

LE MANAGEMENT STRATEGIQUE DE LA QUALITE HOSPITALIERE PAR L'ENCADREMENT INTERMEDIAIRE

Jocelyn HUSSER

**Maître de Conférences
CREFF**

Université Montesquieu Bordeaux-IV
15, allée des frondaions - 33170 Gradignan, 05 56 75 28 76
Email : mjhusser@club-internet.fr

Résumé :

Si la recherche de la qualité constitue un objectif partagé par l'ensemble des acteurs hospitaliers, l'accréditation¹ issue des ordonnances de 1996 et les moyens qui y sont associés sont sources de controverses et de modifications des savoirs organisationnels. L'histoire de la qualité à l'hôpital montre qu'à des formes traditionnelles, fondées sur des approches professionnelle et administrative de la qualité, est venue récemment s'associer à travers l'accréditation une conception prônant une approche plus organisationnelle. Dans un tel contexte, les cadres intermédiaires (cadres infirmiers et praticiens-hospitaliers) sont amenés à piloter les équipes par une instrumentation privilégiant les artefacts matériels et organisationnels locaux. Ce type d'instrumentation permet tout à la fois de gérer une évolution des savoirs locaux au nom de l'accréditation, une intégration progressive des principes d'efficacité gestionnaire et un évitement de crise organisationnelle dû à la remise en cause des savoirs pratiques et discursifs issus de l'expérience quotidienne des acteurs.

**MOTS CLES : ENCADREMENT INTERMEDIAIRE / MANAGEMENT QUOTIDIEN /
SAVOIRS ORGANISATIONNELS**

¹ L'accréditation se définit comme une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectué par des professionnels, indépendants de l'établissement de soins et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques.

Introduction

Améliorer la qualité des soins constitue un objectif qui, même s'il contribue à remettre perpétuellement en cause les savoirs, rassemble les acteurs hospitaliers. En même temps, les professionnels de soins restent avant tout des experts dont le principe d'excellence auquel ils réfèrent la qualité est celui de la maîtrise des tâches techniques de soins. Les équipes de direction sont pour leur part attachées au respect des règles de fonctionnement internes à l'hôpital ; la qualité relevant essentiellement à leurs yeux de la conformité à des normes de sécurité ou à des règlements intérieurs.

Ainsi la qualité à l'hôpital a été et reste largement structurée par une confrontation des savoirs issus du monde médical, soignant et administratif. Ces savoirs, constitutifs de la bureaucratie professionnelle hospitalière (Mintzberg, 1982), caractérisent la co-production de la qualité à l'hôpital comme un processus qui met en jeu simultanément l'élaboration et la soumission à des règles, normes et savoirs de type administratif. Dans ce processus, la confrontation entre le respect des savoirs des professionnels de soins et la conformité à des savoirs issus des procédures opératoires standardisées prônée par les équipes de direction hospitalières y occupe une place centrale. Cette confrontation, qui constitue un phénomène connu et décrit dans d'autres secteurs (Cochoy, De Terssac, 1999), rend compte des équilibres à gérer entre les différents savoirs organisationnels. Les acteurs hospitaliers sont ainsi amenés, à travers l'accréditation, à gérer ces confrontations de savoirs. Il convient dès lors de repérer les acteurs-clés, amenés à gérer au quotidien la confrontation et l'évolution de ces savoirs.

Pour éclairer les enjeux de l'accréditation, nous présenterons dans une première partie, les grandes étapes de l'histoire du développement de la qualité à l'hôpital. Puis, nous présenterons l'approche méthodologique retenue permettant de mener une analyse du « pilotage » de ces savoirs dans la quotidienneté de la gestion hospitalière. Enfin, nous présenterons les résultats de la recherche concernant l'instrumentation de ces savoirs.

1. Une mise en perspective historique des savoirs organisationnels issus des démarches qualité menées à l'hôpital

Connaître les formes de savoirs attachés à la qualité développées ces trente dernières années à l'hôpital nécessite d'établir un rappel historique des grands mouvements engagés autour de ce thème. Seule, une telle mise en perspective peut aider à identifier les acteurs-clés de cette

production, leur influence sur les savoirs pratiques et discursifs attachés à la qualité des soins.

Selon Minvielle (1999 : 61), il existe deux grandes phases marquant la progression de la qualité à l'hôpital : la phase administrativo-professionnelle et la phase organisationnelle.

1.1. La qualité comme symbole d'une bureaucratie professionnelle

Deux ouvrages français établissent une synthèse des travaux sur la qualité à l'hôpital : ainsi Giraud (1993) et Algrave (1993) ont en commun d'associer ce thème à celui de l'évaluation reprenant ainsi une constante dans la manière d'aborder le sujet : l'évaluation des savoirs pratiques.

1.1.1. *Première étape : l'évaluation de la qualité hospitalière*

Dans les années 80, deux orientations sensiblement distinctes se mettent en place : l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles et l'évaluation de la qualité des soins délivrés au sein de l'institution hospitalière.

- **La qualité des pratiques professionnelles**

Dans cette orientation, la qualité est vue sous le prisme de la maîtrise des savoirs attachés à chaque profession. L'émergence de ce thème de l'évaluation dans le domaine des pratiques médicales -et par la suite infirmières- se rattache à une série d'études américaines réalisées dans les années 70 qui « *constatent d'importantes variations dans la réalisation d'actes médico-chirurgicaux* » (Kimberly, 1997 : 184). Sur ces fondements, le mouvement de l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles s'est développé dans des thèmes aussi divers que les indications de prescription d'actes spécifiques tels que les radiographies de thorax, les infections nosocomiales, ou des domaines cliniques spécifiques.

Dans ce mouvement, il est intéressant de noter comment la qualité vient justifier un ensemble de préoccupations touchant autant au contenu de l'expertise qu'à la reconnaissance du statut professionnel (Clément, 1998 : 67).

Ainsi, au nom de la qualité, les médecins s'intéressent aux « stratégies des maladies ». Pour les définir, les équipes médicales ont recours à des protocoles d'évaluation de recherche clinique. Ces protocoles, qui visent à démontrer l'efficacité d'une investigation diagnostique ou d'un traitement selon des méthodes statistiques rigoureuses, permettent d'apporter une évidence scientifique à la pratique recommandée. Au bout du compte, la

qualité sert ainsi à valoriser une expertise professionnelle qui se conçoit, non plus à partir des données empiriques d'une pratique, mais sur la base d'arguments scientifiques.

Pour les infirmières, la qualité des soins justifie le bon déroulement d'un geste technique (Lacoste, 1993 : 26). Là encore, la maîtrise de ces gestes consacre une expertise fondée sur l'expression d'un savoir médical.

- **La qualité des prestations aux patients**

L'évaluation des prestations hospitalières vient consacrer pour sa part une vision bureaucratisée de la qualité au sens où elle est interprétée comme le respect de règles générales, soit formalisées par l'équipe de direction -éventuellement en accord avec des professionnels de soins-, soit déduites de textes juridiques.

Le dénominateur commun de toutes ces actions est d'aboutir à la définition de références à chacun de ces niveaux, les « standards explicites de qualité », dès lors qu'une valeur quantitative leur est assignée.

Une telle approche offre une autre interprétation de la production de la qualité fondée sur deux caractéristiques principales :

- la première est de privilégier la standardisation des règles ou normes

Toutes les règles élaborées au nom de l'évaluation de la qualité des prestations hospitalières sont générales. L'évaluation de la qualité se fait selon un principe de conformité à celles-ci (Kimberly et Minvielle, 2000 : 9) ;

- la seconde est d'augmenter le poids des actions mesurables

Tout ce qui est quantifiable doit permettre, en définissant des standards, d'identifier l'action engagée et donc de la justifier. A travers ces caractéristiques, la qualité vient légitimer une forme de pilotage de l'établissement. En proposant des outils d'évaluation fondés sur une conformité à des critères retenus car accessibles à la mesure et généralisables à l'ensemble des unités de soins, les équipes de direction hospitalière se donnent en effet les moyens de développer une politique centralisée de la qualité (Tonneau, 2000 : 32).

Aux évaluations sont venus très naturellement se greffer des systèmes d'action visant à améliorer la qualité des soins. Même si la terminologie profuse sur la qualité rend délicate l'association d'une méthode à tel ou tel courant, on peut identifier sous le terme d'*assurance de la qualité* la première génération de ces systèmes d'action.

1.1.2. Seconde étape : l'assurance de la qualité

C'est sur deux principes, au demeurant très simples, que les démarches d'assurance de la qualité se sont développées à l'hôpital dans les années 80 :

- les dispositifs de surveillance amenés à fonctionner en routine ;
- un schéma d'exécution du travail qui obéit à un principe de conformité à des standards ou à des normes préétablies, l'assurance de la qualité étant définie par le respect de cette conformité (Walter, 2000 : 73).

La mise en place de ces principes a imposé de préciser l'articulation entre le temps de la surveillance et d'évaluation, et le temps de mise en place des actions correctrices :

- le premier temps consiste à définir précisément les événements considérés « indésirables » ou « sentinelles » -infections nosocomiales, chute de personnes âgées, plaintes des patients, ...- qui vont faire l'objet de la surveillance.

Ce premier temps génère le développement des procédures écrites. Différents slogans tels que « écrire ce que l'on fait et faire ce que l'on écrit » insistent sur la nécessité de jeter par écrit le détail des actions. Cette nécessité est justifiée par les risques organisationnels encourus lors des transmissions orales d'informations. Sur cet aspect, approches administrative et organisationnelle s'opposent fréquemment.

- le second temps vise la mise en place d'actions correctives :

La démarche d'amélioration reste la même ; elle vise à réduire les écarts constatés entre les pratiques existantes et les pratiques souhaitées telles qu'elles sont exprimées au sein d'un référentiel.

L'accréditation s'apparente à cette démarche en deux temps (ANAES², 1999a : 12). Qu'il s'agisse de recommandations de pratiques cliniques ou de normes sécuritaires, la qualité optimale est toujours considérée comme le respect de la conformité au référentiel. Cependant, l'accréditation dépasse le simple cadre de l'assurance qualité. Elle s'inscrit dans une démarche participative propice au management par la qualité totale.

1.2. La qualité ou l'émergence d'une réflexion sur l'organisation du travail

A la fin des années 80, aux Etats-Unis, et quelques années plus tard en France, les approches existantes de l'évaluation et de l'assurance de la qualité ont fait l'objet d'une remise en cause

importante. Malgré de réels succès dans les secteurs logistiques et techniques de l'hôpital, ainsi que dans le domaine des pratiques professionnelles, différentes critiques se sont en effet élevées pour revendiquer un élargissement du champ d'investigation de la qualité : Guerrero (1996 : 18), Kimberly et Minvielle (2000 : 19).

1.2.1. Les critiques relatives aux approches fonctionnelles

Au centre de ces critiques se trouvent deux arguments principaux : la faible prise en considération des dimensions organisationnelles dans la manière d'aborder les thèmes et le caractère trop normatif des méthodes employées pour améliorer la qualité.

- **Des pratiques professionnelles à l'organisation**

Berwick (1989 : 45) et Schumacher (1991 : 52) sont les premiers à souligner le caractère trop réducteur d'une approche orientée exclusivement sur l'analyse des pratiques professionnelles. En focalisant la qualité sur la conception des stratégies thérapeutiques, toute la phase de mise en œuvre de ces stratégies est négligée alors même qu'elle s'est complexifiée. En ramenant la notion de qualité à une question d'expertise médicale, on néglige l'activité d'autres professionnels, ou même la participation de l'utilisateur qui représentent pourtant des éléments déterminants dans le processus de soins.

Ces critiques s'appuient également sur des constats classiques dans le domaine industriel : ainsi, l'affirmation de Deming (1991), selon laquelle 15% des déficiences sont liées à l'expertise technique des professionnels et les autres 85% à des facteurs organisationnels, est reprise pour affirmer que l'apparition d'une anomalie ne tient pas seulement au fait que les professionnels commettent des erreurs, mais aussi à l'incapacité de l'institution de santé prise dans son ensemble à organiser convenablement les soins.

- **Conformité à la norme et amélioration continue**

Une telle approche peut associer à tort cette conformité à un niveau de performance idéal. Le risque d'une telle approche est de développer des « *standards minimaux qui permettent de délivrer des soins de qualité minimale, dans des structures respectant des normes minimales, pour des résultats jugés acceptables* » (Chevallier et alii, 1996 : 67). En agissant de la sorte, on briderait artificiellement la recherche d'excellence qui est pourtant une caractéristique majeure du travail hospitalier (Amar et Minvielle, 2000).

² Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Soins

1.2.2. La gestion de la qualité totale

En réaction à l'ensemble de ces critiques est apparu le mouvement de la gestion de la qualité. En ce sens, l'hôpital a entrepris le même cheminement que les entreprises privées. L'organisation hospitalière a en effet expérimenté le passage d'une détection des défauts à un système d'assurance de la qualité. L'assurance qualité a présenté pour l'hôpital des avantages importants (Jambart, 1997 : 25) : « *elle prend le relais d'autres démarches qualité quelque peu essoufflées telles que les cercles qualité ; elle s'inscrit dans la continuité de l'évolution de la qualité...elle donne un contenu concret aux démarches managériales* ». Elle représente cependant une voie intermédiaire, une étape de passage pour atteindre un niveau de management par la qualité totale. L'hôpital expérimente désormais le passage à un mode de gestion par la qualité totale. Comme le montre Capdevielle (1998 :47), l'approche TQM correspond davantage à l'ensemble des références ANAES et à l'accréditation.

Ce mouvement vers le management par la qualité totale implique davantage les acteurs et notamment la GRH pour les aspects de formation et d'indicateurs de motivation mais aussi les cadres intermédiaires à travers la gestion des équipes, la production d'indicateurs de gestion et la recherche d'une amélioration continue de la qualité. Ce mouvement entraîne l'expérimentation de nouveaux savoirs, savoirs pratiques et savoirs discursifs où les cadres intermédiaires jouent le rôle de nœuds de savoirs (Nonaka et Takeuchi, 1997).

Pour Minvielle (1999), plusieurs principes guident ce mouvement vers la qualité totale :

- en premier lieu, l'amélioration vise à une recherche continue de l'excellence dans le travail. L'amélioration de la qualité est permanente ;
 - la qualité y est désormais perçue comme la meilleure adéquation entre l'offre hospitalière et le besoin de l'utilisateur ;
 - enfin, une place importante est accordée aux questions de savoirs organisationnels.
- Pour qu'une véritable gestion de la qualité s'opère, il est nécessaire de maîtriser l'ensemble des modes d'organisation. Dans les versions les plus poussées de la Qualité Totale, la qualité devient même le principe d'action unique autour duquel l'ensemble de l'organisation et de ses acteurs doivent se rassembler.

Pour atteindre ces objectifs, la gestion de la qualité s'appuie sur une description détaillée des activités hospitalières traduites sous forme de processus. A chaque étape de ces processus, il

est possible de détecter des dysfonctionnements à l'aide de méthodes simples : les diagrammes de contrôle qui permettent d'évaluer le processus considéré et d'objectiver l'intensité des dysfonctionnements ; les diagrammes en « arêtes de poisson », ou diagramme « Cause-Effet » (Ishikawa, 1984 : 108) qui visualisent les différentes causes à l'origine du dysfonctionnement. La mise en œuvre de telles méthodes s'effectue au sein de sessions de « problem-solving » auxquelles participent des personnes provenant de services différents mais qui sont toutes impliquées d'une façon ou d'une autre dans le processus considéré. La constitution de ces groupes représente un des points centraux de la gestion de la qualité reprenant des principes chers aux « cercles de qualité ».

Cette phase de diagnostic, ainsi constituée, sert de référence au changement. Ce changement se construit au sein des groupes de travail précédents, la phase d'analyse servant de support au choix des solutions émanant du groupe. L'ensemble des étapes de diagnostic, de changement et de surveillance constitue le cycle d'amélioration de la qualité suivant les préconisations de Deming (1988).

1.2.3. Une figure encore embryonnaire

Nombreuses ont été les désillusions des hôpitaux américains qui croyaient qu'il suffisait de reprendre les dernières méthodes managériales à la mode pour observer immédiatement des progrès significatifs et durables (Kimberly, 1997 : 190). En agissant de la sorte, certains facteurs clés de la réussite n'ont pas forcément été intégrés : le consensus sur le diagnostic des problèmes, l'adaptation de modes de gestion reconnus ailleurs aux spécificités de l'activité hospitalière, la nécessaire flexibilité avant d'engager la mise en place de procédures internes systématiques, l'évaluation de l'impact du changement sur un ordre social préexistant, la négociation du changement avec ceux qui devront le mettre en œuvre.

De ce fait, la gestion de la qualité reste par bien des aspects un mouvement encore à construire. En France, l'ANAES est en charge de la mise en place de l'accréditation des établissements de santé. Cette accréditation, pilier des réformes de 1996, est fondée sur l'estimation de scores portant sur des indicateurs de qualité touchant à différentes étapes de la prise en charge. Différents aspects organisationnels concernant notamment des critères sécuritaires sont abordés (ANAES : 1999b). De cette façon, l'accréditation reprend, au niveau de la mesure de la qualité, les tendances évoquées précédemment : définition des actions par rapport à l'usager, référence au périmètre transversal de la prise en charge, prise en compte des facteurs organisationnels. L'accréditation s'apparente ainsi davantage à une

approche « TQM »³ qu'à une approche « assurance qualité ». En effet, un tableau de correspondances (Walter, 2000 : 87) entre le référentiel du prix français de la qualité et l'accréditation reprend les principes du TQM :

- Participation du personnel : les références concernant la GRH ont pour objectif d'évaluer la façon dont l'établissement favorise la participation du personnel ;
- Ecoute des clients ou usagers : la plupart des éléments du référentiel « droit et information du patient » évalue la façon dont l'établissement écoute les besoins des patients et en mesure la satisfaction ;
- Amélioration de la qualité : les exigences d'amélioration des dix référentiels permettraient de mieux maîtriser la planification des plans d'évolution. Il s'agit à terme d'évaluer la façon dont l'établissement conduit la dynamique d'amélioration continue.

L'accréditation, figure embryonnaire du TQM adapté au cadre hospitalier (De Kervasdoué, 2000) amène deux types de remarques :

- Loin d'être négligeable et éphémère, ce mouvement apparaît surtout à un virage important de son histoire. Ainsi, « *en s'écartant d'une conception traditionnelle de la production de la qualité attachée au régime de la bureaucratie professionnelle, une nouvelle figure centrée sur l'organisation du travail hospitalier émerge* » (Minvielle, 1998 : 434). La notion de "nouvelle approche organisationnelle" doit se comprendre comme la gestion d'un système productif avec l'acquisition de nouveaux savoirs organisationnels, et non comme une bureaucratie professionnelle ;
- Le thème de l'organisation du travail, traditionnellement absent de l'univers hospitalier, vient ainsi sur le devant de la scène. Un tel changement oblige en même temps à s'interroger sur la signification profonde de l'acquisition de nouveaux savoirs organisationnels qui peut soutenir cette nouvelle figure de la production de la qualité. L'organisation se nourrit d'innovations développées dans le travail quotidien, au niveau de chaque service, comme le préconisent les démarches de gestion de la qualité. Le rôle de l'encadrement intermédiaire s'avère, dans ce contexte, comme étant prépondérant. Les cadres intermédiaires représentent ainsi des nœuds de savoirs, c'est-à-dire des personnes ressources, porteurs, traducteurs de savoirs opérationnels que « les employés de la base peuvent comprendre et mettre en œuvre » (Nonaka et Takeuchi, 1997 : 150). Le fait de s'attacher à leurs modalités de pilotage des savoirs permet de comprendre comment l'organisation hospitalière évolue, s'adapte, anticipe les changements organisationnels.

³ TQM : Total Quality Management ou en Français Management par la qualité totale.

Aussi La recherche présentée ici se veut-elle compréhensive, contextuelle, analysant l'instrumentation des savoirs à partir des acteurs-clés.

2. Une méthodologie de recherche orientée vers l'étude de l'évolution du management organisationnel local

La recherche présentée dans cet article mobilise un cadre constructiviste, abductif et purement qualitatif (Van Maanen, 1983) dans la production des données comme dans l'analyse.

De façon plus explicite, elle se démarque du caractère purement inductif de Glaser et Strauss (1967) pour être assimilée à celle de Corbin et Strauss (1990).

A cette posture répond une stratégie de recherche : l'étude exploratoire de six études de cas, six services hospitaliers appartenant à une même organisation.

Cette stratégie de recherche a été mise en œuvre dans un processus long : de Janvier 2000 à Juin 2002. La démarche a été à la fois synchronique et diachronique⁴. Les données sont issues d'un système triangulé autour de trois modes de production : les entretiens semi-directifs avec analyse structurale en mode principal, l'observation participante en mode contextuel et complémentaire et les productions documentaires en mode contextuel et complémentaire également.

Avec un total de 48 semaines d'observations réparties entre les six services étudiés, 3 séries d'entretiens menés et une collecte exhaustive des documents relatifs à la qualité et l'accréditation, la recherche produite présente un cadre longitudinal (Eisenhardt, 1989). Les analyses ont été menées pendant et après la période centrale de production des données. Pendant la production des données, elles ont consisté à réduire et à clarifier les données dans des fiches d'analyse structurale par entretien, des fiches de synthèses d'observations et des fiches de synthèses de documents.

2.1. Caractéristiques des six études de cas

Le choix des études de cas s'est opéré à partir des travaux de Pettigrew (1985) qui offre un cadre de recherche original pour l'étude du changement organisationnel. Ce cadre est à la fois contextuel et processuel. Les six études de cas sélectionnées répondent à un souci de variété des situations de gestion en milieu hospitalier. Ces situations ont été identifiées à

⁴ Une démarche synchronique compare des perspectives différentes en plusieurs sites relatives à un même phénomène. Une approche diachronique détermine un lieu et observe un thème spécifique tel qu'il se manifeste dans le temps.

partir de la revue de la littérature à propos du management hospitalier. Trois dimensions ont émergé : le degré de prévisibilité de l'activité, le niveau d'acculturation à la qualité, le type de production effectué dans les services (soins, actes, examens, transports...). La sélection a été menée à partir des premiers éléments contextuels identifiés et présentés dans le tableau suivant :

	CONTEXTE INTERNE					CONTEXTE EXTERNE	
	Organisation du travail		Degré d'acculturation à la qualité			Référentiel ANAES	
	Typologie cadres intermédiaires	Typologie des soins/services produits	Degré de prévision de l'activité	Expériences antérieures des démarches qualité	Production de documents qualité antérieurs à l'accréditation	Références spécifiques ANAES pour l'accréditation	Degré de connaissance initiale des références d'accréditation
CAS 1 Service des urgences pédiatriques	Encadrement médical	Accueil Diagnostique/Tripathologie soins trajectoire patients	Faible	Non	Non	Oui	Faible
CAS 2 Service de radiologie pédiatrique	Encadrement médical	Diagnostic trajectoire patient	Moyen	Oui	Oui : Procédures multiples •manipulation appareils •accueil	Non	Moyen
CAS 3 Service obstétrique	Encadrement médical	Accueil diagnostic soins/aide trajectoire patients	Faible	Non	Non	Non	Faible
CAS 4 Service de logistique/lingerie	Encadrement technique	Nettoyage désinfection optimisation des flux stockage support logistique	Fort	Non	Non	Oui	Faible
CAS 5 Service d'analyses médicales	Encadrement médical	Diagnostic	Moyen	Oui	Oui : Procédures d'amélioration continue	Non	Faible

CAS 6 Service ORL Consultation externe	Encadrement médical	Accueil diagnostic soins trajectoires patients	Fort	Oui	Oui 4 documents formalisés	Non	Moyen
----------------------------------------------------	------------------------	------------------------------------------------------------	------	-----	----------------------------------	-----	-------

Tableau n° 1 : Prise en compte du contexte pour la sélection des études de cas

La numérotation des cas correspond à l'ordre chronologique de contacts et négociations du chercheur avec les unités du CHU. Les cas 1, 2, 3 et 6 sont des unités de diagnostic et de soins, ils sont en contact direct avec les patients. Les cas 4 et 5 peuvent être assimilés à des services que l'on pourrait rencontrer dans d'autres organisations publiques ou privées. Ces cas font partie du support logistique de l'activité hospitalière. A chaque service correspond une étude de cas. En effet, chaque service est à lui seul un « monde social » où les cadres intermédiaires ont à gérer des contextes de gestion différents et des équipes présentant un grand degré d'autonomie les unes par rapport aux autres.

2.2 *Déroulement de la recherche*

Le tableau qui suit donne un aperçu synthétique des principales étapes de la recherche ; chacune confirme la démarche abductive composée d'inférence et d'intégration d'éléments théoriques.

La triangulation des modes de production des données constitue la clé de voûte du système de conduite des six études de cas. Les données sont issues d'un système comprenant trois modes de production : des entretiens semi-directifs en mode principal, l'observation en mode contextuel et les documents en mode complémentaire.

PHASE PREPARATION

Etat de l'art : qualité et management public

- Délimitation du sujet
- Elaboration de la question de départ
- Elaboration d'un canevas de recherche
- Premiers choix méthodologiques
- Positionnement épistémologique



PHASE 1

- Négociation de l'étude
- Premiers contacts :
 - Direction du CHU et Services du CHU
- Choix des études de cas
- Première phase : entretiens, études documentaires, encadrement intermédiaire



PHASE 2

- Positionnement moteur de recherche : convention, encadrement intermédiaire
- Réalisation de l'étude, deuxième série de production des données

**PHASE 3**

- Réalisation de l'étude : troisième série de production de données
- Analyse des données et construction de la problématique
- Intégration Etat de l'art

**PHASE 4**

- Restitution des résultats empiriques
- Restitution des résultats théoriques
- Premières conceptualisations moyenne portée
- Critère de validation : Acceptation

Tableau n° 2 : Les phases du processus de recherche

3. Un pilotage des savoirs organisationnels à partir des artefacts matériels et organisationnels

L'évolution des savoirs organisationnels locaux est pilotée par le choix de la primauté des artefacts produits localement sur les artefacts organisationnels globaux et transversaux issus du service qualité. L'encadrement intermédiaire gère ainsi indépendamment l'introduction d'artefacts d'accréditation et la production d'artefacts matériels et organisationnels locaux relatifs à la qualité.

3.1 Une préservation des savoirs nécessaires à l'articulation quotidienne des services :

Les cadres intermédiaires gèrent leurs services à partir de trois types de savoirs : les savoirs-faire techniques transposables d'un service à un autre, les savoir-faire organisationnels propres au service et les savoir-faire communicationnels. Les savoirs-faire techniques font l'objet d'une évaluation stricte et d'un effort de passage d'une culture de l'orale à une formalisation écrite. Mais la part des savoir-faire techniques est relativement peu importante par rapport à l'ensemble des savoirs-faire organisationnels. Les cadres intermédiaires préservent durant la phase d'émergence de l'accréditation les savoir-faire communicationnels et les savoirs-faire organisationnels locaux.

Cette préservation des savoirs nécessaires à l'articulation quotidienne des services se traduit par une instrumentation initiée par les cadres intermédiaires et permettant une prise d'indépendance de l'artefact d'autoévaluation (phase initiale de l'accréditation).

La prise d'indépendance se produit par rapport aux artefacts issus de l'organisation hospitalière : questionnaires d'autoévaluation, et autres documents produits par la direction du CHU et la direction qualité.

Ainsi, l'écart entre les attendus initiaux assignés par les cadres médecins aux artefacts organisationnels d'accréditation et la situation initiale lors de la réception des questionnaires a pris une acuité très particulière. Les artefacts, malgré les fortes attentes manifestées à leur égard ont fait l'objet d'une critique dialogique entre cadres intermédiaires initiée par les cadres médecins. Cette constatation vient confirmer et enrichir les résultats de Cicourel

(1987) à propos de la double nature des artefacts : par les écarts vécus, par les confrontations avec les représentations initiales, les artefacts autorisent un « repositionnement » des pratiques quotidiennes et du management hospitalier caractérisé par la culture de l'oral.

L'écart par rapport aux attendus initiaux de la part des cadres médecins entraîne un double phénomène :

- La vie propre de l'artefact est modifiée dès sa phase d'introduction. Il va se doter d'un certain nombre de caractéristiques contextuelles, plus ou moins indépendantes des volontés initiales du service qualité.

Ces modifications vont lier l'outil aux contraintes décrites par les cadres intermédiaires et le rendre inopérant. Il ne peut plus être étudié indépendamment de l'organisation locale dans laquelle il est modifié. Ce phénomène s'apparente aux résultats des recherches menées par Kletz et alii (1997) dans un autre type d'organisation.

- Mais la recherche menée ici souligne également une situation paradoxale nouvelle : en liant les artefacts aux logiques contextuelles, aux contraintes du service, les cadres intermédiaires médecins et infirmiers transforment l'outil de mesure.

A travers des compromis locaux (préservation des zones de pouvoir par absence de retour d'informations), ils rendent le changement à venir indépendant des mesures établies par les artefacts de l'hôpital. Les cadres intermédiaires ont ainsi des logiques d'actions différentes de celles inscrites dans l'outil qui peuvent jouer comme autant de forces de rappel ou de détournement de l'outil. Ce détournement souligne l'apparition de deux univers de gestion : celui du service en tant que tel, de son articulation quotidienne et celui de la représentation de l'organisation du service en vue de son accréditation.

La modification de l'architecture des artefacts joue sur trois points :

- la décision de rendre des critères d'évaluation « non renseignés » car jugés non pertinents ;
- la décision de rendre des critères d'évaluation non applicables ;
- la décision d'accentuer la notation des critères d'évaluation représentatifs de l'activité.

3.2 Une intégration de l'accréditation dans le savoir-combiner local :

Face à l'aléa, les cadres intermédiaires doivent savoir recombinaison, reprogrammer, anticiper l'ordre des opérations. Ce savoir-combiner s'appuie selon Grosjean et Lacoste (1999 : 190) sur les agencements organisationnels , la programmation des activités, les séries, la standardisation des trajectoires et donc sur les référentiels temporels et opératifs partagés. Le savoir-combiner des cadres intermédiaires est extrêmement développé car il s'appuie sur des savoirs techniques précis et étendus, des connaissances contextuelles acquises de très longue date et des savoirs organisationnels internes et externes. Ce savoir-combiner est une compétence organisationnelle qui se distribue avec l'introduction de l'accréditation dans les services hospitaliers. L'accréditation s'intègre dans le savoir-combiner de façon marginale. Les cadres intermédiaires intègrent l'accréditation par un effort de traduction des artefacts organisationnels externes au service.

La traduction se décline en trois actions distinctes :

- résumer les critères d'autoévaluation considérés comme insuffisants et à améliorer ;
- convertir les critères insuffisants en termes d'actions correctives à mener ;
- mobiliser le personnel par un « design » argumentatif.

L'artefact se présente à travers la traduction des personnes-ressources comme une explicitation simplifiée du diagnostic de l'articulation quotidienne ; cette maîtrise de l'artefact confirme les notions développées par Strauss (1997) à propos de cohérence par la gestion de l'articulation ou ceux d'inter-opérationnalité de Cicourel (1987). L'artefact est retraduit en termes de savoirs concrets : traitement du dossier patient, actions de préventions contre les infections, traitement de la douleur.

La légitimation des cadres intermédiaires, nommés personnes-ressources par le service qualité, entraîne un effet pervers : les cadres se substituent à l'accréditation elle-même.

La personne-ressource devient artefact en traduisant en retour d'analyse l'information reçue, imposant ainsi un système d'interactions au personnel similaire à celui expérimenté dans la quotidienneté des actes infirmiers, médicaux, techniques... Les artefacts ne sont plus distribués en retour d'analyse, ils sont simplement commentés au personnel. Le concept de cognition partagée de Norman (1993) joue dans toutes les situations, le partage passe par l'effort de traduction des cadres intermédiaires.

3.3 Une stabilisation des savoirs par le savoir-comprendre :

Pour comprendre une trajectoire de patient, ses raisons, pour appliquer un protocole, les savoirs professionnels ne suffisent pas. Pas plus lorsqu'il s'agit de comprendre ce qui se passe lorsqu'un événement imprévu, une complication surgissent dans la trajectoire des patients. Il y faut des savoirs multiples, contextuels et de nature hétérogène : informations locales mais aussi transversales, savoirs liés au malade, à sa pathologie, à son évolution probable, informations concernant les différents intervenants. Ces savoirs sont liés à des informations partielles, provisoires, dont le sens est émergent, changeant ; il ne peuvent être partagées qu'entre les cadres intermédiaires et à des instants-clés. Les savoirs formalisés issus de l'accréditation n'intègrent pas cette dimension fondée sur la confiance nécessaire à ce type de gestion des trajectoires des patients et d'articulation locale singulière. Aussi la stabilisation des savoirs issus de l'accréditation par le savoir-comprendre se décline-t-elle par un renforcement des artefacts matériels et symboliques locaux.

L'instrumentation permet une stabilisation des changements locaux ; cette stabilisation vient en contradiction avec les descriptions du changement de Lewin (1951) et de Sainsaulieu (1991) en phase d'émergence. La décristallisation n'apparaît pas comme une description valide de la phase d'émergence du changement. La recherche souligne, à travers la gestion des artefacts par l'encadrement intermédiaire, des actions conjointes de décristallisation, de stabilisation et de sédimentation des artefacts de l'activité productive et de l'activité de conception.

La proposition théorique formulée ici peut surprendre ; le matériel et le symbolique tendent plutôt à s'opposer qu'à se compléter. En fait, le renforcement du système artefact passe par la mobilisation d'artefacts matériels parce qu'ils ne nécessitent pas une phase de conception élevée (Norman, 1993). La mise en relation de la personne, de la tâche et de l'artefact est directe. Le symbole, via les artefacts matériels, véhicule directement des valeurs du métier de soignant rattaché à son unité de travail : dévouement des urgentistes, compétence professionnelle au service des unités de soins pour les analystes... La décision des cadres intermédiaires infirmiers d'intensifier le recours aux artefacts matériels existants stabilise les artefacts organisationnels locaux antérieurs.

Le schéma ci-dessous reprend l'ensemble de l'instrumentation des cadres intermédiaires à la fin de la phase d'autoévaluation :

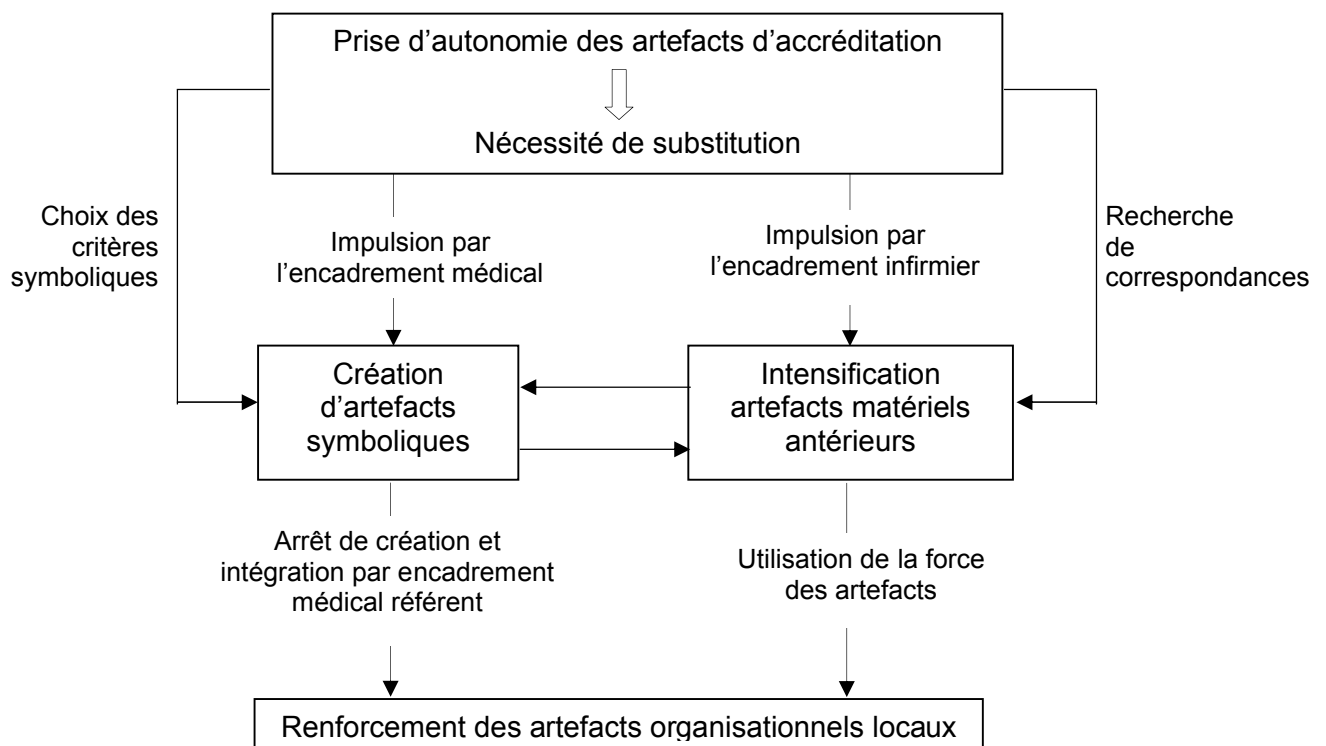


Schéma n° 1 : Recours aux artefacts symboliques : renforcement du système artefact antérieur

Le schéma met en évidence un double renforcement. Celui-ci provient d'une action combinée des deux catégories de cadres intermédiaires d'un service de soins ou d'analyses médicales. Il ne s'agit pas d'une action conjointe ; les cadres intermédiaires réactivent, par le jeu des « mini-événements » de l'articulation quotidienne (réunions de relève, réunions de début de semaine), les artefacts matériels inutilisés. Chaque cadre intermédiaire intervient dans son espace de gestion et n'intervient pas comme référent ou comme témoin dans un

autre espace. Seules les réunions de service autorisent une action conjointe initiatrice du mouvement.

Cette contribution vient compléter l'approche d'Argyris et Schön (1978) décrivant ainsi les supports des deux niveaux d'actions envisagés à partir des valeurs directrices et des paradigmes de base. Les artefacts représentent dans un contexte de changement un puissant relais des mini-événements (Moles et Rohmer, 1976).

Conclusion

Dans le cadre de l'accréditation, l'encadrement intermédiaire tend à renforcer les savoirs organisationnels initiaux des services par un renforcement réciproque des artefacts matériels et organisationnels. Cet article conclut à l'importance des artefacts matériels et organisationnels dans le maintien des savoirs antérieurs (savoir-faire technique, savoir communicationnel, savoir-combiner et savoir comprendre). En même temps, le pilotage (introduction, traduction, assimilation) de nouveaux savoirs (savoir-formaliser, savoir-évaluer, savoir-vérifier) issus de l'accréditation se traduit par la création de nouveaux artefacts matériels et organisationnels et la prise d'autonomie par rapport aux artefacts imposés par la direction et le service qualité. La création d'un dispositif d'artefacts locaux s'avère une condition nécessaire pour orienter les savoirs compte tenu de la spécificité des contextes de gestion représentés par les unités de soins ou les services de supports logistiques étudiés. Le pilotage des artefacts globaux issus du service qualité mené de façon parallèle par l'encadrement intermédiaire permet un évitement de confrontation des savoirs administratifs et des savoirs professionnels ainsi qu'une intégration progressive des concepts inhérents au management par la qualité totale.

Bibliographie

- ALGRAVE F.(1993), *Hôpitaux, cliniques : Génération management*, Editions Lamarre, Paris, 295 p.
- AMAR L., MINVIELLE E. (2000), « L'action publique en faveur de l'utilisateur », *Sociologie du travail*, vol.42, p.69-89.
- ANAES (1999a), Manuel d'accréditation des établissements de santé, Agence Nationale d'Accréditation, service communication et diffusion, 118 p.
- ANAES (1999b), L'accréditation en dix questions, Agence Nationale d'Accréditation, service de communication et diffusion, 72 p.
- ANAES (2000), A propos de l'accréditation, Agence Nationale d'Accréditation, service de communication et diffusion, 21 p.
- ARGYRIS C., SCHÖN D.A. (1978), *Organizational Learning : Theory of Action Perspective*, Addison-Wesley.
- BERWICK D. (1989), « Continuous improvement as an ideal in healthcare », *NEJM*, n° 32, p. 43-46.

- CAPDEVIELLE P. (1998), « Réflexions sur l'histoire de la qualité », in *Certifier la qualité ?*, sous la direction de F. Meyer, G.E.I.S.T., Presses Universitaires, Strasbourg, 283 p.
- CHEVALLIER R., DOUTRE E., SPALANZANI A. (1996), *Le Management de la qualité*, Presses Universitaires, Grenoble, 168 p.
- CICOUREL A. (1987), « Cognitive and Organizational Aspects of Medical Reasoning », *Discourse Processes*, n° 10, p. 347-368.
- CLEMENT J.-M. (1998), *Réflexions pour l'hôpital : Proximité Coopération Pouvoirs*, Les Etudes hospitalières, Bordeaux, 124 p.
- COCHOY F., TERSSAC (De) G. (1999), « Les enjeux organisationnels de la qualité : une mise en perspective », *Sciences de la société*, n° 46, Février 1999, p. 3-18.
- CORBIN J., STRAUSS A. (1990), *Basics of Qualitative Research : Grounded Theory, Procedures and Technics*, Sage Publications, 322 p.
- DEMING W.E. (1988), *Qualité, la révolution du management*, Economica, Paris, 310 p.
- DEMING W.E. (1991), *Hors de la crise*, Economica, Paris, 352 p.
- EISENHARDT K.M. (1989), « Building Theories from Case Study Research », *Academy of Management Review*, vol. 14, n° 4, p. 532-550.
- GIRAUD A. (1993), *Evaluation médicale des soins hospitaliers*, Economica, Paris, 216 p.
- GLASER B., STRAUSS A. (1967), *The discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, Wiedenfeld and Nicholson, 271 p.
- GROSJEAN M., LACOSTE M. (1999), *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*, PUF, Le Travail Humain, Paris, 225 p.
- GUERRERO I. (1996), « Formalisation et contrôlabilité dans les hôpitaux publics : les causes de l'échec des réformes hospitalières en France », *Actes de la 3^{ème} journée du GEREG*, p. 2-24.
- ISHIKAWA K. (1984), *Le TQC ou la qualité à la japonaise*, AFNOR gestion, 210 p.
- JAMBART C. (1997), *L'assurance qualité*, Economica, Paris, 110 p.
- KERVASDOUE (De) J. (2000), *La qualité des soins en France*, Editions de l'atelier, Editions ouvrières : Mutualité française, Paris, 180 p.
- KIMBERLY J.R. (1997), « Assessing Quality in Health Care : Issues in Measurement and Management », *International Journal for Quality in Health Care*, n°9 (3), p. 181-200.
- KIMBERLY J.R. , MINVIELLE E. (2000), *The Quality Imperative : Measurement and Management of Quality Imperative in Healthcare*, Imperial College Press, 214 p.
- KLETZ F., MOISDON J.-C., PALLEZ F. (1997), « Zoom sur l'organisation », in *Du mode d'existence des outils de gestion*, sous la direction de J.-C. Moisdon, éditions Seli Arslan, Paris, 286 p.
- LACOSTE M. (1993), « Le travail du malade dans la consultation hospitalière », in *Soins et Communication : approches interactionnistes des relations de soins*, sous la direction de J. Cosnier, M. Grosjean, M. Lacoste, Presses Universitaires, Lyon, 227 p.
- LEWIN K. (1951), *Field theory in social science*, Harper and Row, New -York, 319 p.
- MINTZBERG H. (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Les Editions d'organisation, Paris, 434 p.
- MINVIELLE E. (1998), « La co-production de la qualité à l'hôpital : quel fondement

- organisationnel ? », *Actes du colloque « coproduction de la qualité »*, Toulouse, p. 427-443.
- MINVIELLE E. (1999), « Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital : quel fondement organisationnel ? », *Revue Politiques et Management Public*, vol. 17, n° 4, Décembre 1999, p. 59-84.
- MOLES A., ROHMER E. (1976), *Micropsychologie et vie quotidienne*, Médiations Denoël/Gonthier, Paris, 112 p.
- NONAKA I., TAKEUCHI H. (1997), *La connaissance créatrice : la dynamique de l'entreprise apprenante*, De Boeck Université, Bruxelles, 303 p.
- PETTIGREW A.M. (1985), « Contextualist Research : "A natural way to link Theory and Practice" » in E.E., Lawler (Ed), *Doing Research that is useful in Theory and Practicy*, Jossey Bass, p. 222-274.
- SAINSAULIEU R. (1991), « Sociologie de l'organisation et de l'entreprise », Dalloz, Paris, 390 p.
- SCHUMACHER D.N. (1991), « The Effective Language for Quality », *NEJM*, n° 36, p. 50-58.
- STRAUSS A. (1997), *Organization of Medical Work*, transaction Publishers, second edition, New Brunswick, 310 p
- TONNEAU D. (2000), *The Quality Imperative : Quality Management in French Hospitals : From Implicit Concern to Radical Change*, Imperial College Press, 214 p.
- VAN MAANEN J. (1983), *Qualitative methodology*, Sage Publications, Beverly Hills, CA.
- WALTER M.-H. (2000), *L'assurance qualité, clé de l'accréditation en santé*, Masson, collection encadrer à l'hôpital, Paris, 175 p.