) mais ne s'appliquent pas au service des urgences du fait de ses spécificités. En outre, « *le climat de travail très tendu* » de ce service n'incite guère à une fidélisation des quelques remplaçants volontaires. Les personnels étant sous pression et épuisés, un cercle vicieux de l'absentéisme s'est progressivement installé et renforce la perte de sens. Seuls des arrangements locaux de régulation des absences se mettent en place et permettent de faire face aux obligations de continuité de service. La défaillance de cette routine enferme les personnels dans des bricolages incessants.

4. EQUILIBRES ET DESEQUILIBRES AU SEIN DES ROUTINES ET PROCESSUS DE CHANGEMENT

Le poids respectif des aspects ostensif et performatif des routines organisationnelles peut conduire à des situations de déséquilibre fragilisant la dynamique d'évolution de la routine et freinant le changement organisationnel. La routine n'est alors plus une source de changement.

4.1 . ROUTINES ET DESEQUILIBRES INTERNES

Les mécanismes internes d'une routine comprennent des éléments ostensifs et d'autres performatifs (Pentland, 2000). Ces deux éléments apparaissent nécessaires à l'évolution d'une routine. Les aspects ostensifs règlent l'action et sont par la suite récréés lorsque la routine est mise en œuvre par les agents. C'est effectivement ce qui se passe dans le cas Géron. La routine organisationnelle « prise en charge d'un patient » évolue au cours du temps. Plus précisément, cette routine est étendue. Les acteurs intègrent ainsi des préoccupations quant au placement futur des patients. Une nouvelle étape est même créée par les acteurs et désormais, l'assistante sociale fait partie du collectif. Ici la mise en application de la routine a progressivement amené les acteurs à élargir leur préoccupation et les figures d'acteurs impliqués dans leur échange. Cette routine est aussi modifiée afin de mieux prendre en charge les patients atteints d'addictologie. C'est ainsi que les modèles d'interaction privilégiés sont discutés et transformés.

En revanche, dans le cas SLP, nous observons un blocage dans la dynamique d'évolution de la routine « gestion de l'absentéisme ». Ce qui semble poser problème ici ce n'est pas tant l'action des participants, même si celle-ci n'est pas toujours efficace, mais plutôt l'impossibilité des acteurs d'avoir une prise sur les aspects ostensifs de la routine. Ces aspects

se sont délités au fur et à mesure. Les pratiques en matière de gestion de l'absentéisme semblent construites sur un nombre très réduit de règles. Les procédures de gestion de l'absentéisme sont devenues obsolètes. Ici les cadres fixés sont tellement lâches et souples que les acteurs s'épuisent à, sans cesse, mettre en place des pratiques. Mais pour pouvoir être dépassés, les aspects plus normatifs doivent exister et d'une certaine manière contraindre l'action des acteurs. Selon d'Adderio (2008), il existe une adaptation mutuelle entre, d'une part, les routines et les règles formelles dans leurs exécutions réelles, et d'autre part, entre l'encadrement, le débordement et le recadrage des actions et des connaissances de départ par un cycle itératif. Dans le cas SPL, l'encadrement de la routine étant très large, les acteurs sont alors dans l'incapacité de réellement dépasser ces cadres. En situation de déséquilibre, la dynamique d'évolution de la routine est alors bloquée. Plus encore, cette situation freine le changement organisationnel.

4.2. LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL FAVORISE OU FREINE PAR LES ROUTINES

L'équilibre entre les mécanismes internes des routines joue aussi un rôle important dans le processus de changement organisationnel. Dans le cas Geron, l'équilibre entre les deux aspects de routines, ostensif – représentation de la routine – et performatif – mise en œuvre de la routine – (Feldman, 2000), permet d'envisager sereinement les évolutions de fonctionnement et favorise ainsi la dynamique de changement. Les évolutions du contexte sont alors plus facilement comprises et intégrées par les acteurs qui peuvent dépasser et renouveler leur façon de faire. La routine est alors une répétition faisant sens (« *routines as sens making repetitions* ») (Reynaud, 2005). Elle joue un rôle moteur dans le processus de changement organisationnel.

Au contraire, dans le cas SLP, le déséquilibre entre l'aspect normatif et pragmatique des routines bloque la dynamique de changement du service. L'absence de règles et de représentations sur la routine de gestion des absences enferme les personnels dans des bricolages et conduit à une perte de sens n'incitant pas à « réparer » la routine défailante. La routine reste à un niveau de répétition automatique (« *routines as mindless repetitions* ») (Reynaud, 2005). Elle peut alors freiner le changement organisationnel.

Cet équilibre des mécanismes internes des routines semble constituer un préalable à la conduite du changement dans les organisations hospitalières sujettes à des transformations exogènes importantes. Ainsi, lorsqu'une organisation a dû évoluer pour s'adapter à son

environnement externe et a été « secouée » par des changements contraints, comme c'est le cas du SLP (changements du lieu travail, des méthodes de travail et du personnel), il semble nécessaire de s'accorder le temps de re-stabiliser les routines avant de relancer une dynamique de changement (i.e – réorganisation du service des urgences). Prescrire des règles et des normes stabilise le fonctionnement d'une organisation et, donne les moyens aux personnels de faire évoluer leurs représentations pour conserver des routines pertinentes. Ces résultats convergent avec le modélisation du processus de changement proposé par Lewin (1972) : « *Unfreeze – Move – Refreeze* ». La phase de stabilisation et de routinisation (*refreeze*) permet de recréer une inertie organisationnelle et de faire émerger de nouveaux besoins de transformation. Dans le cadre d'un service hospitalier, le chef de service et le cadre de santé jouent un rôle primordial dans la création d'un contexte favorable à l'émergence et à la stabilisation de nouvelles routines. Ce rôle de prescription de règles et de normes doit également s'accompagner d'artefacts pertinents. Ils constituent des outils de régulation de l'équilibre entre les deux aspects des routines et incitent à la modification des routines défaillantes (Pentland et Feldman, 2008). Dans le cadre du SLP, l'outil de gestion des absences que constitue le planning du service ne s'avère pas suffisant pour assurer un équilibre entre l'aspect ostensif et performatif de la routine. Il subit lui-même ce déséquilibre par des permutations constantes et perd de son utilité.

CONCLUSION

La question de l'évolution des routines est une question importante pour les organisations et tout particulièrement pour les organisations hospitalières qui voient leurs pratiques fortement questionnées. Les routines organisationnelles peuvent être source de changement, s'il y a une interaction entre ses aspects ostensif et performatif (Pentland, 2000 ; Pentland et Feldman, 2008). Dans le cadre de notre recherche nous avons analysé le fonctionnement de deux routines particulières. L'une portait sur la prise en charge des patients dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation, l'autre concernait la gestion de l'absentéisme dans un service des urgences. Si dans les deux cas, les acteurs réfléchissent à l'évolution de leurs pratiques, seule la routine « prise en charge des patients » évolue effectivement. L'analyse de ces deux routines, montre que leur évolution repose sur un équilibre entre les différents mécanismes internes des routines. Ainsi, lorsque les aspects ostensifs se révèlent trop faibles, les acteurs sont alors dans l'incapacité de dépasser les règles et, le processus d'évolution de la

routine organisationnelle est bloqué. Dans cette situation de déséquilibre le processus de changement organisationnel lui-même peut être freiné.

Les résultats nous permettent d'envisager deux voies de recherche. Une première voie consisterait à questionner le management ou plus précisément la capacité du management à créer ou recréer des règles. Ces règles qui, par nature sont incomplètes, constitueraient alors des cadres d'action pour les acteurs mettant en œuvre des routines organisationnelles. Une seconde voie de recherche viserait à comprendre les liens pouvant exister entre les routines organisationnelles, le changement et la santé au travail. Nous l'avons vu, lorsque les routines sont en « équilibre », les acteurs envisagent plus sereinement les changements et inversement.

BIBLIOGRAPHIE

- Allard-Poesi F. (2003), « Coder les données », dans Giordano Y (coord.), *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*. Colombelles : EMS. Éd. Management & société, pp.246-290.
- Argyris, C. (1995), *Savoir pour agir : surmonter les obstacles à l'apprentissage organisationnel*, InterÉditions.
- Cohen M, Burkhart R., Dosi G., Egidi M., Marengo L, Warglien M. et Winter S. (1996), "Routines and Other Recurring Action Patterns of Organizations: Contemporary Research Issues", *Industrial and Corporate Change*, 5 (3), pp. 653-698.
- D'Adderio L. (2008), "The performativity of routines: Theorising the influence of artefacts and distributed agencies on routines dynamics", *Research policy*, 37, pp. 769-789
- Dosi G., Teece D. et Winter S. (1990), « Les frontières des entreprises : vers une théorie de la cohérence de la grande entreprise », *Revue d'économie industrielle*. Vol. 51. 1er trimestre.
- Eisenhard K. (1989), "Building Theories from Case Study Research", *Academy of Management Review*, vol. 14, n° 4, p.532-550
- Feldman M. (2000), Organizational Routines as a Source of Continuous Change, *Organization Science*, pp. 611-629
- Feldman M. et Pentland B. (2003), "Reconceptualizing Organisational Routines as a Source of Flexibility and Change", *Administrative Science Quarterly*, 48, pp.94-116
- Glaser B. et Strauss A. (1967), *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine.
- Hlady Rispal, M. (2002), *La méthode des cas. Application à la recherche en gestion*. De Boeck Université. 245p.
- Lewin, K. (1972), *Psychologie dynamique, Les relations humaines*, Paris, PUF, 4è éd., éd. Originale 1931.
- March J. G. et Simon H. A. (1991), *Les organisations*, Bordas, Paris, 1991
- Miles, M. B. et Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2e éd.). Paris : De Boeck.
- Nelson, R. R. et Winter, S. (1982), *An Evolutionary Theory of Economic Change*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Pentland, B. T. (1995), "Grammatical models of organizational processes", *Organizational Studies*, vol. 6, pp. 541-556.
- Pentland B. et Feldman M. (2008), "Designing routines :On the folly of designing artefacts, while hoping for patterns of action", *Information and Organization*, 18, pp. 235-250
- Reynaud B. (2001), « Suivre les règles. Routines et connaissances tacites dans la coordination ». *Revue d'économie industrielle*, n°97, pp. 53-68

Reynaud B. (2005), "The void at the heart of rules: routines in the context of rule-following. The case of the Paris Metro Workshop". *Industrial Corporate Change*, vol. 14, n°5, pp. 847-871.

Schulz M. (2008), *Staying on Track: A Voyage to the Internal Mechanisms of Routine Reproduction*, Handbook of Organizational Routines, Edward Elgar Publishing

Soparnot, R. (2004), « A quoi correspondent les capacités de changement des organisations », *13ème conférence de l'association de management stratégique*, Le Havre.

Yin, R.K., (1994), *Case Study Research, Design and Methods* (2nd ed.), Sage Publications, Beverly Hills, CA.