

« NOUVEAUX COMPORTEMENTS, NOUVELLE GRH ? »
XXI^{ème} CONGRES AGRH - DU 17 AU 19 NOVEMBRE 2010
RENNES / SAINT-MALO



Concilier standardisation et gestion de l'imprévu au sein des blocs opératoires : la communication au cœur du « travail d'articulation »

Stéphanie Gentil

Coordonnées :

Laboratoire d'Economie et de Management de Nantes (LEMNA)
Institut d'Economie et de Management de Nantes (IEMN-IAE)
Chemin de la censive du terre
BP 52231
44322 Nantes Cedex 3
stephanie.gentil@free.fr
Tel. : 06.11.15.33.37

Résumé :

Dans cet article, nous nous proposons de décrire et comprendre les « agencements organisationnels » (Girin, 1995) qui se construisent entre les différents acteurs des blocs opératoires d'une clinique privée de la région ouest. Nous mettons également en évidence les éventuels paradoxes qui traversent ces agencements. Sous quelle(s) forme(s) se manifeste le phénomène d'industrialisation des soins et la rationalisation des pratiques qu'il induit, au sein des établissements hospitaliers ? Comment les personnels s'approprient-ils les règles et outils développés dans le cadre de cette standardisation des soins ? Quel rôle joue la communication dans la coordination des différents services ? L'étude de cas réalisée souligne le rôle primordial du « travail d'articulation » (Strauss, 1992) effectué par les personnels, et met notamment en exergue l'importance de la communication entre les acteurs.

Mots clefs :

Communication, outils de gestion, standardisation, travail d'articulation

INTRODUCTION :

Depuis une dizaine d'années, les problématiques de transformation des organisations de soins semblent occuper une place prépondérante dans les débats relatifs au système de santé. Régulation des dépenses publiques, introduction de nouveaux dispositifs gestionnaires conduisant à une certaine « industrialisation des soins », conséquences de cette rationalisation sur le travail... autant d'objets d'étude devenus courants dans le champ de recherche portant sur l'hôpital. En parallèle, on assiste à une prise de conscience du rôle fondamental tenu par la communication dans l'amélioration des performances d'une organisation, et certains auteurs inscrivent les problématiques de communication au cœur des transformations du travail (Detchessahar, 2003).

Enfin, nous souhaitons à travers cet article porter notre attention sur ce phénomène d'industrialisation des soins, et notamment sur cette prolifération de nouveaux instruments gestionnaires, en nous interrogeant plus spécifiquement sur la place laissée à l'activité communicationnelle dans les organisations de santé. Notre réflexion s'appuie sur une étude réalisée au sein de deux blocs opératoires d'une clinique privée de la région ouest. Dans cet article, nous soulignons l'importance du « travail d'articulation » (Strauss, 1992) pris en charge par les acteurs, en mettant l'accent sur la dimension langagière qu'il revêt. L'intérêt que nous prôtons aux outils de gestion et à la manière dont ils sont utilisés par les acteurs comme soutien à l'activité dialogique nous amène à les appréhender en premier lieu dans leur complémentarité. Toutefois, nous nous efforçons dans un second temps de mettre l'accent sur les paradoxes qui traversent cet agencement en montrant en quoi la rationalisation des soins et les pratiques managériales qu'elle induit peuvent dans une certaine mesure aller à l'encontre de ce travail d'organisation.

I : DE NOUVEAUX DISPOSITIFS GESTIONNAIRES : TENSION ENTRE STANDARDISATION DES SOINS ET GESTION DE L'IMPREVU

I. 1 : Le tournant gestionnaire des établissements de santé

Les nombreux instruments de régulation mis en place par l'Etat dans les années 1990 ont contribué à transformer en profondeur le système de soin français. Ces réformes se sont succédées au fil des années avec un objectif commun : uniformiser les pratiques entre les différents établissements hospitaliers afin de maîtriser les dépenses de santé, tout en garantissant un niveau de qualité élevé. L'introduction des agences régionales d'hospitalisation (ARH), l'adoption de réformes budgétaires spécifiques, des points ISA à la tarification à l'activité (T2A), mais aussi l'implémentation du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et des Groupes Homogènes de Malade (GHM), *etc.*, sont autant de dispositifs gestionnaires mis en œuvre par les tutelles dans le but de standardiser les soins (Lapointe *et al.* , 2000). La standardisation des pratiques hospitalières doit en effet permettre de « *stabiliser les conditions optimales de production tant en termes de coût que de critères de performance (délai, qualité)* » (Pascal, 2003, p. 193-194). L'accréditation hospitalière adoptée par le plan Juppé en 1996 participe elle aussi de cette logique puisqu'elle contraint les établissements de santé à respecter certaines normes ou standards de bonnes pratiques (Halgand, 2003). Provenant des tutelles, ces discours autour de la rationalisation des soins sont relayés par les directions des établissements hospitaliers et vont se matérialiser à travers la mise en œuvre de plusieurs instruments gestionnaires. L'outil de gestion est ici perçu comme un dispositif formalisé, tourné vers l'action collective. Il constitue une « *modélisation du fonctionnement réel de l'organisation, censée aider les acteurs dans leur activité opérationnelle et stratégique* » (Bancel-Charensol, Jougleux, 2004, p. 82). Dans cette perspective, on assiste à une accentuation de la division du travail, accompagnée d'une procédurisation forte (Pascal, 2003). Mais la standardisation ne se cantonne pas à une « *systématisation des procédures opératoires*

applicables à tous les processus », elle renvoie aussi à « *une planification économique dans l'exécution des tâches* » (Minvielle, 1996, p. 107) : des contraintes de réalisation (ordre des tâches, rythme, délais) sont ainsi associées à la répartition des tâches et à l'application de procédures.

I. 2 : Une activité transversale qui place la question de la coordination au cœur des problématiques des organisations hospitalières

Le travail à l'hôpital est donc profondément divisé. Pourtant, l'activité hospitalière est transversale puisqu'elle est centrée autour d'un objet unique : le patient. La transversalité de l'activité se caractérise par l'existence d'un collectif « *fonctionnellement, spatialement et temporellement éclaté* » (Grosjean, Lacoste, 1999, p. 54) : de multiples acteurs, aux fonctions et niveaux hiérarchiques différents, vont interagir au sein d'une même prise en charge ; par ailleurs, l'activité de soin est éclatée dans le temps (équipes du matin, du soir, voire de nuit) et dispersée géographiquement (plusieurs services dans lesquels le patient devra passer successivement). Or, cette situation crée des dépendances interindividuelles entre les personnels aussi bien du point de vue du partage d'informations qu'en termes d'agencement physique entre les unités (patient potentiellement occupé dans un autre service pour une autre fin) (Martin, Gadbois, 2004).

Finalement, la performance d'un établissement hospitalier, qu'elle soit mesurée en termes de coût, de qualité ou même de délais, dépend en grande partie de sa capacité à coordonner le processus de prise en charge des patients. On peut alors légitimement s'interroger sur la manière dont les différents personnels vont s'agencer dans l'espace mais également dans le temps pour garantir la fiabilité de la prestation fournie. Et dans ce cadre, l'instrumentation gestionnaire doit être tout particulièrement interrogée : les discours autour de la normalisation des comportements s'inscrivent et s'objectivent en effet dans ces dispositifs. Or, certains auteurs mettent en

évidence les faiblesses de la standardisation face à l'imprévu (Zarifian, 1995) pourtant caractéristique de l'activité hospitalière (Minvielle, 1996).

I. 3 : La standardisation du processus de prise en charge confrontée à « l'événement »

Chaque prise en charge est en effet différente, « *du fait de la diversité des traits cliniques et sociaux associés au patient* » (Minvielle, 1996, p. 42) : la standardisation du processus se heurte à la singularité de chaque cas. L'évolution de la maladie est ainsi totalement imprévisible puisqu'elle dépend d'éléments médicaux incontrôlables tels que les caractéristiques cliniques du patient, mais aussi parce qu'elle est soumise aux comportements parfois inattendus du malade ou de son entourage. Et aux caractéristiques du patient, s'ajoutent des imprévus liés à l'organisation elle-même (aléas techniques, retard pris par une des unités intervenant dans le flux, *etc.*). Les notions d'aléa et d'imprévu peuvent être assimilées au concept d'« événement » introduit par Zarifian (1995). « *L'événement désigne tout fait qui vient perturber le système* » (p. 33). Par opposition au concept d'« opération » qui constitue « *le support de la tâche dont on peut préparer le contenu à l'avance* » (p. 21), l'auteur appréhende l'événement comme « *une discontinuité dans un récit* » (p. 22). Or, face à un événement, nous dit-il, les acteurs sont amenés à prendre des décisions sur le comportement à adopter pour rétablir la situation. Et cette décision ne peut jamais être entièrement pré-programmée, elle appartient au contexte et aux acteurs qui doivent y faire face. Ainsi, la planification du flux de prise en charge du patient ne permet pas de s'adapter à l'imprévu, alors même que la résolution des problèmes rencontrés revêt un caractère crucial puisque l'activité des établissements de santé compose avec des vies humaines.

Dès lors, nous nous trouvons en présence d'une certaine contradiction : d'une part, afin de faire face aux contraintes de coût, de délais et de qualité qui pèsent simultanément sur les établissements hospitaliers, de nombreux outils de gestion comportant une dimension institutionnelle (de Vaujany, 2006a) et porteur d'une normalisation des pratiques ont été mis

en œuvre. Mais d'autre part, les procédures développées par cette standardisation des soins ne permettent pas de réagir à l'événement. Dans ce cas, comment et par le biais de quels acteurs, le paradoxe évoqué précédemment est-il géré au quotidien dans les établissements de santé ?

I. 4 : « La travail d'articulation » ou la coordination informelle assurée par les collectifs de travail

Afin de tenir compte de la singularité associée à chaque cas, Strauss (1992) introduit le concept de « trajectoire de malades ». Pour chaque prise en charge, la succession de tâches à entreprendre est formalisée au sein d'« arcs de travail » (p. 31) qui constituent « une représentation imaginaire de la succession d'événements envisageables et d'actions à prévoir » (p. 162). Strauss met en évidence le caractère précaire de cette trame préétablie : elle s'apparente davantage au « traçage d'une carte routière, indispensable pour s'orienter » (Zarifian, 1995, p. 42) au sein de laquelle des modifications de trajectoire peuvent intervenir. A ce titre, l'auteur souligne le rôle du « travail d'articulation » effectué par les acteurs. Articuler, c'est mettre en cohérence les différentes tâches, intégrer la transversalité de l'activité, mais aussi gérer l'aléa (Grosjean, Lacoste, 1999). Ce travail d'organisation se rapproche du mécanisme de coordination informelle évoqué par Mintzberg (1982) : l'« ajustement mutuel ». Celui-ci, nous dit l'auteur, se réalise par la voie de la « communication informelle » entre les acteurs qui s'adaptent les uns aux autres au fur et à mesure que leur connaissance du travail à effectuer devient plus précise (p. 19). Ainsi, dès lors qu'on ne peut plus prendre appui sur la procédure, se substituent à ce dispositif des actions dont la logique est intrinsèquement cognitive et discursive. Comme Strauss (1992) l'explique, l'apparition d'un événement contraint les acteurs qui y sont confrontés à prendre une décision sur le comportement à adopter afin de rapprocher la trajectoire du malade de l'arc de travail conçu au préalable. Or, Zarifian (1995) souligne qu'au regard de la complexité des organisations (et notamment du fait de la division du travail), nul ne peut avoir une vision

complète du processus. Par ailleurs, différents mondes d'action (Glouberman, Mintzberg, 2001), aux contraintes et aux intérêts divergents (Grosjean, Lacoste, 1999), coexistent au sein des établissements hospitaliers : la prise de décision implique d'arbitrer entre ces différentes logiques d'action. C'est finalement la communication qui, développant l'intercompréhension entre les individus, va permettre de « *réaliser une intersection entre des représentations nécessairement partielles et partiales de la situation objective, de s'approcher de quelque chose de global* » (Zarifian, 1995, p. 224), de manière à prendre une décision tournée vers l'action.

La communication est notamment centrale dans le « travail de médiation » (Grosjean, Lacoste, 1999) dont l'objectif est de gérer la transversalité de l'activité, de s'assurer du bon fonctionnement du collectif en dépit de l'éclatement spatial et temporel qui le constitue et malgré la division du travail. Les auteurs soulignent en particulier le devoir de « faire-passer » (p. 142) qui consiste à transmettre à d'autres acteurs (dans d'autres unités ou travaillant à des horaires différents) les informations nécessaires à leur travail. La communication s'exerce alors à travers des discours rapportés, par l'intermédiaire de personnes interposées, et l'écrit y occupe une place souvent importante.

I.5 : Le concept d' « agencements organisationnels » : une étroite interrelation entre l'acteur et l'artefact

La réflexion autour de la mise en cohérence de l'activité hospitalière nous incite donc à prendre en considération à la fois la structure formelle et informelle de l'organisation. Ce sont finalement les « agencements organisationnels » qui se construisent au sein d'un établissement de soin particulier que nous souhaitons décrire dans ce papier. Le concept d' « agencements organisationnels » fait ici référence aux travaux de Girin (1995) qui appréhende l'organisation comme une combinaison de ressources humaines, mais aussi matérielles (objets, espaces physiques...) et symboliques. Il appelle à prêter attention aux

individus et à leurs échanges, mais également aux objets techniques qu'ils mobilisent (dispositifs gestionnaires mis en place, type de supports, *etc.*) ainsi qu'aux espaces dans lesquels ils évoluent. Et cette étude nous conduira à appréhender les aspects formels et informels de l'organisation dans un rapport dynamique, en interrogeant leur complémentarité et en décrivant les éventuels paradoxes qui traversent cet agencement : dans quelle mesure l'instrumentation gestionnaire soutient-elle le travail d'articulation mis en œuvre par les personnels et notamment l'activité dialogique à laquelle ils se livrent dans les cours d'action ?

II : METHODOLOGIE EMPLOYEE

Notre recherche s'appuie sur l'étude d'une clinique privée de la région nantaise. Soucieux de décrire et comprendre en profondeur le phénomène d'industrialisation des soins, nous avons focalisé notre investigation sur le cœur opérationnel de cet établissement : le bloc opératoire. La méthodologie employée est de nature résolument qualitative : trente trois entretiens ont ainsi été menés entre janvier et mars 2009 auprès des personnels du bloc opératoire et des membres de la direction. Ces entretiens semi-directifs se sont structurés autour de quatre axes principaux : parcours du salarié, description de son travail, organisation de son activité et mode de management, et enfin vécu au travail. Les entretiens ont débuté par la rencontre des membres de la Direction (directeur général, DRH, directrice des soins, responsable ordonnancement...) et se sont poursuivis par la descente le long de la ligne hiérarchique (rencontre des cadres de proximité) jusqu'au niveau opérationnel (infirmiers de bloc, infirmiers de salle de réveil, agents de services hospitaliers (ASH), aides-soignants, brancardiers et agents de stérilisation). Ces entretiens ont été complétés par plusieurs journées d'observations *in situ* au sein de deux blocs opératoires (orthopédie et cardiologie). Au cours de ces observations, nous avons adopté un périmètre d'observation à la fois variable (suivi d'une infirmière coordinatrice, de deux responsables de proximité et d'un brancardier) et fixe (observation du fonctionnement d'un bloc dans son ensemble : suivi des trajectoires de

malades au sein du bloc, observation des interactions bloc/salle de réveil ou bloc/stérilisation, *etc.*) (Journé, 2005). A des fins de triangulation des sources de données, nous avons par ailleurs effectué une analyse de contenu des documents collectés auprès de la DRH ou au cours de nos observations (fiches de poste, fiche de liaisons inter-services...). Ces données ont été rigoureusement codées, dans un premier temps phrase par phrase, nous amenant à constituer des « unités de texte » (outils de gestion, architecture, entraide...) ; dans un second temps, nous avons retravaillé nos observations afin de distinguer les différentes situations vécues par les acteurs et constituer ainsi des « unités de sens » (Allard-Poesi, 2003, p. 281), qui renvoient finalement aux différents événements à réguler (matériel, urgences...). Finalement, notre travail d'analyse nous a conduits à constituer des catégories d'un niveau d'abstraction supérieur (structure formelle, structure informelle, événements à réguler). Le diagnostic, présenté à la direction, aux personnels interrogés et au CHSCT a été largement validé. Un groupe de travail a par ailleurs été constitué, centré sur les thématiques des conditions de travail et du bien-être au travail, afin d'élaborer des pistes d'action à mettre en œuvre.

III : LES AGENCEMENTS ORGANISATIONNELS D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE

La clinique investiguée illustre particulièrement bien le mouvement de rationalisation des soins décrit précédemment. Créée en 1998, elle résulte de la fusion de plusieurs établissements préexistants, et constitue aujourd'hui une des plus grandes cliniques de France. L'architecture, le matériel utilisé, les outils informatiques, *etc.* ont été pensés et introduits dans une perspective d'efficacité tant pour les chirurgiens que pour le personnel du plateau technique. Nos observations ont notamment mis en évidence la présence d'outils, d'aménagements architecturaux, et de services ou fonctions spécifiques qui semblent témoigner de la place centrale tenue par les problématiques de coordination au sein des préoccupations de la direction de cette clinique.

III.1 : La gestion de la transversalité au cœur des pratiques managériales : la structure formelle de l'organisation

III.1.1 : Les aménagements architecturaux de la clinique

Dans les blocs opératoires étudiés, les agencements architecturaux semblent avoir été conçus pour favoriser l'interaction entre les différentes fonctions présentes sur le plateau technique. Nous avons noté d'une part la présence d'une salle « d'orientation », véritable pivot de la coordination des acteurs. La position centrale qu'elle occupe dans le bloc offre une vision d'ensemble, à la fois du couloir et des différentes salles d'opération. En son sein, se situe un bureau et un poste informatique ; on y entrepose également le matériel nécessaire aux interventions. Plusieurs fonctions y travaillent ainsi conjointement, de l'infirmière coordinatrice qui organise et réorganise les journées opératoires, aux infirmières chargées de la gestion du matériel. Dès lors, cette salle constitue un lieu de passage d'acteurs aux fonctions et responsabilités différentes, ce qui facilite la transmission d'informations nécessaires à l'organisation de la journée opératoire (degré d'avancement dans les interventions, difficultés éventuelles, *etc.*) mais également l'agencement physique entre les personnels (besoin de matériel ou d'un soutien au cours d'une intervention, *etc.*). D'autre part, notre attention s'est portée sur les interactions entre les salles d'opération et le couloir. En raison de contraintes d'aseptisation parfois fortes pour certaines interventions, la coordination entre les personnels en salle et hors-salle est rendue difficile. Pour contourner cet obstacle, des aménagements spécifiques ont été réalisés. La mise en place de trappes dans les salles d'opération de certains blocs va ainsi permettre aux acteurs de communiquer et d'échanger du matériel sans déroger à ces contraintes d'hygiène. Les salles d'opération sont également équipées de portes vitrées, favorisant une coordination que l'on peut qualifier de visuelle : s'assurer d'un regard du bon déroulement d'une intervention, communiquer par geste entre la salle d'opération et le couloir, ou encore intercepter un individu pour qu'il apporte son aide...

En sus des aménagements architecturaux, l'organisation toute entière de la clinique a été conçue dans la perspective de gérer l'activité de manière transversale. Certaines fonctions se sont ainsi vues confier la responsabilité du « travail de coordination » et de nouveaux outils de gestion ont été implantés pour les aider dans cette tâche. Or, la logique qui sous-tend la mise en place de ces artefacts est celle de la standardisation des soins.

III.1.2 : Nouvelle organisation hospitalière : la standardisation du processus de prise en charge

Le processus de « production de soins » est en effet clairement standardisé. On assiste ainsi à l'uniformisation des modalités de prise en charge du patient, puisque les mêmes étapes pré et postopératoires se répètent quelle que soit la nature de l'intervention programmée : réservation du lit et de la salle d'opération, commande puis stérilisation du matériel, bio-nettoyage, *etc.* Le schéma suivant (figure 1) présente ainsi la trajectoire classique que suivent les patients dont le traitement implique une intervention chirurgicale, de l'entrée dans la clinique à la sortie du bloc opératoire.

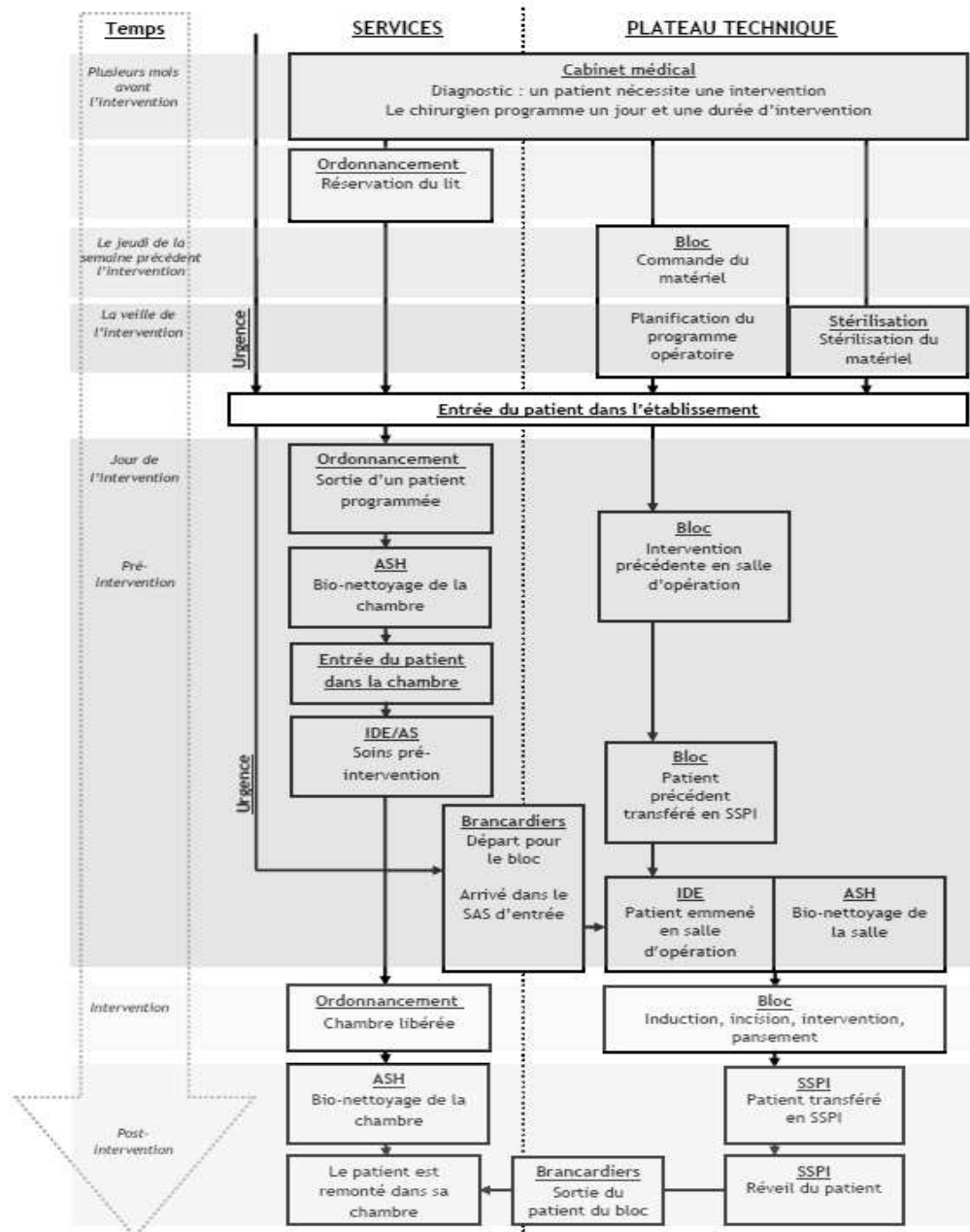


Figure 1. L'uniformisation du processus de prise en charge des patients

Au sein de cette trajectoire, le bloc opératoire occupe une place centrale. Les unités connexes (salle de réveil et stérilisation) qui, conjuguées au bloc, forment le plateau technique de l'établissement, sont ainsi largement tributaires des temporalités imposées par les interventions chirurgicales : le matériel doit être stérilisé pour un certain jour et à une certaine heure ; les personnels de la salle de réveil doivent se tenir disponibles pour accueillir le patient sur un poste dès la fin de l'intervention. Les brancardiers et les services de soins

chirurgicaux sont eux-aussi dépendants du programme opératoire, devant préparer et « descendre » le patient pour l'intervention mais également le « remonter » et l'accueillir dans une chambre une fois l'opération terminée.

Cette standardisation du processus de prise en charge des patients relève aussi de la forte division horizontale et verticale du travail instaurée. Au sein de chaque unité et pour chaque fonction, des procédures bien précises inscrites dans les fiches de postes doivent être respectées et les responsables sont clairement identifiés. Face à cette division du travail, nous l'avons vu, la question de la coordination entre les acteurs se pose avec une certaine acuité. De nouveaux services et de nouvelles fonctions sont ainsi développés, dont les tâches sont centrées sur ces problématiques. Une cellule ordonnancement est créée afin de gérer la rotation des lits et la programmation du bloc, de manière à optimiser l'utilisation des équipements dont dispose la clinique. Au sein de certains blocs opératoires, une fonction particulière, celle de l'« infirmière-orientatrice » voit le jour. Acteur incontournable de la coordination sur le plateau technique, elle est notamment en charge de la gestion des « rotations de salles ». Il existe en effet davantage de salles que de médecins qui opèrent dans cette clinique : afin d'optimiser la journée opératoire et en fonction de l'état d'avancement des programmes de chacun, certains chirurgiens ont ainsi la possibilité de passer d'une salle à l'autre entre deux interventions, leur permettant d'économiser le temps de sortie du patient, de nettoyage de la salle, et d'installation du patient suivant.

En vue de soutenir la coordination entre les acteurs, des dispositifs gestionnaires sont mis en place. A ce titre, le système d'information de la clinique joue un rôle essentiel. D'une part, parce qu'il constitue une base unique de données, permettant le partage d'informations médicales qui concernent le patient mais également d'informations liées à l'organisation du bloc (planning des personnels et des chirurgiens). D'autre part, parce qu'il intègre des outils de conception de l'organisation, et notamment le programme opératoire (horaire de

l'intervention, durée, salle attribuée, matériel à réserver, *etc.*) à partir duquel l'activité toute entière de la clinique va se structurer. Enfin, parce qu'il rend possible le suivi en temps réel du flux de prise en charge des patients. Par le biais d'un code couleur mis à jour par les différents intervenants de la chaîne (au moyen d'un code barre et d'une douchette), chaque acteur est ainsi capable de connaître avec précision l'étape à laquelle se situe le patient dans sa trajectoire et peut donc anticiper le moment où il sera à son tour mobilisé. Au-delà du système d'information de la clinique, d'autres outils participent à la définition du cadre organisationnel. C'est le cas des procédures en format papier, parmi lesquelles on trouve les procédures de travail élaborées pour chaque fonction et les fiches de liaisons inter-services qui formalisent les échanges d'informations entre certaines unités (feuille d'écologie qui circule entre le bloc et la stérilisation, fiche de demande d'intervention qui assure la liaison entre le bloc et le service maintenance, *etc.*)

Néanmoins, nous avons relevé au cours de nos observations la présence de nombreux événements qui jalonnent le parcours du patient et viennent déstabiliser cette trajectoire préétablie (procédures de travail et programmation de l'activité).

III.1.3 : Emergence de multiples aléas et perturbation du programme opératoire

En premier lieu, ces événements peuvent concerner le matériel. Du fait de la grande variété des instruments et de leur nécessaire stérilisation, le matériel indispensable à l'opération doit en effet être anticipé. La semaine précédent l'opération, il est réservé ou commandé par le responsable de proximité. La veille, il est stérilisé puis mis sur un caddie. Toutefois, l'imprévisibilité de l'évolution de la maladie, mais aussi la singularité de chaque patient (réaction inattendue au cours d'une intervention...) peuvent engendrer des complications en salle, qui n'ont bien évidemment pu être anticipées. Dès lors, le matériel prévu ne suffit plus et les acteurs du bloc doivent réagir au plus vite pour réunir les instruments supplémentaires,

dans un état de tension important : puisque le patient est souvent déjà ouvert, l'événement qui surgit met en jeu la vie de celui-ci. Au cours d'une observation, une opération particulière a ainsi retenue notre attention. Du fait d'une complication, le chirurgien a besoin d'un instrument supplémentaire. L'infirmière coordinatrice est appelée depuis la salle d'opération (les contraintes d'aseptisation n'autorisant pas le personnel en salle à sortir) pour aller chercher cet instrument. Elle le trouve dans une autre salle opératoire. Face à l'urgence de la situation, elle l'amène au chirurgien qui a fait appel à elle, bien que ce matériel soit en réalité réservé à un autre chirurgien pour une autre opération. Or, le fait de donner le matériel au premier médecin peut conduire le second à en être privé et donc à ne pas pouvoir opérer son propre patient. Elle contacte ainsi cet autre chirurgien, et apprend que son intervention n'est programmée que plus tard dans la journée. L'instrumentation pourra donc lui être ramenée à temps. Le problème soulevé ici n'impacte donc pas une seule trajectoire de patient mais peut potentiellement bouleverser la prise en charge d'un autre malade qui se verrait à son tour privé du matériel nécessaire à son traitement chirurgical. L'émergence d'événements liés au matériel peut également procéder de la dé-stérilisation des instruments, en témoigne cet agent de stérilisation qui pointait au cours d'un entretien le caractère imprévisible de la situation : *« il peut arriver que la boîte tombe, il faut tout re-stériliser (...) ça peut arriver et ça on ne sait pas quand ».*

Mais la gestion de la singularité ne concerne pas seulement le patient. Il arrive également que le comportement de certains chirurgiens déstabilise le programme opératoire préétabli. D'abord parce qu'ils ont encore la main mise sur les durées théoriques des interventions, celles qui sont inscrites sur le programme opératoire. Or, les chirurgiens ont tendance à prévoir des temps opératoires bien inférieurs à la durée réelle de l'intervention, afin d'optimiser leur journée opératoire. Puisque ils ne peuvent planifier, sur le programme, des interventions au-delà d'une certaine heure, ils raccourcissent les durées théoriques des

opérations. Ils oublient par ailleurs bien souvent de prendre en compte les temps d'installation et de désinstallation de la salle et du patient, qui concernent le travail des personnels du bloc opératoire, mais au cours desquels ils ne peuvent pourtant pas opérer s'ils restent dans la même salle. En outre, chaque chirurgien a ses propres contraintes et pratiques professionnelles, comme nous l'exprimait cette infirmière de bloc en entretien : « *Sur papier ça passe mais dans la vraie vie, ça ne passe pas. Il faut avoir en tête, tel chirurgien veut bien aller dans cette salle, mais pas dans celle-ci. C'est un méli-mélo plein de contraintes. Les trois quarts du temps, on se dit « ça va être comme ça, comme ça », et ça marche jamais. C'est vrai que les temps opératoires, on le dit, c'est pas ce temps là, il faut que ça tienne dans les grilles* ». De ce fait, le programme préétabli est sans cesse déstabilisé au cours de la journée et les infirmières de bloc sont en permanence contraintes de réajuster les attributions de salles aux différents médecins.

Au-delà des événements inhérents à la gestion du matériel et des salles, ce sont aussi plus globalement les imprévus liés aux urgences qui vont venir parasiter cette trame préétablie. Les patients qui proviennent du service urgence n'ont par définition pu être planifiés sur la journée opératoire des chirurgiens présents ce jour là. Ils sont donc ajoutés au programme souvent déjà bien chargé d'un des médecins, rallongeant par là la journée de travail des différents acteurs du bloc. Dès lors, il faut organiser l'opération : fixer l'heure, la salle, préparer le matériel nécessaire, recueillir les informations auprès des médecins, du service urgence, *etc.* et les transmettre à l'ensemble des acteurs concernés (brancardier, anesthésiste, salle de réveil, *etc.*), un travail parfois laborieux, comme nous le relatait une infirmière de bloc au cours d'un entretien : « *C'est à nous de récupérer les radios, demander aux urgences de les amener, appeler les brancardiers... On court après les éléments. On a beau le dire, ça change pas. Après, il faut aller voir les anesthésistes pour voir s'ils peuvent le [le patient] prendre en charge* ».

De surcroît, les événements qui surgissent au sein du bloc ne procèdent pas seulement de l'activité du bloc opératoire mais plus globalement de la clinique toute entière : dans une organisation transversale, centrée sur chaque trajectoire de patients, le travail des différents intervenants dépend fortement de celui de l'acteur situé en amont de la chaîne. De ce fait, le retard pris par l'une des unités en amont du bloc opératoire (services de soin, brancardiers, stérilisation...) impactera nécessairement l'activité au sein du bloc. Dès lors, on assiste à la formation de « goulots d'étranglement », comme l'illustre une infirmière de bloc au cours d'un entretien : « *Des fois ça s'enchaîne très mal. Nous on a bien avancé dans le programme d'un chirurgien, mais le patient n'est toujours pas arrivé (...), après faut tout re-décaler. Donc le brancardier on lui dit d'aller le chercher mais l'infirmière lui dit que le patient n'est pas encore arrivé, c'est tout un enchaînement* ». Et de la même manière, les événements présentés précédemment, qui déstabilisent le programme opératoire, affecteront les unités situées en aval (salle de réveil, puis à nouveau les brancardiers et les services de soin,...), en témoigne cette infirmière de salle de réveil : « *C'est un peu la spécificité de la salle de réveil, ça dépend du programme opératoire, nous on ne peut pas agir là-dessus* ».

Finalement, de nombreux événements déstabilisent l'activité du bloc, une activité entièrement planifiée en amont à travers le programme opératoire. Nos observations mettent alors en évidence le travail d'organisation accompli par les personnels du bloc opératoire afin de réguler ces événements dans les cours d'action. Plus spécifiquement, nous avons observé sur notre terrain la place centrale qu'occupe l'activité dialogique dans la coordination, et qui prend largement appui sur les outils gestionnaires présentés auparavant.

III.2 : La communication au cœur du « travail d'articulation »

III.2.1 : Gérer l'imprévu à l'hôpital : le rôle central du « travail d'articulation »

Nos observations nous ont conduits à mettre en exergue le rôle de l'infirmière-orientatrice, dont nous avons déjà évoqué la fonction. C'est en effet elle qui se voit confier la charge d'adapter l'organisation du bloc aux multiples aléas qui surgissent. Au fur et à mesure de la journée, elle ajuste les affectations de salle à l'état d'avancement des opérations, et gère les rotations de salle. A ce titre, elle s'appuie sur un outil de gestion « dérivé » du programme opératoire informatisé, la version papier de ce planning, qu'elle affiche au mur et sur lequel elle s'est recréée son propre code couleur (elle surligne au fur et à mesure de la journée les opérations qui sont terminées). On assiste donc à une réappropriation de l'instrumentation gestionnaire instaurée : l'orientatrice utilise finalement ce programme comme un véritable outil de travail, en y inscrivant les attributions de salles qu'elle envisage de faire à un moment donné et en l'actualisant tout au long de la journée. Pour les autres acteurs du bloc, ce planning mural constituera une source d'informations (état d'avancement des opérations, salle attribuée à la prochaine intervention) et sera donc fréquemment consulté. L'orientatrice va également tenir un rôle important face aux événements liés au matériel. C'est notamment elle qui contactera les services impliqués. Nous l'avons par exemple observé régler un différend avec la stérilisation car il manquait un instrument dans une boîte préparée par ce service. Lors d'une panne de matériel, c'est également elle qui a pris contact avec le département de maintenance, en remplissant la « procédure de demande d'intervention », un formulaire papier qu'elle a doublé d'un coup de téléphone à la personne concernée. Notons au passage la complémentarité entre l'oral et l'écrit dans cette situation. Enfin, l'orientatrice va gérer les urgences. Elle organisera les différentes opérations en prévenant les médecins concernés et en leur fournissant les moyens de leur intervention (leur apporter les radios des patients, réserver les salles à un horaire spécifique); elle s'occupera également des transmissions

d'informations qui concernent cette urgence (prévenir les brancardiers, la salle de réveil mais aussi compléter les outils qui permettent aux différents intervenants de se renseigner sur le travail de la journée : le planning mural et le programme opératoire informatisé).

Par ailleurs, nous avons noté que ce travail d'organisation pris en charge par les acteurs reposait sur une forte culture de l'entraide et du soutien. Ainsi, nous avons eu l'occasion d'observer un grand nombre de situations au cours desquelles un acteur faisait appel à un autre, par exemple pour l'assister dans un travail physique (déplacer un patient sur la table d'opération...). Cette solidarité se matérialise également dans la spontanéité de l'aide apportée, comme par exemple cette infirmière qui aidait une panseuse (appellation de l'infirmière de salle) à s'habiller, puis qui l'avancait dans son travail en ouvrant à sa place des pochettes contenant du matériel, pour lui permettre d'enfiler des gants stériles et de préparer la peau de son patient. Dans ce cadre, les outils de gestion ont toute leur place, en témoigne cette agent de service hospitalier (ASH) qui utilise le système informatique pour s'informer de l'état d'avancement du travail de ses collègues situées dans d'autres blocs, afin d'aller les aider lorsqu'elle a un moment. Notons que l'usage qu'elle fait de l'outil est alors spécifique à son besoin et qu'il traduit, de fait, une certaine appropriation du système d'information.

III.2.2 : La gestion de la transversalité et le « travail de médiation »

Au-delà du caractère imprévisible de l'activité hospitalière, les tâches d'organisation prises en charge par les acteurs relèvent parfois du « travail de médiation » (Grosjean, Lacoste, 1999) évoqué dans notre cadre conceptuel. L'infirmière-orientatrice joue là encore un rôle primordial : elle assure ainsi, nous l'avons déjà évoqué au travers de nombreux exemples, les transmissions d'informations entre le bloc et les unités connexes (les services de soin, la stérilisation, la salle de réveil, *etc.*). Elle prend également en charge les activités de transmissions entre les équipes d'infirmières du matin et du soir. Ce travail de relève se

réalisera au sein de la salle d'orientation, lieu propice au regroupement des acteurs. Elle va notamment transmettre à l'orientatrice du soir un certain nombre d'informations sur le déroulement du programme opératoire du matin, en s'appuyant sur plusieurs outils : le planning mural, un cahier de transmission, mais également une petite fiche qu'elle s'est constituée tout au long de la matinée et sur laquelle elle a indiqué les problèmes à résoudre.

Concernant l'agencement physique entre le bloc et les différents départements connexes, une autre figure joue un rôle important : celle du brancardier. Celui-ci assure en effet le transfert du patient d'une unité à l'autre. Mais sa fonction, nous l'avons découvert dans notre travail de terrain, va bien au-delà. Il va ainsi de manière récurrente se voir confier la tâche de transmettre du matériel, mais également des documents médicaux (par exemple, des radios, des résultats d'analyse...) des services de soins au bloc et inversement. Son intervention est parfois essentielle, comme dans cette situation où une infirmière des étages s'interroge sur la pertinence pour un patient de recevoir un choc électrique, compte tenu des résultats de son électrocardiogramme. Avisant un brancardier qui passe dans le couloir, elle l'interpelle pour qu'il descende ce document médical au bloc : il s'avère finalement que le patient n'aura pas besoin de ce choc électrique. Dans leur travail, les brancardiers mobilisent eux-aussi un certain nombre d'outils. A l'instar des infirmières-orientatrices, ils s'appuient sur une version papier du programme opératoire informatisé et l'utilisent comme un outil de transmission d'informations qu'ils affichent sur un mur de leur bureau, et qu'ils rayent au fur et à mesure de la journée selon les « descentes de patients » effectuées. Le programme opératoire leur permet également de se constituer un outil de travail, une petite fiche sur laquelle ils notent les « descentes de patients » à réaliser pour le bloc auquel ils sont affectés, et qu'ils complètent tout au long de la journée lorsqu'ils reçoivent des demandes émanant des blocs ou des services de soin.

III.2.3 : L'activité communicationnelle au cœur du travail d'organisation

Derrière l'idée de « travail d'articulation », la notion d'échange d'informations est finalement omniprésente. La communication est en fait au cœur du travail d'organisation. Il faut, d'une part, réunir les informations nécessaires à la prise de décision. A l'hôpital, le travail est en effet fondamentalement divisé, ce qui génère un morcellement des savoirs. Concernant les imprévus liés au matériel par exemple, l'infirmière-orientatrice se renseignera fréquemment sur l'emplacement d'un instrument auprès de l'infirmière de caddies puisque celle-ci est spécialisée dans la préparation du matériel nécessaire aux interventions ; pour le cas des affectations de salles et de personnels, l'orientatrice s'informerait auprès des panseuses ou des aides-opérateurs (les infirmières présentes en salles), afin de connaître l'état d'avancement du programme des médecins ; *etc.* D'autre part, il faut transmettre les informations (et notamment les décisions prises), aux parties-prenantes concernées (les personnels du bloc, mais aussi les intervenants de la chaîne éloignés du bloc opératoire, tels que la salle de réveil, les brancardiers, les services de soins, *etc.*). Et au-delà du simple partage d'informations, la dimension d'action de la communication est essentielle : ainsi, des négociations, des délibérations, des échanges de points de vue sur les décisions à prendre (qui concernent surtout l'organisation à adopter pour la suite du programme opératoire) vont se dérouler, en particulier dans la salle d'orientation.

Finalement, face à l'imprévu mais aussi compte-tenu de la spécificité de l'organisation hospitalière, ce travail d'organisation, d'agencement entre les unités dans le temps comme dans l'espace, semble absolument primordial. Et jusqu'ici, nos propos nous ont plutôt conduits à mettre l'accent sur la complémentarité entre les outils de gestion instaurés dans l'organisation et le travail d'articulation pris en charge par les acteurs. Celle-ci trouve son explication dans le processus d'appropriation de certains de ces dispositifs techniques, par les personnels du bloc opératoire qui les rendent propres à un usage spécifique : transmettre et

recueillir des informations. Toutefois, au-delà de leur caractère instrumental (de Vaujany, 2006b), ces outils sont porteurs d'un discours dont la visée est explicitement normative. Ils visent ainsi à une plus grande rationalisation des soins. Or, cette normalisation des comportements pèse d'une part sur l'activité dialogique des acteurs, pourtant inhérente au travail d'organisation ; d'autre part, elle met en péril la culture de l'entraide et du soutien, fondement même de cet « ajustement mutuel » décrit au préalable. Combinée à un manque de reconnaissance des personnels, la normalisation des comportements compromet fortement ce travail d'articulation pourtant essentiel.

III.3 : Rationalisation des pratiques hospitalières : la coordination informelle menacée

III.3.1 : La planification n'envisage pas les temps d'échange entre les acteurs

La planification soumet le personnel à des impératifs de vitesse et de débit, où les temps de rencontre entre les acteurs, qu'ils soient formels ou informels, n'ont pas leur place. Au sein de ces procédures, les tâches programmées sont en effet celles qu'il est possible d'anticiper. Or, l'activité dialogique accompagne un travail d'articulation qui n'est pris en charge par les acteurs qu'au moment où des événements surgissent et viennent déstabiliser la trajectoire préétablie. Dès lors, ces moments d'échange ne peuvent être anticipés et ne sont donc pas ou peu planifiés. De nombreux personnels, rencontrés en entretien, dénonçaient ainsi le fait qu'aucun temps de rencontre n'est prévu dans le planning, pour que les membres d'une même équipe se rencontrent et puissent échanger. *« C'est ça qui manque. Au point de vue de notre organisation à nous, (...) on est jamais toutes au complet, il y a beaucoup de matériel qui circule, qui repart, des informations qui passent pas car on n'a pas le temps de mettre toutes les informations par écrit »* ; *« Les informations sont données aux gens qui sont là sur le moment, elles ne sont pas retransmises à l'ensemble du groupe (...). Du coup, les premiers ont peut être reçu l'information mais les derniers pas »* (infirmières de bloc). Ce problème ne se situe pas seulement au niveau des équipes : les moments de rencontre entre les personnels

d'unités ou fonctions différentes ne sont pas non plus envisagés. Pourtant, ces échanges favorisent, nous l'avons vu, le développement de l'intercompréhension, comme en témoigne cette infirmière de bloc en faisant allusion aux personnels des services : « *on ne les connaît pas du tout (...) c'est un peu dérangent car on ne connaît pas du tout leur travail et inversement. Des fois, on arriverait peut-être plus à comprendre des situations, si on savait comment chacun travaille* ». Chaque service est en effet largement dépendant d'autres unités et peut conséquemment voir sa charge de travail augmenter ou son planning de la journée se modifier, du fait de problématiques inhérentes à d'autres départements. C'est le cas lorsque des « goulots d'étranglement » se forment : les différents services ont alors des difficultés à comprendre les contraintes de chacun (manque de lits dans les étages ou de postes en salle de réveil, problème de matériel en salle d'opération, etc.). Et lorsque des moments d'échange se profilent, c'est uniquement parce qu'on a pu les anticiper, les planifier dans le temps : l'articulation n'est envisagée que dans une perspective de transmissions d'informations descendantes... « *[des réunions] on en a quand elle a des choses à nous donner, des changements, par exemple par rapport au changement de planning* » (infirmière de bloc). Or, les informations dispensées sont souvent bien loin des attentes et des besoins des personnels concernés « *On a eu une super réunion pour nous expliquer l'organigramme, ça a duré une heure trente... On s'en fout, on sait lire un organigramme !* » (infirmière de bloc). Et puisque l'activité est entièrement planifiée dans le temps, ces réunions s'inscrivent dans un cadre temporel très contraignant, qui n'est déterminé qu'en fonction des informations à communiquer... « *Elle sort ses trucs, ça dure, et quand il arrive le moment où elle nous dit « et vous il y a des choses à dire ? », c'est le moment de terminer la réunion (...). Pour faire une réunion, il faut qu'il y ait des choses à dire de sa part, elle n'est pas ouverte au dialogue* » (infirmière de bloc).

Ces moments de discussion, de négociation, de transmission d'informations ne peuvent donc être établis au préalable puisqu'ils sont largement tributaires du contexte, de la réalité de l'activité. La planification, et la pression sur les délais qu'elle véhicule, vont ainsi possiblement entraver le travail d'articulation pris en charge par les acteurs, puisque celui-ci s'appuie sur une activité communicationnelle importante. En outre, l'absence de réunion formalisée, animée par un responsable, pèse sur la reconnaissance de ce travail d'organisation.

III.3.2 : Un manque de reconnaissance des personnels

Cette absence de reconnaissance concerne notamment ce travail d'organisation pris en charge par les acteurs, et que l'on décèle dans les verbatims suivants à travers l'emploi d'un vocabulaire spécifique, celui de la débrouillardise et de l'urgence : *« La relation avec les chirurgiens, le manque de reconnaissance, les programmes opératoires qui débordaient, on se plie en quatre et rien derrière,... De tout le monde, rien, rien... J'ai jamais entendu notre responsable nous faire un compliment, jamais ! »* ; *« Rien qu'un merci. Personne n'est venu me dire : « merci tu t'es bien débrouillée ». (...) Entre celles qui font leur travail, qui sont consciencieuses, qui vont courir partout et celles qui sont je-m'en-foutistes, il n'y a pas de différences »* (infirmières de bloc). Reconnaître ce travail d'organisation c'est notamment faire la distinction entre les acteurs qui se bornent au respect des procédures et ceux qui vont au-delà du travail prescrit et se mobilisent dans les situations d'urgence pour rétablir l'ordre. La prise en charge de ce travail d'articulation s'appuie sur une implication forte des acteurs (on se mobilise au-delà de la règle), sur une représentation particulière de son métier qui suppose qu'on ne compte pas les heures passées auprès du patient. Or, cette conception de son métier entre en tension avec certains dispositifs gestionnaires mis en place porteurs d'une logique « comptable », comme le réprouvait une infirmière de bloc rencontrée en entretien : *« au moins récompenser notre équipe, qui est une super équipe franchement, heureusement pour les patients. (...) Les après-midis, 12h40-20h en horaire, et on peut faire 20 minutes de*

pauses non payées, cette semaine, tous nos après-midis, les 20 minutes de pauses ont les a pas eues » (infirmière de bloc). Finalement, l'absence de reconnaissance de ce travail d'organisation le met en tension. Dès lors, « *l'articulation n'est perçue que par ses manques* » (Grosjean, Lacoste, 1999, p. 171), et elle finit par être considérée par les acteurs eux-mêmes comme entravant l'activité dans son sens noble, générant un sentiment de culpabilité et une fatigue grandissante...

En fin de compte, le manque de réunions, de reconnaissance, mais également de soutien du responsable de proximité face aux problématiques rencontrées (pas de remontée possible des problèmes) amène les équipes à devoir réguler d'elles-mêmes l'activité du bloc, au prix d'une certaine dégradation du climat entre les acteurs. Or, la prise en charge du travail d'articulation repose, nous l'avons vu, sur une culture de l'entraide par conséquent mise en péril.

III.3.3 : Une culture de l'entraide mise en péril

Notre cadre conceptuel mettait l'accent sur la coexistence, au sein des établissements hospitaliers, de mondes d'actions aux contraintes et aux intérêts divergents (Glouberman, Mintzberg, 2001) susceptibles de générer des malentendus et des incompréhensions. Face au manque de reconnaissance des individus qui vont au-delà des procédures prescrites pour prendre en charge ce travail d'organisation, et en l'absence de réunions qui permettraient de comprendre et d'arbitrer entre les contraintes de chacun, de nombreux heurts et conflits sont susceptibles d'éclater dans les cours d'action. La dégradation des collectifs se fait ainsi déjà sentir au sein de certaines unités (ASH, salle de réveil...), comme nous l'expliquait cette agent de service au cours d'un entretien : « *Depuis quelques temps, c'est la panade... Je vois qu'il y a un gros problème... On ne peut pas travailler comme ça, à couteaux tirés... Et en plus nos chefs n'interviennent pas (...). On est une équipe complètement détruite par quelques personnes* ».

Cette culture de l'entraide est aussi dégradée par une procédurisation excessive : ainsi, certains acteurs dénonçaient l'obligation qui leur est faite de se conformer aux tâches qui leur sont prescrites dans la journée, sans pouvoir apporter leur soutien à un collègue qui se trouve dans la difficulté. *« Avant entre ASH et brancardiers, on avait beaucoup plus d'aide (...). Il n'y a plus de solidarité, les agents de service sont derrière la vitre et nous regardent, il n'y a pas d'aide (...). Ça a été instauré dès le début, les agents sont là le matin à 7h pour les premiers patients et ce n'est pas leur travail de nous aider »* (brancardier). Cette « chasse aux recoupements de tâches » met ainsi en péril les valeurs de solidarité qui constituent pourtant le fondement du travail d'articulation... Dans certains services, la diminution de l'entraide et la montée de l'individualisme se font déjà sentir : *« Les jeunes, (...) ils sont assez individualistes dans leur travail, il y a moins d'entraide et de cohésion, on ne va pas faire attention pour le suivant si le chariot à perfusion est plein... Plus ça va et plus tout ça est géré de façon aléatoire, les gens s'en fichent »* (infirmière de salle de réveil).

DISCUSSION

L'activité dialogique déployée par les personnels des blocs opératoires est donc centrale dans le « travail d'articulation » qu'effectuent ces acteurs au quotidien. D'une part, une grande partie des interventions de soins des unités de l'établissement dépend de la bonne circulation des informations, qu'elles concernent le patient (informations médicales) ou l'organisation de l'activité (jour et horaire d'intervention, matériel à préparer, etc.). D'autre part, de nombreux événements peuvent surgir au sein des trajectoires de patients, conduisant les personnels à échanger, à négocier, à délibérer afin de comprendre et de résoudre conjointement le problème (confrontation des différentes interprétations de la situation et partage des savoirs), et éventuellement de communiquer la décision qui vient d'être prise (répartition des activités, reprogrammation, etc.). Nos résultats mettent notamment en évidence la « *nature multimodale* » (Karsenty, Lacoste, 2004) de cette communication puisqu'elle peut s'exercer à

travers la parole, l'écriture ou encore le geste. Or, appréhender les « agencements organisationnels » (Girin, 1995) de l'établissement étudié nous a conduits à mettre en évidence le rôle des objets techniques et de la conception architecturale dans la vie sociale de l'organisation. Ainsi, la présence de portes vitrées dans les salles d'opération permettra la prise d'informations réciproques sur le déroulement du travail collectif et favorisera la coordination visuelle entre les acteurs, tandis que la salle d'orientation constituera un formidable « espace de discussion » (Detchessahar, 2003) puisqu'au regard de l'emplacement stratégique qu'elle occupe dans le bloc, elle est à la fois un lieu de regroupement et un lieu de croisement des personnels. Elle est par ailleurs dotée de nombreux dispositifs gestionnaires que les personnels se sont réappropriés : transformés en outil de travail ou en support informationnels à l'échange (version papier des programmes opératoires que l'on annote chez les infirmières de bloc et que l'on raye chez les brancardiers), ces instruments vont « *soutenir, faciliter ou informer la discussion de manière à la rendre la plus productive possible* » (Detchessahar, 2003, p. 73). Finalement, il n'y a pas de déterminisme mécanique de l'action par l'outil. Comme Grimand (2006b) le précise, « *l'outil n'a d'impact que par son inscription dans l'activité humaine* » (p. 155). Nos résultats vont alors dans le sens de Vaujany (2006b) lorsqu'il traite de la « compréhension conjointe » de l'outil. L'auteur appréhende l'instrumentation gestionnaire à deux niveaux : du point de vue des concepteurs et des utilisateurs. Il apparente ainsi l'élaboration des dispositifs formalisés (ici les procédures et la planification de l'activité) à la « régulation de contrôle » de Reynaud (1988), tandis que la façon dont les acteurs vont détourner et réinventer ces dispositifs, pour les rendre propres à leur besoin, se rattache à ce que l'auteur qualifie de « régulation autonome ». L'appropriation de l'outil s'inscrit alors dans un processus de « régulation conjointe » (Reynaud, 1988 ; Grimand, 2006a).

Mais si ces outils sont habilitants, nos résultats signalent qu'ils sont également contraignants (de Vaujany, 2006b) puisqu'ils vont dans une certaine mesure astreindre l'action : tout d'abord du fait que leur matérialité va borner le champ des possibles ; mais aussi et surtout dans notre cas parce qu'ils vont faire système avec une vision particulière de l'organisation. Cette idée renvoie à la notion de « philosophie gestionnaire » (Detchessahar, Journée, 2007) qui constitue finalement le soubassement sur lequel s'appuie la conception de l'instrumentation. Dans notre situation, les dispositifs gestionnaires en place s'inscrivent, nous l'avons vu, dans un contexte plus large d'industrialisation des soins qui vise à rationaliser les pratiques hospitalières. Dès lors, la complémentarité entre les règles et les outils de gestion introduits dans la structure et le travail d'articulation pris en charge par les personnels semble astreinte à certaines limites. Ainsi, les acteurs ne peuvent se soustraire aux impératifs de vitesse et de débit portés par cette philosophie gestionnaire, et qui contribuent à réduire le temps pouvant être consacré à l'échange dans les cours d'action... Et le fondement de l'instrumentation gestionnaire entre même parfois en contradiction avec les valeurs sur lesquelles s'appuie le travail d'articulation pris en charge par les acteurs. C'est le cas de la chasse aux « recouvrements de tâches » qui entrave la culture de l'entraide et de la solidarité sur laquelle repose les collectifs de travail. La question de la reconnaissance des personnels, et plus particulièrement ici celle de la reconnaissance financière, renvoie également à cette idée. On a ainsi observé une certaine tension entre la représentation que se font les personnels de leur métier et la logique comptable à laquelle ils sont soumis (les temps de pause non payés par exemple).

Ces premiers résultats attirent l'attention sur la nécessité de ménager des temps d'échange réguliers entre les acteurs d'une même équipe afin de mettre en discussion l'activité. Face à l'éclatement spatio-temporel de l'organisation, ces rencontres doivent en effet permettre que le collectif de travail se vive dans la continuité (Grosjean, Lacoste, 1999). Au cours, de ces

réunions, il faut que les acteurs aient la possibilité d'échanger, de s'expliquer, et de faire remonter les dysfonctionnements au cadre de proximité. Dans ce contexte, celui-ci semble ainsi devoir jouer un rôle central. C'est probablement à lui d'organiser et d'animer ces réunions, et de conserver la mémoire des produits de la discussion. Outillées et contraintes temporellement, ces rencontres ne sont en effet pas du seul domaine de l'expressif mais sont véritablement tournées vers l'action. Ces échanges sont également l'occasion de reconnaître le travail de chacun et du groupe dans son ensemble, et notamment de valoriser le travail d'organisation effectué par les personnels. Des moments de confrontations inter-fonctions doivent également être envisagés. Ces rencontres offrent la possibilité d'échanger et de comprendre les logiques propres à chaque catégorie d'acteurs et de constituer ainsi une capacité collective à gérer des aléas. Celle-ci permettrait d'identifier plus facilement les problèmes, mais aussi d'arbitrer et de déployer des solutions plus rapidement. Enfin, l'organisation doit certainement favoriser l'émergence d'une véritable démarche participative dans laquelle les projets naissent du terrain. C'est particulièrement le cas des projets de conception de nouveaux dispositifs gestionnaires. Il faudrait ainsi développer des processus de conception participative dans lesquels on favorise l'initiative, ouvrir des espaces de délibération afin d'échanger avec les utilisateurs pour mieux comprendre leurs besoins, mais aussi sans doute s'inspirer des instruments tels qu'ils ont été « réinventés » par les acteurs.

CONCLUSION

Notre étude interroge le mouvement de rationalisation des pratiques hospitalières amorcé en France au cours des dernières années. Plus spécifiquement, ce sont les modes de coordination adoptés au sein des établissements de santé que nous avons questionnés. La description des « agencements organisationnels » d'une clinique nous a conduits à exprimer l'importance du « travail d'articulation » mis en œuvre par les acteurs d'un bloc opératoire en mettant en exergue les pratiques dialogiques sur lesquelles il repose. Nous avons également été amenés à

percevoir les dispositifs gestionnaires comme des supports à l'activité communicationnelle, dès lors que les acteurs sont en mesure de se les approprier. Et dans cette clinique où la réflexion autour de la coordination semble déjà bien avancée, nous avons pourtant mis en évidence un certain nombre de paradoxes qui viennent traverser cet agencement. Il en est ainsi des impératifs de vitesse et de débits portés par la planification qui contribuent à réduire le temps pouvant être consacré à l'échange. La stricte division du travail nuit quant à elle à la bonne coopération et au développement d'une culture de l'entraide. Enfin, la question de la reconnaissance de ces tâches de coordination se pose elle aussi avec une particulière acuité. Face à cela, nous l'avons vu, le rôle du cadre de proximité, et notamment le positionnement qu'il doit adopter doit lui aussi être interrogé (soutien dans l'activité et aide à réguler les événements, animateur du groupe, *etc.*). Il semble désormais opportun de poser la question des moyens dont dispose ce cadre de proximité, de la marge de manœuvre qu'on lui reconnaît, et en particulier du mandat et de l'autorité dont il bénéficie face aux médecins.

BIBLIOGRAPHIE

Allard-Poesi F. (2003), « Coder les données » in *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative*, Giordano Y., (Dir.), EMS, p. 245-290

Bancel-Charensol L., Jougleux M. (2004), « L'impact des outils de gestion sur le travail en « front office » », *Travail et emploi*, n°99, p. 81-97

Detchessahar M., Journé B. (2007), « Une approche narrative des outils de gestion », *Revue Française de Gestion*, n°174, p. 77 à 92

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

De Vaujany F.X. (2006a), « Introduction générale au cahier spécial. Les outils de gestion : vers de nouvelles perspectives théoriques », *Revue management et avenir*, n°9, p. 107-108

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

Girin J. (1995), « Les agencements organisationnels », in *Des Savoirs en Action*, Charue-Dubroc F. (Dir), L'Harmattan, Paris, p. 233- 279

- Glouberman S., Mintzberg H. (2001), « Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I », *Health Care Management Review*, p. 56-69
- Grimand A. (2006a), *L'appropriation des outils de gestion : vers de nouvelles perspectives théoriques ?*, Publication de l'Université de Saint Etienne, Paris, 258 p.
- Grimand A. (2006b), « Quand le knowledge management redécouvre l'acteur : la dynamique d'appropriation des connaissances en organisation », *Revue management et avenir*, n° 9, p. 141-157
- Grosjean M., Lacoste M. (1999), *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris, PUF, 225 p.
- Halgand N., (2003), « L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement », *Revue française de gestion*, n°147, p. 219-231
- Journé B. (2005), « Etudier le management de l'imprévu : méthode dynamique d'observation in situ », *Finance, Contrôle, Stratégie*, n°4, p. 63-91
- Karsenty L., Lacoste M. (2004), « Communication et travail », in *Ergonomie*, Falzon P. (Dir.), Presses universitaires de France, Paris, p. 233-249
- Lapointe P.A., Chayer M., Malo F.B., Rivard L. (2000), *La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier*, NPS, vol. 13, N°2, p. 164-180
- Martin C., Gadbois C. (2004), « L'ergonomie à l'hôpital », in *Ergonomie*, Falzon P. (Dir.), Presses universitaires de France, Paris, p. 603-619
- Mintzberg H. (1982), *Structure et Dynamique des organisations*, Éditions d'Organisation, Paris, 434 p.
- Minvielle E. (1996), *Gérer la singularité à grande échelle – Comment maîtriser les trajectoires des patients à l'hôpital ?*, Thèse de doctorat de l'école polytechnique, 411 p.
- Pascal C., (2003), « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », *Revue française de gestion*, n°146, p. 191-204
- Reynaud J.D. (1988), « Les régulation dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue française de sociologie*, vol. XXIX, p.5-18
- Strauss A. (1992), *La trame de la négociation*, textes réunis par Isabelle Baszanger, Paris : L'Harmattan, collection logiques sociales, 319 p.
- Zarifian P. (1995), *Le travail et l'événement*, L'Harmattan, Paris, 294 p.