

2m11. 2775. 6

Université de Montréal

L'expérimentation de la dispensation centralisée des médicaments comme source
d'innovation et d'apprentissage pour une organisation de soins

par

Pierre CONNE

Département d'Administration de la Santé

Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M.Sc.)

en **administration des services de santé, option santé et systèmes de soins**

Août 1999

© Pierre CONNE, 1999



WA
525
U58
2000
v.001

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

L'expérimentation de la dispensation centralisée des médicaments comme source
d'innovation et d'apprentissage pour une organisation de soins

présenté par :

Pierre CONNE

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Président-rapporteur : Ann Langley
Directeur de recherche : Jean-Louis Denis
Membre du jury : Claude Sicotte

Mémoire accepté le : 00-01-24.....

Sommaire

Les restructurations des systèmes de soins en cours dans la plupart des pays développés sont dominées par l'idée qu'une réduction quantitative des services existants ou une transformation des services les plus coûteux en services moins coûteux permettra à la fois d'atteindre les objectifs financiers et de maintenir une offre de soins adaptée aux attentes des usagers. Or, les tentatives exercées dans ce sens montrent que si des transformations ont bien eu lieu, le système de soins reste toujours très centré à l'hôpital et que l'ouverture souhaitée vers la communauté ne s'est pas produite. De plus, certaines expériences de reconfiguration se sont soldées par des résultats dysfonctionnels mettant en péril à la fois les projets de changement et la qualité des services offerts.

Afin de mieux comprendre les mécanismes de changement et de « résistance » au changement des acteurs hospitaliers, nous nous sommes interrogés sur le potentiel pour une innovation dans la dispensation des soins de conduire à une forme d'apprentissage organisationnel enrichissante, même si à première vue cette innovation a été rejetée par les acteurs et a échoué.

Au plan théorique, notre approche cherche à établir un lien entre l'analyse stratégique et l'apprentissage organisationnel. Nous utilisons l'étude de cas pour explorer la dynamique d'apprentissage organisationnel en relation avec l'échec d'un projet novateur. Le choix du cas spécifique s'est porté sur l'expérimentation d'un système de dispensation centralisée en pharmacie des médicaments.

Notre cas montre les limites pour un projet novateur de conduire à un apprentissage positif, et souligne l'importance de la diversification des activités autour de nouveaux enjeux pour favoriser l'émergence de conditions plus favorables à un changement. Nous observons notamment l'indétermination du devenir d'un projet face à son terrain mais aussi sa capacité à favoriser une mobilisation et une diversification des activités existantes. Nous mettons également en évidence les limites de l'« erreur » comme levier du changement ; en revanche l'« erreur » nous apparaît comme un indicateur des caractéristiques et des modes de régulation d'un système d'action. Notre analyse confirme le rôle clé joué par certains individus, provisoirement en position de faire un usage de leurs atouts structurels et contribuant par leurs initiatives, à la mobilisation des acteurs, à la traduction d'un problème ou à la médiatisation des enjeux organisationnels. Nous observons également l'importance de l'ambiguïté des structures d'autorité qui peut contribuer à accroître la capacité d'action des acteurs ; le sens de ces actions prendra une valeur d'apprentissage organisationnel dans le cadre de nouveaux enjeux rendus plus intéressants et accessibles par l'intervention de certains individus ou groupes d'individus en situation de leadership.

Pour le praticien, la gestion du changement consiste à accepter l'indétermination de ses projets et perspectives, et à la fois de faire un usage du capital politique provisoire qu'il a su mobiliser en agissant par initiatives, et de favoriser l'accroissement des capacités d'action organisationnelle en médiatisant de nouveaux enjeux et en les rendant accessibles aux acteurs.

Aujourd'hui les pressions sur le système de soins sont fortes et visent avant tout à une réduction quantitative des services. Il convient peut-être, non pas de résister à ces réductions ou de rejeter les arguments qui fondent ces pressions, mais plutôt de s'y préparer. Le discours actuel sur la pléthore ne favorise pas la découverte, par les acteurs, d'une nouvelle capacité collective. Une manière de s'y préparer consisterait à encourager les projets promouvant les professions à partir de ce qu'elles sont et pour ce qu'elles sont aujourd'hui, en termes de savoirs et de compétences et en encourageant la diversification des activités autour de nouveaux enjeux. Notre point de vue est que la compréhension des nouveaux enjeux par les acteurs eux-mêmes, leur intérêt et leur capacité à se mobiliser vers ces enjeux constituent une étape incontournable pour la réussite d'un changement radical dans un sens souhaitable et durable du système de soins.



TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....	III
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES FIGURES.....	VIII
INTRODUCTION.....	1
MISE EN SITUATION	3
L'HÔPITAL DANS LA CRISE DES SYSTÈMES DE SOINS ET LES ENJEUX DU CHANGEMENT.....	3
HÔPITAL LABORATOIRE DU CHANGEMENT.....	4
MARGE DE MANŒUVRE DES ACTEURS	5
DYNAMIQUE DU CHANGEMENT.....	5
CONSTRUCTION DU SENS DES ACTIONS	6
CONCILIATION DES TRAJECTOIRES ET RECHERCHE DE COHÉRENCE	6
1 LE PROBLÈME À L'ÉTUDE.....	7
2 PERSPECTIVES THÉORIQUES.....	10
2.1 LES ORGANISATIONS.....	10
2.1.1 <i>L'organisation vue comme un système ouvert</i>	10
2.1.2 <i>Approche organisationnelle et action collective</i>	13
2.1.3 <i>En guise de synthèse, quelques remarques sur le changement organisationnel</i>	19
2.2 L'APPRENTISSAGE	20
2.2.1 <i>L'apprentissage collectif et le changement</i>	20
2.2.2 <i>L'apprentissage organisationnel</i>	21
2.2.3 <i>En synthèse</i>	33
2.3 L'INNOVATION	34
2.3.1 <i>Les différentes approches de l'innovation</i>	34
2.3.2 <i>La sociologie de l'innovation</i>	34
2.3.3 <i>Innovation et système de santé</i>	36
2.3.4 <i>En synthèse</i>	37
2.4 PROPOSITIONS DE RECHERCHE.....	37
3 APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES.....	40
3.1 ETUDE DE CAS	40
3.1.1 <i>Choix du cas</i>	40
3.1.2 <i>Posture paradigmatique</i>	40
3.1.3 <i>Démarche inductive</i>	41

3.1.4	<i>Structure de l'analyse du cas et définitions des construits</i>	41
3.2	SOURCES DE DONNÉES.....	44
3.2.1	<i>Les entretues</i>	44
4	ANALYSE DES DONNÉES	47
4.1	PRÉSENTATION DES DONNÉES.....	48
4.1.1	<i>Le contexte institutionnel et l'émergence du projet DCM</i>	48
4.1.2	<i>Les phases du cas</i>	54
4.1.3	<i>Schéma d'analyse</i>	55
4.2	PREMIER VOLET D'ANALYSE : CRÉATION DE NOUVELLES REPRÉSENTATIONS D'UN PROBLÈME	55
4.2.4	<i>Synthèse</i>	83
4.3	SECOND VOLET D'ANALYSE : AMBIGUÏTÉ DU PROJET.....	83
4.3.4	<i>Synthèse</i>	98
4.4	TROISIÈME VOLET D'ANALYSE : INNOVATION	99
4.4.4	<i>Synthèse</i>	107
5	SYNTHÈSE ET ÉLABORATION	108
5.1	PHASE A	108
5.1.1	<i>Synthèse</i> :	108
5.1.2	<i>Elaboration</i> :	109
5.2	PHASE B	110
5.2.1	<i>Synthèse</i> :	110
5.2.2	<i>Elaboration</i> :	110
5.3	PHASE C	110
5.3.1	<i>Synthèse</i> :	110
5.3.2	<i>Elaboration</i> :	111
6	DISCUSSION ET CONCLUSION	112
6.1	LE JEU AUTOUR DE L'ERREUR.....	112
6.2	LE JEU AUTOUR DES TRANSFORMATIONS DES STRUCTURES ORGANISATIONNELLES ET DE LA DIVERSIFICATION DES ENJEUX	113
6.3	RÉFLEXIONS SUR LA DYNAMIQUE DU PROJET	115
6.4	CONCLUSION	116
7	BIBLIOGRAPHIE	118
	ANNEXE I - RÉDACTION CHRONOLOGIQUE DE L'HISTOIRE DCM : QUATRE EXTRAITS.....	I
	ANNEXE II - LISTES DES THÈMES CONSTITUÉS À PARTIR DES ENTRETIENS.....	V

LISTE DES TABLEAUX

I Mutations institutionnelles	2
II L'évolution du projet	56

LISTE DES FIGURES

1	Les hôpitaux publics avant la fusion	101
2	Les hôpitaux publics après la fusion	102
3	Les changements de l'abondance organisationnelle.....	103

Introduction

La pression économique et la fragilisation du compromis social qu'elle provoque sont à l'origine d'une mutation institutionnelle qui remet en cause les fondements traditionnels de l'ordre médical et les principes de l'organisation hospitalière. Les caractéristiques principales de cette mutation peuvent se regrouper sous les concepts de rupture et d'ouverture vers un système qui soit moins contraignant que l'actuel (Contandriopoulos, 1997 ; Kleiber 1997, tableau I, p. 2). Pour A.-P. Contandriopoulos et L.-H. Trottier, l'hôpital de demain doit être imaginé comme un hôpital sans murs, mais non sans structures,

« un hôpital ouvert vers l'extérieur, intégré dans un réseau de soins ; un hôpital structuré à partir du caractère collectif des tâches qui s'y accomplissent, où l'organisation favorise le travail interdisciplinaire et valorise l'apprentissage et la production intellectuelle » (Contandriopoulos, Trottier, 1998, p. 109).

Malgré les profonds bouleversements que vivent les hôpitaux publics depuis une vingtaine d'années, la plupart des auteurs intéressés par la réforme du système de santé s'accordent pour reconnaître que le système de soins actuel reste encore très centré sur l'hôpital (Bartoli, Anaut, 1996 ; Contandriopoulos, Trottier, 1998). Ils attribuent l'ampleur et la difficulté de cette transformation à la nécessité d'agir

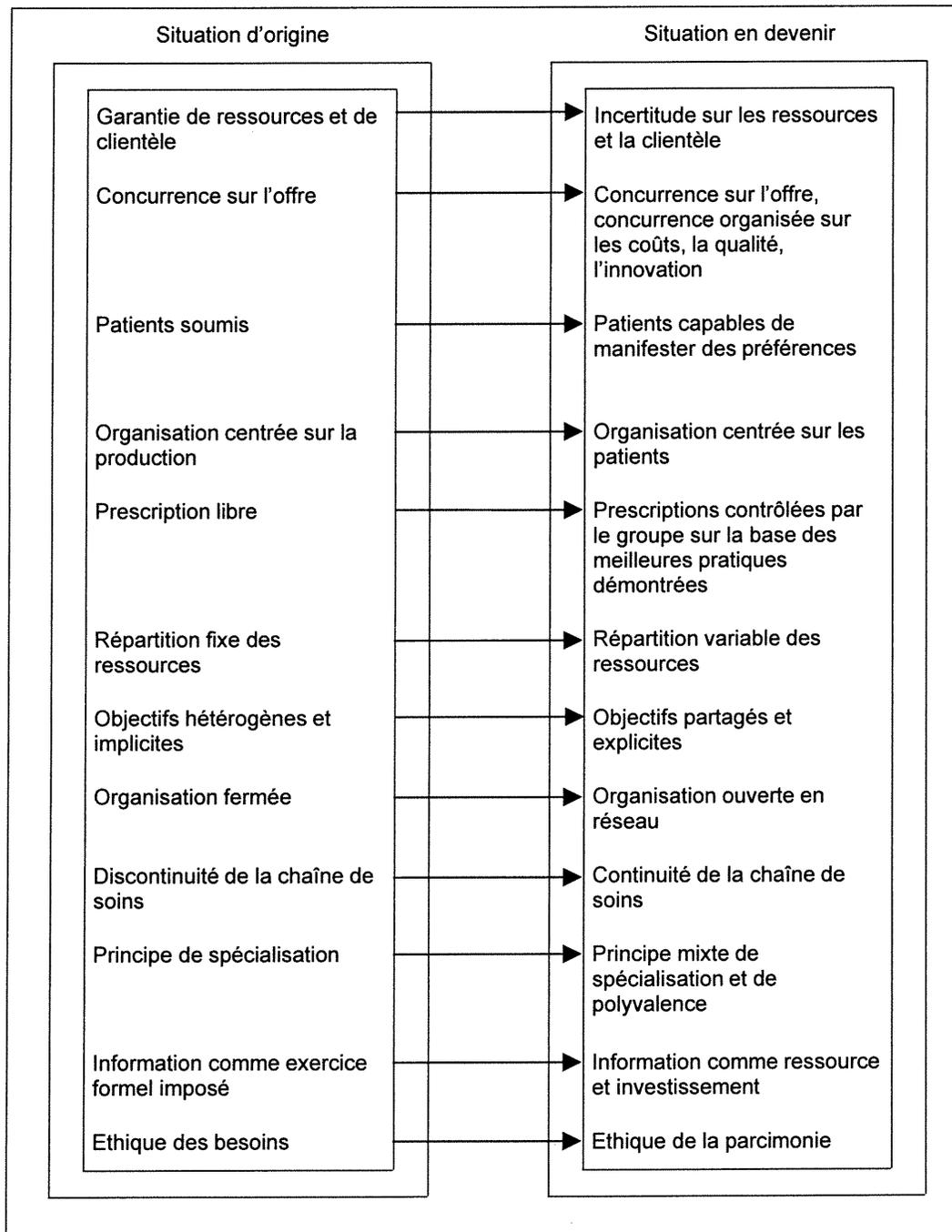
« non seulement sur les structures organisationnelles et financières de ce système, mais aussi de façon récursive sur les structures mentales et cognitives des différents acteurs et plus généralement sur le système de croyances de la société » (Contandriopoulos, Trottier, 1998, p. 110).

Le changement peut correspondre à deux visions différentes. Il peut correspondre à faire mieux avec ce que l'on a, sans remettre en question les schémas culturels préexistants, garants de la stabilité des institutions, des pouvoirs et des croyances. Mais l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur, son intégration dans un réseau de soins, passe par une transformation radicale qui correspond à une autre vision du changement qui consiste à faire autrement avec les ressources actuelles, agir sur les représentations de la santé et sur les formes de légitimation institutionnelle de l'action collective qui en découlent (Denis, Brémond, Contandriopoulos, Cazale, Leibovitch, 1997).

Nous devons donc nous préparer à davantage de transformations en profondeur du système de soins, et notamment des hôpitaux qui auront à affronter, ou à inventer, des rôles nouveaux et des modalités de service encore inconnus.

Ce travail de recherche aborde la relation entre une expérience-pilote et la possibilité d'apporter des changements plus fondamentaux dans une organisation. Il s'attache à comprendre comment des professionnels de soins et des gestionnaires d'un service hospitalier se comportent face à un projet, dans un contexte imposant de fortes pressions pour reconfigurer les structures hospitalières d'ensemble.

Tableau I – MUTATIONS INSTITUTIONNELLES, C. Kleiber 1998



Mise en situation

Pour appréhender le cadre général du changement du système de soins, il est nécessaire de rappeler en quoi consistent les logiques de régulation et les modalités organisationnelles de ce système. Les quatre grands groupes d'acteurs – les professionnels, les gestionnaires, le monde marchand et le monde politique – interagissent dans un jeu de coopération et de compétition, mus par des logiques de régulation différentes, voire contradictoires qui expriment à la fois leurs conceptions de ce que devrait être le système de santé et leurs intérêts respectifs (Benson, 1975 ; Contandriopoulos, 1994). Ces quatre logiques – professionnelle, technocratique, économique et démocratique – fondent et agencent le système en différentes modalités organisationnelles.

Ces modalités organisationnelles peuvent être classées en fonction de leur niveau d'action (Contandriopoulos, Trottier, 1998). Le niveau macro est défini par la nature et l'étendue de la couverture du système, par l'ensemble des lois et règlements qui le régissent et par ses modes de financement ; on y retrouve les actions entreprises sur les plans économique, démographique, socio-politique, épidémiologique ou technologique. Le niveau méso correspond à l'environnement sanitaire et se caractérise par l'accès aux services et l'organisation du système. Le niveau micro concerne plus directement l'individu ou les groupes d'individus, utilisateurs et prestataires de services ; il est caractérisé par les modalités d'organisation des pratiques professionnelles et des prises en charge, du paiement des ressources et par les capacités des utilisateurs à surmonter les obstacles. Ces trois niveaux coexistent, sont imbriqués et conditionnent le jeu des acteurs tout en étant aussi le résultat de leurs jeux (Crozier, Friedberg, 1977 ; Contandriopoulos, Trottier, 1998).

Ce système est très étroitement régulé et la question du changement interpelle les règles de coopération et de compétition entre les acteurs.

L'hôpital dans la crise des systèmes de soins et les enjeux du changement

Une organisation ne peut se définir comme un ensemble de personnes entreprenant une action collective à la poursuite de la réalisation d'une mission commune (Friedberg, 1997). Le corollaire de cette prémisse est que l'hôpital ne peut se réduire à l'action collective de soigner et que les activités qui le constituent et l'animent sont paradoxales et inhomogènes. La reconnaissance de ce paradoxe suggère une représentation de l'hôpital selon deux visions opposées (Kleiber, 1991).

Une vision est celle de l'hôpital tourné vers l'intérieur. Les effets organisationnels et les enjeux internes sont d'autant plus marqués que les mécanismes de régulation du marché, qui transmettent à l'intérieur des organisations les principales contraintes de l'environnement – contraintes économiques, contraintes qualitatives, revendications des clients, etc. – sont faibles. Cela explique le repli des services de soins sur eux-mêmes. Les hôpitaux vivent à l'écart des contingences socio-économiques ; leur monde est alors dominé par les conflits entre acteurs avec leurs tentatives d'ajustement mutuel. Dans ce cas de figure, soigner prend le sens de produire des actes. A cette

vision correspond l'absence de perception de la nécessité de changement et une logique de fermeture. Dans cette hypothèse, les contraintes de l'environnement prennent toujours plus d'importance, l'autonomie de comportement des professionnels de la santé, c'est-à-dire leur marge de manœuvre, diminue, de même que l'efficacité globale du système de soins.

Une autre vision est celle de l'hôpital ouvert vers l'extérieur. Cette vision s'oppose de plus en plus à la première en raison des pressions diverses que les crises des systèmes de soins font peser sur les hôpitaux. Dans cette perspective l'hôpital est un instrument du système de soins parmi d'autres, d'une politique de santé dont l'objectif est de favoriser la santé de la collectivité (Contandriopoulos, 1994). A cette seconde vision correspond la perception de la nécessité de changement par la majorité des acteurs et une logique d'ouverture.

Ces deux orientations hypothétiques peuvent représenter les extrêmes d'un continuum sur lequel vont s'établir les nouveaux équilibres, plus ou moins favorables en termes d'équité, d'autonomie pour les soignants et les patients, et d'efficacité du système de soins.

La reconnaissance et la compréhension des crises qui secouent les systèmes de soins permettront peut-être de rompre les grandes clôtures autour des hôpitaux et les multiples petites barrières internes qui enferment les services de soins (Kleiber, 1991). Mais les organisations sanitaires sauront-elles prendre en compte activement et positivement les nouvelles données économiques, des objectifs de santé de la collectivité, et participer à la transformation du contexte sanitaire actuel ? Au contraire, la subiront-elles ?

Hôpital laboratoire du changement

Lieu de production et de savoir, l'hôpital est une organisation composée d'individus et de groupes réunis pour accomplir des tâches de soins, de recherche et d'enseignement d'une extrême complexité ; mais l'hôpital est aussi une communauté humaine, un lieu de vie, de souffrance et de mort, une part intégrante de la société. L'hôpital occupe une position stratégique dans le système de soins : au-delà des prestations qu'il fournit et de la part de financement collectif qu'il consomme, il exprime, par son rôle symbolique, ses activités souvent médiatisées et par les pratiques professionnelles qu'il intègre, reproduit et diffuse, le modèle dominant qu'il s'agit justement de repenser. La transformation du système de soins passe inéluctablement par celle de l'hôpital et confronte au changement les individus et les groupes d'individus qui le composent.

L'hôpital est un partenaire du système de soins, au carrefour des processus de transition vers un nouveau système de santé, et une organisation capable de refléter les principaux enjeux des transformations en cours. L'hôpital met en œuvre plusieurs dizaines de métiers qui s'imposent de prendre des décisions communes : les relations d'échanges conditionnent ses performances et sa capacité de changement.

Ces différentes caractéristiques de l'hôpital éclairent un espace propice pour conduire des travaux de recherche afin de mieux comprendre le déroulement des processus de changement du point de vue de l'institution hospitalière en observant le comportement des acteurs.

Marge de manœuvre des acteurs

Les transformations hospitalières en cours se situent dans un « entre deux mondes », sur une trajectoire, là où l'hôpital d'hier est toujours en partie présent et où l'hôpital de demain est encore peu distinct mais se constitue progressivement (Kleiber, 1997). Cette trajectoire s'inscrit dans le champ d'influences créé par la rencontre du système dominant de croyances et des modalités organisationnelles ; elle est induite et balisée par les forces qu'exercent sur les acteurs locaux différents facteurs en émergence constante dans le champ d'influences, comme les nouvelles connaissances, les nouvelles technologies et les nouveaux problèmes de santé de la population que le système doit prendre en charge. C'est sur cette trajectoire, dans ce champ d'influences, que l'hôpital s'invente et se construit, sous l'effet des influences réciproques des différentes forces en présence, dans un jeu de relations complexe où s'expriment les stratégies et les décisions des acteurs locaux de l'institution hospitalière (Contandriopoulos, Souteyrand, 1996).

Dynamique du changement

Le concept de changement repose sur un paradoxe. Pour G. Bateson, nous sommes dans un monde qui n'est que changement, alors que nous en parlons comme s'il y avait un élément statique dans ce monde. Dans les phénomènes naturels, le changement est continu alors que les classifications humaines qui en résultent sont discontinues ; les processus sont continus mais les produits de ces processus sont discontinus (Bateson, 1996). Nous évoluons dans un univers qui est en changement continu, alors que la construction et l'intériorisation de notre système dominant de croyances tendent à stabiliser les systèmes sociaux – les systèmes de soins – en fournissant les schèmes interprétatifs qui vont traiter les changements contextuels (Contandriopoulos, Souteyrand, 1996). Le changement n'est pas naturel pour l'être humain, il contrarie ses aspirations sociales à la constance et à la sécurité. Le changement n'est que tumulte, discontinuité, rupture et renoncement ; le changement ne se décrète pas, il s'invente (Crozier, Friedberg, 1977 ; Kleiber, 1997).

Le contraste entre la « nature » qui évolue constamment et l'acteur social qui construit son monde de manière discrète en alternant continuité et rupture, nous renvoie à l'interrelation permanente entre l'individu et son milieu : l'être humain est capable de s'adapter à de nouvelles conditions mais aussi de se saisir du changement de son environnement, d'en être le porteur ou d'agir lui-même sur son environnement, devenant de la sorte un agent du changement.

Une démarche de changement peut être réactive, proactive ou « mixte ». Ces distinctions entre changements réactifs et proactifs ou conjuguant de manière non fortuite du « subi » et du « voulu »,

ont permis de distinguer et d'étudier différents types de transformations hospitalières (David, 1995 ; Bartoli, Anaut, 1996).

Construction du sens des actions

Le but des acteurs pris individuellement ne peut se réduire aux finalités des organisations ; l'évolution des organisations est faite d'une combinaison de continuité et de rupture (Friedberg, 1997). Dès lors, le problème se pose dans les termes d'une tension dynamique à la recherche d'équilibre et de cohérence. Recherche d'un équilibre interne de l'organisation – équilibre des échanges entre l'individu et l'organisation – et d'un équilibre externe – équilibre des échanges entre l'organisation et la société : ces équilibres sont fragiles et aussitôt réalisés, ils sont menacés. Recherche d'une cohérence interne – entraînement des différents acteurs de l'hôpital à participer de façon cohérente au développement de leur organisation – et d'une cohérence externe – améliorer la position de l'hôpital dans le champ du système de soins : le sens des décisions des acteurs influencera l'aptitude de l'hôpital à se développer dans une dynamique cohérente avec les enjeux portés par la trajectoire d'évolution de l'institution hospitalière (Contandriopoulos, Souteyrand, 1996 ; Kleiber, 1997 ; Denis, Valette, 1997).

Les stratégies développées par les acteurs de l'institution hospitalière participent au devenir de l'hôpital : survivra-t-il ? Sera-t-il un des éléments d'un nouveau réseau de soins ? Comprendre comment se construit le sens des décisions des acteurs revêt un intérêt central.

Conciliation des trajectoires et recherche de cohérence

Le fil conducteur de notre interrogation part de la constatation du profond contraste qui existe entre dispenser des soins dans le cadre des schémas professionnels et institutionnels préexistants, et « faire autrement » avec les ressources actuelles, en agissant sur les rôles et les champs d'expression professionnels et sur les formes institutionnelles.

Cette problématique peut être présentée comme un problème de conciliation : comment concilier des trajectoires qui ne convergent pas spontanément, affaiblissant la résultante des efforts individuels et collectifs ? C'est-à-dire comment accommoder, faire converger, construire davantage de cohérence entre les acteurs et les groupes d'acteurs ?

Les divergences de sens des trajectoires, les oppositions entre acteurs et groupes d'acteurs existent et existeront toujours ; il ne s'agit pas d'imaginer une unification des axes ni une homogénéisation des orientations. Il s'agit au contraire de se demander comment gérer ces tensions, organiser le changement pour concilier rupture et gain en efficience.



1 Le problème à l'étude

A la lumière du cas des transformations organisationnelles qui ont accompagné la tentative de mise en place d'un système de « Dispensation ¹ Centralisée en pharmacie des Médicaments » (DCM) dans un hôpital de réhabilitation et de soins palliatifs, nous nous proposons d'analyser le potentiel pour une innovation dans la dispensation des soins de conduire à une forme d'apprentissage organisationnel enrichissante, même si à première vue l'innovation a été un échec.

Au début des années 80, en réponse aux pressions grandissantes des tribunaux et des contraintes financières, les hôpitaux nord-américains puis européens ont développé des politiques de gestion du risque visant à réduire le nombre d'erreurs médicales et le nombre d'affections secondaires induites par les hospitalisations. Parmi ces risques, ceux liés à la dispensation des médicaments se révélèrent très importants (Betz, Levy, 1985)². De nombreuses études montrèrent des taux d'erreur s'échelonnant entre 10% et 60% d'erreur de dispensation, les petits hôpitaux et les services de soins de durée prolongée affichant les plus mauvais scores (Barker, Pearson, Hepler, 1982). Ces erreurs se situaient majoritairement au niveau de la retranscription des ordonnances manuscrites et de la préparation des traitements individuels (collectes), tâches classiquement effectuées par les infirmières. Les coûts financiers et non financiers (aggravation de la morbidité, voir décès) très élevés de ces erreurs justifiaient la recherche et la mise en œuvre de nouvelles modalités pratiques visant à assurer une meilleure sécurité tout au long de la chaîne interdisciplinaire et complexe de la dispensation des médicaments (Charles, Billet, Roumegoux, Duchene, 1980 ; Billon-Rey, Vermeulen, Maire, Vincent, Auray, Courpron, 1987).

Dans cette optique, la direction d'un hôpital de réhabilitation et de soins palliatifs que nous appellerons hôpital A, décide, en 1989, d'implanter un système de prescriptions médicales par ordinateur et de dispensation des médicaments centralisée en pharmacie. Ce nouveau concept est une rupture organisationnelle. Les professionnels infirmiers, classiquement au centre du processus de dispensation (réception et retranscription des prescriptions médicales manuscrites, commandes des médicaments à la pharmacie, constitution et gestion de stocks de médicaments dans les unités de soins, préparation des traitements individuels) se trouvent court-circuités et privés de la maîtrise qu'ils avaient de ces tâches. Les infirmières en sont réduites à prendre connaissance des traitements en bout de chaîne, au moment où elles reçoivent les barquettes de traitements individuels préparés en pharmacie, et à distribuer ces traitements aux malades. De surcroît, l'argument développé par la direction se fonde exclusivement sur les données de la littérature pour assumer, par analogie, que les pratiques existant dans cet hôpital comportent des risques et qu'il faut les changer, mais aucune évaluation locale de ce problème n'est effectuée. Implicitement, les

¹ Dispensation : néologisme qui désigne l'ensemble des processus qui vont de la prescription d'un médicament jusqu'à son administration au malade, en passant par la retranscription, la commande, la préparation et la distribution.

² L'erreur de dispensation est classiquement définie comme une dose administrée à un patient qui dévie de celle qui figure sur l'ordonnance rédigée par le médecin. Cette définition ne prend pas en compte les erreurs d'élaboration thérapeutique (pensée médicale) ni les effets adverses ; cette mesure est utilisée pour calculer le taux d'erreur de dispensation.

professionnels infirmiers se trouvent en position d'accusés et de condamnés sans défense. Pour leur part, les préparateurs en pharmacie acquièrent de nouvelles zones d'influence en devenant la moelle épinière du processus de dispensation : ils sont les maîtres d'œuvre du développement de l'outil informatique de prescription, deviennent les interlocuteurs directs des médecins (les prescriptions informatiques sont transmises directement en pharmacie) et préparent les traitements individuellement pour chaque patient. De plus, la pharmacie développe une technologie de conditionnement en doses unitaires des formes solides et surtout liquides des médicaments prêts à l'emploi, tout de suite perçue comme un avantage significatif par les infirmières qui n'ont plus à effectuer les manipulations fastidieuses et risquées de pipetage et de mesure. Quant aux médecins, ils adoptent une attitude plus ambivalente. D'un côté ils soutiennent l'idée de mieux contrôler le processus de dispensation afin d'assurer une meilleure sécurité thérapeutique et sont intéressés par l'usage de l'ordinateur mais d'un autre côté, ils se méfient de la contrainte et de la transparence que l'outil informatique impose à leur pratique de prescription et redoutent la démobilité des professionnels infirmiers dont le concours est indispensable pour obtenir toutes les informations cliniques nécessaires à l'établissement de prescriptions adéquates.

La mise en œuvre de ce projet, conduite par un groupe interdisciplinaire de professionnels de terrain, se fait par étapes successives pour s'étendre en trois ans sur la moitié des unités de l'hôpital. On assiste ensuite au déclin progressif du projet de dispensation centralisée et de prescription informatisée qui sera finalement abandonné sept ans après son lancement. Il faudra attendre l'arrêt officiel de ce projet pour que la prise de conscience de l'importance d'assurer la sécurité thérapeutique se traduise dans les faits par des comportements de l'ensemble des groupes professionnels concernés indiquant l'acceptation d'une certaine interdépendance dans le processus de dispensation des médicaments.

De plus, le déroulement du projet DCM s'effectue au cours d'une période où l'institution concernée, mais également l'ensemble du réseau hospitalier public régional sont en pleine mutation. L'ancien « asile pour incurables » devient l'hôpital A, les hôpitaux fusionnent pour être regroupés en Hôpitaux Universitaires, et les pharmacies hospitalières sont remplacées par une pharmacie unique desservant ce nouvel ensemble hospitalier.

Ce contexte est exemplaire d'une situation où l'on peut penser que ce qui s'est passé reflète la capacité de certains professionnels à faire avorter un « bon projet » qui semblait nuire à leurs intérêts, illustrant la « résistance au changement » des acteurs. Mais l'on peut aussi penser qu'un changement s'est opéré, non seulement en ce qui concerne plus évidemment les structures formelles (par exemple suite à la fusion des hôpitaux et à la centralisation des pharmacies), mais également en ce qui concerne les échanges entre différents groupes professionnels, particulièrement autour de la question des erreurs de pratiques, et qu'une forme d'apprentissage de nouveaux modes d'action collective s'est peut-être produite.

L'intérêt théorique du cas réside dans le lien qu'il cherche à établir entre l'analyse stratégique et l'apprentissage organisationnel. La première, fondée sur le raisonnement stratégique des acteurs et

leur rapport de pouvoir, peut exister sans présenter de physionomie idéalement stabilisée et ne donne pas forcément naissance à un intérêt collectif, à un projet commun. Le second, fondé sur le bouleversement du jeu des acteurs en ce qu'il redistribue les cartes et permet l'apprentissage de nouvelles règles, peut accroître la capacité de coopération et générer des évolutions profitables à tous.

Quels sont les effets inducteurs d'un projet sur le comportement des acteurs chargés de sa mise en œuvre ? Comment les professionnels soumis aux contraintes qu'exerce un projet sur leur champ d'activités et de compétences composent-ils avec cette contrainte ? Comment et pourquoi les « résistances » à un projet se manifestent-elles ? Quel rôle les « résistances » jouent-elles dans l'échec d'un projet ? Comment les reconfigurations organisationnelles orientent-elles les choix des différents groupes d'acteurs ? Telles sont les questions que nous voudrions développer dans ce travail.

Pour avancer dans nos interrogations, nous dégageons tout d'abord les éléments pertinents de la littérature en gestion, plus précisément celle qui établit l'état des connaissances actuelles sur les organisations et particulièrement l'organisation hospitalière, l'action organisée, l'apprentissage organisationnel, le changement et l'innovation ; ce développement théorique nous conduit à formuler des propositions de recherche. Nous utilisons l'étude de cas pour explorer la dynamique d'apprentissage organisationnel en relation avec l'échec d'un projet novateur. Cette stratégie de recherche est appropriée au but du travail qui consiste à expliquer des comportements ou des phénomènes complexes et contemporains dans leur contexte (Yin, 1994) et à étudier des processus en développement au cours du temps (Eisenhardt, 1989). Cette approche nous permet d'élaborer sur le processus du projet et les phénomènes de changement, et de proposer un ensemble de principes au centre des capacités d'apprentissage collectifs dans les organisations de soins.



2 Perspectives théoriques

2.1 Les organisations

2.1.1 L'organisation vue comme un système ouvert

Le cadre de la problématique nous amène à appréhender l'organisation comme un système ouvert, construit par les jeux d'acteurs plutôt que comme un instrument défini au service d'une fin déterminée par une rationalité supérieure. Nous nous référons pour cela à la critique présentée par E. Friedberg en première partie de son ouvrage *Le Pouvoir et la Règle* : le démontage de la notion d'organisation. Ce démontage a pour but d'élargir les perspectives pour mieux comprendre les mécanismes intimes des organisations dont l'existence, la structuration concrète et l'impact social ne sont toutefois pas contestables. Cela consiste à

« mettre en pièces une à une toutes les idées simplistes qui étaient et sont encore en circulation sur cet objet social faussement simple que sont les organisations » (Friedberg, 1997, p. 40).

Les prémisses de ces idées simplistes sur les organisations qu'il convient de démonter et de dépasser sont les suivantes. L'organisation est un tout homogène et cohérent qui impose sa rationalité aux comportements de ses membres, c'est-à-dire le respect des règles, des rôles et des relations prévus dans sa structure formelle : les conflits n'ont pas lieu d'être, puisque tous sont guidés par les mêmes valeurs et les mêmes préoccupations. Les frontières ou les contours de l'organisation sont formellement et clairement définis : il existe une délimitation univoque de l'organisation qui sépare sans ambiguïté le fonctionnement interne des événements extérieurs et qui fait que ces derniers n'ont de répercussion sur l'intérieur que médiatisé et repris par le sommet de l'organisation. L'organisation est un instrument au service de buts exogènes prédéterminés, une simple courroie de transmission transparente, passive et obéissante ; ces buts sont rationnels, légitimes et incontestables ; c'est précisément la rationalité non contestée de ces buts qui confère sa rationalité à l'organisation et fait taxer d'irrationnel tout comportement qui s'en écarte (Friedberg, 1997) .

La mise en cause de ces trois prémisses conduit à adopter la vision suivante. Les comportements des individus ou des groupes qui composent les organisations ont des tendances centrifuges dont les conséquences conflictuelles mettent à mal la cohérence et la cohésion postulée par les modèles classiques (simplistes) des organisations. Les limites (frontières) formelles de l'organisation ne sont ni stables ni étanches mais fondamentalement fluctuantes, poreuses et élastiques sous la poussée des processus d'échanges réels à travers lesquels est assuré le fonctionnement normal d'une organisation. L'action humaine n'est rationnelle que de façon limitée ; les organisations, pas plus que les individus, ne peuvent prétendre à une rationalité absolue.

La vision de l'organisation à laquelle on aboutit ainsi est plus complexe, plus incohérente et plus conflictuelle que celle que nous livre la compréhension spontanée du phénomène. Mais les conflits d'intérêts, les incohérences, les « pesanteurs structurelles » ne doivent pas être considérés comme des dysfonctionnements organisationnels. Ils sont le prix qu'une organisation doit payer pour exister et la condition de sa capacité à mobiliser les contributions de ses membres et à obtenir d'eux le « bon vouloir » sans lequel elle ne peut fonctionner convenablement. Cela nous amène à rejeter la notion d'objectifs communs : il peut y avoir des objectifs partagés mais il ne peut pas y avoir d'unicité des objectifs au sein d'une organisation (Crozier, Friedberg, 1977).

2.1.1.1 *L'hôpital : une organisation en devenir*

Le développement de l'organisation hospitalière s'est structuré autour du groupe professionnel dominant : les médecins. L'internationalisation des normes et des procédures de travail, la standardisation des qualifications professionnelles définie à l'extérieur de l'hôpital – dans les écoles et les universités –, l'autorité fondée sur la compétence professionnelle, l'appel au jugement du professionnel dans le processus de « classement » – la démarche diagnostique du médecin consistant à associer les caractéristiques d'un cas clinique à un programme standard d'investigations puis de traitement – sont autant de caractéristiques de la bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1990).

Cependant, les découvertes et les progrès technologiques, le développement des spécialisations médicales et la formalisation de la structure médicale, la diversification et la structuration des différentes professions soignantes, et la formalisation des services administratifs et de soutien, ont constitué des sources d'autorité multiples et diffuses. Ces nombreuses transformations ont contribué à isoler encore les acteurs opérationnels de l'administration. L'organisation hospitalière s'est beaucoup complexifiée et sa compréhension reste toujours imparfaite.

Bien que la nature professionnelle de la structuration de l'hôpital ne soit pas remise en cause, certains auteurs considèrent aujourd'hui que cette définition est devenue incomplète :

« Le modèle classique ne permet pas de combiner une approche stratégique intégrée avec la gestion détaillée et opérationnelle requise au niveau de la production de services individuels aux patients. Certains facteurs internes liés aux relations interprofessionnelles jouent un rôle déterminant dans la gestion hospitalière. La résistance des professionnels pourrait être le reflet des effets provoqués par une gestion adoptant une approche du haut vers le bas dans une organisation fonctionnant du bas vers le haut » (Lamothe, 1996, p. 524).

Fondamentalement, il existe une grande incertitude dans la définition des buts de l'hôpital. Les multiples facteurs déterminant sa performance ont un caractère paradoxal et irréductible, et ils échappent quasiment à son contrôle. Il n'existe pas de critères standards unanimement acceptés pour juger cette performance, en raison de la nature incommensurable des différents critères qui peuvent être envisagés (Sicotte, Champagne, Contandriopoulos, Barsnley, Béland, Leggat, Denis, Bilodeau, Langley, Brémond, Baker, 1998). L'organisation hospitalière, avec ses structures

d'autorité relativement fluides et ambiguës (Denis, Langley, Cazale, 1995), ses finalités et ses moyens incertains, correspond à la notion d' « anarchie organisée » ; celle-ci a été proposée par M. D. Cohen, J. G. March et J.-P. Olsen au début des années 70. Elle désigne un contexte décisionnel identifié par trois traits caractéristiques (Cohen, March, Olsen, 1972) :

- une forte ambiguïté des préférences : l'action a tendance à précéder la formation des préférences, voire à les créer ;
- une participation fluide dans le processus de décision : il est facile d'y introduire de nouvelles préoccupations ou d'en retirer d'autres ;
- une technologie peu maîtrisée (particulièrement celle concernant les processus internes de transformation) : si les activités d'un hôpital peuvent être recensées, il est en revanche beaucoup plus incertain de relier les activités à la transformation de l'in- en output. Cette absence de relation causale entre des actes et des résultats s'oppose à la définition de critères permettant d'évaluer les activités au regard de résultats ultimes (p. ex : effets directement positifs et validés des activités d'un hôpital sur les états de santé d'une population ; liens de causalité identifiés entre un outil de gestion et des résultats financiers). Dans ces conditions, les résultats perdent une grande partie de leur pouvoir régulateur des rapports entre acteurs.

Dans les anarchies organisées, les possibilités traditionnelles d'évaluer les conséquences d'une décision et de les rapporter à des objectifs ou à une cause n'existent plus. Ces organisations sont des ensembles aléatoires où une série de solutions cherchent des problèmes, où des problèmes cherchent des situations de choix pour être discutés et où les décideurs cherchent du travail. Ainsi, toute situation de choix dans une *anarchie organisée* peut être assimilée à une « boîte à ordures » ou à une « poubelle » et revêt une incohérence apparente³.

L'énoncé volontairement paradoxal de la notion d'*anarchie organisée* désigne l'ambiguïté générale qui caractérise les contextes organisationnels (Cohen, March, 1986). Cette notion a le mérite de mettre en question l'idée de l'organisation cohésive et cohérente. Il s'agit toutefois davantage d'une heuristique que d'un modèle : comme pour chaque modèle, une application au pied de la lettre comporte le risque de voir émerger une nouvelle orthodoxie qui finira par être aussi peu convaincante que le modèle qu'elle cherche à critiquer (Friedberg, 1997, p. 83-84). Si toutes les organisations comportent des traits d'*anarchies organisées*, le fonctionnement d'aucune, pas même des hôpitaux, ne correspond complètement à la description de ce modèle. Celui-ci vaut, peu ou prou, pour toutes les organisations. Son intérêt est d'éclairer l'ambiguïté fondamentale qui caractérise les situations organisées comme tout contexte d'action, ambiguïté qui est la condition même de l'action humaine (Friedberg, 1997, p. 80 sq.).

³ Le « modèle de la poubelle » a été proposé par les mêmes auteurs – M. D. Cohen, J. G. March et J.-P. Olsen – qui ont élaboré le concept d' « anarchie organisée ».

2.1.2 Approche organisationnelle et action collective

Ce qui précède ouvre l'angle de vue et place l'organisation à l'intérieur d'un cadre plus vaste qui n'enferme plus l'organisation à l'intérieur de ses frontières (Friedberg, 1997, p. 175). L'attention est davantage portée sur l'action organisée, dont l'organisation n'est alors qu'une des modalités. Cette rationalité ne cherche plus à formuler de théorie substantive sur l'organisation en tant qu'objet ou dispositif social constitué mais étudie les processus par lesquels est produite l'action collective des acteurs, quelle qu'en soit la configuration concrète et quelle que soit la nature du problème pour la solution duquel ils se trouvent en interdépendance (Friedberg, 1997, p. 175). La notion d'action organisée est d'autant plus adaptée aujourd'hui que l'évolution structurelle des organisations est en plein éclatement et que de plus en plus de professionnels peuvent à la fois être considérés comme en dedans et au-dehors (Amblard, 1996).

Le cadre conceptuel de l'organisation telle que nous la concevons ici étant posé, il convient maintenant de découvrir comment analyser les actions individuelles et collectives afin de les comprendre.

2.1.2.1 Sociologie de l'action et analyse stratégique

La théorie actionniste trouve son origine dans les conceptions de M. Weber et surtout de T. Parsons pour qui tout système social peut être compris à partir de l'action des différents agents qui le composent. Les conduites de l'acteur doivent être interprétées comme des tentatives d'ajustement entre les objectifs organisationnels et ses visées propres. L'analyse de l'action organisée sera reprise et développée par J. G. March et H. A. Simon qui s'opposent à la théorie rationaliste classique des économistes et proposent le concept de rationalité limitée. Ils montrent que les acteurs ne sont pas en mesure de choisir la meilleure solution possible et qu'ils adoptent une solution satisfaisante en fonction de leur degré d'information et de leur capacité réelle d'action. Cette logique ou rationalité locale ne peut pas être optimale, en raison des imperfections cognitives et des contraintes structurelles que la situation des acteurs impose à leurs possibilités d'information et de connaissance ; elle ne peut être que satisfaisante (Friedberg, 1991).

M. Crozier et E. Friedberg adoptent un point de vue davantage centré sur les individus auxquels ils redonnent une pleine rationalité. Ils élaborent une théorie de l'action, « l'analyse stratégique », dans laquelle chaque acteur membre de l'organisation échafaude sa propre stratégie pour étendre son influence. Les moyens qu'il met en œuvre vont dépendre de ses valeurs, de sa perception de la situation et des possibilités d'influence déjà à sa disposition. Chaque acteur possède des degrés de liberté et déploie une rationalité au sein de contextes déterminés. Cela signifie que chaque acteur possède une rationalité relative mais réelle. Cette rationalité de l'acteur se découvre *a posteriori* en remontant le cours des comportements et des choix opérés. M. Crozier et E. Friedberg définissent le système d'action concret, comme un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de

ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux (Crozier, Friedberg, 1977).

L'analyse stratégique repose sur les principes suivants :

- la stratégie peut être offensive ou défensive, servir à améliorer la capacité d'action ou à préserver la marge de manœuvre ;

« Le concept de stratégie comprend deux aspects opposés, dictant des comportements humains fondamentalement contradictoires mais omniprésents : offensifs quand il s'agit de « grignoter » les expertises et les marges de manœuvre de ceux dont il dépend, et défensifs quand il s'agit de protéger et défendre sa propre marge de manœuvre, sa propre expertise » (Friedberg, 1991) ;

- les projets de l'acteur sont rarement clairs et cohérents mais le comportement est toujours rationnel : il trouve son sens dans son contexte et en fonction du jeu des autres acteurs ;
- tout comportement dénote une activité et en ce sens la passivité est une forme d'action.

L'acteur dispose d'une capacité d'action fondée sur quatre postulats :

- l'organisation est un construit et non une réponse ;
- l'acteur se donne des espaces de liberté en interprétant son rôle et en mettant à profit les ambiguïtés, incohérences et contradictions qu'il possède. Il se rend plus ou moins imprévisible et s'efforce de rendre prévisible le comportement de l'autre ;
- les intérêts et les objectifs de l'organisation et ceux des individus sont différents. Ils se recouvrent parfois mais jamais complètement ;
- l'acteur calcule et fait des choix dans un cadre rationnel local, c'est-à-dire en se fondant sur les informations et les connaissances que les contraintes structurelles lui rendent accessibles. Les possibilités de traitement de ces informations sont également imparfaites. Les décisions prises ne peuvent être que satisfaisantes mais ne peuvent être optimales.

Il existe une dynamique interactive entre les individus membres d'une organisation et la structure organisationnelle : les acteurs construisent les règles du jeu, les systèmes de représentation et de justification qui façonnent l'organisation ; la structure détermine les représentations et les actes des individus, par ses systèmes de contraintes, de normes et de valeurs. Cet espace désigne l'arène dans laquelle les calculs rationnels et stratégiques des acteurs se trouvent intégrés dans un modèle structuré de jeux (Crozier, Friedberg, 1977).

Cette définition a des implications pratiques, elle conduit notamment à se demander comment les acteurs sont concernés, comment ils confrontent puis coordonnent leur point de vue sur un problème ? La question évoque les notions d'« arrangement entre acteurs » et de « valeur d'échange » et désigne les relations de pouvoir : celles-ci ont un rôle clé dans les relations humaines, dans l'action sociale et dans toutes les formes d'action collective ; la question du pouvoir de l'acteur est centrale dans l'analyse stratégique.

2.1.2.2 *L'analyse stratégique comme méthode d'analyse et de compréhension de la réalité sociale : Incertitude, pouvoir, stratégies et jeux (Crozier, Friedberg, 1977).*

L'action collective n'est pas naturelle et n'est pas un exercice gratuit. Les acteurs construisent leurs actions aux cours de négociations et la ressource fondamentale à laquelle ils recourent alors est l'incertitude. S'il y a incertitude, les acteurs capables de la contrôler l'utiliseront dans leur tractation avec ceux qui en dépendent. Ainsi, les problèmes ne sont pas naturels eux non plus, c'est-à-dire donnés sous une forme prédéfinie par une rationalité supérieure, mais au contraire construits par les acteurs eux-mêmes dans une forme qu'ils tenteront de façonner de manière à mettre de leur côté la maîtrise de davantage d'incertitude dont leur partenaire devra dépendre. C'est en ce sens que le pouvoir s'inscrit obligatoirement dans une relation et qu'il n'est pas un attribut des acteurs.

Qu'est-ce qui s'échange à travers une relation de pouvoir ? Ce sont les possibilités d'action. Un individu A s'engage dans une relation de pouvoir avec B pour obtenir de B un comportement dont dépend sa propre capacité d'action. Par son seul comportement, B contrôle la possibilité de A d'atteindre ses objectifs. Et plus B sera capable de marchander sa volonté d'accomplir l'acte que A lui demande, c'est-à-dire plus les ressources à la disposition de B lui permettront de garder son comportement futur imprévisible pour A (maîtrise de l'incertitude), plus le rapport de force qui prévaudra lui sera favorable, et plus son pouvoir sur A sera grand dans cette relation précise. Le pouvoir réside donc dans la marge de liberté dont dispose chacun des partenaires engagés dans une relation de pouvoir, c'est-à-dire dans sa possibilité plus ou moins grande de refuser ce que l'autre lui demande.

Une zone d'incertitude sera source de pouvoir dès lors que son existence et sa maîtrise conditionnent la capacité d'action des uns et des autres. La stratégie de chacun des partenaires/adversaires s'orientera vers la manipulation de la prévisibilité de son propre comportement et de celui d'autrui, éventuellement en modifiant en sa faveur les conditions structurelles et les règles qui régissent ses interactions avec autrui. Cela signifie que la zone d'incertitude doit être pertinente par rapport au problème à traiter et par rapport aux intérêts des parties en présence. C'est ainsi que se forme l'organisation, avec ses caractéristiques structurelles, qui délimitent provisoirement le champ d'exercice des relations de pouvoir entre ses membres, définissant les conditions auxquelles ceux-ci peuvent négocier les uns avec les autres ; elles constituent les contraintes qui s'imposent à tous. Elles définissent de la sorte des zones où l'action est plus prévisible que dans d'autres, circonscrivant des espaces d'incertitude organisationnels que les individus ou les groupes tenteront de contrôler pour les utiliser dans la poursuite de leurs stratégies propres, créant ainsi de nouvelles relations de pouvoir. Ainsi, plus la zone d'incertitude contrôlée par un individu ou un groupe sera cruciale pour la réussite de l'organisation, plus celui-ci disposera de pouvoir. Si l'on se réfère *au démontage de la notion d'organisation* (Friedberg, 1997) nous devons remarquer que cette organisation « formelle » représente en fait un cas particulier, celui d'un construit apparu auparavant pour résoudre un problème plus ancien.

La coopération des acteurs autour des problèmes et de leurs solutions est toujours sous-tendue par des rapports de dépendance et de pouvoir, c'est-à-dire de relations d'échange négocié à travers lesquelles chaque acteur cherche à vendre ses comportements aussi avantageusement que possible, tout en achetant aux autres au moindre prix les comportements dont il a besoin (Friedberg, 1997, p. 178). Les acteurs, individuels ou groupes d'individus, sont en concurrence les uns avec les autres, pour définir les problèmes à la solution desquels ils veulent contribuer et pour élaborer les solutions qui seront apportées à ces problèmes. Or, cette concurrence introduit une interdépendance et une réciprocité entre acteurs fondées sur un déséquilibre en faveur de quelques-uns et préexistant à tout échange. La circulation de biens, les techniques et dispositifs réglementaires, structurent les instruments cognitifs et matériels permettant de percevoir puis de définir un problème avec ses solutions possibles : face à cela, les acteurs ne disposent jamais de ressources égales. Le pouvoir est certes une relation mais cette relation ne peut être considérée isolément du contexte d'où tous les partenaires d'un échange tirent leurs ressources (Friedberg, 1997). Le caractère relationnel et interactif du pouvoir doit être compris comme la capacité d'un individu ou d'un groupe, d'influencer les conduites des autres, dans un mouvement qui n'est en général pas celui des règles formelles de l'organisation.

La notion de pouvoir est entourée de pudeurs ou de tabous tenaces entretenus par la conception répressive du pouvoir. Cette conception rend compte d'une orientation centrée sur l'utilisation du pouvoir dans une perspective de gain utilitaire ou de domination. Or, il existe une orientation non utilitariste du pouvoir : dans ce cas, le jeu du pouvoir participe de la création, de la constitution du lien social, au prix d'un sacrifice relatif payé par chacun des acteurs pour construire le groupe social (Amblard, 1996).

Reconnaître les relations de pouvoir et de dépendance qui lient les acteurs du système, reconnaître l'existence d'objectifs contradictoires, admettre les rapports de force et la possibilité de conflits entre les intérêts individuels et la performance d'ensemble, tout cela n'implique pas de jugement de valeur. Reconnaître la relation de pouvoir et l'existence d'objectifs stratégiques, c'est rejeter le déterminisme de l'organisation ou de l'environnement social et culturel, et nier sa capacité à réaliser un conditionnement total de ses membres ; c'est affirmer la possibilité du changement et l'existence d'une marge de liberté pour agir.

L'analyse d'une relation de pouvoir a pour objectif d'expliquer le fonctionnement des organisations à partir des stratégies de leurs membres, c'est-à-dire en analysant les organisations comme des systèmes d'action qui se constituent et se maintiennent à travers l'action motivée des individus ou des groupes qui en font partie. Cette démarche conduit à se poser les questions suivantes : quels sont les atouts qui permettent à chaque partenaire d'élargir sa marge de liberté dans une situation donnée ? Ces atouts (ressources) avec leurs dimensions temporelle, spatiale et sociale sont-ils pertinents par rapport aux objectifs de l'autre ? Et sont-ils mobilisables dans la relation spécifique, c'est-à-dire quel est l'enjeu de la relation ? L'analyse structurale est nécessaire pour répondre aux deux dernières questions car ce sont les contraintes structurelles qui caractérisent une situation de

négociation donnée et il est fondamental de comprendre comment cette contrainte opère et comment on peut l'intégrer dans l'analyse. Cela signifie que le rôle des caractéristiques formelles d'une organisation ne consiste pas à déterminer directement des comportements. Les règles formelles constituent des espaces de négociation et d'échange entre acteurs. Elles réalisent leur capacité d'organisation dans la mesure où les acteurs acceptent de mobiliser leurs propres ressources au service de ces caractéristiques.

Afin de conserver aux acteurs leur statut d'autonomie et de ne pas réduire leur comportement aux attentes de leur rôle, Crozier et Friedberg proposent le concept de jeu : le jeu concilie la liberté et la contrainte. Le joueur reste libre, mais il doit, s'il veut gagner, adopter une stratégie rationnelle en fonction de la nature du jeu et respecter les règles de celui-ci. Il doit accepter, pour l'avancement de ses intérêts, les contraintes qui lui sont imposées. Dans une organisation, il s'agit toujours d'un jeu de coopération, et le produit du jeu sera le résultat commun recherché par l'organisation, pour autant que ses dirigeants aient compris leur dépendance à l'égard des structures, c'est-à-dire des jeux déjà établis, et auront su les orienter.

L'analyse stratégique propose de rechercher « la signification des leçons qu'apportent des expériences de changement dirigé dans des systèmes suffisamment connus » (Crozier, Friedberg, 1977, p. 333). L'intérêt d'une analyse en terme de stratégies et de jeux, c'est qu'elle permet d'ouvrir une perspective de recherche capable de rendre compte du caractère contraint et préstructuré de l'action collective, tout en traitant le comportement humain comme ce qu'il est : l'affirmation et l'actualisation d'un choix dans un ensemble de possibles. En partant des conduites des acteurs en situation considérée comme l'expression d'une stratégie rationnelle dans les limites d'un jeu à découvrir, elle force le chercheur à reconstruire ce jeu à partir des comportements observables. Cela signifie que la logique des stratégies n'est pas donnée *ex-ante* mais peut être reconstruite *ex-post*. Cette démarche d'analyse, en tenant compte de la marge de liberté des acteurs, permettra de comprendre comment le changement peut surgir de l'interaction elle-même, sans référence aucune aux besoins ou aux impératifs fonctionnels de l'ensemble. En partant des caractéristiques et règles des jeux auxquels participent les individus et des ressources à leur disposition, on pourra analyser quelle modification dans l'agencement de leurs atouts permettra à un ou plusieurs d'entre eux de découvrir, voir de créer, de nouvelles opportunités d'action à l'intérieur de leur rôle et de les exploiter en inventant et en mettant en œuvre de nouvelles stratégies qui, en déclenchant une restructuration des diverses stratégies possibles à l'intérieur d'un rôle, peuvent aboutir à une transformation de l'ensemble du jeu.

Les concepts d'incertitude, de pouvoir, de stratégie et de jeux permettent d'approcher davantage la compréhension des phénomènes en relation avec nos interrogations initiales. Il faut notamment relever que la mise en œuvre d'un projet est susceptible de répartir autrement les possibilités préexistantes dont disposent les différents groupes professionnels de se rendre plus ou moins imprévisibles et de rendre plus prévisible le comportement de groupes partenaires/adversaires. Nous reviendrons sur l'attention particulière qu'il convient d'apporter aux nouvelles données qu'un

projet novateur peut introduire dans le champ des acteurs, et à leurs gains et pertes possibles induits par le projet.

Le système de jugements et le comportement des acteurs

D'une manière générale, la formalisation de règles organisationnelles, incarnées le plus souvent par le supérieur hiérarchique et les instruments de mesure dont celui-ci dispose, va s'imposer dans le champ des critères de choix comportementaux de l'acteur. Dans cette perspective, les options d'un individu sont fortement déterminées par le système de jugements qu'il sent peser sur lui (Riveline, 1991). Cette détermination tend à restreindre l'éventail des critères de choix de l'individu et suggère que l'acteur puisse optimiser ses actions. Cette vision s'oppose à celle proposée par l'analyse stratégique selon laquelle l'acteur met en œuvre sa rationalité à part entière dans un contexte incertain qui va orienter ses actions de manière fondamentalement indéterminée.

La question est d'importance : les acteurs sont-ils capables localement d'optimiser leurs actions ? La réponse à cette question fait référence au concept de rationalité limitée : la rationalité (logique) des acteurs est locale ; elle doit donc être relativisée aux imperfections cognitives et aux contraintes structurelles que leur situation impose à leurs possibilités d'information et de connaissance. La rationalité locale et relative (limitée) des acteurs ne peut donc pas être optimale ; elle est au mieux satisfaisante.

Il ne fait aucun doute que les paramètres de jugement jouent un rôle important dans la détermination du comportement des acteurs mais leur importance doit être relativisée : ces paramètres sont à leur tour le reflet de la rationalité limitée de ceux qui les ont codifiés ; ils ne tiennent pas compte de toutes les contraintes des tâches et des situations (techniques, sociales, économiques, etc.) auxquelles sont confrontés concrètement les acteurs en situation de travail. De plus, tout acteur étant rationnel par rapport à ses perceptions du contexte, et actif, il est conduit à aménager ou à transformer les missions qui lui sont confiées et à influencer les paramètres de jugement qu'il sent peser sur lui.

Dans ce sens, les paramètres de jugement constituent l'un des nombreux éléments de contingence de l'environnement des acteurs qui participent de la nature indéterminée des régulations organisationnelles. L'acteur a donc un souci permanent qui structure au moins autant sa démarche et son comportement que les paramètres de jugement qu'il sent peser sur lui, à savoir le souci de sa marge de manœuvre et de sa capacité d'action (Friedberg, 1991, p. 65 sq.).

Par analogie avec la notion de système de jugement, nous pouvons faire référence aux critères de bonne ou de mauvaise pratique de soins qui font partie intégrante du système de jugement que les professionnels de la santé sentent peser sur eux ; c'est probablement la raison pour laquelle ces critères sont souvent controversés. Ainsi, l'erreur « médicale » peut faire partie des paramètres de jugement constitutifs du contexte d'action des professionnels et à ce titre, ces professionnels

peuvent chercher à construire différentes représentations et signification de l'erreur, zone d'incertitude significative, afin de l'introduire dans leur stratégie respective.

2.1.3 En guise de synthèse, quelques remarques sur le changement organisationnel

Nous ne voulons pas clore cette section consacrée aux organisations, et particulièrement à l'action collective, sans présenter quelques remarques en relation avec le changement.

La première remarque a trait à la notion de construction d'un problème et de sa solution. Aucun problème n'existe comme tel. Pour être traité, il doit être repris et redéfini, soit pour l'ajuster aux caractéristiques des jeux déjà en opération, soit pour permettre la création des incertitudes « artificielles » sans lesquelles aucun marchandage, aucun jeu n'est possible. Définir un problème consiste donc toujours à déterminer les incertitudes pertinentes et à circonscrire indirectement avec elles la structure de pouvoir du construit humain qui devra le traiter. Cela signifie qu'entre la structure « objective » d'un problème et sa solution intervient la médiation autonome des construits d'action collective qui imprime ses propres exigences et sa propre logique. Cela illustre la dichotomie imaginaire entre le « formel » et l'« informel » et le caractère aléatoire et arbitraire des moyens et des fins, des problèmes et des solutions (Crozier, Friedberg, 1977).

La deuxième remarque concerne la capacité collective à résoudre des problèmes. Comme on ne perçoit que ce que l'on sait résoudre, et que l'on ne sait résoudre du moins dans le court terme que ce qui est traitable dans le cadre de construits existants, cela implique que les construits d'action collective sont à la fois les instruments pour la solution de problèmes et des contraintes pour ces solutions, quand ils ne les bloquent pas totalement (Crozier, Friedberg, 1977).

La troisième remarque s'adresse au caractère construit du changement car reconnaître le caractère construit des problèmes, c'est aussi reconnaître le caractère construit du changement. C'est reconnaître que le changement constitue un problème, non pas tant parce qu'il serait nécessaire ou difficile, que parce qu'il n'est pas naturel. De ce point de vue, la notion de « résistance au changement » est sans fondement, non qu'il n'y ait pas de résistances, mais celles-ci ne font qu'exprimer l'appréciation tout à fait raisonnable et légitime par les acteurs concernés des risques que comporte pour eux tout changement conçu en dehors d'eux et visant avant tout à « rationaliser » leurs comportements, c'est-à-dire à les rendre plus prévisibles en supprimant leurs sources d'incertitudes.

« S'il est vrai qu'il n'y a pas de champ non structuré, s'il est vrai que toute solution aux problèmes de l'action collective est contingente, qu'il n'y a en la matière ni une seule, ni une meilleure façon de faire, mais toujours plusieurs, alors le changement, à quelque niveau qu'il se situe, ne peut plus se définir comme l'imposition d'un modèle *a priori* conçu au départ par des sages quelconques et dont la rationalité devra être défendue contre les résistances irrationnelles des acteurs...[...]. Le changement ne peut se comprendre que comme un processus de création collective à travers lequel les membres d'une collectivité donnée apprennent ensemble, c'est-à-dire inventent et fixent de nouvelles façons de jouer le jeu social de la coopération et du conflit, et acquièrent les capacités cognitives, relationnelles et organisationnelles correspondantes. C'est un processus d'apprentissage

collectif permettant d'instituer de nouveaux construits d'action collective qui créent et expriment à la fois une nouvelle structuration du ou des champs. L'alternative aux formules de changement technocratique et autoritaire ne peut être que l'extension et la généralisation progressive de l'expérimentation, c'est-à-dire de l'apprentissage collectif et institutionnel à tous les niveaux, ou plutôt l'organisation des conditions rendant une telle extension possible » (Crozier, Friedberg, 1977, p. 29-30).

2.2 L'apprentissage

2.2.1 L'apprentissage collectif et le changement

A la lumière de ce qui précède et pour rester dans le cadre du problème à l'étude, nous voulons préciser davantage le lien, voire l'analogie, qui existent, du point de vue de l'analyse stratégique, entre l'apprentissage collectif et le changement.

La signification du concept d'apprentissage collectif correspond aux processus inventifs et innovateurs par lesquels les individus apprennent – c'est-à-dire découvrent et acquièrent – de nouveaux comportements pour résoudre les problèmes qui leur sont posés. Il ne s'agit donc pas de l'assimilation d'un modèle déjà existant que l'on emprunterait à l'extérieur ou que des penseurs novateurs auraient développé de façon intellectuelle (Crozier, Friedberg, 1977).

L'apprentissage collectif est l'ensemble des processus par lesquels des systèmes humains peuvent se restructurer et changer leur mode de régulation,

« les processus à travers lesquels un ensemble d'acteurs, partie prenante d'un système d'action, apprennent – c'est-à-dire inventent et fixent – de nouveaux modèles de jeux, avec leurs composantes affectives cognitives et relationnelles » ; « C'est l'apprentissage de tous les acteurs ensemble qui est la condition du succès du jeu nouveau » (Crozier, Friedberg, 1977, p. 341-342).

Mais de même que les construits d'actions collectives sont des contraintes pour les solutions nouvelles, ces construits peuvent bloquer l'apprentissage :

« C'est qu'on se trouve ici devant un problème de création ou d'innovation collective qui, par sa nature même, est un problème largement indéterminé. Pour pouvoir élaborer, maintenir et fixer un modèle de jeu nouveau, ou pour que les acteurs concernés acquièrent les capacités collectives que suppose mais aussi détermine leur adoption du nouveau jeu, il faut rompre non seulement des intérêts, des rapports de pouvoir, voire des habitudes, mais aussi des protections affectives et des modèles intellectuels. Or on n'est capable d'apercevoir que les problèmes que l'on sait traiter, et l'on ne sait traiter que les problèmes qui sont traitables dans le cadre des jeux organisés anciens qui sont en accord avec la capacité relationnelle et la capacité intellectuelle développées par et pour ces jeux. Le jeu ancien ne peut engendrer automatiquement ou naturellement le jeu nouveau. Au contraire, à y regarder de près, il en paralyse la genèse » (Crozier, Friedberg, 1977, p. 342).

Ainsi, le changement ne peut se faire sans crise et intervention arbitraire pour surmonter la crise et éviter la régression :

« Si l'ajustement mutuel n'est pas suffisant pour faire émerger un modèle nouveau, c'est que des initiatives et un leadership humain sont indispensables. Le modèle sous-jacent au changement positif, à l'apprentissage collectif, est celui de la crise non-régressive, c'est-à-

dire surmontée par l'apprentissage. Toute rupture risque d'entraîner une régression. Pour qu'une rupture puisse entraîner, au contraire des phénomènes positifs d'apprentissage, il faut qu'à un moment ou à un autre il y ait intervention d'une responsabilité humaine individuelle. Si l'on veut véritablement le changement, il faut accepter l'inévitabilité des crises. Mais il faut en même temps, accepter le caractère tout aussi indispensable du choix et de l'arbitraire humain sans lequel on ne peut maîtriser et surmonter ces crises » (Crozier, Friedberg, 1977, p. 346).

Mais une intervention arbitraire ne doit pas correspondre à l'accapement du pouvoir par une élite ; elle doit survenir dans un environnement riche en capacités organisationnelles et relationnelles et cela ne peut être atteint qu'en

« permettant à un nombre plus grand de personnes d'entrer dans le jeu des relations de pouvoir avec plus d'autonomie, de liberté et de choix possibles. La menace d'abus ne vient pas de l'expression de l'initiative d'un acteur, mais de sa suppression, du fait de l'accapement par certains acteurs ou par des autorités supérieures du monopole de l'initiative ».

« C'est en encourageant le plus grand nombre de personnes à prendre des initiatives et à assumer des fonctions formelles ou informelles de leadership, c'est en rendant ces fonctions plus ouvertes, en les valorisant et en les récompensant que l'on peut à la fois vivifier le corps social, diminuer le risque d'élitisme et rendre l'ensemble plus fluide » (Crozier, Friedberg, 1977).

Nous nous plaçons dans cette perspective pour le problème à l'étude dans ce travail, c'est-à-dire que nous aurons le souci de rechercher comment s'articulent les tensions, les crises, les ruptures possibles, l'accroissement des capacités relationnelles et institutionnelles, le développement des leaderships et les interventions de l'arbitraire humain.

2.2.2 L'apprentissage organisationnel

Si la notion d'apprentissage organisationnel et son importance au regard de la performance stratégique est largement acceptée, il n'existe en revanche aucune théorie ni aucun modèle d'apprentissage organisationnel qui fasse l'unanimité et concilie les différentes perspectives existant dans ce domaine. Il y a rarement accord entre différentes disciplines et même au sein d'une même discipline sur ce qu'est l'apprentissage organisationnel et sur comment il survient (Fiol, Lyles, 1985). Certaines approches tentent d'examiner les résultats de l'apprentissage sans s'intéresser à ce qu'il est vraiment ni à comment ces résultats sont obtenus. A l'opposé, d'autres approches cherchent à identifier à la fois les processus d'apprentissage organisationnel et les résultats de ces processus. Dans ce sens, l'apprentissage organisationnel peut être décrit comme la manière dont les firmes construisent, accroissent et organisent les savoirs et les procédures autour de leurs activités et à l'intérieur de leur culture, et comme la manière dont elles adaptent et développent leur efficacité organisationnelle en améliorant l'utilisation et l'étendue de leur savoir-faire et de leur force de travail (Dodgson, 1993).

Une des façons de mieux saisir la définition de l'apprentissage organisationnel est de s'interroger sur la finalité de cet apprentissage.

2.2.2.1 Les buts de l'apprentissage organisationnel : « Apprendre à faire toujours mieux ce que l'on sait faire » ou « apprendre à faire autrement » ?

La complexité des buts de l'apprentissage organisationnel est en relation avec son caractère paradoxal et conflictuel. Les auteurs identifient ce paradoxe qu'ils abordent de façons différentes mais, d'une manière générale, les approches tentent de comprendre ces contradictions et de mettre en lumière l'interaction dynamique de ces dimensions contraires (Fiol, Lyles, 1985).

K. R. Clark fait référence à ce qu'il appelle le « dilemme de productivité » (Clark, Hayes, Lorenz, 1987). Cet auteur oppose la *productivité* à l'*innovation* ou l'*expérience*⁴ au *changement*. Un individu, un groupe d'individus ou une entreprise mobilisent des ressources cognitives, matérielles et sociales de manières différentes, pour apprendre et progresser vers l'un ou vers l'autre de ces objectifs. Ce qui contribue à valoriser et augmenter la productivité peut s'opposer aux mécanismes permettant de s'ouvrir à l'innovation ; de même le poids de l'expérience est stabilisateur et amortit les forces qui pourraient conduire au changement. A l'inverse, la recherche de solutions innovantes est incertaine quant à sa contribution à une meilleure productivité à venir. De façon comparable, J. G. March élabore le concept de tension entre *exploitation* et *exploration* (March, 1991 a).

Dans cette perspective, l'*exploitation*, l'*expérience* et la *productivité* sont provoquées et engagées dans un conflit par l'*exploration*, le *changement* et l'*innovation*, conflit qui peut éventuellement conduire à des solutions meilleures.

2.2.2.2 Les processus d'apprentissage organisationnel

Exploitation - Exploration

J. G. March conçoit l'étude des processus d'adaptation en analysant la relation qui existe entre l'*exploration* de nouvelles possibilités et l'*exploitation* d'anciennes certitudes (March, 1991 a). Le terme d'*exploration* englobe la recherche, la variation, la prise de risque, l'expérimentation, le jeu, la flexibilité, la découverte et l'innovation. Ses effets sont incertains, éloignés du lieu et du moment où l'initiative a été prise et souvent négatifs. L'*exploitation* englobe le perfectionnement, le choix, la production, l'efficacité, la sélection, la mise en œuvre et l'exécution. Ses effets sont positifs, rapprochés et prévisibles. Lorsque l'*exploitation* – la rationalisation – domine l'*exploration*, alors la rentabilité – l'efficacité – à court terme sera privilégiée au prix de la survie de l'organisation à long terme. A l'inverse, lorsque l'*exploration* – l'innovation – domine l'*exploitation*, le coût de l'expérimentation ne sera pas compensé par ses bénéfices, qui resteront potentiels et théoriques ; l'organisation ayant créé trop de nouvelles idées insuffisamment développées sans générer de nouvelles compétences distinctives.

⁴ Dans le sens de *savoir-faire* et non dans celui d'*expérimentation*

En se basant sur un modèle d'apprentissage mutuel de développement et de diffusion de connaissances organisationnelles, J. G. March (March, 1991 a) identifie deux dynamiques d'apprentissage. La première dynamique désigne la capacité de certains individus à se conformer rapidement au « code » de l'organisation en adoptant les croyances et les comportements dominants : il s'agit de la socialisation. A l'inverse, la seconde dynamique d'apprentissage caractérise l'effet sur le « code » des individus plus lents à se conformer à celui-ci et qui ont ainsi la capacité d'influencer les croyances et les comportements dominants de l'organisation. Cet apprentissage mutuel qui conduit à la convergence entre les croyances individuelles et organisationnelles est utile à la fois aux individus et à l'organisation. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que cet apprentissage, à l'instar de l'innovation, repose également sur la tension paradoxale qui existe entre ces deux dynamiques d'apprentissages opposées. Le « bénéfique » individuel et organisationnel de l'apprentissage mutuel ne peut exister que dans la recherche d'un équilibre entre ces deux forces. Cet équilibre est fragile et exposé à la possibilité que les individus soient plus prompts à s'ajuster au « code » que le « code » à apprendre des individus.

J. G. March (March, 1991 a) propose qu'une socialisation relativement lente des nouveaux membres d'une organisation, accompagnée d'un taux de renouvellement modéré des collaborateurs, puisse être le garant du maintien de la variabilité des croyances interindividuelles, de manière à améliorer le niveau de connaissance moyen des individus et de l'organisation sur une longue durée. Il faut relever l'écart qui existe en pratique, selon ce modèle, entre les capacités de *conceptualiser* les processus d'apprentissage et celles qui consisteraient, pour un gestionnaire, à *maîtriser* des processus d'apprentissage institutionnel.

Apprentissage en simple boucle et en double boucle

Pour C. Argyris et D. A. Schön, déceler une erreur, c'est-à-dire un écart entre une intention et ses conséquences effectives, entre un projet et ses retombées, est une condition nécessaire mais non suffisante à l'apprentissage. Ces auteurs ont conceptualisé deux formes d'apprentissage organisationnel distinctes : *l'apprentissage en simple boucle* et *l'apprentissage en double boucle* (Argyris, Schön, 1978).

Il y a un apprentissage en simple boucle lorsque les membres d'une organisation se bornent à changer de stratégie d'action sans s'interroger sur les valeurs qui les sous-tendent. Un tel apprentissage se rencontre lorsque les membres de l'organisation, à commencer par ses dirigeants, effectuent des attributions, portent des jugements et défendent leur point de vue sans expliciter leur raisonnement, sans vérifier le bien-fondé des attributions émises ou des évaluations qu'ils ont faites (théorie d'usage de Modèle 1).

Un apprentissage en double boucle consiste à remettre en question les valeurs qui guident les stratégies d'action. Les valeurs les plus propices à ce type d'apprentissage sont celles qui inclinent les individus à disposer d'informations valides pour faire des choix informés et à contrôler la mise en œuvre de ces choix pour pouvoir repérer et corriger les erreurs. De la part des dirigeants de

l'organisation, cela suppose de savoir défendre son point de vue, faire des évaluations et émettre des attributions en illustrant ses propos, en invitant autrui à confronter son raisonnement, en cherchant à tester la validité de ses attributions et évaluations (théorie d'usage de Modèle 2).

Pour C. Argyris et D. A. Schön, une organisation est apprenante lorsqu'elle parvient à réaliser de manière durable un apprentissage en double boucle.

Toutefois, ces auteurs précisent que l'apprentissage en double boucle est généralement impossible à réaliser par les organisations elles-mêmes et qu'une sorte « d'intervention extérieure » est nécessaire pour surmonter cette difficulté. Ils assument implicitement que quelqu'un, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisation, doit savoir « objectivement » à quel moment et avec quelle méthode mettre en pratique l'apprentissage en double boucle (Argyris, 1991). Une vision mécaniste de l'organisation se cache derrière cette présomption (Nonaka, 1994). De plus, C. Argyris et D. A. Schön poussent leur perspective instrumentale de l'apprentissage organisationnel au point d'affirmer que l'efficacité de l'organisation doit être augmentée pour pouvoir prétendre que l'apprentissage s'est réellement produit (Huber, 1991).

Après avoir conceptualisé un modèle de l'apprentissage organisationnel complexe qui intègre les différentes contradictions et paradoxes des processus d'apprentissage, ces auteurs cherchent à produire *une bonne* manière de traiter ces processus, tout en reconnaissant la quasi-incapacité des organisations à devenir spontanément des organisations *apprenantes* (Argyris, 1994). Nous avons là une autre illustration que les capacités de traitement institutionnel des processus d'apprentissage sont peu maîtrisables (Dodgson, 1993).

D'autre part, certains auteurs (Huber, 1991 ; Nonaka, 1994) suggèrent que cette distinction entre deux types d'apprentissage soit une construction conceptuelle qui ne peut être retrouvée dans la pratique.

Toutefois, si nous mettons les théories de C. Argyris et de D. Schön en perspective de l'analyse stratégique, nous observons une similitude significative. En insistant sur l'opposition entre la « théorie professée » et la « théorie pratiquée » par l'acteur, Argyris et Schön (Argyris, Schön, 1978) illustrent le conflit qui existe entre les buts d'une organisation et les moyens pratiques de les mettre en œuvre. L'acteur ne mettra pas en cause la finalité des buts car il ne peut officiellement qu'y souscrire (« théorie professée »), en revanche, dans la pratique, il effectuera des choix en fonction de son souci de préserver ou de développer sa marge de manœuvre et en fonction de sa capacité rationnelle locale à réaliser ce choix (« théorie pratiquée »). Mais dans la mesure où les objectifs fixés par les dirigeants d'une organisation en tant que choix politiques fondent la priorité des moyens pratiques à mettre en œuvre et sont valorisés au point qu'ils en deviennent absolument contraignants, il ne peut plus y avoir aucune liberté de choix pour l'acteur en ce qui concerne les moyens. Une telle situation peut conduire à bloquer les capacités d'apprentissage positif et de changement.

2.2.2.3 *Création et gestion de nouveaux savoirs dans les organisations*

Une perspective plus large permet d'englober *l'apprentissage organisationnel* dans un modèle de *création de connaissance* : les organisations ne se limitent pas à traiter de l'information qu'elles « reçoivent », elles créent de l'information continuellement et reconstruisent au jour le jour les perspectives existantes, les fondements et les structures (Nonaka, 1994).

La valeur organisatrice de la connaissance

La connaissance est organisatrice⁵ : l'information est l'instrument de la connaissance qui, sous forme de flux de messages ou de significations, doit s'ajouter à, restructurer ou changer la connaissance. On distingue la dimension syntaxique, que représente le support ou la forme du message et qui ne joue aucun rôle dans la création de connaissances, de la dimension sémantique, c'est-à-dire la signification du message et qui ne joue aucun rôle dans le traitement de l'information. Ainsi, une théorie de l'information portera sur le contenu du message mais ne portera pas sur la forme dans laquelle le message est incarné (Nonaka, 1994).

Considérant la dimension sémantique, une information offre un nouveau point de vue pour interpréter des événements, mettre en évidence des idées ou des liens jusque-là inapparents et créer des liens inattendus (Nonaka, 1994). Pour prendre la signification de *connaissance* ou de *savoir*, l'information doit être profondément, activement et subjectivement enracinée dans le système de valeurs et de croyances des individus.

Création de connaissance organisationnelle

Cette théorie se fonde sur les modèles de M. Polanyi et de J. R. Anderson.

Connaissance tacite – Connaissance explicite

M. Polanyi distingue deux types de connaissances : la connaissance tacite et la connaissance explicite. La connaissance tacite est profondément enracinée dans l'action, l'implication et l'engagement dans un contexte spécifique. Elle possède une qualité particulière qui la rend difficilement formalisable ou communicable. Elle relève à la fois du corps et de l'esprit, ou, dans une vision plus concrète, elle implique à la fois des éléments cognitifs et techniques. Ces éléments cognitifs consistent en l'ensemble des modèles mentaux tels que schémas, paradigmes, croyances, points de vue et perspectives qui participent à la perception et à la définition du monde par les individus. Ces éléments cognitifs font référence aux images individuelles d'une réalité et aux visions du futur. L'articulation de perspectives tacites sous l'effet d'une contrainte mobilisatrice est un facteur clé de la création de nouveaux savoirs. Les éléments techniques correspondent aux savoir-faire, habiletés et talents qui s'appliquent à un contexte spécifique. La connaissance tacite est

⁵ L'information est « computationnelle », la connaissance organisatrice et la sagesse réflexive. L'information nous fait perdre de la connaissance qui nous fait perdre de la sagesse. D'après E. Morin, 1990, p. 144-145.

nourrie par une activité continue. La communication entre les individus peut être considérée comme telle, dans la mesure où elle a pour objet le partage de connaissance tacite dans le but de construire une compréhension mutuelle (Polanyi, 1966).

La connaissance explicite ou connaissance codifiée, définit ce qui est transmissible dans un langage formel et systématique. Il s'agit d'un phénomène discret ou digital qui s'inscrit dans des recueils du passé comme les bibliothèques, archives, bases de données.

Connaissance procédurale – Connaissance déclarative

J. R. Anderson divise la connaissance en connaissance procédurale et connaissance déclarative. La connaissance procédurale ou méthodologique est utilisée pour se souvenir comment faire de la bicyclette ou jouer du piano ; elle peut être assimilée à la connaissance tacite. La connaissance déclarative ou actuelle est exprimée sous forme de proposition. Elle peut être assimilée à la connaissance explicite.

Le modèle de J. R. Anderson défend l'hypothèse selon laquelle la connaissance déclarative (explicite) doit être transformée en connaissance procédurale (tacite) afin de développer des compétences cognitives. Ce modèle, conçu à partir de l'observation des phénomènes de maturation cognitive, se limite à une vision « unidirectionnelle » (déclarative \Rightarrow procédurale) de transformation de la connaissance (Anderson, 1983).

Un modèle dynamique de création de connaissance organisationnelle

Une théorie de management : le middle up down management. Un modèle organisationnel : l'« organisation en hypertexte » ou « créatrice de connaissance »

La création de connaissance organisationnelle est le fruit d'une mobilisation générale des savoirs individuels : si les expériences individuelles restent isolées et au niveau tacite, il n'y a pas de création de nouvelles perspectives. Cette mobilisation consiste à créer des liens entre les connaissances tacites, et entre les expériences vécues.

La théorie de I. Nonaka, repose sur le concept des conversions croisées entre connaissances tacites et explicites, qui débouche sur quatre différents modes de création de connaissance organisationnelle. Il s'agit d'un phénomène dynamique qui n'existe réellement que lorsque les quatre modes de création de connaissance sont « activés » et conduits de manière organisée dans un « mouvement récursif ». Ce phénomène repose entièrement sur les individus, qui sont les seuls à pouvoir partager les connaissances tacites générées et accumulées à partir de leurs expériences. Cette « spirale de la création de connaissance organisationnelle » est entraînée par différents *éléments déclencheurs*, spécifiques de l'activation de chaque mode de conversion.

En résumé, les modes de conversion et leurs *éléments déclencheurs* spécifiques sont les suivants :

1. La *Socialisation* est issue de la conversion de connaissances tacites en connaissances tacites : *Tacite*⇒*Tacite*. Ce mode correspond au partage de l'expérience. Il est produit par les interactions entre les individus : observation, imitation, « apprentissage sur le tas », expériences partagées. La *Socialisation* est fortement influencée par les émotions et les nuances contextuelles. Ce mode de conversion peut être activé par la constitution d'une équipe ou d'un champ d'interaction.
2. La *Combinaison* est issue de la conversion *Explicite*⇒*Explicite*. Ce mode caractérise la reconfiguration de connaissances existant sous une forme en une autre forme. Classer, trier, ajouter, recatégoriser, recontextualiser des connaissances explicites peuvent conduire à de nouvelles connaissances. Cette conversion s'effectue au cours d'échanges formels entre les individus. L'informatisation de connaissances en est un exemple. L'*élément déclencheur* de ce mode est la coordination.

Les deux modes de conversion suivants sont complémentaires et peuvent prendre de l'ampleur au cours du temps en interagissant mutuellement :

3. L'*Externalisation*, issue de la conversion *Tacite*⇒*Explicite*. Cette conversion de connaissance est réalisée par l'usage de métaphores : la conversion de connaissance tacite en connaissance explicite peut s'effectuer en reconnaissant les contradictions grâce à une métaphore, puis en résolvant ces contradictions grâce à l'analogie. La connaissance explicite peut être traduite et représentée par un modèle ; les étapes précédentes de métaphore – analogie – correspondent au processus de découverte scientifique.
4. L'*Internalisation* est issue de la conversion *Explicite*⇒*Tacite*. Ce mode correspond à l'apprentissage organisationnel. Il est déclenché par des actions d'expérimentation concrètes : « apprendre en faisant ».

Dans une perspective pratique, et en se basant sur les principes de chaos créatif⁶, de redondance⁷ et de variété requise⁸, I. Nonaka propose une théorie de management, le *middle up down management* et son corollaire, un modèle organisationnel, l'« *organisation en hypertexte* » ou l'« *organisation créatrice de connaissance* ».

Le principe du *middle up down management* est de partager, entre tous les individus qui composent l'ensemble de l'organisation, la responsabilité de créer de nouveaux savoirs. Personne ne peut s'approprier la paternité d'une nouveauté qui apporterait un avantage stratégique à un département plutôt qu'à un autre. Il ne se constitue pas de centre de pouvoir autour d'un nouveau savoir. Les

⁶ Les fluctuations environnementales poussent les individus à s'investir dans des projets.

⁷ La redondance désigne, dans les organisations, la superposition consciente d'informations, d'activités d'affaires et de responsabilités de gestion. La redondance favorise la confiance entre les individus et les relie à l'organisation au travers d'une information plus convergente.

middle up down managers synthétisent l'ensemble des connaissances tacites à la fois du top management et des employés de première ligne. Ils rendent ces connaissances explicites et les incorporent dans les nouvelles technologies et les nouveaux produits. Ce sont eux les ingénieurs des organisations créatrices de connaissances.

L'organisation hypertexte se structure autour de deux logiques qui se superposent et se complètent : une logique hiérarchique et une logique non hiérarchique. La logique non hiérarchique est incarnée par des équipes auto-organisées constituées autour de projets ; les *middle up down managers* en sont les leaders. Ces équipes sont composées de collaborateurs « extraits » pour le besoin du moment, de différents départements de l'organisation – extraits de la logique hiérarchique. Une fois l'objectif du projet atteint, ils retournent sur leur lieu de travail antérieur. Cette dynamique suppose l'existence simultanée de différentes équipes de projets, qui coexistent dans l'organisation mais à des temps différents de leur cycle. Ce mouvement structurel concrétise le concept de « spirale de la création de connaissance organisationnelle ».

La hiérarchie formelle de l'organisation est chargée des tâches de *Combinaison* (*Explicite*⇒*Explicite*) et d'*Internalisation* (*Explicite*⇒*Tacite*), alors que les équipes auto-organisées accomplissent la *Socialisation* (*Tacite*⇒*Tacite*) et l'*Externalisation* (*Tacite*⇒*Explicite*). Les connaissances produites et partagées vont se retrouver formellement dans les actes des projets puis dans les bases de données de l'organisation ; les connaissances informelles vont se retrouver dans les échanges interindividuels multidimensionnels (trans-professionnels ; trans-hiérarchiques).

Les limites de la théorie de l'organisation créatrice de connaissance

Les travaux de I. Nonaka se sont déroulés principalement dans des entreprises japonaises. Bien que I. Nonaka propose une validité universelle pour cette théorie, il est plausible de faire l'hypothèse que des particularités culturelles, structurelles et en relation avec la nature des buts de ces organisations limitent un peu sa généralisation.

D'autre part, l'auteur propose aux gestionnaires une sorte de mode d'emploi de la création de connaissance organisationnelle qui va au-delà d'une proposition méthodologique de recherche visant à analyser et comprendre l'action organisée. Il se positionne comme s'il existait une rationalité supérieure soit à l'intérieur, soit à l'extérieur de l'organisation capable d'orienter les comportements vers une finalité prédéterminée, celle du développement industriel (Nonaka, 1994, p. 34).

⁸ Il s'agit de gérer au mieux cette information redondante et de trouver un équilibre entre la création de l'information et les processus de traitement de cette information.

Chaos productif ou chaos destructif ?

Les fluctuations (crises) de l'environnement sont un des trois facteurs capables d'induire l'engagement des individus dans un projet, ce que I. Nonaka appelle le chaos créatif. Or, les conditions dans lesquelles ces fluctuations surviennent peuvent avoir des effets destructeurs :

« Sans réflexion, l'introduction de fluctuation tend à produire un chaos destructif » (Nonaka, 1994, p. 28), (traduction libre).

I. Nonaka propose les notions de *résolution* ou de *construction* de problème. L'émergence d'un problème et ses effets organisationnels peuvent être analysés selon deux paradigmes opposés. Le premier correspond au *paradigme de traitement de l'information*⁹, dans lequel un problème est simplement donné et une solution atteinte en procédant à la combinaison d'informations à l'aide des algorithmes (cartes cognitives) préexistants. Cette conception ne reconnaît pas l'importance de façonner préalablement la forme du problème, de le définir. En réalité, les problèmes ne se présentent pas tout seuls comme quelque chose de donné mais bien plus, ils sont une construction fondée sur les connaissances disponibles à un moment donné et dans un contexte précis. Il s'agit là du *paradigme de génération de l'information et de création de connaissances*¹⁰ qui consiste à formuler un problème de manière à amener les acteurs à s'interroger sur leurs rôles et leurs actions.

Se forger de nouvelles représentations des problèmes

Une des facettes de l'apprentissage organisationnel désigne effectivement les différentes modalités de résolution de problèmes, et fait directement référence à la notion de « représentation d'un problème ». Dans cette perspective, il est également possible de distinguer deux postures paradigmatiques opposées. La première, où l'individu résout une situation problématique en effectuant des recherches sélectives dans un cadre bien défini par la représentation mentale particulière et préexistante du problème. La seconde, où l'individu doit acquérir une nouvelle représentation pour faire face à un nouveau problème jamais rencontré auparavant. Dans le premier cas, celui qui apprend se réfère à la représentation appropriée du problème, et il doit apprendre comment l'utiliser efficacement. Dans le second cas, l'organisation fait face à une toute

⁹ Les modèles de création de connaissances par les organisations elles-mêmes opposent deux perspectives de l'organisation « qui apprend » (Nonaka, 1994) :

Paradigme de traitement de l'information

Dans une première perspective, l'organisation peut être vue comme un système qui traite de l'information et qui résout des problèmes. Les décisions sont prises sur la base d'informations fournies par le milieu extérieur ou générées au sein de l'organisation sous pression de données exogènes. Dans cette perspective, le rôle fondamental de l'organisation est l'efficacité avec laquelle elle est capable de traiter de l'information et des décisions dans un environnement incertain. La « solution » repose sur le bon déroulement du traitement de l'information selon des séquences hiérarchiques. Cette approche donne une image passive et statique de l'organisation, où le traitement de l'information se limite à une activité de résolution de problème et se concentre sur ce qui est livré à l'organisation sans considérer ce qui est créé par elle.

¹⁰ **Paradigme de génération de l'information et création de connaissances**

Dans une autre perspective, l'organisation peut être vue comme un système capable de créer et de définir des problèmes et de développer de nouvelles connaissances afin de résoudre ces problèmes. Cette seconde perspective fait apparaître qu'une organisation, pour s'accommoder d'un environnement changeant, doit être capable non seulement de traiter efficacement de l'information mais surtout de générer de l'information et de créer des connaissances. I. Nonaka suggère que

nouvelle situation ; elle doit se forger une représentation de ce problème qui lui permette de s'en occuper adéquatement. Cette nouvelle représentation doit conduire les membres de l'organisation à développer de nouvelles aptitudes. En d'autres termes, la création d'une nouvelle représentation d'un problème engendre un nouveau système de rôle. A l'extrême, une nouvelle organisation sera ainsi créée (Simon, 1991).

Se forger une nouvelle représentation d'un problème peut requérir différentes stratégies. H. A. Simon donne l'exemple de stratégies « politiques » ou persuasives (énoncé de nouvelles règles) qui ont pour effet de modifier les relations interindividuelles, de redistribuer les pouvoirs interindividuels, et par voie de conséquence de transformer l'organisation.

La stratégie proposée par I. Nonaka est davantage « gestionnaire » et orientée vers les savoirs, vers la formulation et la résolution de problèmes. Cette approche cherche à identifier avec précision les problèmes qui se posent au niveau des différents *outputs* de l'organisation sans préjuger des modifications qui pourraient en découler. Cela correspond, par exemple, à une démarche qualité. Pour I. Nonaka,

« l'organisation créatrice de connaissance est le modèle requis pour institutionnaliser cette « réflexion-dans-l'action », autant dans ses processus que dans la structure organisationnelle et pour induire un chaos vraiment créatif » (Nonaka, 1994, p. 28), (traduction libre).

Les modèles managériaux sont d'un grand intérêt dans la mesure où ils offrent aux gestionnaires différentes représentations de la dynamique d'apprentissage organisationnel, permettant de mieux raisonner sur des situations concrètes. En revanche, l'élaboration du cadre conceptuel pour une recherche qui s'adresse d'abord au changement des comportements individuels et collectifs et à leurs déterminants, doit s'inscrire dans une perspective ouverte et plus comportementale. D. A. Schön, *The Reflective Practitioner*, ouvre une perspective dirigée vers l'individu qui réfléchit sur ses propres actions :

« Lorsque quelqu'un réfléchit sur ses propres actions il est un chercheur. Il n'est plus dépendant des catégories théoriques ou pratiques établies mais il construit une nouvelle théorie sur la base d'un cas unique » (Schön, 1983, in Nonaka 1994, p. 28), (traduction libre).

Prendre le risque d'échouer pour apprendre

Face à un problème complexe, la réflexion sur ses propres pratiques confronte l'individu à une alternative problématique : partir à la découverte d'une autre façon d'analyser la situation au risque d'échouer, ou donner une réponse déjà éprouvée sans courir de risque. Nous retrouvons ici le paradoxe énoncé en titre : les organisations peuvent apprendre, soit à développer des routines toujours plus efficaces et fiables, soit à accroître leur souplesse pour faire face à des situations nouvelles ; ce qui correspond à la distinction entre adaptation et adaptabilité. Cela confronte les

organisations au compromis suivant : les organisations qui ont du succès dans l'adaptation doivent nécessairement sacrifier leur capacité à être adaptables aux changements de l'environnement. Le succès accroît la fiabilité alors que l'échec accroît la souplesse (Sitkin, 1991).

Le voyage à la découverte d'une solution possible, même incertaine et imprédictible à l'avance, semble plus profitable à long terme pour l'organisation que l'application immédiate d'une solution toute faite. En effet, pour survivre les organisations ont besoin d'apprendre, ce qui suppose de suivre le chemin semé d'embûches et d'échecs de l'expérimentation, plutôt que celui tranquille et sans risque de la mise en œuvre de prémisses routinières. En revanche, l'individu qui suit cette voie incertaine, court le risque de payer de sa personne les échecs inévitables qui jalonnent ce chemin (Sitkin, 1991).

En nous référant à l'analyse stratégique, nous pouvons penser qu'un acteur ne s'engagera sur une voie « plus incertaine » que s'il perçoit dans son contexte local un intérêt et un avantage. Force est de relever ici une contradiction : en clair, un individu ne s'engage pas sur une voie qu'il perçoit comme conduisant, de son point de vue, à un échec. L'engagement « dans l'erreur », ne peut se concevoir que comme un engagement collectif, la signification de l'erreur - l'échec - ne se révélant d'ailleurs qu'au terme du processus. Dans cette perspective, l'échec ne doit pas être considéré comme le but en soi - le but d'un échec conçu délibérément comme tel. En revanche, les problèmes, et particulièrement ceux dont les issues sont incertaines, sont de bonnes opportunités d'apprentissage par l'erreur. Et dans la mesure où la « gestion de l'échec est bien menée », il n'est pas nécessaire de se focaliser sur les résultats car dans ce cas, une large variété de résultats différents émergera naturellement (Sitkin, 1991).

Toutefois, si les organisations sont généralement bien « équipées » pour corriger les erreurs commises par les individus, en revanche, elles ont peu d'aptitudes à corriger les conditions qui génèrent ces erreurs (Argyris, Schön, 1978 ; Fiol, Lyles, 1985 ; Nonaka, 1994).

2.2.2.4 *L'apprentissage organisationnel : une perspective comportementale*

Une étape cruciale du processus d'apprentissage est franchie quand l'individu - ou le groupe - concerné a pris conscience des alternatives et a consciemment effectué un choix parmi différentes possibilités (Huber, 1991). Par choix, il faut considérer le changement des cartes cognitives et des compréhensions (Friedlander, 1983). Dans une perspective comportementale, ces concepts de « prise de conscience des alternatives », de « changement des cartes cognitives » et de « choix » amènent à formuler les propositions suivantes (Huber, 1991) :

- une entité apprend si elle change l'étendue de ses comportements potentiels grâce à la manière dont elle traite l'information¹¹ ;

plutôt que comment elles traitent ces entités (Nonaka, 1994).

¹¹ Le *traitement* de l'information peut désigner l'acquisition, la distribution ou l'interprétation.

- une organisation apprend si une des unités qui la compose acquiert des connaissances qui sont reconnues comme potentiellement utiles à l'ensemble ;
- l'apprentissage organisationnel augmente avec l'enrichissement, la multiplication et la diversification des interprétations qui sont faites au sujet d'une situation problématique ;
- l'apprentissage organisationnel augmente chaque fois que davantage d'unités développent des compréhensions « uniformes » des différentes interprétations (l'uniformité désigne ici la compréhension partagée entre les différentes unités de la possibilité de différentes interprétations).

2.2.2.5 Le projet ou l'initiative comme source d'apprentissage collectif

Le concept de projet, ou plus généralement d'initiative, désigne un espace organisationnel et temporel propice à l'observation des processus à l'étude. Cette notion s'appuie sur le postulat que les projets ou les initiatives sont omniprésents dans les organisations, même dans celles qui sont apparemment les plus routinières. Ils expriment, de manière plus ou moins formelle, les jeux stratégiques des acteurs et en ce sens ils peuvent représenter les fluctuations de l'environnement et incarner le changement ou la réaction au changement. Ils peuvent être décrétés par le sommet hiérarchique et faire l'objet d'un programme de mise en œuvre explicite et contraignant ou, à l'inverse, être quasiment inapparents et répartis de manière plus floue entre différents groupes d'acteurs dans les structures organisationnelles. Dans la mesure où le projet s'inscrit dans une logique d'anticipation, il est fondamentalement porteur d'apprentissage et d'innovation, indépendamment de l'écart inévitable qui se creusera entre son énoncé initial et sa mise en œuvre (Claveranne, Krichen, 1996).

Il s'agit de voir dans le concept de projet, plusieurs espaces temporels et organisationnels imbriqués traduisant les différentes rationalités en confrontation, et la matérialisation d'un modèle interactif ouvert sur les fluctuations de l'environnement (Claveranne, Krichen, 1996). Il s'agit également de soutenir l'idée qu'un projet génère des sous-projets, ou plus exactement de nouveaux projets à part entière, qui constituent autant de contextes les uns pour les autres. Cette transformation par induction réciproque se fonde sur la reformulation des modèles relationnels, des modes de raisonnement, des capacités collectives, et désigne la dimension d'apprentissage du processus de changement (Crozier, Friedberg, 1977).

La capacité pour un projet de conduire à un apprentissage positif doit être relativisée. Dans le cas où un projet imposerait des actions définies pour sa mise en œuvre et qu'il n'y ait plus aucune liberté de choix pour l'acteur, cela pourrait conduire à bloquer les capacités d'apprentissage et de changement. Dans la mesure où un projet tend à rendre opératoire une visée qui lui préexiste, la représentation qui guide l'action gagne à être ambiguë, « une des méthodes les plus courantes pour assurer le soutien à une stratégie est d'en augmenter l'ambiguïté. Cette ambiguïté permet en effet à plusieurs groupes, ou personnes, de soutenir le même projet pour des raisons différentes et

avec des espérances diverses... » (March, 1991 b). Il n'existe, *a priori*, ni « bon projet » ni « bonne solution », aucun ne s'impose automatiquement par sa valeur intrinsèque mais tous doivent constamment refonder leur légitimité. C'est au prix de « confrontations des rationalités locales dans des dispositifs participatifs les plus divers que peuvent émerger des solutions meilleures » (Friedberg, 1991, p. 65).

2.2.3 En synthèse

Les mécanismes fondamentaux qui préfigurent les construits d'action collective façonnent les cartes cognitives et dirigent les comportements vers la recherche d'un environnement stable et vers la spécialisation des connaissances : faire toujours mieux ce que l'on a appris à faire. En même temps, ces mécanismes contribuent à instaurer des décalages et des tensions : les relations interindividuelles se structurent dans le cadre de jeux stratégiques où chacun cherche à étendre son domaine d'influence en faisant un usage satisfaisant des différentes ressources qui lui sont accessibles. Ces jeux de pouvoirs s'expriment par des confrontations de différentes rationalités locales et peuvent conduire à des moments de rupture. L'enjeu de l'apprentissage organisationnel consiste à éviter non pas les crises ni les ruptures, mais les conséquences potentiellement régressives de ces ruptures, et à les rendre plus acceptables, de manière à déboucher sur une autre configuration de pouvoirs et de rôles qui stabilisera momentanément le système. Aussi logiques qu'elles soient, localement et temporairement pour chaque acteur, les stratégies, les choix et les actions qu'elles induisent, procurent au mieux des avantages provisoires. Les stratégies participent bien à la détermination d'un avenir mais elles ne permettent pas d'identifier le sens et la résultante des actions (Langley, 1996). La construction d'une vision plus largement partagée des stratégies, des actions et de leurs conséquences dans le temps, suppose d'encourager le plus grand nombre de personnes à prendre des initiatives et à assumer des fonctions formelles ou informelles de leadership (Crozier, Friedberg, 1977).

Nous retiendrons l'importance du facteur temporel pour la construction d'un apprentissage organisationnel. Plusieurs études ont montré que les processus de décision correspondant à des réactions rapides favorisaient le développement d'un apprentissage à court terme, conduisant à une spécialisation prématurée et à des réponses sous-optimales. A l'inverse, les processus de décision caractérisés par un apprentissage lent, permettent d'explorer une plus grande variété de choix et accroissent la performance organisationnelle à long terme (Sitkin, 1991).

Nous voulons encore relever que le temps est une dimension de la marge de manœuvre d'un acteur ; elle peut même devenir son atout principal et, face à un « adversaire » pressé, lui permettre de retrouver du pouvoir à partir d'une situation de faiblesse (Crozier, Friedberg, 1977). Il faudra du temps pour se forger une nouvelle représentation d'un problème et permettre à l'organisation de développer de nouvelles aptitudes (Simon, 1991). De même, « l'exploration de nouvelles possibilités », l'apprentissage « au code » et l'apprentissage de degrés supérieurs (« en double boucle ») ne s'inscrivent que sur la durée (Argyris, 1991 ; March, 1991 a). Enfin, les différents

modes de conversion entre les connaissances tacite et explicite prennent de l'ampleur au cours du temps (Nonaka, 1994).

2.3 L'innovation

2.3.1 Les différentes approches de l'innovation

Les travaux consacrés à l'innovation font la distinction entre la *diffusion* et l'*adoption* des innovations, et entre *innover* et « *innovance* » (trad. de *innovativeness*)¹², bien que ces concepts se chevauchent en partie. De même, ils distinguent innovation technique ou administrative, de produit ou de processus, radicale ou incrémentale (Van De Ven, Rogers, 1988).

Les approches adoptent classiquement deux postures. La première se focalise sur l'organisation et vise à identifier la ou les typologies (formes) organisationnelles caractéristiques des organisations innovantes. Elle s'apparente à la théorie des contingences en mettant en relation des variables organisationnelles – comme la spécialisation, le professionnalisme, la centralisation, l'intensité administrative – avec l'innovation. De multiples innovations doivent alors être considérées et les analyses portent sur la variance. La seconde se focalise sur l'innovation et cherche à comprendre comment les innovations se développent dans les organisations au cours du temps. Elle met en évidence les mécanismes qui sous-tendent l'initiation, le développement et la mise en œuvre de l'innovation. Ce type d'études porte sur une innovation isolée et les analyses concernent les processus (Van De Ven, Rogers, 1988).

Le développement de l'interrogation qui fonde le présent travail a révélé les tensions et les contrastes qui contraignent les individus, dans le contexte local de l'environnement qu'ils sont en mesure d'appréhender, de dénouer des situations de coopération conflictuelles. La recherche de davantage de cohérence et la construction du sens d'une innovation nous renvoient à comprendre les mécanismes de production de la coopération. Nous trouvons ici la posture de M. Callon et B. Latour et le courant de la sociologie de l'innovation. Ces auteurs ont conduit leurs travaux de recherches autour de la question suivante : quelles sont les conditions à partir desquelles les acteurs d'une situation quelconque peuvent se retrouver en convergence autour d'un changement ou d'une innovation ? (Callon, 1974).

2.3.2 La sociologie de l'innovation

En lieu et place de tenter de comprendre ce qu'est la science constituée, M. Callon et B. Latour cherchent à reconstituer les processus par lesquels la science se construit : les faits scientifiques restent inintelligibles tant que l'histoire des controverses et des disputes auxquelles ils ont donné

¹² Ce terme désigne l'*innovation organisationnelle*, qui se mesure en général par le taux d'adoption des innovations par une organisation, parfois par le nombre de distinctions (prix, récompenses, publications, etc.) ou le nombre de brevets déposés (Damanpour, 1991).

lieu n'est pas reconstituée ; les faits scientifiques puisent leur légitimité en dehors d'eux-mêmes (Akrich, Callon, Latour, 1988). En soutenant l'idée selon laquelle la capacité à constituer des réseaux socio-techniques fonde la production de faits scientifiques et détermine leur légitimité, ces auteurs rompent avec la conception classique qui attache la scientificité d'un fait à ses qualités intrinsèques et aux conditions internes de sa production. En ne séparant pas le fait organisationnel du fait scientifique – l'un comme l'autre porteur d'innovation – et ne s'arrêtant pas à la construction du fait, ils situent la force d'un fait scientifique dans la solidité du réseau qui le porte. Ils recherchent la cohérence avec laquelle le réseau, porteur du fait, s'élabore : la cohérence avec laquelle le fait est construit importe moins que celle avec laquelle le réseau s'élabore (Amblard, 1996).

Cette démarche passe notamment par le rejet des cloisonnements de toutes sortes et particulièrement celui qui conduit à découper en tranches l'étude des situations : d'un côté les humains, de l'autre les non-humains. Les situations à appréhender se présentent dans toute leur complexité sous forme de réseaux, technico-économiques ou socio-techniques, qui portent les faits scientifiques et les innovations techniques, et ne peuvent se laisser découper en tranches (Callon, 1991).

Ces travaux ont permis de définir *l'analyse socio-technique* et notamment de concevoir que la force d'une innovation se situe dans la construction et la solidité du réseau d'actants qui la porte et non dans les qualités intrinsèques de cette innovation conçue comme « le bon résultat », ni dans ses conditions internes de production (Latour, 1989).

Réseau, actant, symétrie, controverse et traduction

La sociologie de l'innovation s'inscrit dans l'école de la sociologie de l'action, au même titre que l'analyse stratégique. Ses caractéristiques principales sont les notions de réseau, d'actant, de symétrie, de controverse et de traduction :

- le réseau n'est pas saisi comme un fait organisationnel figé dans une hypothétique globalité mais comme un tissu de situations, un ensemble d'entités humaines ou non humaines, individuelles ou collectives, définies par leurs rôles, leur identité et leur programme (Latour, 1992) ;
- tout en reconnaissant l'importance des acteurs humains et de leurs raisonnements en termes de stratégies, d'intérêts et d'enjeux, la sociologie de l'innovation réintègre les entités non humaines et insiste pour accorder aux objets une place centrale¹³ ;

¹³ Pour E. Friedberg, cette distinction entre acteurs et actants n'apporte ni ne retranche rien à l'analyse stratégique, les objets faisant partie intégrante des espaces locaux dans lesquels se construisent les systèmes d'action organisée (Friedberg, 1997).

- ces conditions contraignent les scientifiques à une forme d'équité intellectuelle, la symétrie : le chercheur doit accorder la même attention aux sujets et aux objets, aux échecs et aux réussites et ne doit pas délimiter *a priori* ce qui pourrait relever de la science et de la non-science ;
- l'élaboration des faits passe par la controverse qui se situe en amont du fait. Le fait ne dit rien en lui-même ni sur lui-même, et ne présente aucune qualité intrinsèque lui permettant d'exister en tant que fait : c'est le processus qui commande le fait, l'énoncé scientifique et l'innovation ;
- l'opération de traduction permet l'analyse des controverses et la constitution des réseaux. Elle concerne toute forme de recombinaison d'un message, d'un fait ou d'une information. En créant des espaces de négociation, la traduction devient la « méthodologie » d'élaboration des compromis (Callon, 1974).

Au total, l'innovation est considérée ici avec un point de vue ouvert, et s'apparente davantage à une dynamique organisationnelle qu'à un objet jugé nouveau du point de vue des acteurs et des organisations (Denis, Brémond, Contandriopoulos, Cazale, Leibovitch, 1997).

« L'innovation doit être abordée dans une perspective plus large, qui englobe aussi bien les rapports entre acteurs que ceux qu'ils entretiennent avec les techniques et dispositifs d'intervention » (Denis, Brémond, Contandriopoulos, Cazale, Leibovitch 1997, p. 100).

L'innovation s'observe au plan des relations entre les acteurs-actants qui la portent, et en même temps sont influencés par elle. Les solutions novatrices ne sont pas connues au départ. Il ne suffit donc pas d'accompagner le changement décidé par le sommet de la hiérarchie. Il s'agit davantage de construire ce changement à partir des expériences successives des différents acteurs, même si ces expériences apparaissent en opposition avec le projet initial (Alter, 1996).

Bien que l'innovation soit une des conditions d'adaptabilité, de mobilité, de survie de toute organisation et qu'elle peut être une source d'efficacité inattendue, elle se déploie sans aucun soutien car elle remet en cause l'institution et elle correspond à un moment de déviance (Merton, 1949, Sainsaulieu, 1977). Dans cette perspective, l'innovation n'est pas conduite, mais elle peut être organisée et, éventuellement, contrôlée après coup.

2.3.3 Innovation et système de santé

J.-L. Denis et coll. ont développé une compréhension de l'innovation en se demandant comment favoriser de nouveaux espaces de créativité dans le système de santé. Ces auteurs proposent une définition de l'innovation qui répond aux critères suivants (Denis, Brémond, Contandriopoulos, Cazale, Leibovitch, 1997, p. 100) :

« L'innovation est conçue comme une capacité continue de renouvellement mettant en jeu des représentations particulières de la vie en milieu organisé » ;

« L'innovation naît d'une reformulation du sens de l'action qui s'appuie sur des savoirs et des dynamiques et qui les mobilise » ;

« Nous considérons comme des innovations les projets ou les initiatives qui remettent en cause les arrangements actuels et rendent explicite la nature fondamentalement paradoxale des ensembles organisés » ;

« L'innovation s'éloigne d'une recherche d'ajustement à l'intérieur des cadres existants » ;

« Promouvoir l'innovation, c'est avant tout comprendre comment les différents acteurs apprennent du système dans lequel ils évoluent et cherchent à modifier ou à stimuler les conditions d'apprentissage. Cette approche reconnaît que les acteurs ne peuvent s'engager dans des changements qui bloquent leur capacité d'apprentissage » ;

« Le projet de regroupement des hôpitaux pourra constituer une innovation s'il favorise l'émergence d'un modèle organisationnel qui augmente la probabilité que les acteurs s'interrogent sur leurs pratiques ».

2.3.4 En synthèse

A la lumière de ce qui précède, nous retiendrons que le caractère innovant d'un projet se situe moins dans ses attributs intrinsèques que dans les conditions nouvelles qu'il amène dans le champ des acteurs et qui peuvent conduire les professionnels à mobiliser autrement leurs savoirs et à combiner différemment les ressources accessibles à l'organisation (Denis, Brémond, Contandriopoulos, Cazale, Leibovitch, 1997).

2.4 Propositions de recherche

Dans cette section nous effectuons la transition entre l'état des connaissances qui précède et l'analyse du cas qui suivra. La présentation s'appuie sur les questions formulées initialement, développe ces questions en se fondant sur des éléments synthétiques de la littérature présentée puis établit des propositions de recherche.

1. Quels sont les effets inducteurs d'un projet sur le comportement des acteurs chargés de sa mise en œuvre ? Comment les professionnels soumis aux contraintes qu'exerce un projet sur leur champ d'activités et de compétences composent-ils avec cette contrainte ?

Un projet novateur amène de nouvelles conditions dans le champ des acteurs. Ces nouvelles conditions remettent en cause les arrangements préexistants en créant de nouvelles incertitudes. Chaque individu ou groupe d'individus cherche alors à gagner la maîtrise de davantage d'incertitude dont leur partenaire/adversaire devra dépendre et à s'assurer ainsi de conserver ou d'accroître ses marges de manœuvres, ses possibilités d'action. Ainsi, en s'inscrivant dans le champ d'action des acteurs et en proposant une nouvelle répartition des pouvoirs, le projet initial s'expose, lors de sa mise en œuvre, à être reformulé, défini, construit par les jeux d'acteurs sous une autre forme que celle conçue initialement (Crozier, Friedberg, 1977). Une des facettes de l'apprentissage organisationnel désigne les différentes modalités de résolution de problèmes et fait référence à la notion de « représentation d'un problème » : l'organisation est un système capable de créer et de définir des problèmes, de développer de nouvelles connaissances et de nouvelles

aptitudes afin de résoudre ces problèmes ; la création d'une nouvelle représentation d'un problème engendre un nouveau système de rôle (Simon, 1991 ; Nonaka, 1994).

Proposition : Les professionnels soumis à une contrainte dans leur champ d'activités et de compétences, transforment certaines conditions de cette contrainte pour se doter de nouvelles capacités d'actions professionnelles et apprennent de ces processus.

2. Comment et pourquoi les « résistances » à un projet se manifestent-elles ? Quel rôle les « résistances » jouent-elles dans l'échec d'un projet ?

Pour être traité par les acteurs, un projet doit être repris et redéfini, soit pour l'ajuster aux caractéristiques des jeux déjà en vigueur, soit pour permettre la création des incertitudes sans lesquelles aucun marchandage de capacité d'action, aucun jeu n'est possible. Un projet qui impose des moyens pratiques de mise en œuvre absolument contraignants et ne laisse aucune liberté de choix aux acteurs en ce qui concerne les moyens, bloque leurs possibilités d'action et leurs capacités d'apprentissage et leur coupe tout intérêt pour ce projet (Crozier, Friedberg, 1977).

Proposition : Les acteurs concernés par les risques que comporte pour eux un projet conçu en dehors d'eux et visant avant tout à rationaliser leurs comportements, c'est-à-dire à les rendre plus prévisibles en supprimant leurs sources d'incertitudes, feront avorter le projet.

3. Comment les reconfigurations organisationnelles orientent-elles les choix des différents groupes d'acteurs ?

La question des reconfigurations organisationnelles est abordée ici sous l'angle du changement. La capacité de tout ensemble humain à changer est déterminée par sa richesse et sa surabondance non pas matérielle, mais relationnelle et institutionnelle. Mais tout changement véritable signifie crise pour ceux qui le vivent, tout apprentissage requiert une rupture, et une rupture risque d'entraîner une régression. Pour qu'une rupture puisse entraîner, au contraire, des phénomènes positifs d'apprentissage, il faut qu'il y ait intervention d'une responsabilité humaine individuelle. Mais une intervention arbitraire ne doit pas correspondre à l'accapement du pouvoir par une élite ; elle doit survenir dans un environnement riche en capacités organisationnelles et relationnelles et cela ne peut être atteint qu'en permettant à un nombre plus grand de personnes d'entrer dans le jeu des relations de pouvoir avec plus d'autonomie, de liberté et de choix possibles. C'est en encourageant le plus grand nombre de personnes à prendre des initiatives et à assumer des fonctions formelles ou informelles de leadership, c'est en rendant ces fonctions plus ouvertes et accessibles, en les valorisant et en les récompensant que la richesse relationnelle et institutionnelle pourra s'accroître. Cet accroissement de la capacité collective, en rendant plus apparent le jeu des acteurs, en diversifiant les réseaux formels et informels dans l'organisation, crée des conditions plus favorables à l'assimilation, par l'apprentissage, de ruptures plus profondes (Crozier, Friedberg, 1977).

Proposition : Les reconfigurations organisationnelles favorisent l'apprentissage parce qu'elles sont accompagnées d'un accroissement de la capacité relationnelle et organisationnelle.

Ces trois propositions constituent la trame de l'analyse empirique.



3 Approches méthodologiques

3.1 Etude de cas

L'étude de cas est la méthode appropriée à l'exploration de la dynamique d'apprentissage organisationnel en relation avec l'échec d'un projet novateur. Cette approche est celle qui convient pour expliquer des comportements ou des phénomènes complexes, et pour étudier des processus en développement au cours du temps (Yin, 1994) ; elle permet d'utiliser l'« opportunisme contrôlé » afin de répondre avec flexibilité aux nouvelles découvertes faites en collectant de nouvelles données (Eisenhardt, 1989).

Cette stratégie de recherche est adaptée à la forme générale de la question : comment ? et à sa substance : l'investigation de phénomènes contemporains dans leur contexte, alors que les liens entre les phénomènes et ce contexte ne sont pas évidents et que l'investigateur a peu de contrôle sur ces phénomènes (Yin, 1994). L'observation se fait à l'intérieur du cas et la puissance explicative de cette stratégie repose sur la cohérence de la structure des relations entre les composantes du cas, et sur la cohérence des variations de ces relations dans le temps. La puissance explicative découle de la profondeur de l'analyse du cas et non du nombre des unités d'analyse étudiées (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, Boyle, 1990).

3.1.1 Choix du cas

Le choix de ce cas spécifique repose sur son caractère extrême ou révélateur (Yin, 1994) ; il permet aussi une observation transparente des phénomènes à l'étude (Eisenhardt, 1989). En effet, le nouveau concept amené par le projet DCM est une rupture organisationnelle. En visant à assurer la sécurité thérapeutique, il impose de nouvelles modalités de contrôle et une répartition différente des actes professionnels entre les médecins, les infirmières, les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie. De plus, ce projet se déroule dans un contexte de changement de mission et de reconfiguration hospitalière plus globale. L'ensemble de ces transformations se fonde sur une mobilisation du jeu des acteurs et sur un accroissement de l'action organisée.

3.1.2 Posture paradigmatique

Une étude de cas peut aussi bien être qualitative que quantitative ou associer les deux postures (Eisenhardt, 1989 ; Stake, 1994). Toutefois, ces deux approches s'opposent quant à leur dimension paradigmatique, respectivement constructiviste et post-positiviste, et sont incommensurables (Levy, 1994). Nous observons une recrudescence d'intérêt chez les chercheurs en gestion pour les études qualitatives de processus organisationnels tels que la formation de la stratégie, la prise de décision, le changement stratégique, l'apprentissage organisationnel, l'innovation, la globalisation, la réingénierie, le leadership stratégique, la gestion des alliances, etc. (Langley, 1996). C'est une approche qualitative qui sera utilisée pour cette recherche.

3.1.3 Démarche inductive

La démarche adoptée dans cette recherche est inductive et vise à générer une théorie sur la dynamique d'apprentissage organisationnel en relation avec l'échec d'un projet novateur.

3.1.3.1 *Démarche inductive : définition*

Dans l'approche inductive de la recherche, la connaissance ou la vérité ne sont appréhendées qu'au travers de l'expérience directe, et la capacité de n'importe quel processus de recherche est uniquement fonction de son contenu empirique. Les hypothèses qui sous-tendent cette approche sont les suivantes : a) les lois de la nature peuvent être induites à partir d'une simple observation et d'une expérience directe ; b) la validité d'une telle loi est assurée par la convergence et la cohérence entre différentes sources d'observations. Le produit d'une approche inductive est, de fait, un modèle empirique inductif du problème dérivé de simples observations empiriques. Cela signifie que le modèle émerge de données empiriques et qu'à la fois les données et le modèle du problème sont supposés être indépendants de toute théorie préexistante (Ratcliff, Gonzalez-Del-Valle, 1988).

3.1.3.2 *Construction d'une théorie*

Une théorie est en quelque sorte une histoire qui tente de faire le lien entre un phénomène observé et les causes qui le sous-tendent. Une définition correcte du phénomène en lui-même ne nous aide pas à comprendre pourquoi il en est ainsi. Ce qui est nécessaire est une histoire cohérente ou un compte rendu des séquences causales. Ce qui est requis est la spécification des relations entre les événements, la hiérarchisation des événements et l'identification des possibles mécanismes qui expliquent ces événements. La théorie fournit cette structure sous-jacente en racontant l'histoire de comment un phénomène observé est dépendant d'un enchaînement particulier d'événements ou d'une relation à d'autres événements. Une théorie est composée de concepts, de relations et d'énoncés (Ratcliff, Gonzalez-Del-Valle, 1988).

3.1.4 Structure de l'analyse du cas et définitions des construits

L'analyse du cas est structurée en trois volets à partir des trois propositions de recherche présentées et utilise la démarche proposée par l'analyse stratégique. Cette démarche de recherche permet de découvrir les conditions matérielles, structurelles, humaines du contexte qui limitent et définissent la marge d'action des acteurs et la logique qui la sous-tend, et le sens des comportements empiriquement observables et potentiellement mesurables. Le comportement est un ensemble de conduites conscientes et inconscientes, c'est-à-dire un ensemble de processus qui traduit à la fois les modifications du milieu et les stratégies des acteurs visant à conserver ou accroître leur capacité d'action (Crozier, Friedberg, 1977 ; Aubert, Gruère, Jabes, Laroche, Michel, 1991).

L'étude de cas fondée sur une approche inductive gagne à s'appuyer sur une définition précise et *a priori* de certains construits guidant la lecture des processus empiriques qui finalement construiront la théorie (Eisenhardt, 1989 ; Denis, Langley, Cazale, 1995) :

3.1.4.1 *La création de nouvelles représentations d'un problème*

Le premier volet de l'analyse adopte le concept de création de nouvelles représentations d'un problème pour explorer la dynamique d'apprentissage organisationnel en relation avec un nouveau problème. Cette perspective stipule qu'une organisation qui fait face à une nouvelle situation doit se forger une représentation de ce problème qui lui permette de s'en occuper adéquatement. Cette nouvelle représentation doit conduire les membres de l'organisation à développer de nouvelles aptitudes. En d'autres termes, la création d'une nouvelle représentation d'un problème engendre un nouveau système de rôle. A l'extrême, une nouvelle organisation sera ainsi créée (Simon, 1991).

Nous voulons observer comment le problème de la sécurité thérapeutique s'est présenté initialement aux acteurs au niveau de leurs pratiques professionnelles sous la forme du projet DCM, et comment les deux dimensions initiales du projet, la finalité (la sécurité thérapeutique) et les moyens pratiques d'y faire face, ont interagi et évolué dans le temps, c'est-à-dire comment et pourquoi elles ont été transformées par différents groupes d'acteurs. Cette approche se fonde sur le fait qu'un projet est marqué à la fois par sa détermination à vouloir inscrire dans la réalité un inédit, et par son instabilité face aux contingences de l'action. Cette dynamique correspond à la polarité entre la finalité et l'action, et correspond aux liens à établir entre perspective intentionnelle et mise en pratique (Claveranne, Krichen, 1996).

La dimension de sécurité thérapeutique est représentée par le concept d'erreur. L'erreur n'a pas de signification ni de valeur propre, ses dimensions sont socialement construites. La construction sociale est une proposition critique de P. L. Berger et T. Luckmann (1966) invitant à introduire une « relativité sociale » dans la compréhension de la connaissance et de la réalité. Pour ces auteurs, la réalité est socialement établie, ou encore « socialement construite », de même que « toute « connaissance » humaine est développée, transmise et maintenue dans des situations sociales ». Il n'y a pas de réalités objectives, mais des réalités « intersubjectives », c'est-à-dire subjectivement partagées de la « même façon » par les acteurs.

L'erreur de dispensation peut être considérée comme un paramètre de jugement constituant l'un des éléments de contingence de l'environnement des acteurs. Tout acteur étant rationnel par rapport à ses perceptions du contexte, et actif, il est conduit à influencer les paramètres de jugement qu'il sent peser sur lui. Par conséquent, les acteurs peuvent chercher à recomposer le sens qu'ils donnent à l'erreur, à construire différentes représentations et significations de l'erreur, et à mobiliser les incertitudes ainsi créées à leur avantage. Il en résulte que les comportements des acteurs face à un événement qui annonce une erreur, ne sont pas fonction de la « valeur intrinsèque » de cette erreur, mais fonction de leur mode de représentation de l'erreur, qui engage autant son existence « réelle » que l'opportunité d'action qu'elle représente, ou non, pour ces

mêmes acteurs, en fonction du sens qu'ils lui donnent. Ainsi, le sens donné à l'erreur par des individus dans un contexte donné peut être déduit des événements contextuels désignés comme significatifs par ces mêmes individus et de l'observation de leur comportement, c'est-à-dire dans ce cas, des actions menées en relation avec le problème de la sécurité thérapeutique.

Dans l'analyse, nous retraçons la trajectoire du problème de la sécurité thérapeutique en identifiant ses transformations successives : les différentes formes que prendra le problème sont construites à partir de l'évolution du contexte, les actions principales conduites en relation avec la sécurité thérapeutique et l'interprétation de l'erreur.

3.1.4.2 *L'ambiguïté du projet*

Le second volet de l'analyse se fonde sur le concept d'ambiguïté pour explorer la démarche du projet et ses caractéristiques en relation avec son échec. Augmenter l'ambiguïté d'un projet, permet à plusieurs groupes, ou personnes, de soutenir le même projet pour des raisons différentes et avec des espérances diverses (March, 1991 b). A l'inverse, réduire l'ambiguïté d'un projet crée des conditions défavorables à la confrontation des différentes rationalités, à l'apprentissage collectif et au changement. Cette approche se réfère à l'analyse stratégique et met en relation, dans le cadre spécifique du projet DCM, les contingences de l'action et la marge de manœuvre des acteurs, et permet d'explorer les conditions particulières associées à l'abandon du projet.

Dans l'analyse, nous décrivons l'importance mobilisatrice des enjeux¹⁴ pour les différents groupes professionnels concernés par le projet DCM, la pertinence de ces enjeux par rapport aux objectifs des partenaires/adversaires et au regard de leurs atouts et objectifs respectifs. Cela consiste notamment à définir les possibilités de gains et de pertes des uns et des autres, face au projet DCM, et à identifier les différentes stratégies visant à s'engager ou non dans le projet.

3.1.4.3 *L'innovation*

Le troisième volet de l'analyse utilise le concept d'innovation pour explorer la dynamique de l'élaboration du réseau d'acteurs en relation avec le problème de la sécurité thérapeutique. Dans ce cas l'innovation est vue comme les conditions qui mobilisent les savoirs et les ressources, elle s'observe au plan des relations entre acteurs et constitue le réseau des entités qui participent à la construction du problème.

La description dynamique du réseau permet de mettre en lumière l'évolution des relations interprofessionnelles (par exemple par le biais des instances collégiales et multi-professionnelles impliquant les collaborateurs, des facilités de transferts professionnels d'un service à l'autre, des échanges et interrelations professionnelles entre différents services et en lien avec des activités cliniques ou des projets de soins) et la diversification de la structure d'autorité (directions générales,

directions professionnelles, comités de gestion, direction des départements cliniques, commissions spécialisées avec pouvoir décisionnel, directions de programmes transversaux).

L'étendue du réseau traduit les changements de capacités relationnelles et organisationnelles qui accompagnent ici les reconfigurations organisationnelles.

Dans l'analyse, nous mettons en relation les formes successives adoptées par le problème de sécurité thérapeutique, telles que nous pouvons les déduire de l'analyse des deux premiers construits, avec le réseau qui participe à former et à porter ce problème.

3.2 Sources de données

Les principales sources de données utilisées pour la construction du cas sont des documents officiels internes et externes, englobant la genèse du projet DCM en 1989 et tous les événements et les actions significatives survenus jusqu'au début de 1999 :

documents d'archives, lois et règlements ; rapports annuels d'activités ; extraits de procès-verbaux des séances de conseil d'administration et de comité de direction de l'hôpital A ; rapports officiels concernant différents projets de transformation des hôpitaux et des pharmacies ; rapports officiels de différents groupes de travail *ad hoc* tels que les rapports de médiation entre direction de l'hôpital A et employés, les rapports du groupe de résolution chargé de la mise en place de la DCM, les rapports intermédiaires des projets d'amélioration de la qualité des soins infirmiers ; les notes personnelles des membres du groupe de mise en œuvre de la DCM ;

et des entrevues avec les principaux participants :

11 entretiens semi-structurés ont été conduits en première intention entre janvier et avril 1998 et 4 entretiens complémentaires, nécessaires pour approfondir des thèmes émergents, ont été conduits en février 1999.

De plus, l'auteur était l'un des promoteurs du projet DCM et a été impliqué dans l'évolution du problème de la sécurité thérapeutique.

3.2.1 Les entrevues

Chaque informateur a donné oralement son accord de participation qui figure en début d'enregistrement ; l'anonymisation des données leur a été assurée.

¹⁴ L'enjeu est un moyen dont plusieurs acteurs ont simultanément besoin pour poursuivre chacun sa stratégie particulière et pour la maîtrise duquel il y aura donc compétition (Crozier, Friedberg, 1977).

Les 11 premiers entretiens étaient individuels et concernaient les personnes suivantes :

- six personnes membres du groupe de mise en œuvre de la DCM et notamment le responsable du groupe, un médecin, la préparatrice responsable de la pharmacie, un infirmier diplômé et deux infirmières responsables d'unité de soins;
- le responsable des soins infirmiers, un infirmier chargé de recherche en informatique;
- le médiateur, le nouveau pharmacien-chef (celui nommé en 1995 à la tête de la pharmacie unique pour les hôpitaux universitaires et non celui qui était à l'origine de la DCM en 1985) et le médecin-chef de la division de pharmacologie clinique.

Les quatre entretiens complémentaires ont regroupé chacun deux informateurs :

- le responsable des soins infirmiers et l'infirmier chargé de recherche en informatique ont été interviewés à nouveau ;
- deux infirmiers responsables d'unité de soins qui ne travaillaient pas dans l'hôpital A au moment du projet DCM.
- deux médecins membres du groupe qualité des hôpitaux universitaires.

3.2.1.1 *Les questions du guide d'entrevue*

Le champ des questions d'entrevue renseigne, d'une manière générale, sur la façon dont les individus concernés par le problème de la sécurité thérapeutique perçoivent et vivent leurs situations respectives : Comment perçoivent-ils et conduisent-ils leurs activités ? Quelles contraintes s'imposent à eux et quelles difficultés en découlent ? Comment se passent leurs relations les uns avec les autres et qu'en attendent-ils ? Quels sont les conflits les plus fréquents et quelles solutions y sont apportées ? Comment évaluent-ils leurs activités, leurs situations, leurs relations ? Quels sont les sujets de satisfaction ou d'insatisfaction ? Quels sont leurs espoirs et leurs déceptions ? Comment voient-ils leurs possibilités d'action et celles des autres ?

Plus précisément, les questions du guide d'entrevue ont été établies comme suit pour contribuer à apporter une réponse aux questions de recherche :

- Le développement du problème de sécurité thérapeutique :
 Décrivez la place donnée aux patients dans ce projet. Comment le projet DCM a-t-il fait évoluer votre perception de la sécurité thérapeutique ? Décrivez les limites de la DCM pour améliorer la sécurité thérapeutique. Quelles ont été les principales transformations de ce projet au cours du temps ? Quand vous pensez aux différentes transformations du projet, comment décrivez-vous les différents éléments porteurs de chaque transformation ? Décrivez comment se sont déroulées ces transformations.

- Position des acteurs face au projet DCM ; leurs gains et pertes possibles suite au projet DCM ; les conditions d'arrêt du projet DCM :

Décrivez le rôle que vous avez joué dans le projet DCM. Quels sont les domaines dans lesquels vous avez pu participer à des décisions, effectuer des choix ? Comment avez-vous réussi à "digérer" ce nouveau concept de dispensation ? Comment ou par quoi les choix que vous avez opérés ont-ils été influencés ? Quels sont les principaux enseignements que vous retirez de ce travail de groupe ? Quelle place le développement de l'outil informatique a-t-il pris dans les tâches de mise en œuvre de la DCM ? Quand vous pensez à l'introduction de l'ordonnance informatisée, comment avez-vous établi la confiance dans cet outil ? Décrivez comment la mise en place de la prescription informatique a affecté votre rôle professionnel. Quand vous pensez aux travaux de mise en œuvre de la DCM, comment qualifiez-vous les attentes des différents groupes professionnels ?

Décrivez en quoi vos relations avec vos partenaires professionnels ont évolué au cours de la mise en œuvre de la DCM. Comment voyez-vous les enjeux que le projet DCM faisait naître pour les différents groupes professionnels ? Décrivez la nature des controverses que vous aviez identifiées entre les différents groupes professionnels. Décrivez comment vous distinguez les apports directement en relation avec la mise en place de la DCM, des bénéfices secondaires que ce projet a peut-être fait émerger.

Quels ont été les principaux freins ? Quels étaient les fondements de ces freins ? Comment ces obstacles sont-ils apparus ? Quelles contraintes ont-elles conduit à l'interruption de la DCM et en quoi cet arrêt est pour vous un échec ? Si cette « aventure DCM » a laissé un « plus » après son interruption, attribuez-vous cet investissement davantage à l'organisation DCM et à l'outil informatique, ou plutôt à la manière de travailler dans le groupe de projet ?

- Les reconfigurations organisationnelles et le développement du problème de sécurité thérapeutique :

De quelle manière les grands projets de fusion des hôpitaux et des pharmacies hospitalières ont-ils affecté le devenir du projet DCM ?

En pratique, les questions se sont diversifiées au cours des entretiens et adaptées aux différences entre informateurs (par exemple : membre du groupe DCM ou non), de leurs domaines d'intérêts plus particuliers et de la progression du travail. Les 13 entretiens ont été enregistrés, dactylographiés mot à mot puis soumis pour corrections aux personnes interviewées. Ils ont duré deux heures en moyenne.

4 Analyse des données

« L'analyse des données est au cœur de la construction d'une théorie à partir d'une étude de cas, mais il s'agit de la partie du processus à la fois la plus difficile et la moins codifiée » (Eisenhardt, 1989, p. 539, traduction libre).

Les données documentaires

L'analyse des données a débuté par la mise en forme chronologique des événements relatifs au projet DCM. Ces informations ont été élaborées de deux façons complémentaires : d'une part rédigées sous une forme « chrono » en identifiant l'origine de chaque source (annexe I) et d'autre part « dessinées » sous forme de tableaux, situant dans le temps les événements regroupés logiquement. Cette double présentation offre l'avantage de pouvoir à la fois lire longitudinalement les différentes histoires et repérer les comportements particuliers des différents groupes d'acteurs ou les événements qui vont prendre forme avec le projet et lui donner forme en retour. Il est ainsi possible d'identifier différents niveaux de signification et d'analyser plus en détail les processus à l'étude.

Sur cette base nous avons identifié trois phases distinctes dans l'évolution du cas. Ces phases (A, B et C) correspondent à des périodes de continuité relative dans la nature des activités poursuivies en relation avec le problème de la sécurité thérapeutique. Bien que ces phases soient présentées comme si elles étaient séparées par des bornes clairement identifiables, elles représentent la construction discontinue de phénomènes continus. Cette construction est un artefact lié à la manière d'aborder la problématique qui présente l'intérêt de repérer et d'observer les événements et d'analyser comment se forme un enchaînement particulier d'événements ou une relation à d'autres événements. Il est ainsi possible d'explorer comment les actions d'une période transformeront le contexte qui affectera l'action de la période suivante (Langley, 1996). Pour ces raisons, les conditions préalables à l'émergence du projet DCM aussi bien que les événements qui suivirent son interruption et qui illustrent la manière dont la sécurité de la dispensation des médicaments a été gérée par les professionnels, font partie intégrante du cas.

Les données d'entrevues

L'analyse thématique des entretiens a cherché à expliquer l'enchaînement des événements en relation avec chaque proposition de recherche. Cette analyse a suivi les étapes suivantes :

- Identification des idées et élaboration d'une liste de thèmes :

Cette première étape consiste à faire émerger leur signification des entretiens, c'est-à-dire de repérer les idées ou les relations centrales qu'expriment les informateurs et sur cette base de construire une liste de thèmes (Dutton, Dukerich, 1991). Plusieurs lectures de chaque entretien ont été nécessaires pour en établir une liste complète. La « grille de

lecture » consistait à rechercher les récurrences des sujets et des actions dans les propos des informateurs. Au total 35 thèmes ont été identifiés (annexe II).

- Codage des entretiens et groupement par thème au sein de chaque entretien :

Chaque entretien a été codé phrase par phrase en fonction des thèmes et recomposé sous cette forme. A ce stade, les entretiens ne se présentent plus comme un enchaînement de questions et de réponses mais sont structurés par thèmes ; à l'intérieur de chaque thème, chaque phrase identifie son origine, c'est-à-dire à quel ensemble de question-réponse elle remonte. Cette présentation est adaptée au petit nombre d'informateurs parmi lesquels chacun d'entre eux joue un rôle relativement spécifique : il est possible de repérer comment les différents informateurs traitent chaque thème, quel sens et quelle importance relative chacun accorde à tel ou tel thème.

- Regroupement de l'ensemble des entretiens par thème :

Les entretiens structurés par thème sont ventilés thème par thème, l'origine de la source restant identifiable. Ce niveau d'information permet de suivre dans le temps l'évolution d'une idée ou d'une relation centrale et l'évolution des divergences.

- Résumé par thème :

Il s'agit d'une présentation synthétique des regroupements par thèmes qui permet de capter plus rapidement les idées et les relations importantes ; cette forme présente aussi un avantage pratique lié à la réduction de la quantité de texte ; toutefois l'utilisation fine du contenu de l'information se fait en remontant aux documents d'origine.

4.1 Présentation des données

Dans le texte qui suit, nous décrivons tout d'abord le contexte institutionnel qui a vu l'émergence du projet DCM.

Nous présentons ensuite les trois phases identifiées (A, B, C) qui couvrent l'étendue chronologique du cas, suivi d'une analyse en trois volets correspondant aux trois construits retenus (la création de nouvelles représentations d'un problème, l'ambiguïté du projet et l'innovation).

4.1.1 Le contexte institutionnel et l'émergence du projet DCM

Cette partie décrit le contexte institutionnel dans lequel situer les acteurs, le projet DCM et son devenir. Il s'agit de données du cas qui présentent déjà certains aspects analytiques, ne serait-ce que dans la manière de construire le résumé contextuel : plusieurs informateurs ont relevé l'importance de la crise institutionnelle et de ses origines, de la mission du médiateur et de ses « groupes de résolutions de problèmes » dans l'émergence et la formulation initiale du projet DCM.

4.1.1.1 *Le contexte hospitalier*

Fondé au début du siècle, l'« asile pour incurables » est devenu, à la fin des années 80, un hôpital de réhabilitation et de soins palliatifs d'une capacité de 300 lits. Vers la fin des années 70, manifestant leur volonté de promouvoir les soins hospitaliers de durée prolongée et les soins palliatifs, les responsables politiques¹⁵ décident de doter cet établissement de moyens adéquats. Le directeur, en poste depuis deux ans, est promu au rang de directeur général avec la mission de constituer des départements professionnels: médical, des soins infirmiers, administratif et d'exploitation. Cent vingt postes d'infirmier(ère)s¹⁶ diplômé(e)s sont créés : ces nouvelles collaboratrices - nouveaux collaborateurs - sont engagé(e)s progressivement entre 1982 et 1990 et viennent remplacer les ancien(ne)s, non diplômé(e)s.

Ces changements majeurs concernant la mission de l'hôpital A, les nouvelles exigences professionnelles, les nouvelles structures, l'émergence de différents projets et les importants décalages qui se créèrent entre les « anciens et les nouveaux » furent à l'origine de très fortes tensions institutionnelles. Le conseil d'administration décida la mise sous contrôle du directeur général en avril 1990 en nommant un médiateur. Cette crise se solda par le licenciement de l'infirmière-cheffe en octobre 1990 et le départ en retraite anticipée du directeur général en juillet 1991.

L'hôpital A fait partie d'un dispositif de quatre hôpitaux publics (hôpital général, psychiatrie, gériatrie) qui totalise environ 2500 lits et dessert une population de 400.000 personnes. Gérés séparément jusqu'en 1994, ces hôpitaux fusionnent en 1995 en un seul établissement : les hôpitaux universitaires. Ils sont alors placés sous l'autorité d'un seul conseil d'administration et d'un comité de direction.

Anticipant sur la fusion hospitalière, un concept de pharmacie unique pour les hôpitaux publics avait été défini par arrêté d'Etat en décembre 1994. En pratique, sa mise en œuvre coïncida avec la concrétisation de la fusion hospitalière.

¹⁵ Les conseils d'administration des hôpitaux publics sont tous présidés par le Conseiller d'Etat (Ministre) en charge du département de la santé et des services sociaux ; leur composition, spécifique à chaque hôpital, est essentiellement politique (représentants des partis).

¹⁶ Infirmier – infirmière : dans la suite du texte, la forme féminine ou masculine sera utilisée sans distinction et désignera toujours les deux sexes.

4.1.1.2 Le projet DCM¹⁷ à l'hôpital A

L'émergence du projet

Ce projet émerge courant 1989 de la rencontre de trois rationalités : celle du pharmacien responsable, celle du médecin-chef et celle de l'infirmière-cheffe.

Le pharmacien était responsable de la pharmacie de l'hôpital général depuis 1978 et assumait en plus la responsabilité de la pharmacie de l'hôpital A depuis 1985. La DCM était l'opportunité de mettre en place ce qu'il n'avait pas pu réaliser au sein de l'hôpital général : le conditionnement des médicaments en doses unitaires et la préparation des traitements individuels en pharmacie. Il investissait ce projet comme l'aboutissement de sa carrière.

Le médecin-chef, en fonction depuis trois ans, avait rencontré des difficultés pour assurer un suivi clinique précis auprès de malades chroniques, âgés pour la plupart, cumulant plusieurs problèmes somatiques et psychiques, très exposés à des risques de toxicité médicamenteuse, et dans un

¹⁷ Dispensation traditionnelle décentralisée et dispensation « expérimentale » centralisée

Afin de faciliter la compréhension de ce qui suit, il convient de donner une explication détaillée des caractéristiques différentielles des deux circuits de dispensation des médicaments : le circuit traditionnel décentralisé et l'expérimental centralisé.

Dispensation traditionnelle décentralisée

Il s'agit du circuit traditionnel rencontré dans la plupart des hôpitaux et associé à un taux d'erreur de dispensation élevé, en raison de recopiage fréquents des informations sur des supports papiers par différents intermédiaires et de la reconstruction *a posteriori* des éléments de contrôle de la thérapeutique. Ce mode d'organisation repose principalement sur les professionnels de soins infirmiers :

Chaque unité de soins infirmiers gère une petite pharmacie à part entière (« armoire à pharmacie ») qui est décentralisée et redondante par rapport à la pharmacie centrale de l'hôpital (stocks multiples).

Les prescriptions médicales sont manuscrites (feuille d'ordonnance) puis retranscrites par les infirmières également manuellement sur une carte de plan de traitement individuel pour chaque patient ; il y a souvent deux cartes par malade : une pour les horaires de prise « habituels » (avec les repas) et une autre pour les horaires de prise spécifiés.

Les infirmières préparent les barquettes (piluliers) de traitements individuels, séparément dans chaque unité de soins.

En fonction de l'état du stock de médicaments dans la pharmacie de l'unité, une commande est adressée à la pharmacie centrale de l'hôpital.

L'état du régime thérapeutique en cours de chaque patient est reporté manuellement sur un graphique ou feuille de température.

Dispensation « expérimentale » centralisée

Le but de cet autre mode d'organisation est de contrôler la sécurité de dispensation des médicaments en supprimant les intermédiaires de recopiage, de transmission et de reconstruction de l'information thérapeutique. Ce concept repose principalement sur les professionnels de la pharmacie :

Il n'y a plus de pharmacie dans les unités de soins infirmiers. Tous les stocks sont regroupés dans la pharmacie centrale de l'hôpital (stock unique).

Les prescriptions médicales sont rédigées sur ordinateur. La même information est alors imprimée à deux endroits simultanément : l'ordonnance destinée au dossier de soins est imprimée dans l'unité infirmière et signée par le médecin (document de référence médico-légale) ; l'étiquette du plan de traitement mis à jour et détaillé est imprimée en pharmacie (début de traitement, suite de traitement sans modification ou mise à jour du traitement en cas de modification, les formes galéniques, les horaires d'administration). Cette étiquette de plan de traitement est alors l'unique support d'information concernant la thérapeutique qui sert successivement et sans recopiage à la préparation, au contrôle lors de la l'administration du traitement au patient et à la représentation graphique récapitulative :

La pharmacie prépare les barquettes de traitements individuels pour chaque patient des unités utilisant ce système.

Chaque unité reçoit, une fois par jour (ou plus si nécessaire), les barquettes de traitements individuels identifiées séparément pour chaque patient de l'unité ; l'étiquette de plan de traitement accompagne la barquette individuelle.

domaine traditionnellement peu valorisé médicalement, ce qui posait un problème supplémentaire de recrutement de médecins compétents. La DCM apparaissait comme un moyen d'assurer une politique du médicament qui s'appuierait sur une liste de référence restreinte des médicaments autorisés à la prescription, sur une modalité rédactionnelle des prescriptions médicales précise, complète et sans ambiguïté et sur la systématisation de la réévaluation des traitements.

La nouvelle infirmière-cheffe, entrée en fonction en 1988, s'engage dans la transformation en profondeur du département des soins infirmiers. Sa stratégie consista à rejeter l'ancienne philosophie des soins qualifiée de « gentillothérapie », qui laissait la place « aux anciens sans formation » et aux pouvoirs informels, et à la remplacer par une rationalisation des soins en s'appuyant sur un encadrement neuf recruté à l'extérieur. Dans cette perspective, toutes les activités qui éloignaient les infirmières de leur fonction de base, c'est-à-dire donner des soins directs aux patients, furent confiées progressivement à des services logistiques. Il s'agissait notamment des transports internes des patients, de l'acheminement du courrier, de la livraison du matériel de soins et des médicaments. Le projet d'une DCM qui prévoyait de centraliser la préparation de tous les traitements médicamenteux individuels en pharmacie, en lieu et place de la préparation traditionnelle effectuée par les infirmières dans chaque unité de soins, correspondait bien à cette logique.

Les motifs et les objectifs de ces responsables étaient donc différents, mais ce projet DCM leur semblait capable de répondre aux questions respectives qu'ils se posaient : Comment intégrer la pharmacie dans le dispositif hospitalier comme partenaire à part entière des soignants ? Comment assurer la sécurité et la responsabilité de la pharmacothérapie ? Comment libérer les infirmières des activités qui les éloignent des malades ?

En automne 1988, le comité de direction prend la décision d'instaurer une politique du médicament et dans ce cadre, d'envisager toutes les options de réorganisation de la pharmacie et toutes les possibilités de redistribution de tâches entre les groupes professionnels.

En mars 1989, le conseil d'administration accepte un projet de DCM qui prévoit :

- l'élaboration d'une liste de référence restreinte de médicaments qui devrait se limiter à deux cent produits ;
- le reconditionnement en doses unitaires (blisters¹⁸) de tous les médicaments, solides et liquides, qui ne sont pas fournis sous cette forme par l'industrie¹⁹ ;
- la création de trois nouveaux postes d'aides en pharmacie ;

¹⁸ Un blister est un emballage qui contient la dose d'un médicament correspondant à une prise (dosage unitaire), réalisé dans des conditions de conservation explicites, et identifiable en ce qui concerne le produit contenu et son dosage. Ce reconditionnement s'applique à des médicaments solides livrés en vrac (plusieurs capsules dans un emballage), ou liquides livrés en flacons (gouttes ou sirop) par les industries. La présentation des médicaments sous forme de blisters amène un gain de temps et une diminution de risque d'erreur au moment de la préparation d'un traitement individuel.

¹⁹ Cette forme de présentation finale des médicaments par la pharmacie évite aux infirmières des tâches de découpage de plaquettes alvéolées, de fractionnement de comprimés, de pipetage de liquides et va au bout de la logique de la centralisation de la préparation en pharmacie.

- la rédaction informatique de l'ordonnance médicale directement « au lit du malade » et son lien avec les étapes ultérieures de la dispensation afin de supprimer toutes les retranscriptions ;
- le développement (ou l'acquisition) des outils informatiques nécessaires ;

La volonté des cadres supérieurs s'était exprimée au niveau du comité de direction et avait été légitimée par le conseil d'administration. Des décisions avaient été prises qui devaient permettre la mise en œuvre de la DCM. Cela était sans tenir compte des importants décalages qui s'étaient constitués à l'intérieur de l'hôpital A, progressivement depuis plusieurs années, décalages dont le projet DCM ne reflétait qu'un des aspects.

L'explosion du conflit

Les clivages

Les clivages les plus importants s'étaient constitués entre les directions professionnelles et les collaborateurs, plus particulièrement entre l'infirmière-chef et les soignants. Un autre clivage s'était formé entre les « anciens », qui trouvaient appui auprès du directeur général, et les « nouveaux », davantage intéressés à suivre les développements proposés.

L'alerte rouge

En février 1990, un important mouvement mobilisant des collaborateurs de l'ensemble des services a alerté le conseil d'administration sur « les dysfonctionnements de la direction ». En réponse à cette montée d'inquiétude, le conseil d'administration a organisé des séances d'auditions ouvertes à tous les collaborateurs qui souhaitaient s'exprimer librement en dehors de ce qui était ressenti alors comme « une menace hiérarchique ». Ces auditions ont fait apparaître que le conflit se cristallisait autour de quatre projets, dont la DCM, et ont permis de suspecter des lacunes professionnelles chez l'infirmière-chef et chez le directeur général.

La médiation

Le mandat de médiation

En avril 1990, le conseil d'administration a confié une mission de médiation à un consultant privé.

Les objectifs de ce mandat étaient les suivants :

- faire en sorte que les tensions diminuent ;
- évaluer l'infirmière-chef ;
- faire toutes propositions utiles dans ce cadre ;
- confirmer ou infirmer les dysfonctionnements de l'établissement ;
- par une participation active, aider à mettre en place les mesures décidées par le conseil d'administration ;
- faire au comité de direction et au conseil d'administration toutes propositions d'améliorations.

La méthode

La méthode proposée par le médiateur, pour dépasser les résistances à la mise en route de certains projets, consistait à s'appuyer sur une structure à trois niveaux :

- le groupe de pilotage : il s'agit du comité de direction avec le médiateur. Son rôle consiste à former les groupes de résolution, à formuler les mandats, à conduire leurs travaux, à informer le personnel de l'hôpital de leur contenu et à présenter les propositions finales au conseil d'administration ;
- les groupes de résolution (un par « problème »²⁰) : ces groupes sont constitués de 5 à 10 collaborateurs de l'hôpital . Leur rôle consiste à faire toutes propositions au groupe de pilotage dans le cadre du mandat qui leur est confié ;
- les groupes d'analyse : ces groupes sont facultatifs. Ils sont mis sur pied par les groupes de résolution si nécessaire et en fonction de questions spécifiques. Ils sont constitués de collaborateurs de l'hôpital ou d'experts extérieurs.

L'introduction de la DCM

Le projet de DCM a été repris dans la mission de médiation et la tâche de l'introduire confiée à un groupe de résolution.

- Le mandat au groupe de résolution chargé d'étudier l'introduction de la dispensation centralisée des médicaments et daté du 10 mai 1990 était libellé comme suit :

Situation : Partant du fait que le médecin prescrit, la pharmacie prépare et l'infirmière administre, la dispensation centralisée des médicaments a été décidée. Il s'agit maintenant de l'introduire.

Buts 1 & 2 : Déterminer l'organisation adéquate (transport, information).
Déterminer les mesures à mettre en place.
Délais : 22 juin 1990.

Buts 3 & 4 : Faire l'introduction dans un nombre limité d'unités de soins.
Déterminer si les moyens informatiques proposés sont adéquats.
Délais : 7 septembre 1990.

Le groupe de résolution DCM a été composé des neuf professionnels suivants, désignés par le groupe de pilotage : le directeur du département d'exploitation (responsable du groupe), la préparatrice responsable de la pharmacie, deux infirmières responsables d'unités de soins, trois infirmières diplômées, le médecin-chef adjoint et un médecin-assistant.

Le groupe de résolution DCM se réunit la première fois le 15 mai 1990. Ses travaux se poursuivront au-delà de la mission du médiateur qui rendra son rapport en juillet 1991. Dès lors, le groupe DCM sera implicitement rebaptisé « groupe médicaments » mais sa composition ne sera pas modifiée; il

²⁰ Les problèmes ou « points de fixation des collaborateurs » étaient les suivants : admissions des patients, transports internes des patients, utilisation adéquate du nouveau matériel de soins et DCM.

sera finalement dissous le 10 novembre 1992. Après avoir fonctionné sur la moitié de l'hôpital (5 des 10 unités que compte l'hôpital au total, ce qui représente environ 150 lits), la DCM sera abandonnée en juin 1996.

L'observation du cas ne s'arrête pas à cette échéance, l'analyse se poursuit au-delà afin d'analyser comment le problème de la sécurité thérapeutique se traduit par la suite dans les comportements des différents groupes professionnels concernés.

4.1.2 Les phases du cas

Les trois phases ont été identifiées sur la base de la continuité relative dans la nature des activités poursuivies en relation avec le problème de la sécurité thérapeutique.

Phase A :

La phase A coïncide avec la période d'activité du médiateur, c'est-à-dire d'avril 1990 à juillet 1991. Les activités en relation avec le problème de la sécurité thérapeutique correspondent à l'élaboration et au début de la mise en œuvre du projet DCM par le groupe de résolution *ad hoc*, tel que défini par le mandat du médiateur.

Phase B :

Le début de la phase B est marqué par le départ du médiateur et le changement de direction générale en août 1991 ; la fin de cette phase correspond à l'arrêt définitif de la DCM en juin 1996. Les activités en relation avec le problème de la sécurité thérapeutique correspondent aux diverses tentatives des différents partenaires concernés d'assimiler ou de transformer la DCM sous une forme plus acceptable.

Phase C :

La phase C fait suite à l'arrêt de la DCM en juin 1996 et se termine en hiver 1999. Les activités en relation avec le problème de la sécurité thérapeutique ne se regroupent plus sous la seule étiquette d'un projet particulier mais apparaissent plus diffusément, en lien avec différents projets visant à promouvoir la qualité des soins dans une perspective plus large.

4.1.3 Schéma d'analyse

L'analyse de chaque construit s'effectue à l'intérieur des trois phases de la manière suivante :

Premier volet : « Création de nouvelles représentations d'un problème »			Second volet : « Ambiguïté du projet »			Troisième volet : « Innovation »		
Phase A	Phase B	Phase C	Phase A	Phase B	Phase C	Phase A	Phase B	Phase C

4.2 Premier volet d'analyse : Création de nouvelles représentations d'un problème (tableau II, p. 56 – L'évolution du projet)

Nous voulons montrer comment le problème de la sécurité thérapeutique s'est présenté initialement aux acteurs sous la forme du projet DCM, et comment les deux dimensions initiales du projet, la finalité (la sécurité thérapeutique) et les moyens pratiques d'y faire face, ont interagi et évolué dans le temps, c'est-à-dire comment et pourquoi elles ont été transformées par différents groupes d'acteurs.

La trajectoire du problème est tracée par l'identification de ses différentes formes au cours de chaque phase, en mettant en relation l'évolution du contexte, les actions principales conduites en relation avec la sécurité thérapeutique et l'interprétation de l'erreur. Même si certaines relations de causalité peuvent sembler plausibles, il convient de ne pas s'y arrêter. Il s'agit en effet de fournir une description fine de la manière dont co-évoquent les actions des acteurs en regard du problème et les recompositions du sens de l'erreur, dans un contexte où se déroulent toute une série d'événements, avec en toile de fond l'organisation hospitalière décrite.²¹

4.2.1 Phase A – La phase A coïncide avec la période d'activité du médiateur, c'est-à-dire d'avril 1990 à juillet 1991. Les activités en relation avec le problème de la sécurité thérapeutique correspondent à l'élaboration et au début de la mise en œuvre du projet DCM par le groupe de résolution *ad hoc*, tel que défini par le mandat du médiateur.

- L'évolution du contexte

Les événements marquant le changement contextuel de l'hôpital A au cours de cette phase sont en relation avec le mandat de médiation.

²¹ Les passages « entre guillemets » insérés dans la rédaction sont extraits des entretiens.

Le directeur général est perçu comme « placé sous tutelle », en raison de la présence quasi permanente du médiateur à ses côtés. Les séances mensuelles du conseil d'administration sont essentiellement consacrées à l'avancement des travaux de médiation et notamment des groupes de résolution. Le médiateur instaure des réunions hebdomadaires formelles et structurées du comité de direction dont il établit les ordres du jour et contrôle les procès-verbaux. Il supervise directement les groupes de résolution de problèmes. Pour les collaborateurs, « on ne sait plus qui, du directeur général ou du médiateur, est réellement le directeur ». En décembre 1990, le directeur général annonce sa décision de demander sa mise à la retraite anticipée ; il quittera ses fonctions le 31 juillet 1991. Un nouveau directeur général entre en fonction le 1^{er} août 1991.

L'infirmière-chef est toujours plus contestée : certains cadres infirmiers, anciens et nouveaux, considèrent que les termes du mandat de médiation la condamnent par avance ; ils en profitent pour faire pression sur le médecin-chef et le directeur général afin d'obtenir sa démission. Il lui est reproché « d'imposer une vision et des pratiques de soins selon une conception acquise dans un tout autre contexte culturel et institutionnel, et de ne pas tenir compte des réalités pratiques pour la mise en œuvre de ses projets ». L'infirmière-chef démissionne le 31 octobre 1990 ; son remplaçant entrera en fonction le 1^{er} septembre 1991. La personnalisation du conflit se retrouve dans les arguments de collaborateurs qui visent à disqualifier les projets novateurs, dont la DCM, en cherchant à assimiler le bien fondé d'un projet aux personnes qui l'ont soutenu au départ : « une personne ayant dû démissionner ne peut pas avoir promu un bon projet ! ».

L'imposition d'un médiateur par le conseil d'administration est rapportée par certains comme « une intrusion salutaire » : « Cette crise institutionnelle focalisée sur le directeur général et l'infirmière-chef a créé l'opportunité de faire intervenir un médiateur ; ce mandat de médiation et notamment les groupes de résolution de problèmes ont permis l'avance de projets institutionnels ; il existait une profonde incertitude en relation avec le flottement de la direction générale et le projet de DCM nous est apparu comme une condition nous permettant de nous créer un but qui ne nous serait peut-être pas apparu aussi clairement dans une autre circonstance », rapporte le responsable du groupe de résolution DCM.

- Les actions

« On ne nous a pas demandé de réfléchir théoriquement sur cette idée de dispensation centralisée mais on nous a demandé de la rendre réalisable et de faire en sorte que ce concept puisse être appliqué et fonctionnel sans se poser la question de savoir si oui ou non ce choix était opportun. Le piège était très précis », nous livre un informateur. Ou encore : « Dans l'expérience DCM on est parti de l'outil et on a travaillé sur l'outil, sur la réponse avant de savoir à quoi on répondait véritablement ». Dans ce cadre, seules des actions à caractère logistique ou organisationnel ont été menées. Mais on aperçoit, au travers de certaines prises de positions du groupe de résolution vis-à-vis du groupe de pilotage (comité de direction de l'hôpital) ou des collaborateurs extérieurs au groupe DCM, des interrogations plus fondamentales qui traduisent ce que l'avance du projet rend manifeste. Les propos de l'informateur suivant illustrent la manière dont les acteurs du groupe DCM

ont progressivement traduit dans leurs réflexions, si ce n'est dans leurs actions, le projet DCM et la dynamique du groupe de résolution : « J'ai trouvé très intéressant de découvrir comment ce qui était présenté comme "un simple geste" devenait à l'usage quelque chose de très complexe, impliquait beaucoup de monde, impliquait de nouvelles collaborations, mobilisait de nouveaux savoirs, des règles différentes, de nouveaux outils technologiques, de nouveaux produits comme les blisters, la prise de conscience de l'importance d'une prescription médicale, du choix des médicaments, des questions médico-légales, des contrôles etc. Enormément de sujets différents ont été soulevés par ce projet. C'est comme si une seule chose mobilisait tout d'un coup beaucoup de collaborateurs différents et sur différents points, que ce soit des savoirs, les règles professionnelles, les contraintes de matériel etc. ».

Trois échéances intermédiaires balisent le travail du groupe DCM et mettent en lumière la nature des actions significatives de cette phase. Premièrement, de mai à juin 1990, le groupe identifie les axes « logistiques » sur lesquels des aménagements ou des adaptations sont indispensables avant de pouvoir commencer pratiquement la DCM : il s'agit de l'outil informatique, des chariots de transport de médicaments, des armoires à pharmacie dans les unités de soins et des supports graphiques infirmiers (feuilles de température). Le 22 juin 1990, le groupe DCM adresse un rapport préliminaire au groupe de pilotage dans lequel il formule des demandes en relation avec les axes « logistiques », propose d'effectuer un test limité à un mois dans une seule unité (« pour apprendre de la pratique avec le personnel soignant ») au lieu d'une introduction planifiée dans plusieurs unités comme prévu par le mandat, et suggère au groupe de pilotage de présenter ce système à l'ensemble du personnel infirmier de l'établissement : « en effet, nous avons constaté que le manque d'information avait engendré un malaise autour de cette décision et que cette dernière apparaissait aujourd'hui comme un bouleversement du rôle de l'infirmière dans notre hôpital ». Dans le même temps, le conseil d'administration autorise le financement par subvention d'un poste d'aide en pharmacie supplémentaire. Les responsables médicaux établissent une liste restreinte des médicaments autorisés à la prescription dans l'hôpital, liste qui servira de base de données pour le système de prescription informatisée, nécessaire au développement du concept DCM.

Deuxièmement, de juillet à décembre 1990, le groupe DCM prépare un test de fonctionnement « grandeur nature » d'un mois, conduit ce test dans une unité et dépose un rapport d'évaluation le 14 décembre 1990, clôturant ainsi le mandat initial au groupe DCM. Ce rapport relève que la DCM induit « une perte du rôle infirmier ». Les chronométrages ont montré que le gain en temps de travail infirmier correspondait à un demi-poste par unité (cinq temps pleins pour tout l'hôpital), temps de travail qui peut être utilisé par l'infirmière à des tâches en lien plus direct avec les patients. Ce gain de temps est essentiellement lié aux tâches de préparation des traitements individuels, préparations qui ne sont donc plus faites par les infirmières mais par les préparateurs en pharmacie. Le groupe DCM est néanmoins « convaincu sur le fond de l'intérêt de cette formule et propose de poursuivre le développement de la DCM en conduisant un essai évalué d'une année dans trois unités ». La suppression des recopiations d'informations réduit les risques d'erreurs. Les

contraintes de prescription subies par les médecins (liste de médicaments restreinte, rédaction des prescriptions sur ordinateur, donc à distance du malade) obligent ceux-ci à une plus grande rigueur et à davantage tenir compte des informations fournies par les infirmières (par exemple, concernant les moments où le patient peut être réveillé, les problèmes liés aux repas, comment il avale ou n'avale pas ses médicaments, s'il les refuse, les fluctuations d'état d'éveil du patient, sa compréhension du traitement, son appétit, son endormissement etc.). La poursuite de cet essai doit permettre d'améliorer les étiquettes des plans de traitements, les plateaux supportant les barquettes de traitements individuels et les chariots de transport, les « blisters » pour les médicaments liquides (gobelets mono-doses).

Troisièmement, entre janvier et juillet 1991, le groupe DCM travaille dans le cadre d'un second mandat qui échoit le 31 décembre 1991. Ce deuxième mandat invite le groupe à proposer les modalités de généralisation de la DCM à tout l'hôpital, d'en définir les moyens, et de proposer une intégration du prototype informatique DCM avec le système informatique des hôpitaux publics. Dans cette perspective, le groupe de pilotage rejoint les demandes du groupe de résolution de poursuivre l'essai grandeur nature sur trois unités supplémentaires. En vue de l'extension de la DCM, les cadres infirmiers sont impliqués dans l'information au personnel et un guide pratique édité. En avril 1991, deux nouveaux préparateurs en pharmacie sont engagés. Le 1^{er} mai, trois unités de soins utilisent régulièrement la DCM.

- L'interprétation de l'erreur

L'erreur est alors inacceptable et le sens qui lui est donné varie entre le tabou et la menace d'une sanction imminente. Les propos suivants de deux informateurs illustrent cette signification, en relation avec le projet DCM : « Même si on sait pertinemment qu'il y a des problèmes de sécurité, cela est irrecevable par le professionnel car c'est comme s'il travaillait sans conscience ni efficacité » ; « Certes la direction de l'hôpital a mandaté un groupe de travail et envoyé un message très clair concernant la sécurité. Mais ce message avait ceci de paradoxal qu'il n'était pas acceptable sous cette forme par les professionnels et notamment les soignants. Les infirmiers étaient bien conscients qu'à toutes les étapes de la dispensation des médicaments des erreurs pouvaient se produire, qu'elles se produisaient et qu'il existait réellement un problème de sécurité et de qualité globale des processus de dispensation. Ce qui était irrecevable c'était de mettre en question le professionnel. Chaque infirmier considère qu'il ne fait jamais d'erreur tout simplement parce qu'il pourrait être sanctionné ». Cette interprétation culpabilisante du sens de l'erreur est associée au projet DCM, dans la mesure où il peut rendre manifeste des lacunes professionnelles : « Je pense que ce projet pouvait mettre en lumière des lacunes concernant la qualité des soins infirmiers en relation avec l'évolution de la population soignée. Il fallait donc augmenter la rigueur infirmière et cela passait par l'augmentation des compétences. Etant donné qu'il y avait des résistances sur d'autres aspects des pratiques professionnelles avec davantage d'exigences, la mise en place de systèmes de contrôle, le projet DCM a peut-être été pris comme un bouc émissaire. Il était pratique de trouver quelque chose à éliminer et en allumant un feu à un endroit,

on évite de porter l'éclairage sur d'autres aspects des pratiques professionnelles. C'est comme si la mise en place de la DCM avait pu révéler, dans d'autres secteurs des pratiques de soins, des lacunes à combler. C'était une manière détournée d'éliminer tout ce qui pouvait augmenter le contrôle ».

Les professionnels ne sont pas en mesure de situer l'erreur dans un champ défini et maîtrisable et un sentiment d'arbitraire domine. Cette représentation traduit la manière dont le changement avait été amené dans cet hôpital, et comment des projets qui étaient censés « mettre le patient au centre » n'étaient finalement perçus que comme des moyens de mobiliser les collaborateurs dans le sens de ceux qui cherchaient à s'imposer. Les collaborateurs essayaient de se ranger derrière celui ou celle, ou dans un groupe, qu'il identifiait comme pouvant potentiellement lui assurer un meilleur avenir dans l'organisation. Ainsi, pour ces deux autres informateurs, « les projets n'étaient plus perçus par rapport à leur contenu ou leur finalité, mais par rapport à qui avait décidé de lancer tel ou tel projet. Suivant les relations qu'on avait avec les personnes concernées, on était pour ou contre tel ou tel projet » ; « L'aspect "on essaye de travailler ensemble au mieux, et de faire des processus de qualité pour que le patient en soit le bénéficiaire", ne s'est pas produit. Le fait que le patient constituait la cible était inapparent. Ce qui dominait était des intérêts professionnels identifiés séparément dans les différents groupes professionnels. En somme, il s'agissait d'un grand conflit interprofessionnel plutôt que d'un processus de changement axé sur la sécurité thérapeutique du patient ».

Dans cette atmosphère de « chasse aux sorcières », les collaborateurs désignés se laissent impliquer dans le projet DCM, d'abord parce qu'ils n'ont pas le choix, ensuite en raison du fondement rationnel de ce projet mais surtout en raison de la « protection formelle » que leur offre cette nouvelle structure, même temporaire, qu'est le groupe de résolution : « La DCM visait à diminuer des erreurs de dispensation et il était difficile, rationnellement, de s'opposer *a priori* à un tel projet » ; « Le projet DCM a été lancé par la direction de l'hôpital en argumentant la nécessité d'améliorer la sécurité de la dispensation dans l'intérêt des patients et en décentralisant le développement et la mise en œuvre du projet au niveau des acteurs du terrain. Le projet DCM s'est quand même bien implanté dans l'hôpital grâce à la structure de travail que le médiateur avait mise en place pour le groupe de résolution médicaments. Cela donnait une valeur formelle et légitime à ce projet ».

4.2.1.1 *En résumé*

Les événements rapportés reflètent le dualisme qui divisait alors l'hôpital A avec « les anciens et les nouveaux », « les professionnels et les non-professionnels », « les pro et les contra ». Dans ce contexte, le projet DCM tire sa légitimité d'une décision qui émane de l'autorité hiérarchique, et constitue un espace cloisonné de plus dans une organisation déjà fortement morcelée.

L'aspect logistique des actions menées dans le cadre du projet DCM domine, et « en travaillant sur la réponse à un problème, pour éviter les erreurs, on évite de se poser des questions de fond et de

se confronter à l'erreur ». Comme le mentionne un autre informateur, extérieur au groupe DCM : « ils sont partis d'une solution en recherche d'un problème à résoudre ». Néanmoins, l'espace « protégé » que constitue le groupe de résolution permet aux membres du groupe de découvrir une autre façon de communiquer entre eux leurs différentes perceptions du problème de la dispensation. Pour les membres du groupe DCM, « la construction du projet avait permis aux acteurs d'évoluer. Le groupe était devenu le champion de la DCM », « au sein du groupe de résolution nous sommes finalement tous arrivés au même état d'esprit. Ce projet était devenu une manière de vivre, qui a changé notre façon de fonctionner en rendant vivant notre travail et en l'enrichissant ». En revanche, le groupe DCM représente une menace pour les soignants. Ils ne peuvent adhérer à un projet fondé sur une prétendue insuffisance professionnelle des infirmières (taux d'erreur de dispensation élevé avec le système traditionnel) qui leur retire une part importante de leur travail, autant du point de vue pratique que symbolique.

La signification dominante de l'erreur dans cette phase est celle du résultat d'un acte mal conduit qui véhicule l'idée de jugement négatif et fait craindre la sanction.

4.2.2 Phase B – Le début de la phase B est marqué par le départ du médiateur et le changement de direction générale en août 1991. Le groupe DCM est dissout le 10 novembre 1992. La fin de cette phase correspond à l'arrêt définitif de la DCM en juin 1996. Les activités en relation avec le problème de la sécurité thérapeutique correspondent aux diverses tentatives des différents partenaires concernés d'assimiler ou de transformer la DCM sous une forme plus acceptable.

- L'évolution du contexte

Cette période correspond à l'émergence puis la reconnaissance de la crédibilité des différents groupes professionnels, aussi bien par les soignants que par les non-soignants. Le groupe infirmier profitera tout particulièrement d'un important développement qualitatif et quantitatif, au prix toutefois de la négation de ce qui avait fondé le travail du médiateur et des projets formalisés au cours de son mandat.

Cette phase de cinq ans peut être décrite en trois étapes. La première étape dure deux ans et correspond à l'exercice d'un nouveau directeur général (il s'agit du second directeur général de ce cas et il y en a quatre en tout). Après le mandat de médiation et le départ en retraite anticipée de son prédécesseur, le nouveau directeur général entre en fonction et engage un nouvel infirmier-chef. La gestion publique n'est pas encore soumise à des restrictions financières, ce qui permet un certain développement des services administratifs (personnel, finances, informatique), de l'hôtellerie et des soins infirmiers. Ceux-ci vont se restructurer pour mettre en place une nouvelle politique orientée par projet de soins. Cette réorganisation consiste à réduire les niveaux hiérarchiques de quatre à deux et à convertir les postes de cadres ainsi libérés en professionnels spécialisés. La direction du département des soins infirmiers s'étoffe ainsi d'un staff de 10 nouveaux collaborateurs avec des profils de compétence inédits : infirmiers assistants de gestion, infirmiers spécialistes cliniques et infirmiers chargés de recherche (dont un infirmier chargé des

développements informatiques). Dans le même temps, le département des soins infirmiers constitue, pour ses besoins propres, un réseau informatique interne géré par son propre serveur. Les fonctionnalités suivantes seront développées successivement : charge en soins (PRN en conservant le niveau de détail pour chaque patient par zones de besoins), gestion des patients, gestion des collaborateurs. Ce réseau informatique infirmier ne prévoit pas de lien avec le réseau hospitalier en développement ; de surcroît le premier tourne sur un système Mac alors que le second tourne sur IBM, ... et la DCM utilise toujours des modems et les lignes de téléphones internes pour gérer les prescriptions-commandes informatisées. En 1993, plusieurs groupes infirmiers, nommés groupes qualité, se mettent en place, avec la mission de se centrer sur la clientèle de l'hôpital A et la clinique des soins infirmiers. Ces groupes sont axés sur la création ou le développement de normes de qualité des soins (par exemple : projet de soin avec soignants de référence, protocoles et techniques de soins, hygiène hospitalière, mobilisation/sécurité et prévention des chutes, promotion de la continence, développement de l'hygiène bucco-dentaire), et sur le développement du bien-être ou le plaisir de la personne hospitalisée (animation, convivialité des repas).

Le passage de la première à la deuxième étape, qui durera également deux ans, coïncide avec l'aggravation et la prise de conscience de l'état catastrophique des finances publiques, et avec le départ à la retraite du directeur général N° 2 en août 1993. Au cours de cette seconde étape, l'hôpital est dirigé d'une main de fer par le directeur général N° 3 qui assure l'intégration de nouvelles contraintes financières draconiennes jamais imaginées dans un contexte où règne alors une relative insouciance financière. Après l'aisance financière, il faut apprendre à subir des restrictions budgétaires et des suppressions de postes et des fermetures de lits. Même si ces « coupures » sont relativement modestes (1 à 2 % de réduction annuelle), il convient dès lors de raisonner dans une perspective de redistribution des moyens existants et non plus de croissance « pour son service », ce qui ne se fait pas sans difficulté. Le département des soins infirmiers est perçu par le directeur général comme « un Etat dans l'Etat », qui s'est rapidement développé pour ressembler à une « armée mexicaine » et qui devrait réduire une partie des postes du staff nouvellement établi mais jugé en partie superflu.

D'autre part, la logique de redistribution financière interagit avec le projet DCM. Initialement, la projection théorique des cinq *équivalents-temps-plein* infirmiers qui seraient « gagnés » grâce à la reprise des activités de préparation des traitements individuels par la pharmacie (projection pour l'ensemble de l'hôpital), permettait d'envisager le développement d'activités infirmières dans un sens plus clinique ou relationnel ; il n'était nullement envisagé de disposer de l'équivalent financier de ces cinq postes pour un transfert budgétaire du service des soins infirmiers vers la pharmacie, ni même pour des suppressions de postes pures et simples²². Les nouvelles réalités budgétaires

²² La pharmacie avait pu engager, jusqu'en 1991, trois collaboratrices et collaborateurs supplémentaires, de manière à assurer le fonctionnement de la DCM sur la moitié de l'hôpital. La généralisation de la DCM aurait nécessité l'engagement de deux professionnels de plus en pharmacie (sept au total). Au bilan, l'équivalent temps plein de trois postes infirmiers

changent les données du problème. Le projet d'extension de la DCM n'est plus envisagé alors que sous l'angle des enjeux financiers, du point de vue des services qui « gagneraient ou qui perdraient des postes ». Un informateur donne sur ce contexte l'éclairage suivant : « Ces divergences se situaient entre la ligne médicale et la ligne des soins infirmiers par rapport à la défense des effectifs d'un département et de l'autre, à une époque où nous subissions de fortes restrictions financières. A cette époque, un directeur général venait d'arriver du domaine privé et les méthodes qu'il nous annonçait faisaient peur ». La DCM est directement mise en cause : « En se réappropriant la préparation des traitements, l'infirmier-chef avait fait connaître au directeur général qu'il aurait été possible de supprimer trois préparateurs en pharmacie d'un coup ». L'infirmier-chef de l'époque rapporte : « A ce moment-là je me sentais très fragilisé, convaincu que si la DCM était généralisée et des postes créés en pharmacie, l'équivalent de ces postes serait supprimé dans les soins infirmiers. C'était un jeu de pouvoir et je trouvais très dure cette insécurité ». Le directeur général renvoie le médecin-chef et l'infirmier-chef dos à dos : (note du directeur général au médecin-chef et à l'infirmier-chef) : "J'ai bien entendu les divers arguments pour ou contre la DCM. Je n'ai pas *a priori* technique, mais je suis évidemment favorable à la solution la plus économique. Je défendrai la solution choisie, pour autant qu'il y ait un consensus entre vous et que les frais totaux puissent être inscrits dans le budget 1994. Le directeur médical est prié de bien vouloir fournir à la direction générale un bref résumé des conséquences pour le patient en cas d'adoption ou non du système tel que souhaité par la direction médicale versus souhaité par la direction du département des soins infirmiers ».

Au cours de cette deuxième étape, on voit se développer différents instruments d'informations et d'évaluation des erreurs : les *Rapports d'incident*, les *Constatations de chute de patients*, et les *Appels urgents aux médecins*. Ces différents documents ont été développés principalement à l'initiative du responsable des soins infirmiers avec des objectifs à la fois défensifs et offensifs. Il s'agit de pouvoir délimiter les responsabilités respectives des différents professionnels engagés dans un même processus et de pouvoir construire, au sein d'un groupe professionnel, en l'occurrence les soins infirmiers, une politique de formation et de contrôle des activités. Ces instruments auront contribué à situer les erreurs de dispensation dans un contexte plus large.

Le 31 décembre 1993, le pharmacien-chef de l'hôpital général qui était également responsable de la pharmacie de l'hôpital A et l'un des initiateurs du projet DCM prend sa retraite. Un intérim est assuré par la pharmacienne-chef adjointe en titre qui durera jusqu'au premier janvier 1995. Cette période est mise à profit pour élaborer un projet de pharmacie unique pour l'ensemble des hôpitaux publics. Le 22 février 1994, le rapport du groupe de travail chargé d'étudier et d'émettre une proposition relative à l'organisation d'une pharmacie unique pour l'ensemble des hôpitaux publics, et de confier le fonctionnement de celle-ci à un pharmacien-chef est publié. Ce groupe de travail n'était constitué que de représentants de l'hôpital général à l'exclusion de représentants de l'hôpital

aurait été ainsi dégagé. Dans la logique « suppressive » du moment, l'extension de la DCM à tout l'hôpital aurait vraisemblablement entraîné la suppression de ces postes infirmiers.

A et des hôpitaux de psychiatrie ou de gériatrie. Le groupe propose également le cahier des charges du pharmacien-chef de la pharmacie unique. Dans ce document on relève notamment, en ce qui concerne la dispensation : « veille à l'introduction et à l'application de bonnes pratiques de dispensation, développe un système de distribution individuelle informatisé ». Le 21 décembre 1994, le Conseil d'Etat (pouvoir exécutif, conseil ministériel) entérine, par arrêté, la constitution d'une pharmacie unique pour les hôpitaux publics et nomme le nouveau pharmacien-chef. Cet arrêté prévoit notamment que les collaborateurs des pharmacies de l'ensemble des hôpitaux publics et les budgets de fonctionnement de ces pharmacies seront rattachés hiérarchiquement et administrativement, dans le cadre de la nouvelle pharmacie unique, au pharmacien-chef.

En décembre 1994, le parlement adopte une nouvelle loi sur les hôpitaux qui institue la fusion des quatre hôpitaux publics en un seul, les hôpitaux universitaires, avec un conseil d'administration unique ; la loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 1995 avec effet immédiat. L'ensemble des services médicaux est alors subdivisé en 12 départements médicaux, avec à la tête de chacun un médecin chef de département (ex médecin-chef). La capacité totale est alors de 2500 lits. L'hôpital A devient alors le département médical A dont la mission reste centrée sur la réhabilitation et les soins palliatifs. Le 31 août 1995, le directeur général N° 3 démissionne. Une seule direction générale pour les hôpitaux universitaires est mise en place par étapes.

La troisième étape de cette seconde phase débute en 1995 et coïncide avec la fusion des pharmacies hospitalières et des hôpitaux publics et s'achève en juin 1996 avec l'arrêt définitif de la DCM. La fusion des hôpitaux entraîne une série d'événements en cascade tels que la création d'une direction des soins infirmiers et d'une direction médicale pour l'ensemble des hôpitaux universitaires, dont les effets se feront davantage sentir à partir de 1997.

- Les actions

En octobre 1991, le conseil d'administration relève les effets financiers directs et indirects favorables de la DCM : (procès-verbal de la séance du conseil d'administration) : Commentaires de l'exercice financier en cours par le directeur financier concernant les médicaments : "On constate une forte diminution des dépenses en médicaments. Sur un budget prévisionnel de 550'000.- de francs, seulement 360'000.- francs ont été dépensés fin septembre. Cette évolution à la baisse va continuer et peut être projetée sur le prochain budget. La cause probable est sans doute l'expérience de la DCM, même limitée à 4 unités sur 10, qui a fait prendre conscience du problème des médicaments et influence le comportement des médecins et des soignants de tout l'hôpital". Malgré cet éclairage encourageant, le projet DCM est progressivement marginalisé par rapport aux domaines d'intérêts du nouveau directeur général et du nouvel infirmier-chef. Le groupe DCM poursuit toutefois ses activités conformément au mandat du médiateur toujours valide mais dans des conditions plus difficiles.

La préparatrice responsable de la pharmacie, tente de donner un second souffle au groupe DCM. Dans une note du 11 septembre 1991 adressée au directeur général, au médecin-chef et au

directeur du département d'exploitation, responsable du groupe de résolution DCM, elle demande que le nouvel infirmier-chef prenne une position claire par rapport à la DCM et que ce projet fasse l'objet d'un groupe qualité. Cette demande restera sans suite. Malgré cette déliquescence, la DCM poursuit son extension et une quatrième unité est mise en service en décembre 1991.

Le groupe DCM présente son rapport final en novembre 1992 au comité de direction. Du procès-verbal du comité de direction il ressort : « Le comité de direction prend acte des avantages que la DCM représente par rapport au système de distribution classique s'agissant notamment de la fiabilité de la gestion des médicaments. Des réserves sur l'outil informatique sont émises, cet instrument est lent, il n'offre pas de vision sur écran suffisamment globale et analogique et la production de documents papier est trop importante. Des améliorations devront être faites concernant l'outil informatique. Pour l'infirmier-chef, c'est un bon système mais qui ne couvre qu'une partie de la problématique, en particulier il ne permet pas d'aborder le suivi des patients. S'agissant de l'expérimentation DCM, il est très favorable à certaines améliorations indirectes qui en ont découlé et dont tout l'établissement bénéficie actuellement, il s'agit notamment des blisters et plus particulièrement des formes liquides des doses unitaires. L'infirmier-chef a l'intention de mettre sur pied un groupe qualité médicaments qui concerne justement le suivi de la distribution des médicaments dans le cadre de l'activité des infirmières car il estime que la pratique actuelle n'est pas satisfaisante. Le comité de direction décide la poursuite du fonctionnement DCM dans les quatre unités où ce système fonctionne régulièrement. Des recherches devront se poursuivre afin d'améliorer l'outil informatique et de prévoir son interfaçage avec les instruments informatiques centraux en développement dans les hôpitaux publics. Le projet de généraliser la DCM à l'ensemble de l'établissement devra être élaboré dans les mois à venir et il s'agira de tenir compte des investissements nécessaires en ressources humaines et en ressources de matériel. Le directeur général valorise l'importance de tenir compte de la motivation des collaborateurs en précisant que lorsqu'un projet a engagé un investissement personnel des collaborateurs dans une recherche et qu'il peut être stimulant pour l'ensemble de l'établissement, il présente un intérêt particulier comparé à d'autres projets où l'aspect technique est davantage valorisé ». A l'issue de cette séance, le groupe DCM est dissout. Le projet DCM ne sera plus conduit par un groupe formel et légitime mais par ceux qui auront été convaincus ou intéressés par la généralisation de ce mode de dispensation, principalement le personnel de la pharmacie et certains infirmiers, anciens membres du groupe DCM. Un de ceux-ci rapporte les difficultés d'intégration du projet dans l'hôpital : « A titre personnel, j'ai appris à construire quelque chose plutôt qu'à mettre en évidence des points négatifs. En revanche, pour les collaborateurs infirmiers qui par la suite n'ont été que des utilisateurs cela n'a pas été vécu comme ça. Les infirmiers des unités de soins qui n'ont pas du tout participé à l'élaboration et à la réalisation de ce projet n'ont pas eu envie de le voir arriver dans leur unité ».

Entre novembre 1992 et juillet 1993, la DCM s'étend à une cinquième unité et le développement de la blistérisation se poursuit. En revanche, il n'y a aucune recherche d'intégration de la DCM dans un

groupe clinique interdisciplinaire orienté vers la sécurité thérapeutique. Le système informatique développé pour la DCM est toujours au stade de prototype mais son développement dans une perspective plus intégrée, en partenariat soit avec les soins infirmiers de l'hôpital A qui ont développé leur système, soit avec les services informatiques de l'hôpital général voisin, ne se fait pas. Au procès-verbal du comité de direction de l'hôpital A daté de juillet 1993, nous lisons : « Manifestement, il apparaît que les autres hôpitaux publics de la région sont davantage préoccupés par le développement de leur système d'informatique hospitalière et ne manifestent pas d'intérêt pour le projet initié dans notre hôpital ; on ne peut rien attendre d'eux ».

Le 4 août 1993, l'infirmier-chef "met au vote" la dispensation centralisée des médicaments au cours d'une réunion du collège des cadres infirmiers de l'hôpital A. D'une manière globale, la moitié des cadres émet un préavis négatif, un quart est partagé et un quart est favorable. Dans le détail, les points reconnus comme positifs sont la rigueur des prescriptions médicales, la fiabilité des écritures informatiques, la sécurité liée à l'absence de retranscription d'informations et la sécurité médico-légale apportée aux modalités de signature des infirmières sur les étiquettes de traitement après la distribution des médicaments. Les commentaires négatifs concernent les gobelets de blisters liquides qui ne sont toujours pas satisfaisants (difficiles à ouvrir) et le gaspillage écologique qui leur est associé (aluminium et papier), l'encombrement des archives (52 graphiques par année et par patient), la perte de la vision globale des traitements, la perte des informations infirmières dans le suivi des graphiques hebdomadaires, la perte du champ d'activité infirmière (préparation des traitements), la formation des nouveaux collaborateurs à tournus rapide, infirmiers et médecins, la difficulté de gérer les urgences (disponibilité réduite du stock, retranscription différée sur le système informatique), la perte de connaissance des médicaments à partir du moment où les infirmières ne les préparent plus, le système indisponible le week-end, le coût en nombre de collaborateurs supplémentaires en pharmacie correspondant à un demi poste de préparateur en pharmacie par unité de soins, la réticence des médecins qui sont soumis à une contrainte rigoureuse à la prescription et à leur sentiment de contrôle induit par le système informatique. Le collège des cadres infirmiers va soumettre un questionnaire individuel à tous les infirmiers de l'établissement et va faire circuler le rapport du groupe de résolution DCM à l'ensemble des collaborateurs infirmiers. Un test comparatif concernant la préparation des médicaments sera effectué dans toutes les unités de manière à comparer la préparation centralisée et décentralisée, les infirmiers souhaitent développer un autocontrôle des erreurs de dispensation pour éviter "le flicage". Au total, la DCM n'est pas une priorité pour les soins infirmiers, les imperfections du système actuel sont trop importantes et le coût engendré par sa généralisation est excessif, notamment en période d'économies budgétaires. Les soins infirmiers redoutent que le développement de postes en pharmacie se fasse par le transfert à partir du service des soins infirmiers.

Nous lisons dans les notes personnelles manuscrites de l'infirmier chargé de recherche responsable des projets informatiques datées du 23 septembre 1993 : « La préparation dans l'unité de soins par l'infirmière du traitement quotidien de chaque malade permet aux infirmières de se

réapproprié le traitement médicamenteux. Cette transformation est possible avec une adaptation du système informatique ». Ces notes sont l'ébauche d'une transformation du projet DCM qui garde le principe de la prescription informatisée centralisée en pharmacie, mais qui redistribue la préparation des traitements individuels au niveau des unités de soins, réalisée par les infirmières.

Dans un courrier daté du 8 octobre 1993, le médecin-chef et l'infirmier-chef adoptent une position commune et proposent une « centralisation en pharmacie des prescriptions informatiques et une décentralisation des préparations individuelles dans les unités de soins infirmiers ». En d'autres termes, les arguments pharmaceutiques qui avaient fondé le projet DCM, à savoir les préparations individuelles centralisées en pharmacie, sont abandonnées ; en revanche, ce qui avait rendu la mise en place de la DCM possible comme les prescriptions informatiques et les conditionnements en doses unitaires des médicaments apparaissent comme des bénéfices secondaires et sont maintenus.

Le 13 décembre 1993, les cadres du département des soins infirmiers prennent position au sujet de la dispensation des médicaments dans un courrier adressé au médecin-chef et au directeur général. Ils insistent sur l'intérêt de l'informatisation de la prescription médicale, de l'édition du plan de traitement actualisé dans l'unité de soins et de la blistérisation des médicaments liquides uniquement. Ils proposent que les médicaments soient livrés en emballages originaux dans les unités de soins selon les besoins des prescriptions, que les stocks soient contrôlés par l'informatique, que la préparation journalière des traitements individuels soit effectuée par les infirmières travaillant la nuit, et que l'administration et le contrôle de la prise et des effets secondaires soient réalisés par les infirmières travaillant la journée, ce qui correspond à un double contrôle. Les cadres infirmiers demandent que la DCM soit arrêtée dans les cinq unités qui l'utilisent, durant le 1^{er} trimestre 1994, et ils manifestent leur refus de convenir du bien-fondé de la DCM qui retire aux soins infirmiers la préparation des traitements individuels : « nous jugeons inadmissible la remise en cause de la compétence de notre profession, notamment de la qualité de nos prestations (discours sur les 40% d'erreurs de préparation) ».

Les nouvelles perspectives financières et les pressions sur le département des soins infirmiers compromettent alors les possibilités d'évolution notamment informatique. La DCM fonctionne toujours selon le concept initial dans cinq unités. Cependant, le projet de pharmacie unique pour les hôpitaux publics et le système de distribution individuelle informatisé qui lui est lié apparaît comme un allié potentiel pour le système DCM de l'hôpital A.

L'impossibilité d'étendre la DCM dans sa forme initiale et même de la transformer pour généraliser la prescription informatique comme cela semblait obtenir l'adhésion des soins infirmiers, conduit le médecin-chef à proposer au conseil d'administration de geler la DCM dans sa forme existante mais en réduisant son fonctionnement à une seule unité, dans l'attente de la pharmacie unique et de la reprise du projet de dispensation dans ce nouveau cadre. Le fonctionnement sur une seule unité avait quelque chose de symbolique mais permettait aussi de garder un lieu d'observation et de test pour les développements futurs. Le conseil d'administration entérine cette décision le 16 mai 1994.

A partir du mois de juin 1994, la DCM ne concerne plus qu'une seule unité ; la prescription informatisée n'a pas été généralisée non plus ; en revanche, tous les médicaments sous leurs formes liquides et solides sont livrés dans les unités en emballages individuels unitaires (blisters).

Parallèlement à l'atrophie de la DCM, le département des soins infirmiers constitue un groupe médicaments. Le groupe s'est réuni entre juillet 1994 et mai 1995, avec une dernière réunion de « clôture officielle » en janvier 1996. Le travail a été axé essentiellement sur des problèmes pratiques : boîte de distribution, gobelets à liquides, stocks dans les unités, etc. Le groupe médicaments était composé exclusivement d'infirmiers mais des réunions régulières avec les préparateurs en pharmacie ont permis de régler ponctuellement de nombreux problèmes. La réflexion plus approfondie a concerné la distribution des médicaments et la responsabilité des infirmiers, les objectifs de soins et l'autonomie du patient. Les résultats ont porté sur des aspects concrets : changement de boîte à médicaments par exemple ou sur la création de documents de validation de prise de médicament et sur une directive concernant la distribution des médicaments. De nombreuses questions sont restées en suspens, comme le contrôle des stupéfiants par exemple.

De juin 1994 à juin 1996, les actions principales en relation avec la DCM sont celles qui vont conduire à son arrêt total et définitif. En novembre 1995, le nouveau pharmacien-chef de la pharmacie unique écrit : « Un suivi des prescriptions médicamenteuses sera assuré lorsque le dossier thérapeutique sera intégré au dossier médical informatisé selon le plan directeur informatique des hôpitaux universitaires. Une prescription nominative des médicaments telle qu'elle existe actuellement en partie dans le département médical A n'aura alors plus de raison d'être et il ne paraît pas nécessaire de prévoir son maintien ». Le 23 décembre 1996, la direction financière des hôpitaux universitaires entérine le transfert administratif des postes du personnel de pharmacie, des départements médicaux vers la pharmacie unique.

- L'interprétation de l'erreur

Au cours de cette période la notion d'erreur est progressivement située dans un contexte plus large que celui qui concerne uniquement les erreurs de dispensation. Le discours sur l'erreur concerne également les divers incidents pouvant survenir dans l'hôpital et de manière plus spécifique les chutes de patients. « L'idée fondamentale à l'époque c'était de communiquer dans le système. C'était d'avoir les informations, au lieu qu'elles soient camouflées ou traitées en catimini », rapporte un informateur.

L'erreur est mieux acceptée et s'intègre dans les préoccupations des cadres et des professionnels. Le sens qui lui est donné est plus ambigu que précédemment. L'erreur désigne ici à la fois un problème clinique dont les professionnels peuvent se saisir pour développer un projet, et le résultat d'une activité. Par exemple, la documentation du problème des chutes de patients en milieu hospitalier a permis de fonder un projet professionnel et de légitimer, en partie, les activités des infirmiers spécialistes cliniques ou chargés de recherche, contribuant ainsi au développement du

département des soins infirmiers. D'un autre côté, la documentation des chutes permet de montrer à la direction générale ou à toute autre instance de surveillance, comment un problème est contrôlé. Cet aspect du contrôle des erreurs alimente la raison d'être de l'encadrement hiérarchique infirmier.

Ce sens de l'erreur qui oriente le contrôle, n'est pas uniquement l'affaire de la hiérarchie. Les professionnels de terrain s'en saisissent et l'utilisent, essentiellement dans le but de se démarquer d'une situation critique. Pour cela, ils font un usage de plus en plus banalisé des *Rapports d'incidents*. Par exemple, lors d'altercation avec un patient ou ses proches, ils donnent leur version des faits de manière à anticiper une plainte toujours possible ; ils agissent pareillement lors de conflits avec des représentants d'autres groupes professionnels. Les *Rapports d'incidents* sont aussi utilisés pour signaler des erreurs de dispensation; ce sera une façon de faire émerger une autre vision de la sécurité thérapeutique.

L'erreur n'est pas ce qui sépare le vrai du faux, mais plutôt ce qui module le mieux du moins bien. L'erreur n'est pas quelque chose qui tombe arbitrairement, sa valeur n'est pas absolue, elle est négociée, établie puis contrôlée par les professionnels eux-mêmes. En face d'un patient confus, désorienté et instable à la marche, les infirmiers devront balancer le risque d'une chute au cas où le patient se lèverait seul, échappant à la surveillance, avec la contention, qui signifie attacher le malade sur sa chaise et qui est inacceptable d'un point de vue éthique²³.

Ce sens de l'erreur dont les professionnels sont capables de se saisir, n'a pas fait disparaître le sens de l'erreur auquel le projet DCM est assimilé, peut-être car la DCM est perçue comme la réponse à une signification de l'erreur inacceptable pour les professionnels. Les propos d'une informatrice, infirmière membre du groupe DCM, puis ceux d'un informateur, infirmier extérieur au groupe, illustrent ces différents niveaux de signification de l'erreur : « Je crois qu'il manquait beaucoup de neutralité bienveillante. De plus, le projet qui visait à diminuer les erreurs de dispensation s'est heurté à la culture professionnelle des infirmières en la matière : j'ai rarement observé que les infirmières se solidarisent autour de leur collègue qui peut avoir fait une erreur. Lorsque cela survient le professionnel responsable de l'erreur sera montré du doigt et cela est malheureusement une pratique courante que j'observe dans notre profession. Cette incapacité de construire un projet autour du concept de l'erreur est en partie responsable de ce qui nous a empêché de travailler, d'évoluer tous ensemble » ; « On nous confie la vie des patients, on nous confie les médicaments, l'administration des traitements, et pour essayer de dédramatiser cet aspect des choses, mais aussi pour éviter la culpabilité d'une erreur, c'est de situer cette erreur dans un environnement où il y a toutes sortes d'erreurs possibles et imaginables. On peut perdre un objet, on peut laisser tomber le réveil d'un patient, on peut perdre, comme cela s'est passé parfois, les bijoux d'une patiente en faisant sa toilette, puis ça part dans le linge sale puis ça

²³ Balancer entre prendre le risque de voir un patient tomber ou l'attacher sur sa chaise est une forme de double contrainte : seule l'intégration des deux éléments contradictoires dans la détermination de l'attitude permet peut-être de rendre acceptable l'option retenue.

disparaît. C'est un incident. Comme une erreur de médicament qui survient parce qu'on a été dérangé par le téléphone. Il s'agit de dire : c'est une erreur, OK, mais c'est une erreur humaine ». Resituer les erreurs dans un contexte plus large était une façon de dédramatiser l'erreur et de la rendre apparente pour y répondre en prévenant dans les meilleurs délais ses conséquences possibles : « Si une erreur est considérée comme une faute professionnelle, on recherche tout de suite le coupable. C'est ce qui incite les gens à cacher leurs erreurs, et ce qui est dramatique dans l'histoire des médicaments, c'est que si tu caches ton erreur, il se passe après toute une chaîne d'événements que plus personne n'explique. Certainement que l'idée qui a prévalu à cette époque c'était de dire : chacun a droit à des erreurs, même dans sa pratique professionnelle du moment qu'il les communique et puis que les personnes qui sont directement impliquées puissent intervenir. Et un des meilleurs moyens c'était ce formulaire de *Rapports d'incident* qui était de tous types, il n'était pas spécialement axé sur les médicaments. Il y a eu une démarche avec le médecin-chef qui était axée sur les médicaments, on s'est rencontré par rapport au directeur général en se disant : dès qu'on sanctionne une erreur de dispensation tout problème de sécurité est nié et les soignants donnent une vision lisse de leur pratique en assurant que tout est parfait. A l'inverse, si l'on ne sanctionne pas les erreurs de dispensation, elles apparaîtront et elles seront communiquées. Alors on ne sanctionne pas, à moins que la faute soit volontaire, on reconnaît, on prend les mesures par rapport au patient et on écrit dans le dossier du patient qu'on a fait une erreur, on informe le patient qu'il y a eu une erreur et cela permet au médecin de prendre les dispositions nécessaires ».

L'émergence de ces différentes représentations plus ou moins relativisées de l'erreur se traduit par une réinterrogation plus fondamentale de la notion de sécurité thérapeutique et, dans ce cadre, de la place des rôles professionnels respectifs : « Par exemple, on peut se représenter la notion de sécurité thérapeutique de deux manières différentes. Tout d'abord d'une façon "logistique", correspondant à ce que la DCM pouvait apporter en principe, en réduisant le taux d'erreur de dispensation entre le moment où la prescription est rédigée et le moment où le traitement est délivré au malade. Mais on peut se représenter la sécurité autrement : c'est quand le patient a compris quel médicament on lui donne, a compris les indications thérapeutiques, a appris à se méfier des contre-indications et des interactions avec d'autres médicaments, est capable de reconnaître les effets secondaires et qu'il peut parler de tout cela avec maîtrise face aux professionnels » ; « Cela ne me posait aucun problème de ne plus préparer les traitements individuels, qui était en soi une tâche fastidieuse, mais en revanche cette perte d'activité n'était pas fondée sur une réflexion profonde sur la place que l'infirmière avait à prendre par rapport à cette prescription informatisée et ce nouveau processus de dispensation vis-à-vis des patients ».

4.2.2.1 En résumé

Les modifications du contexte sont caractérisées principalement par la croissance et la maturation professionnelle des services et l'apparition de l'austérité financière. Le regard s'est principalement porté sur les soins infirmiers, service qualitativement et quantitativement important dans ce type

d'hôpital, qui ont bénéficié de changements significatifs pendant cette période et qui présentent l'avantage d'une plus grande visibilité que d'autres services pour l'observation. Il faut toutefois préciser que l'ensemble des services cliniques et non cliniques s'est professionnalisé²⁴ et développé²⁵ au cours de cette phase.

Le projet DCM est progressivement marginalisé puis abandonné. Il s'est trouvé en porte-à-faux avec la façon de s'interroger sur les problèmes et de tenter d'y répondre : « S'agissant du projet DCM, nous nous sommes beaucoup trop axés sur les problèmes de transport, de chariots, de gobelets de blisters etc. Nous avons développé une vue trop logistique et pas suffisamment clinique » ; « J'avais l'impression qu'il manquait une réflexion infirmière complète. Comme s'il y avait eu une lecture trop rapide du projet où la seule chose qui apparaissait était que les infirmières ne prépareraient plus les traitements individuels mais se limiteraient à les distribuer ». La DCM n'a pas trouvé de crédibilité auprès du corps infirmier, il était en décalage. Il incarnait une forme inacceptable de régulation : le *mieux* n'avait pas été distingué du *moins bien* par les professionnels eux-mêmes mais par un groupe dont la légitimité originelle était hiérarchique et non professionnelle ; la dimension multidisciplinaire de ce groupe était contestée et qualifiée de « confusogène ».

Le sens donné à l'erreur est construit et négocié par les individus au sein d'un groupe professionnel : l'erreur devient l'affaire des professionnels, elle permet de définir les standards, d'organiser des activités en développant des projets de soins et d'orienter le contrôle de ces activités. Ce sens de l'erreur qui oriente le contrôle est associé à une structuration centrée sur la logique interne au groupe et tend à cloisonner les professions les unes par rapport aux autres. Cette interprétation du sens de l'erreur a dominé pendant cinq ans, malgré deux changements contextuels majeurs, les restrictions financières en 1993 et la fusion des hôpitaux en 1995.

La nouvelle représentation du problème qui apparaît au cours de cette phase émerge de la confrontation des rationalités incarnées par le projet DCM avec celles incarnées par les projets de soins. Il apparaît de nouvelles interrogations : « Au départ du projet DCM, il n'y avait pas de réelle conscience que l'infirmière influe sur la qualité du diagnostic du médecin et de sa prescription grâce à ses observations ; souvent le médecin a une vision partielle et transversale du malade, alors que l'infirmière est présente avant et après le passage du médecin. Il n'y avait pas une réelle conscience de l'importance de cette cohérence et de la nécessité d'être partenaires », rapporte une infirmière membre du groupe DCM.

La DCM apparaît comme une réponse partielle (diminuer les erreurs de dispensation) à un problème plus général (la bonne pratique de la thérapeutique) et cette limitation du champ d'analyse et d'intervention a provoqué un déséquilibre : les infirmiers étaient « désignés coupables et incompetents » pour la préparation des traitements qui devaient alors être confiée aux

²⁴ Augmentation du taux de diplômés par rapport aux non diplômés.

²⁵ Augmentation du nombre total de collaborateurs de l'hôpital rapporté au nombre de journées d'hospitalisation annuelles.

préparateurs en pharmacie mais d'un autre côté. En revanche, les pratiques médicales n'étaient pas du tout prises en compte en deçà de la rédaction de l'ordonnance informatique : le projet DCM occultait la question de l'adéquation du médicament choisi avec le problème clinique du malade et des interactions possibles avec d'autres médicaments déjà prescrits. Il en est résulté une perception d'inégalité dans la manière d'impliquer les professionnels dans la DCM. Cela apparaît dans un procès-verbal du comité de direction d'août 1993 : « La prise de position de l'infirmier-chef est la suivante : favorable à l'extension informatique pour autant que [...] soit développé un logiciel de contrôle des interactions médicamenteuses et de la prescription [...] ».

4.2.3 Phase C – La phase C fait suite à l'arrêt de la DCM en juin 1996 et s'arrête en hiver 1999. Les activités en relation avec le problème de la sécurité thérapeutique ne se regroupent plus sous une seule étiquette de projet particulier mais apparaissent plus diffusément, en lien avec d'autres projets visant à promouvoir la qualité des soins dans une perspective plus large.

- L'évolution du contexte

L'hôpital digère la fusion. Il s'agit de rendre opérationnel le slogan qui avait accompagné le projet de regroupement : « centralisation au sommet et décentralisation à la base ». Les frontières habituelles sont bousculées. Les collaborateurs vivent cette période à la fois comme la réaffirmation de leur ancienne appartenance et comme la recherche d'une nouvelle appartenance et d'une nouvelle identité.

Les événements suivants ont marqué significativement l'évolution du contexte : les projets de service, les directions professionnelles, les départements médicaux, les services généraux, la pharmacie unique avec l'histoire des « blisters » et la qualité dans les hôpitaux universitaires. Leur description synthétise les propos des informateurs qui reflètent la complexification de leur environnement professionnel.

L'infirmier-chef du département médical A a été appelé à une fonction de chargé de recherche attaché à la nouvelle direction des soins infirmiers des hôpitaux universitaires. Sa remplaçante est entrée en fonction en octobre 1997.

Les projets de service

Les projets de service correspondent à un grand projet institutionnel débuté en 1994 qui est encore en évolution en 1999. Initié par le directeur général de l'hôpital de psychiatrie et de l'hôpital de gériatrie²⁶, cette démarche s'est déroulée en plusieurs étapes impliquant, après la fusion, l'ensemble des services cliniques et non cliniques des hôpitaux universitaires. Le premier objectif était de rendre apparent et explicite les pratiques existantes, de clarifier les missions respectives des différents services, d'identifier des centres d'excellence et de mieux se représenter les

²⁶ Il est l'actuel directeur général des hôpitaux universitaires.

interrelations entre les différents partenaires du réseau socio-sanitaire régional. Le travail a été mené par des groupes de collaborateurs du terrain encadrés par des animateurs issus du même service et formés à cette intention. Le second objectif était d'identifier des doublons (par exemple, le carcinome mammaire est traité différemment par deux services distincts : la division d'oncologie et la division de gynécologie) et de juger si ces doublons étaient justifiés et nécessaires, c'est-à-dire complémentaires, ou au contraire injustifiés, c'est-à-dire correspondant à une concurrence nuisible à la qualité des soins et aux intérêts financiers de l'institution. Ce second objectif correspond à une phase d'arbitrage qui a été accomplie dans le cadre de mandats, appelés projets transversaux, confiés également à des groupes de collaborateurs. Un troisième objectif, qui ne faisait pas partie de ceux annoncés initialement, a consisté à construire des programmes transversaux à partir de certains rapports des projets transversaux. Ces programmes transversaux, définis par mandats, sont prioritairement orientés vers la recherche d'une utilisation plus efficiente des ressources dans un but explicite. Par exemple, le programme transversal *incontinence* vise à répartir les compétences et les ressources en matière d'urodynamique entre les urologues, les gynécologues, les neuro-rééducateurs et les gériatres, puis de définir des standards de bonnes pratiques et des règles de collaborations inter-services. Les programmes légitiment et incarnent l'arbitrage : le conseil d'administration a entériné ces structures et accepté que des ressources financières et des postes de collaborateurs leur soient alloués. Chaque programme est dirigé par un comité composé des principaux détenteurs de compétences et d'intérêts en relation avec le sujet du programme, principalement des médecins et des infirmiers ou infirmières ; à sa tête se trouve un directeur de programme. Les membres des comités de programmes et les directeurs de programmes sont désignés par la direction médicale ; ces collaborateurs gardent leurs activités habituelles et le rattachement hiérarchique à leur service d'origine : ils ont alors une double appartenance. Les directeurs de programme rendent compte régulièrement au comité de suivi des programmes transversaux, composé du directeur médical, du directeur des soins infirmiers et du secrétaire général. La phase des programmes transversaux a débuté au printemps 1999.

Les directions professionnelles

La fusion des hôpitaux a conduit à l'instauration d'une direction médicale et d'une direction des soins infirmiers pour l'ensemble des hôpitaux universitaires. Le directeur médical est nommé pour quatre ans par le conseil d'administration sur préavis du collège des professeurs médecins-chefs de service. Il est membre du comité de direction. Son rôle premier est de garantir la qualité des soins médicaux, tâche qu'il remplit par délégation aux médecins-chefs de service. En revanche, il préavise, pour le comité de direction, toutes les nominations ou promotions concernant des médecins hospitaliers. De plus, il dirige le groupe qualité et le comité de suivi des programmes transversaux. Le directeur des soins infirmiers est nommé par le conseil d'administration pour une durée indéterminée. Il est membre du comité de direction. Il assume l'autorité hiérarchique directe des infirmiers et infirmières responsables des soins des différents départements médicaux.

Les départements médicaux

La fusion des hôpitaux a conduit à l'instauration de 12 départements médicaux (un par spécialité médicale ou domaine d'activité, par exemple, département de pédiatrie, de psychiatrie ou de soins palliatifs et réhabilitation), ayant un médecin chef de département à sa tête, assisté dans cette tâche par un comité de gestion qu'il préside ; l'infirmier(ère) responsable du département médical est membre de droit du comité de gestion. Les médecins chefs de départements médicaux, nommés pour quatre ans par le conseil d'administration, sont responsables de la bonne marche médicale, financière et administrative de leur département. Tous les collaborateurs, et bien évidemment les médecins et les infirmiers et infirmières, sont intégrés dans les départements médicaux.

Il faut relever l'ambiguïté qui existe entre l'autorité des médecins chefs de départements médicaux et celle des directions professionnelles. Cette ambiguïté est peut-être en rapport avec les relations peu cloisonnées observées par des informateurs, entre les hiérarchies médicales et infirmières du département médical A.

Les services généraux

La fusion a conduit à la centralisation des différents services généraux (finances, ressources humaines, informatique, hôtellerie, sécurité, nettoyage).

La commission des médicaments

Cette commission est chargée d'établir et de faire appliquer la politique du médicament dans les hôpitaux universitaires. Elle est composée de représentants médicaux et infirmiers des départements cliniques, de la pharmacie et de la division des achats. Elle procède à la mise à jour continue de la liste de référence des médicaments autorisés et donne les indications nécessaires aux acheteurs pour négocier les prix des médicaments. Son président de droit est le médecin-chef de la division de pharmacologie clinique. La commission des médicaments n'est pas consultative mais décisionnaire.

La pharmacie unique

Le principe fondateur de la pharmacie unique des hôpitaux publics visait à passer d'un service classique de type « magasin spécialisé » à un service de promotion et de développement de la pharmacie clinique. Deux axes devaient être privilégiés : l'assurance qualité de la dispensation avec la mise en œuvre d'un système de distribution individuel informatisé, en collaboration avec la division de pharmacologie clinique, et la promotion au rang académique de pharmaciens hospitaliers. C'était dans cette perspective que la DCM avait été abandonnée par le département médical A, avec l'idée que le développement d'une forme de dispensation approchant celle de la DCM allait se faire en cohérence avec l'installation de la pharmacie unique. Quatre ans après la fusion des hôpitaux et la réunification des pharmacies, le projet initial a été détourné et le nouveau

pharmacien-chef a démissionné. Deux événements majeurs qui ne figuraient pas au concept de départ ont été imposés au pharmacien-chef : la fermeture des anciennes pharmacies dites périphériques (celles des hôpitaux comme l'hôpital A) avec le regroupement de tous les collaborateurs de ces pharmacies dans un seul lieu ; l'obligation d'intégrer une nouvelle chaîne de fabrication de produits stériles, commandée huit ans auparavant mais livrée au moment de la réunification des pharmacies, valant plusieurs millions de francs et employant près de 20 personnes. Le premier événement provoqua des mouvements syndicaux et des grèves, le second détourna l'utilisation des locaux et des postes de collaborateurs, ne laissant plus de ressources pour développer l'assurance qualité de la dispensation ni la promotion académique des pharmaciens.

Du point de vue de l'hôpital A, l'arrêt de la DCM (qui fonctionnait dans 5 unités sur 10 en 1993 et 1994) et l'abandon de la quasi-totalité du reconditionnement des médicaments sous forme de blisters se traduit par un report de charge de travail sur les soins infirmiers. Dans un courrier de la préparatrice en pharmacie du département médical A au pharmacien-chef et daté du 11 janvier 1996, on lit ceci : « à la lecture de votre rapport, il apparaît que, entre notre activité actuelle (cinq personnes très occupées) et la disparition complète de la pharmacie du département médical A, il se trouve un grand vide qui ne peut être explicable que par une manière totalement différente de pratiquer la pharmacie. Cette nouvelle façon d'envisager la fonction pharmaceutique, un élément du rapport final sur la pharmacie unique nous le suggère : il est en effet fait mention d'une économie d'un million de francs annuellement. Il est logique de penser que cette économie qui représente un travail non effectué par diminution drastique des moyens mis à disposition va modifier radicalement le travail des soignants qui se verront reprendre à leur compte ce qui ne sera plus effectué par la pharmacie ». La centralisation de la pharmacie modifie également les pratiques de commandes de médicaments. Dans un courrier de l'infirmier responsable des soins du département médical A daté du 15 mai 1996 et adressé au directeur des soins infirmiers des hôpitaux universitaires nous pouvons lire : « Selon le concept retenu, les commandes de pharmacie devront être passées sur informatique depuis chaque unité de soins. Les infirmiers devront relever sur un support papier les commandes à passer puis se mettre devant un ordinateur pour saisir cette commande. La saisie sur informatique est donc une nouvelle tâche supplémentaire sans aucune valeur ajoutée dévolue aux soignants ». En prévision de ce report de charge, le médecin-chef du département médical A avait demandé, en décembre 1995, la rétrocession des postes de pharmacie qui avaient été créés en 1991 pour le développement de la DCM : « J'ai pris bonne note que la pharmacie unique pour les hôpitaux universitaires ne pourrait pas poursuivre la blistérisation pour la totalité des médicaments solides, ni même des médicaments liquides comme nous la pratiquons actuellement. Je tiens à préciser que cette pratique n'est pas un essai mais un fonctionnement régulier depuis plus de trois ans et qui dessert la totalité des unités de soins du département médical A. L'essai auquel vous faites référence concerne la prescription individuelle par ordinateur et la préparation des traitements individuels en pharmacie (DCM), qui ne fonctionne actuellement plus que dans une

seule unité et sera prochainement abandonnée. Le travail de blistérisation des médicaments solides et liquides occupe à plein temps un préparateur en pharmacie et un aide en pharmacie. Ces tâches de préparation correspondent à une charge de travail qui sera transférée aux infirmiers. Ce transfert d'activité devrait être accompagné des forces de travail correspondantes, c'est-à-dire de deux postes. Au total, je demande que sur les 4,8 postes actuels de la pharmacie du département médical A, 2,6 soient transférés à la pharmacie unique et 2,2 soient transférés aux soins infirmiers du département médical A ». Cette demande restera lettre morte. Une nouvelle demande est formulée en juin 1997 qui n'aura pas de meilleure suite.

Fin décembre 1998, la pharmacie du département médical A est définitivement fermée, la préparatrice responsable prend sa retraite, les derniers collaborateurs restants sont transférés dans les locaux de la pharmacie unique, aménagés sur le site de l'hôpital général (dénomination avant la fusion).

L'histoire des blisters²⁷

Le reconditionnement des médicaments sous forme solide et liquide en doses unitaires (blisters) s'est développé puis généralisé à l'ensemble des unités du département médical A en raison du projet de dispensation centralisée des médicaments. Après l'arrêt de la dispensation centralisée des médicaments, la question a été posée par la commission des médicaments et la direction de la pharmacie unique pour les hôpitaux universitaires du devenir de la distribution des médicaments en doses unitaires. Le département médical A était en 1995 le seul département des hôpitaux universitaires à avoir généralisé cette pratique. Un groupe d'étude constitué par la commission des médicaments a été mandaté fin 1996 dans les termes suivants : "par un examen approfondi de l'état actuel de la préparation de doses unitaires dans les hôpitaux universitaires et par l'étude des avantages et inconvénients de la blistérisation, donner à la commission des médicaments les éléments nécessaires à décider d'une éventuelle extension à l'ensemble des hôpitaux universitaires de la fabrication en doses unitaires".

Ce groupe d'étude conclut à l'intérêt d'envisager une blistérisation ciblée sur certains produits mais non une généralisation systématique de la blistérisation à l'ensemble des hôpitaux universitaires. Une extension générale se heurterait à trop de pratiques diversifiées et contraindrait non seulement une réorganisation de l'ensemble des pratiques dans les unités de soins mais surtout mobiliserait de trop grandes forces de travail au sein de la pharmacie unique pour y arriver. En conséquence, la commission des médicaments constitue en juillet 1998, un nouveau groupe *ad hoc* avec l'objectif suivant : "après avoir préalablement écarté l'hypothèse d'une généralisation aux hôpitaux

²⁷ Un blister est un emballage qui contient la dose d'un médicament correspondant à une prise (dosage unitaire), réalisé dans des conditions de conservation explicites, et identifiable en ce qui concerne le produit contenu et son dosage. Ce reconditionnement s'applique à des médicaments solides livrés en vrac (plusieurs capsules dans un emballage), ou liquides livrés en flacons (gouttes ou sirop) par les industries. La présentation des médicaments sous forme de blisters amène un gain de temps et une diminution de risque d'erreur au moment de la préparation d'un traitement individuel.

universitaires de la distribution sous forme de doses unitaires, faire des propositions concrètes d'une gamme de produits pour lesquels une administration sous forme de dose unitaire se justifie. Les médicaments à usage interne, liquides et solides, sont les principaux concernés mais une réflexion dépassant le cadre de ces seuls produits doit avoir lieu ». Le groupe de travail, constitué de pharmaciens, de médecins et d'infirmiers, rend son rapport le 15 février 1999. Voici ses conclusions: « Le groupe confirme que le gain de sécurité apporté par l'usage des doses unitaires n'est pas lié à sa généralisation systématique mais plutôt à son utilisation pour certains produits identifiables selon des critères explicites (suit une liste de critères et de produits). Il semble d'autre part utile de réévaluer la taille de certains emballages inadaptés à l'usage hospitalier et d'effectuer des reconditionnements, source d'économies par la limitation des stocks dans les unités de soins et la limitation des retours d'emballages entamés et non recyclables qu'ils induisent [...] ».

La qualité dans les hôpitaux universitaires

En 1995, l'entrée en vigueur d'une nouvelle loi fédérale sur l'assurance maladie établit l'obligation pour les prestataires de soins hospitaliers et ambulatoires de fixer des normes de qualité de soins correspondant à des résultats mesurables. Par exemple : taux d'infections nosocomiales, taux de plaies de décubitus, fréquence des chutes de patients avec conséquences significatives, etc. Ces données devant servir, dans un délai de cinq ans, à négocier avec les assureurs-payeurs les tarifs de remboursement de prestations. Cette règle est conçue d'une manière pouvant conduire à des effets pervers : les prestataires les moins bien notés se verront pénalisés financièrement sans tenir compte des différentes typologies de patients (âge, pathologie(s), etc.) des différents services prestataires.

En 1996, la direction générale exprime le besoin de définir une "structure qualité" pour les hôpitaux universitaires. Cette démarche de formalisation rend apparente l'existence de nombreux projets jusque-là restés à un degré plus ou moins confidentiel. Parmi ceux-ci, on relève des programmes de prévention des infections nosocomiales, de développement de standards de soins visant à prévenir les plaies de décubitus, les chutes de patients en milieu hospitalier, à améliorer la qualité de l'hébergement et à mettre en place le PRN. Le groupe qualité des hôpitaux universitaires se constitue formellement courant 1997 : sa mission principale est de soutenir les services cliniques dans leurs activités de maintien et d'amélioration de la qualité des soins dispensés aux patients. La qualité des soins doit rester sous la responsabilité et le contrôle des personnes impliquées dans les activités cliniques. Il s'agit de favoriser l'expression d'un esprit critique, constructif et créatif, dans les services : la découverte d'un défaut doit être une occasion de réévaluer des structures et schémas de fonctionnement, de rechercher des solutions efficaces, de mettre en œuvre l'intervention choisie et d'évaluer son impact. Les collaborateurs du groupe qualité sont à disposition des services cliniques qui souhaitent concevoir ou clarifier certains aspects de projets concernant la qualité des soins. Cela comprend : l'identification des problèmes, l'analyse des processus de soins, l'élaboration d'interventions visant à améliorer la qualité des soins et

l'évaluation des interventions projetées. Ils offrent une aide directe dans l'exécution des projets et dans l'analyse et l'interprétation des données récoltées. Pour des projets jugés prioritaires par la direction médicale, des postes de chercheurs et des moyens financiers peuvent être requis.

- Les actions

L'utilisation « généreuse » des *Rapports d'incident* révèle plusieurs fois par semaine des erreurs sur la chaîne de dispensation des médicaments. Parallèlement la DCM est presque oubliée, la pharmacie sise dans les locaux du département médical A sera bientôt fermée et la forme blistériée des médicaments en partie abandonnée.

Dans ce contexte, la quête d'une meilleure sécurité thérapeutique se poursuit, fondée sur les représentations suivantes du problème : « Nous ne pouvons pas nous limiter aux petites phases morcelées de la prescription, de la préparation et de l'administration : on peut avoir tous les stocks de médicaments à disposition, toutes les personnes qui préparent et toutes les personnes qui distribuent, si personne ne s'interroge sur *comment faire le lien avec la compréhension et le comportement du patient, et comment vérifier la cohérence entre ce qui a conduit à la prescription et la mise à disposition du traitement*, tous ces moyens ne servent à rien », témoigne un informateur. Cette représentation des différents niveaux d'élaboration et de mise en œuvre d'un traitement illustre finement la complexité de ce processus.

D'autre part, l'autocorrection ou le rattrapage de l'erreur, indispensable dans une perspective de sécurité immédiate, est également perçu comme un frein à une meilleure compréhension et une meilleure maîtrise du processus : « Nous sommes convaincus que beaucoup d'erreurs passent à travers et ne sont pas annoncées, donc pas partagées et qu'on ne peut rien en faire. Il s'agit principalement des erreurs de préparation qui sont compensées par la collègue, là on ne sait jamais rien, c'est ce genre de chose justement qu'on aimerait essayer de dépister parce qu'il y en a sûrement pas mal qui sont compensées soit par la personne elle-même parce qu'elle s'en aperçoit peu après, soit par la collègue qui passe derrière et effectue la correction. *Tous ces systèmes autocorrectifs qui ne révèlent pas l'erreur*, ni au patient, ni aux collègues, ni au médecin, ni à la hiérarchie, ni à qui que ce soit ». Ces interrogations vont déboucher sur un nouveau projet et une nouvelle pratique de prescription.

Le nouveau projet se fonde sur la conviction des professionnels que l'apprentissage par l'erreur passe par une démarche qui intègre les différents professionnels et les patients : « Finalement, la mise en place d'un projet nécessite peut-être deux types de groupe de travail coexistants, l'un travaillant sur les aspects logistiques et l'autre sur les aspects des différentes représentations, autant par les patients que par les professionnels. C'est peut-être la seule façon d'intégrer un changement en relation avec un projet de soins. En se limitant à l'aspect logistique de la mise en place des projets, le changement organisationnel se fera en apparence mais au fond rien n'aura été intégré et il va se créer des groupes de résistance à l'intérieur de chaque profession, et les patients vont se sentir complètement en dehors de l'histoire alors qu'ils sont partie prenante » ; « Cela

permet de faire davantage de découvertes dans de multiples champs professionnels. Cela permet au professionnel de dépasser une vision morcelée des processus et lui laisse une marge d'apprentissage pour effectuer des changements qualitatifs de ses pratiques ».

Ce projet prend corps au printemps 1998 sur l'initiative du groupe des infirmiers responsables d'unité de soins du département médical A. Le but consiste à rendre explicite toute anomalie détectée en relation avec la thérapeutique. Cette initiative entraîne l'adhésion des collaborateurs du terrain et de l'ensemble des cadres infirmiers et médicaux. Un petit groupe de pilotage, composé d'infirmiers et de médecins, élabore un premier protocole. Une conjonction se produit alors entre ce projet local et le premier appel d'offres du groupe qualité des hôpitaux universitaires : le projet sera soutenu par le groupe qualité et prendra alors une dimension plus large, impliquant deux autres départements médicaux. Le protocole se développe sur quatre axes : l'identification de la nature des erreurs ; la comptabilité des erreurs ; l'analyse des processus et la représentation des erreurs. Quatre sous-groupes de recherche composés d'un mélange de médecins, de pharmaciens et d'infirmier(ères) se constituent autour de chaque axe ; des patients sont impliqués pour certaines parties ; le travail se poursuit jusqu'au printemps 2000.

La nouvelle pratique de prescription consiste en l'élaboration et l'utilisation générale d'un nouveau formulaire de prescription médicale. La DCM avait laissé aux infirmiers le goût des prescriptions informatiques sans faille, sans ambiguïté, sans difficulté de lecture. Le service central d'informatique médicale et le responsable de la pharmacie unique promettaient l'arrivée imminente du dossier médical informatisé incluant l'ordonnance informatique, que personne ne voyait venir. Inquiets de souvent relever des prescriptions médicales incomplètes, parfois peu lisibles, rédigées sur du simple papier ligné, les cadres infirmiers proposent alors un tout nouveau document destiné aux prescriptions médicales. Ce document sur papier d'une page, reprenant par colonnes les étapes systématiques développées dans le cadre du projet DCM, force à la précision et à la clarté de la prescription.

- L'interprétation de l'erreur

L'erreur est mieux acceptée et son omniprésence reconnue ; l'erreur est recherchée, son identification devient une source d'information imprévue mais indispensable pour comprendre comment « on en est arrivé là » : « Moi j'encourage que les gens de mon équipe me transmettent toute erreur pour justement essayer de trouver une solution en prenant l'aspect erreur comme positif pour arriver à changer, à ne plus faire d'erreur. Je le fais pour tout », nous dit un informateur, responsable d'une unité de soins infirmiers.

Dans cette interprétation, l'erreur est à l'origine de la quête d'une meilleure vision de ce qui se passe à chaque étape de la collaboration, au sein d'un même groupe professionnel mais aussi entre différents groupes professionnels : « Il est certain que si je m'aperçois d'une erreur, et pas uniquement quand ma responsabilité est engagée mais aussi s'il apparaît que certains dysfonctionnements existent ailleurs qui pourraient éventuellement être corrigés et faire en sorte

que ces dysfonctionnements n'existent plus, je me sens tout à fait concerné pour le dire et pour essayer de voir ce qui est possible de faire. Il est vrai que ça peut être perçu comme une intrusion dans le domaine de l'autre, mais c'est pas ça le fond de la question ; c'est d'essayer que le processus complet soit le plus harmonieux possible et qu'il y ait le plus de sécurité possible pour le patient ».

Si l'erreur n'est pas banalisée, en revanche l'annonce de l'erreur et les interrogations sur les origines de cette erreur tendent à l'être. Ce comportement est encouragé par la perception que les collaborateurs ont des relations de leur hiérarchie respective, en l'espèce il s'agit du médecin-chef du département médical A et de l'infirmière responsable des soins du département médical A : « On sait qu'un rapport d'incident sera traité en commun par les deux hiérarchies et que les problèmes sont dits des deux côtés. Mais si on sait que de toute façon un problème va être retenu pour critiquer la voie hiérarchique d'à côté, c'est clair que les collaborateurs le vivent totalement différemment et n'iront pas divulguer aussi facilement les erreurs et poser des questions sur ce qui concerne un autre service que le leur. Moi c'est ce que j'ai connu jusqu'à présent, des lignées hiérarchiques verticales et cloisonnées, avec très peu de rapport entre elles, et c'est vrai que les résultats sont totalement différents ».

Cette préoccupation des collaborateurs pour la qualité des relations professionnelles de leurs chefs hiérarchiques respectifs n'est pas guidée par un souci de loyauté mais par le souci que leur quête de mieux comprendre comment se produisent les événements soit bien perçue et aboutisse : « Je pense que l'ouverture entre les responsables hiérarchiques, que ce soit infirmier, médecin ou autre c'est très important, que l'ouverture doit exister, pour que le processus sur lequel on s'interroge puisse être accessible ».

Cette interprétation du sens de l'erreur qui éclaire les processus ne remplace pas l'interprétation qui fait craindre la sanction ni celle qui oriente le contrôle et permet de prévenir les conséquences d'une erreur commise. Les trois interprétations coexistent ; en d'autres termes, l'ambiguïté de la signification de l'erreur augmente. « Dans les quelques situations que j'ai vécues, c'est vrai que les collaborateurs ont une petite crainte quand même, quand ça passe au niveau hiérarchique supérieur. Là, dans les cas que j'ai vécus, entre autres par rapport à ce problème de médicament, c'est vrai qu'il a fallu que je rassure la personne. L'infirmière responsable l'a vue en la rassurant, en disant qu'elle avait fait ce qu'il fallait, c'était bien d'avoir fait ce rapport, etc. Mais évidemment il y a toujours des craintes quand ça va plus loin » ; « Si une erreur peut avoir une conséquence, peut être dangereuse pour un patient, les soignants font directement appel au médecin pour que la situation soit prise en charge sans délai et qu'il n'y ait pas d'atteinte pour le patient ».

Bien que conduites dans une perspective de partage de responsabilités dans ce qui peut conduire à une erreur, les tentatives de corrections visant à éviter qu'une erreur ne se reproduise ne sont pas évidentes à mener. Cette difficulté n'est pas uniquement en relation avec la peur de la sanction, toujours sous-jacente, qui provoquerait une réaction de défense de l'interlocuteur, mais avec l'écart qui existe entre les différents groupes professionnels quant à leur perception respective du degré

d'importance de l'erreur en question : « Les infirmières ont du mal à se dire qu'elles sont toujours le dernier maillon de la chaîne, qu'elles vivent concrètement les problèmes et que c'est à elles de faire remonter tout ça en amont. Les infirmières ont du mal à se dire que c'est à elles de faire bouger un tas de choses ; elles ont l'impression que c'est à elles de faire tout ça et que les autres professionnels, plus éloignés du quotidien des patients, sont moins impliqués. Quand on est au lit du patient, on est beaucoup plus sollicité pour faire bouger les choses, pour dire ce qui ne va pas et quelquefois c'est difficile à vivre ».

Il existe un autre plan d'ambiguïté dans l'interprétation de l'erreur : signal de panne pour les uns, source d'apprentissage pour les autres. Cette divergence est façonnée et ancrée dans les représentations et conduit à des comportements discordants. Les propos de l'infirmier suivant, infirmier coutumier des relevés d'incidents au département médical A, confronté aux pratiques du service informatique de l'hôpital général, illustrent cet écart : « J'ai appris qu'il y avait des feuilles d'incident au service informatique et je m'y suis intéressé. Le responsable m'a expliqué qu'il ne pouvait pas s'en servir parce qu'il ne considérait comme incident que les problèmes qui n'étaient pas résolus. C'est-à-dire que si tu téléphones au service informatique en disant que ton ordinateur est en panne, problème de réseau, problème logiciel, etc., ils ne vont remplir un formulaire qu'à la condition que ton problème ne soit pas résolu. S'ils te disent : écoutez, ça va être résolu dans l'heure qui suit, il n'y a pas de feuille d'incident. S'ils te disent : écoutez, vous éteignez votre ordinateur, vous redémarrez et puis que là, ça remarche, il n'y a pas d'incident. Donc les incidents c'est quelque chose qui n'a pas pu être résolu à long terme ; donc il n'y a pas d'incident... L'informatique marche, il n'y a aucun incident. Intéressant comme manière de considérer l'incident. J'ai discuté avec lui, je trouvais ça très original, je n'y avais pas pensé. (Ironique) Tu fais une erreur de médicament, tu appelles le médecin, il te dit que ce n'est pas si grave, il te tape sur l'épaule en te disant : de toute façon le patient va s'en sortir, donc il n'y a pas eu d'incident, donc il n'y a pas eu d'erreur de médicament. C'est assez intéressant. Cela signifie qu'une erreur répétitive informant d'un potentiel dysfonctionnement significatif sur le processus, si elle est corrigée après coup ou si elle n'a pas de conséquence grave, n'apparaîtra pas ; c'est en fait une source d'apprentissage gaspillée. Comment imaginer alors pouvoir changer les comportements des gens ? ».

Finalement, l'interprétation du sens de l'erreur qui informe sur les processus peut prendre encore des significations nuancées qui influencent les attitudes. Quel est le but poursuivi ? S'agit-il de supprimer les erreurs et pour cela de corriger les défauts de l'organisation ? S'agit-il plutôt de cultiver l'erreur comme une source précieuse d'informations sur les lacunes qui s'installent *inévitablement* sur les petites et les grandes frontières de nos organisations ? Dans cette seconde vision, la diminution du taux d'erreur, si elle survient, est comme un bénéfice secondaire mais elle n'est pas recherchée en première intention. Dans cette acception, l'erreur éclaire quelque chose qui se passe entre les collaborateurs et les différents services ou groupes professionnels mais elle n'est pas un résultat ; il ne s'agit donc pas de chercher à la mesurer. Si cette seconde vision existe, elle n'est probablement possible qu'à la condition que les mécanismes de corrections d'aval

(autocorrection ou compensation des effets de l'erreur) soient bien rôdés. Les propos de trois informateurs donnent une image de la manière dont une signification de l'erreur peut conduire à s'interroger sur le sens des interrelations et des pratiques professionnelles : « Dans le projet DCM, il manquait une réflexion sur comment travailler à une démarche coordonnée, développer une démarche de fonctionnement avec une vision longitudinale des processus, ce qui n'existe effectivement pas dans nos pratiques régulières et traditionnelles » ; « Il y a aussi dans la réplification de certains principes, par exemple préparer les médicaments, le fait de ne pas savoir élaborer des réflexions sur d'autres aspects plus profonds de la relation médecin-infirmière, infirmière-patient et infirmière-préparateur en pharmacie par exemple » ; « Finalement, quel que soit le circuit de dispensation des médicaments, le plus important c'est ce qui se passe autour du patient avec lui et entre le médecin et l'infirmière, autant au moment de l'élaboration de la prescription qu'au moment du contrôle du traitement et de son administration ».

4.2.3.1 *En résumé*

Les transformations structurelles (fusion des hôpitaux, création des départements médicaux, mise en place des directions professionnelles, centralisation de la pharmacie et des services généraux), la formulation plus explicite des activités et des intentions des divers services (élaboration et validation des projets de services), la confrontation des différents détenteurs de compétences dans des instances d'arbitrage (instauration des programmes transversaux) et la promotion de la recherche sur la qualité des soins (groupe qualité des hôpitaux universitaires) modifient les repères pour tous les professionnels, toutes professions et niveaux hiérarchiques confondus. La modification des repères correspond à plus d'indétermination, plus d'ambiguïté, plus de flou : le comité de direction est une instance collégiale présidée par le directeur général, les professionnels (médicaux et infirmiers particulièrement) sont reliés à la fois à leur direction professionnelle et aux responsables médicaux et infirmiers dans les départements médicaux, les services généraux sont centralisés mais des répondants informatiques et des administrateurs sont hiérarchiquement liés aux départements médicaux, les fonctions principales des ressources humaines sont centralisées mais un responsable des affaires du personnel est détaché dans chaque département médical, les programmes transversaux ont la légitimité et les ressources pour « traverser » les départements médicaux et les différents services concernés par leur domaine d'activité, les « projets qualité » impliquent plusieurs groupes professionnels et différents départements cliniques.

La modification de tous ces repères se joue dans un espace contraint par des réductions de subvention, des diminutions de postes de travail et des fermetures de lits. A cela s'ajoutent des transferts d'activités, particulièrement sur les soins infirmiers, qui ne sont pas suivis des ressources supplémentaires correspondantes. Ces activités supplémentaires sont le résultat du jeu de la centralisation-décentralisation dans lequel certaines tâches échappent au découpage macroscopique et reviennent finalement à ceux et celles qui sont les plus nombreux dans l'organisation et les plus concernés par le quotidien des patients : les infirmiers(ères). Ces tâches

prises séparément sont quantitativement peu importantes mais leur cumul devient significatif. Par exemple, au département médical A et en se limitant à la question des médicaments, les nouvelles modalités de commande et de livraison des médicaments prennent plus de temps ; la suppression quasi totale des blisters de médicaments liquides contraint les infirmières à reprendre des calculs de concentration et des gestes de pipetage.

Différentes actions (nouvelles recherches, nouvelles pratiques) sont menées sur des niveaux différents qui correspondent et qui intègrent des interprétations différentes du sens de l'erreur. Ces actions conduites en relation avec le projet de *sécurité thérapeutique* sont orientées vers la recherche d'une meilleure illustration et compréhension des mécanismes qui relie – ou qui séparent - les acteurs de différentes professions, en incluant les patients.

L'ambiguïté du sens de l'erreur augmente également, différentes interprétations coexistent, parmi lesquelles celle qui éclaire les lacunes qui se créent entre les espaces occupés par les individus ou les groupes est manifeste.

4.2.4 Synthèse : « Création de nouvelles représentations d'un problème »

Le problème se présente initialement sous la forme du projet DCM, comme un ensemble de solutions ficelées pour réduire les erreurs de dispensation (Phase A). L'erreur désigne alors le résultat d'un acte mal conduit par un individu. Le problème est transformé (Phase B) avec la démonstration que le projet DCM « oublie » certaines des étapes essentielles du processus thérapeutique, comme le bon choix de prescription et l'évaluation des effets secondaires. Dès lors on parle de moins en moins de « projet DCM » et davantage de « problème de sécurité thérapeutique ». On s'aperçoit que la volonté de mieux maîtriser la sécurité thérapeutique se traduit par la mise en œuvre de projets d'amélioration de la qualité des soins, dans le sens d'une promotion professionnelle, essentiellement infirmière. L'« erreur » permet de fonder des indicateurs de contrôle d'activité et d'établir des standards professionnels. Finalement (Phase C), le problème devient celui de l'interdépendance : l'erreur est alors une source d'information sur les lacunes qui se forment inévitablement entre les individus et les groupes d'individus, les groupes ne correspondant pas forcément aux ensembles professionnels.

4.3 *Second volet d'analyse : Ambiguïté du projet*

Nous voulons montrer ici l'importance mobilisatrice des enjeux pour les différents groupes professionnels concernés par le projet DCM, la pertinence de ces enjeux par rapport aux objectifs des partenaires/adversaires et au regard de leurs atouts et objectifs respectifs. L'analyse consiste notamment à définir les possibilités de gains et de pertes des uns et des autres, face au projet DCM, et à identifier les différentes stratégies visant à s'engager ou non dans le projet.

4.3.1 Phase A – La phase A coïncide avec la période d'activité du médiateur, c'est-à-dire d'avril 1990 à juillet 1991. Les activités en relation avec le problème de la sécurité thérapeutique correspondent à l'élaboration et au début de la mise en œuvre du projet DCM par le groupe de résolution *ad hoc*, tel que défini par le mandat du médiateur.

- Les dirigeants et le projet DCM :

Les promoteurs du projet ont chacun une position différente face à la DCM. L'hôpital A offre au pharmacien responsable un espace apparemment accessible à la mise en œuvre d'un concept dont il est à l'origine mais qu'il n'a jamais pu faire accepter par l'hôpital général dans lequel se déroule l'essentiel de ses activités, et qui lui permettrait de placer la pharmacie en position de maîtrise des activités thérapeutiques des médecins. L'infirmière-chef doit justifier de la « modernité professionnelle » sur la base de laquelle elle a été engagée récemment, et rompre les anciennes et occultes pratiques de soins verrouillées par l'encadrement intermédiaire qui lui précédait. Le médecin-chef voit dans ce projet l'opportunité de développer la pharmacie qui dépend directement de son autorité et les liens de collaboration directe entre les médecins prescripteurs et la pharmacie. Quant au médiateur, il n'a aucune implication dans l'origine de ce projet ni dans son contenu, sa tâche se limite exclusivement à définir le cadre de travail des groupes de résolution de problèmes et d'en vérifier l'application. Portant un regard critique sur son mandat, le médiateur considère que sa tâche implicite était de démontrer l'insuffisance professionnelle de l'infirmière-chef (bien que fraîchement engagée) et du directeur général, et de construire un argumentaire suffisant pour obtenir leur démission ou pour décider de leur licenciement.

Dès lors que la DCM n'était plus directement l'affaire de la direction de l'hôpital mais celle du médiateur et éventuellement du groupe de résolution, les promoteurs perdaient une partie de leur pouvoir d'influence sur le devenir du projet lors de sa mise en œuvre. De plus, les difficultés professionnelles rencontrées par l'infirmière-chef au cours de cette période l'ont amenée à se désinvestir progressivement des domaines d'activités au sujet desquels des tensions existaient entre elle et ses collaboratrices. De même, le directeur général, également fragilisé par le programme de médiation, n'était plus en mesure d'exercer son pouvoir de décision. A ce moment-là, le projet DCM n'était plus, pour ces cadres, un enjeu très mobilisateur.

- Les membres du groupe de résolution :

Les personnes désignées pour composer ce groupe travaillent dans le cadre de la légitimité du mandat de médiation fixé par le conseil d'administration. Ce sont des professionnels du terrain (hormis le responsable qui est directeur du département d'exploitation) et à ce titre ils occupent une position ambiguë : leur désignation dans le groupe de travail pourrait leur donner une possibilité d'influence particulière mais en retour ils sont en situation de devoir justifier des prises de position du groupe vis-à-vis de leurs collègues respectifs. De ce fait, on s'aperçoit que les différentes prises de position au sein du groupe reflètent bien les prises de positions des différents corps professionnels concernés de l'hôpital.

- Les médecins :

Les médecins prescripteurs voient dans la DCM un outil qui peut être une assistance à la prescription : l'ordinateur « de poche » du système contient à la fois la base de données des patients, des médicaments autorisés à la prescription et les plans de traitements actualisés de chaque malade. Par ce moyen, les médecins sont assurés de maîtriser et d'accéder sans intermédiaire à toute l'information concernant les thérapeutiques en cours. En revanche, ils sont un peu réticents au principe de l'outil informatique qui donne la possibilité aux responsables médicaux de l'hôpital de contrôler en tout temps les traitements en cours et de tracer des profils de prescripteur (quels sont les médicaments prescrits par tel médecin dans telle situation clinique ; quelle est la consommation de médicaments induite par chaque médecin). De plus, l'instrument proposé à ce stade de l'expérimentation est un prototype peu convivial et lent qui accroît le temps nécessaire à chaque prescription. Le bon fonctionnement de la DCM repose sur la disponibilité du personnel de pharmacie mais ce service ne dispose pas alors du nombre de collaborateurs suffisant pour assurer une permanence lors des fins de semaines et des jours fériés. Les prescriptions établies à ces moments-là utilisent le système classique de dispensation. Les médecins sont peu favorables au maintien d'un système expérimental qui reste limité à quelques unités de soins et qui n'assure pas un fonctionnement permanent. Selon ces collaborateurs, le gain de sécurité censé être apporté par le système est perdu à cause du confinement du système DCM et par le manque de disponibilité de la pharmacie. Enfin, les médecins sont peu intéressés par les aspects logistiques qui semblent dominer les préoccupations de cette période (support de dossiers de soins, chariots de transport, plateaux de piluliers, armoires de stockage) et qui mobilisent énormément de temps et d'acharnement de la part des infirmières et des préparateurs en pharmacies.

- Les infirmières :

Le corps professionnel infirmier s'élève d'emblée contre la DCM, apparemment car les tâches de préparation des traitements individuels lui sont retirées pour être confiées à la pharmacie. Les arguments avancés sont divers : l'importance du taux d'erreur de dispensation n'a pas été mesurée dans l'hôpital, les infirmières refusent d'assumer seules la culpabilité d'un prétendu taux d'erreur de 40%, les préparateurs en pharmacie ne connaissent pas les malades et ne sont donc pas en mesure de vérifier l'adéquation d'un traitement avec les besoins de son destinataire, l'erreur « humaine » liée à l'étape de préparation d'un traitement est potentiellement aussi importante si la tâche est effectuée par une infirmière ou une préparatrice en pharmacie, la préparation d'un traitement est une étape indispensable dans la mémorisation des thérapeutiques en cours et ces informations sont cruciales pour les infirmières. Ce qui est moins apparent dans les arguments explicites a trait aux modifications du sens des circuits d'informations cliniques. La DCM écarte les infirmières de la place centrale qu'elles occupent, avec les malades, vis-à-vis des médecins d'un côté et de la pharmacie de l'autre.

Comparons : avec le système de dispensation traditionnel, les infirmières reçoivent les prescriptions manuscrites par les médecins et relèvent ces prescriptions sur leurs documents de travail. Le moment de la relève des prescriptions se fait souvent en présence du médecin, afin de compléter des imprécisions ou de clarifier des points mal lisibles. Cette activité s'accompagne d'une négociation quasi systématique du contenu des prescriptions. Les infirmières ne contestent pas la rigueur pharmacologique du médecin mais « profitent » de ce moment où elles « tiennent » le médecin pour lui communiquer des informations concernant le patient et relevées par elles et qui n'ont, peut-être, pas été prises en compte par le médecin. Ce moment est également utilisé par les infirmières pour obtenir des informations de la part du médecin concernant des résultats d'exams par exemple. La quantité globale des médicaments à administrer à un malade est souvent relevée, les difficultés de prise, les douleurs d'injection, le problème de devoir réveiller un patient pour lui administrer une dose nocturne, tous ces points font l'objet d'une discussion et aboutissent souvent au réaménagement des prescriptions par le médecin. Finalement, les infirmières sont ainsi capables de réguler en partie le travail du médecin, de s'informer et d'aménager leurs propres activités. Concernant leurs rapports avec la pharmacie et toujours avec le système traditionnel décentralisé, les infirmières sont en position avantageuse : chaque unité de soins a constitué sa propre pharmacie avec des stocks suffisants pour s'assurer une relative indépendance de la pharmacie de l'hôpital qui est réduite à jouer un rôle de magasin central. En effet, les infirmières font des commandes en pharmacie, au même titre qu'elles commandent du matériel de soins ou des produits de nettoyage.

Le système DCM transforme les données du jeu : les médecins utilisent là un outil informatique rigoureux qui contraint à une démarche de prescription complète et sans ambiguïté ; les prescriptions parviennent directement à la pharmacie qui établit les traitements individuels sur une base journalière, et fait parvenir aux infirmières les traitements prêts à administrer. Dans la mesure où les dossiers infirmiers sont exhaustifs, les médecins peuvent quasiment se passer d'échanges interpersonnels avec ces professionnelles ; cela impose une plus grande transparence des activités infirmières dont les observations et les actes doivent tous pouvoir être retrouvés dans leurs dossiers de soins. Quant aux stocks de médicaments des unités de soins, ils sont supprimés.

L'extrait d'entrevue suivant illustre cet aspect de l'analyse : « Nulle part on lira dans le rapport officiel de la DCM que les infirmiers redoutaient de perdre cet aspect de leur rôle de « tuteurs » des médecins parce qu'il est informel, lié à la tradition et aux représentations professionnelles et pourtant c'est fondamental. Si l'on remplace le rôle de tuteur que jouait l'infirmier vis-à-vis du médecin, malgré les plaintes de l'infirmier qui disait « on n'est pas là pour former les médecins », quelle autorité professionnelle et quel pouvoir informel cela représente de conseiller les médecins ! Quelle aura professionnelle les infirmiers ont trouvé là ! Par exemple le fait qu'un médecin puisse faire confiance à un système informatique vol quelque chose aux soins infirmiers dans le sens que ceux-ci ont toujours considéré qu'ils étaient « le » système expert du médecin et que c'était l'infirmier qui conseillait le médecin ».

Le corps professionnel infirmier se focalise alors sur les aspects logistique du projet DCM (support de dossiers de soins, chariots de transport, plateaux de piluliers, armoires de stockage), les seuls sur lesquels ils peuvent exercer une influence, et vraisemblablement dans une perspective dilatatoire.

- Les préparateurs en pharmacie :

Nous parlons délibérément des préparateurs et non des pharmaciens : il n'y a pas de pharmacien en permanence sur place dans cet hôpital ; comme déjà mentionné, le pharmacien responsable occupe cette fonction à temps très partiel et se trouve être principalement occupé à l'hôpital général. Sa position face au projet DCM a déjà été décrite, et reste intransigeante à toute proposition de modifier l'esprit et la lettre du projet.

La position des préparateurs peut se lire en miroir de celle des infirmières. De plus, il convient de rappeler que le conseil d'administration avait adopté les prémices du projet DCM plus d'un an avant que la crise interne n'éclate. La pharmacie avait donc été dotée de trois postes de collaborateurs nouveaux, passant de deux à cinq, et des ressources financières nécessaires à l'acquisition de l'appareil de blistérisation et d'ordinateurs et au développement des outils informatiques. Pendant toute la période du mandat au groupe de résolution DCM, les préparateurs seront entraînés et confrontés par les infirmières sur le terrain des problèmes logistiques, comme cela a déjà été mentionné.

4.3.1.1 *En résumé*

Le projet DCM tend à réduire un certain nombre d'atouts dont disposent les infirmières, principalement en relation avec la maîtrise de l'information clinique vis-à-vis des médecins et avec la gestion des stocks de médicaments vis-à-vis de la pharmacie. A l'inverse, les préparateurs en pharmacie voient dans la DCM l'opportunité d'accroître leurs marges de manœuvre en devenant les interlocuteurs directs des médecins, en pilotant le développement de l'outil informatique et en visant à devenir les préparateurs de chaque traitement individuel distribué chaque jour aux malades. Quant aux médecins, ils sont plus ambivalents par rapport à la DCM, dans la mesure où ils ont compris implicitement que tôt ou tard ils n'échapperont plus à une plus grande transparence dans le contrôle de leur pratique mais en même temps ils souhaitent voir reculer cette échéance. De plus, ils savent que leur « bonne pratique » dépend de la « bonne volonté » d'autres professionnels, et classiquement ces professionnels sont les infirmières, à la fois source d'informations, et metteurs en forme des indications et prescriptions médicales. A l'inverse, la capacité à agir des médecins ne dépend pas du comportement des préparateurs en pharmacie. Les médecins ne seront peut-être pas favorables à soutenir longtemps un projet qui pourrait contrarier les professionnelles dont ils dépendent le plus pour leur pratique en général, à savoir les infirmières.

A ce stade le projet n'est pas ambigu dans la mesure où il s'inscrit dans une volonté apparemment définitive de mise en application sous la forme imaginée par les promoteurs. Cette volonté se traduit par une légitimation « officielle » via le mandat de médiation qui fige momentanément toute possibilité de réaliser sous une autre forme l'« assurance sécurité de dispensation ». L'analyse semble montrer que le mandat du médiateur et du groupe de résolution DCM font un peu écran à la mise en évidence d'enjeux critiques car, dans une certaine mesure, il apparaît que « les jeux sont faits ».

4.3.2 Phase B – Le début de la phase B est marqué par le départ du médiateur et le changement de direction générale et de responsable des soins infirmiers en août 1991. Le groupe DCM est dissout le 10 novembre 1992. La fin de cette phase correspond à l'arrêt définitif de la DCM en juin 1996. Les activités en relation avec le problème de la sécurité thérapeutique correspondent aux diverses tentatives des différents partenaires concernés d'assimiler ou de transformer la DCM sous une forme plus acceptable.

- Les dirigeants et le projet DCM :

Le nouveau directeur général ne prend pas de position particulière en ce qui concerne la DCM. Son objectif consiste à développer les soins infirmiers qui ont souffert des anciens conflits et pour cela il favorise la promotion de tous les projets de soins que lui propose le nouveau responsable infirmier.

Son successeur restera en fonction deux ans, de 1993 à 1995, et ce passage correspond à une transition des données financières : les hôpitaux passent alors d'une relative insouciance financière à une franche morosité matérielle. Il se consacrera à réduire les dépenses financières en supprimant un certain nombre de postes de collaborateurs donc en s'opposant à tout développement d'activité qui ne soit pas garanti financièrement par des réallocations de ressources matérielles et humaines déjà disponibles. Ces contraintes joueront en défaveur du projet DCM et participeront de la non-décision qui précédera l'arrêt définitif du projet.

Le nouveau responsable des soins infirmiers reprend à son compte les réticences déclarées des infirmières à l'encontre de la DCM en ce qu'elle représente une perte de capacité d'action significative pour les infirmières : la participation de ces professionnelles concernant la thérapeutique médicamenteuse tend à se réduire à des actes « mécaniques ». Il relève que la DCM ne prend en compte ni les aspects médicaux de pharmacologie clinique (aide au choix du médicament le plus adapté, alerte aux interactions dangereuses), ni les aspects plus infirmiers d'observance thérapeutique par les malades et l'évaluation des effets secondaires possibles. Dès lors, il se positionne d'une manière totalement différente en soutenant la nécessité de développer une meilleure connaissance des pratiques en vigueur concernant le rôle des infirmières dans le cadre de l'usage des médicaments, pour améliorer ces pratiques. Il met sur pied un groupe infirmier (parmi d'autres) chargé de piloter un projet *qualité* sur la question. Cette démarche *qualité* est soutenue par une politique de gestion de l'*erreur* qui se fonde sur une mise en contexte des erreurs en général, sans préjuger *a priori* ni de la nature ni des causes des erreurs observées. Comme

nous l'avons déjà mentionné, il met en circulation différents formulaires permettant à tout professionnel de l'hôpital, toute profession et rang hiérarchique confondu, d'annoncer des incidents tels que les erreurs concernant les médicaments, les chutes de patients ou tout autre événement jugé « anormal ». Le développement du staff de direction du département des soins infirmiers et la mise en route de son propre réseau informatique, place le responsable des soins infirmiers en bonne position pour négocier une refonte du projet DCM. Pour cela il traduit ce projet en des termes différents : il propose de conserver et de développer l'« essence sécuritaire » de la DCM, qui réside dans l'informatisation de la prescription ; en contre-partie, il revendique la reprise de la préparation des traitements individuels par les soins infirmiers. A ce moment-là, la DCM a été étendue à la moitié des unités de l'hôpital mais se trouve bloquée « au milieu du gué », par manque de ressources supplémentaires en collaborateurs et moyens informatiques.

Le médecin-chef ne peut que constater l'effet mobilisateur sur les collaborateurs et collaboratrices de la politique du nouveau responsable des soins infirmiers notamment autour du problème de la sécurité thérapeutique. Dans la mesure où il ne peut pas accéder à des ressources matérielles supplémentaires (informatique, postes de personnel), il est prêt à concéder la préparation centralisée en pharmacie pour revenir à la préparation des traitements individuels par les infirmières, décentralisée dans les unités. Cette concession lui permettrait d'accéder au réseau informatique des soins infirmiers et de développer l'ordonnance informatique sur un système plus convivial, passant ainsi d'un prototype sans avenir à une application généralisée mieux acceptée par les médecins et par les infirmières.

Le médecin-chef et le responsable des soins infirmiers arrivent finalement à un compromis consistant à proposer conjointement une nouvelle organisation de la dispensation des médicaments. Cette proposition est présentée comme l'aboutissement d'une longue période d'essai ayant permis de mûrir le concept original de la DCM et d'en dégager les éléments importants à conserver. En clair, il s'agit de rétablir les pharmacies dans les unités de soins et de restituer les tâches de préparation des traitements individuels aux infirmières ; moyennant quoi l'informatisation de l'ordonnance peut se développer, assurant par ce biais la sécurité « informationnelle » de la dispensation. Les ordonnances informatiques sont adressées aux soins infirmiers sous une forme de « mise à jour du traitement en cours » et en pharmacie sous une forme de « gestion de stock » permettant d'anticiper sur le réapprovisionnement des stocks d'unités de soins.

Le pharmacien responsable ne voit pas les choses de cette manière. Sa réponse au courrier du médecin-chef l'informant de la décision de principe de transformer le projet initial, en accord avec le responsable infirmier, mérite d'être citée :

« <...> s'il y a <dans votre proposition> une amélioration dans la procédure de prescription du médecin, il y a un retour en arrière si la préparation des traitements individuels est redécentralisée au niveau des unités de soins, ce qui correspond à une perte de tous les avantages acquis depuis 3 ans. Faut-il rappeler que la distribution individuelle en dose unitaire comprend entre autres la préparation des médicaments au niveau de la pharmacie ce qui

apporte les avantages connus et confirmés par l'essai que vous avez réalisé à savoir : 1. diminution des erreurs grâce au double contrôle (lors de la préparation à la pharmacie et lors de l'administration au patient par l'infirmière). 2. diminution des stocks et élimination du "coulage". 3. libération du temps infirmier au profit des malades, ce qui est un avantage certain du système pour le personnel soignant. Si l'évolution que vous proposez a reçu l'approbation au niveau médical et infirmier, il ne peut cependant pas recevoir l'accord du secteur pharmaceutique que je représente. <...> Vous avez été un des promoteurs de l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prescription, de la distribution et de la dispensation des médicaments dans votre hôpital; il serait regrettable que le projet développé depuis 3 ans et amené à son point actuel de réalisation, grâce à la collaboration et à l'enthousiasme des disciplines que nous représentons, se termine dans le conventionnel perfectible que nous voulions quitter »

L'enjeu pour lequel il y a compétition entre les soins infirmiers et le secteur des pharmacies concerne bien à la fois la préparation des traitements individuels et le partage, ou non, de la maîtrise des stocks de médicaments. Le médecin-chef n'est pas un simple arbitre dans ce conflit : il veut s'aménager des accès aux ressources et compétences infirmières dont il a un besoin permanent, dans le cas de la sécurité thérapeutique mais également dans d'autres domaines des activités cliniques.

Mais il y a d'autres enjeux pour lesquels les soins infirmiers sont en compétition avec d'autres secteurs que le directeur général doit nécessairement soutenir. Il s'agit des domaines touchant à l'informatique et à la gestion des ressources humaines. Par le biais du développement des projets de soins, le département des soins infirmiers s'est doté de collaborateurs formés en gestion et en informatique. Le développement du PRN informatisé a permis de réaliser un programme de gestion du flux des patients qui détient des éléments d'informations nécessaires à la facturation. Dans le cadre des projets de promotions professionnelles individuelles, les soins infirmiers ont créé un service interne de ressources humaines. La consolidation des relations médico-infirmières centrées sur l'informatisation de l'ordonnance, et l'utilisation pour cela du réseau informatique développé et maîtrisé par les soins infirmiers, amènent une solidité plus grande encore à ce système. Le directeur général risque de perdre ainsi une capacité d'influence sur les soins infirmiers pour leur faire accepter de collaborer avec les services des ressources humaines de l'hôpital et les services d'informatique hospitalière. En clair, le directeur général est déterminé à réduire l'encadrement de gestion « spécialisé » des soins infirmiers et à faire assimiler leur système informatique par le service d'informatique hospitalière ; il n'a donc pas d'intérêt à laisser se développer ni même se consolider ces activités du département des soins infirmiers.

- Les membres du groupe de résolution :

Ce groupe a perdu son « parapluie » avec l'échéance du mandat de médiation et le départ du médiateur. De plus, le projet DCM n'est pas porté de manière claire par la nouvelle direction. Des données d'entrevues il ressort que les membres du groupe DCM qui s'étaient faites les

championnes de la DCM se sentent progressivement lâchées par la hiérarchie, et se confrontent plus directement aux collaborateurs du terrain, qui revendiquent une autre approche de la sécurité thérapeutique. « On sentait qu'il y avait un désintérêt progressif, que la dynamique externe au groupe DCM avait disparu, que le groupe de pilotage ou le comité de direction qui avait initié le projet ne le soutenait plus. Cela nous a conduit à l'impression de tourner en rond. Nous ressentions de plus en plus de pressions venant de l'extérieur du groupe, à l'intérieur duquel, dans un cadre relativement fermé, les choses se passaient de manière sereine ».

Dans une note du responsable du groupe de résolution DCM au comité de direction datée du 20 décembre 1991 et concernant le rapport final du groupe, nous pouvons lire : « compte tenu des problèmes rencontrés par les différents membres du groupe à savoir : surcharge de travail, démission de certains membres, départs en vacances, nous sollicitons un report du délai à fin mars 1992 pour la remise de notre rapport de travail ». C'est avec grande difficulté que le groupe élabore son rapport final d'évaluation qui est transmis au comité de direction en avril 1992. Ce document aura finalement été rédigé par le responsable du groupe et la préparatrice responsable de la pharmacie ; les infirmières ne sont plus réellement intervenues dans ce travail. Les participants au groupe DCM ne seront auditionnés par le comité de direction pour la présentation finale de leurs travaux qu'en novembre 1992. Des conclusions de ce rapport il ressort :

- la rigueur est imposée par l'usage de l'informatique en formalisant la rédaction de la prescription médicale ; il s'agit aussi d'un outil didactique précieux ;
- le contrôle global des ordonnances informatisées (prescription=ordonnance=commande) offre comme principaux avantages la vérification du dosage des médicaments et la détection des interactions médicamenteuses ;
- la saisie informatique des prescriptions offre des capacités d'analyse corrélatives précieuses, sans parler de la possibilité de connaître avec précision les chroniques personnalisées de consommation pour chaque patient ;
- la sécurité est améliorée sur l'ensemble de la chaîne de dispensation des médicaments ;
- la gestion des stocks des médicaments est optimisée grâce à leur centralisation en pharmacie et la suppression des stocks décentralisés dans les unités de soins ;
- certains des avantages tirés du développement de la DCM dans quatre unités profitent à l'ensemble de l'hôpital. Il s'agit du reconditionnement par la pharmacie des médicaments liquides et solides en doses unitaires (blisters) ;
- les quatre unités qui travaillent avec le système DCM sont satisfaites et ne souhaitent pas retourner à une organisation décentralisée.

« ... nous sommes aujourd'hui en mesure d'affirmer qu'il s'agit d'une solution d'avenir ».

Ces conclusions appellent quelques remarques : la DCM n'a pas fait l'objet d'une évaluation comparative de sa capacité de réduction du taux d'erreur de dispensation par rapport au système classique toujours en vigueur dans une moitié de l'hôpital ; il n'existait pas, dans le programme informatique d'alors, de système d'alerte aux interactions médicamenteuses. Ce rapport apparaît

biaisé par les *a priori* de certains qui croyaient pouvoir encore convaincre avec ce type d'arguments. En revanche, l'extension des blisters à l'ensemble de l'hôpital se révèle être un réel avantage pour la pratique quotidienne des soins infirmiers et ces prestations fournies par la pharmacie sont plébiscitées.

- Les infirmières :

Le 13 décembre 1993, les infirmières prennent position au sujet de la dispensation des médicaments dans un courrier adressé au médecin-chef et au directeur général. Elles insistent sur l'intérêt de l'informatisation de la prescription médicale, de l'édition du plan de traitement actualisé dans l'unité de soins et de la blistérisation des médicaments liquides uniquement. Elles proposent que les médicaments soient livrés en emballages originaux dans les unités de soins selon les besoins des prescriptions, que les stocks soient contrôlés par l'informatique, que la préparation journalière des traitements individuels soit effectuée par les infirmières travaillant la nuit, et que l'administration et le contrôle de la prise et des effets secondaires soient réalisés par les infirmières travaillant la journée, ce qui correspond à un double contrôle. Les infirmières demandent que la DCM soit arrêtée dans les cinq unités qui l'utilisent, durant le 1^{er} trimestre 1994, et elles manifestent leur refus de convenir du bien-fondé de la DCM qui retire aux soins infirmiers la préparation des traitements individuels : « nous jugeons inadmissible la remise en cause de la compétence de notre profession, notamment de la qualité de nos prestations (discours sur les 40% d'erreurs de préparation) ».

Cette prise de position semble peu négociable, et déterminante pour l'avenir du projet DCM.

- Les préparateurs en pharmacie :

Les préparateurs sont isolés, ils poursuivent néanmoins leur lutte pour sauver de la DCM ce qui peut l'être et se concentrent sur la blistérisation. Ils développent ainsi une activité qui sera rapidement considérée comme indispensable par les infirmières : la blistérisation de mono-doses de solution de morphine buvable :

L'hôpital A a développé les soins palliatifs et, dans ce cadre, a beaucoup augmenté l'administration d'opiacés comme antalgiques majeurs. Pour des traitements continus de longue durée, les formes orales de morphine sont les plus faciles à prendre par les patients. Toutefois, cette substance doit être absorbée toutes les quatre heures afin d'assurer une couverture pharmacologique permanente. En principe, toutes les prises ont le même dosage, mais il peut y avoir des variations de la dose quotidienne totale d'un jour à l'autre en fonction du rapport effets des attendus / effets secondaires. En pratique, cela signifie que les infirmières doivent veiller à la précision de chaque prise et à l'adaptation de la dose totale quotidienne en fonction de l'évaluation des effets. La solution de morphine est livrée dans des flacons de grande contenance que les infirmières fractionnent ensuite pour préparer les traitements individuels. On imagine l'importance des manipulations que cela implique et le risque d'erreur que cela engendre. De plus, les flacons originaux existent en concentration différente ! A cela

s'ajoute la rigueur exigée par les organismes de contrôle des substances narcotiques : chaque gramme de substance doit pouvoir être tracé de la livraison en gros jusqu'au malade, en identifiant le médecin prescripteur et l'identité du malade. Avec la blistérisation de ces substances, les préparateurs sont en mesure de livrer aux infirmières de petits gobelets prêts à l'emploi contenant les différents dosages requis, en assurant la sécurité du contenu (dose, volume, concentration) et le contrôle légal exigé pour les stupéfiants.

Au départ du projet DCM, la blistérisation était une condition indispensable à la préparation centralisée des traitements individuels en pharmacie : il fallait que chaque comprimé en alvéole séparée ou chaque gobelet de solution buvable permette d'identifier au moment de l'administration, par l'infirmière ou le malade lui-même, la nature de la substance contenue et sa quantité exacte. A la fin du projet DCM, la blistérisation et notamment celle de médicaments liquides comme le sirop de morphine, est devenue l'argument qui a permis aux préparateurs de sauvegarder les postes de préparateurs en pharmacie.

A ce moment-là, l'omniprésence de la dimension financière était lancinante. La pression sur les ressources (suppression de postes) avait conduit le directeur général à mettre les responsables médicaux et infirmiers face à l'alternative suivante. Première hypothèse : la DCM est étendue à tout l'hôpital ce qui nécessite trois préparateurs en pharmacie supplémentaires ; dans la mesure où la DCM réduit les tâches infirmières, ces trois postes sont transférés des soins infirmiers en pharmacie. Cette option était totalement inacceptable par les soins infirmiers car ils perdaient à la fois la préparation des traitements mais en plus ils perdaient des postes de collaborateurs. Seconde hypothèse : la DCM est totalement interrompue, la blistérisation ne se justifie plus et les trois postes de préparateurs créés en 1988 à l'initiation du projet et utilisés pour la blistérisation peuvent être supprimés. Cette seconde hypothèse était inacceptable à la fois par les infirmières qui perdaient l'avantage des formes blistérées, et par la pharmacie qui perdait un domaine d'activité nécessaire aux infirmières et des postes de collaborateurs. Le directeur général n'avait peut-être pas perçu l'alliance qui s'était établie entre les infirmières et les préparateurs en pharmacie sur la question des blisters, malgré leurs conflits autour de la dispensation.

En mai 1994, le médecin-chef et l'infirmier-chef proposent et font entériner par le conseil d'administration le maintien de la DCM dans sa forme « pilote » mais réduite à une seule unité, et le maintien de la blistérisation des formes solides et liquides sur tout l'hôpital. Cette solution avait été acceptée par les soins infirmiers qui récupéraient pour l'essentiel la préparation des traitements, sauf sur une unité « expérimentale » et volontaire ; leur gain manifeste consistait dans les blisters. Les pertes des préparateurs étaient réduites dans la mesure où l'essentiel du projet était toujours visible sur une unité et allait peut-être servir comme modèle de développement au projet d'informatisation de dispensation pour la nouvelle pharmacie unique pour l'ensemble des hôpitaux qui s'annonçait ; de plus, ils conservaient leurs ressources en collaborateurs et maîtrisaient la blistérisation, domaine d'activité dont les infirmières ne voulaient plus se passer.

La DCM sera arrêtée sur l'unité pilote en juin 1996 lors de l'intégration des pharmacies hospitalières.

- Les médecins :

Les médecins praticiens de l'hôpital ont évité l'instauration d'un système informatique dont la transparence ne leur convenait pas. Le projet DCM, qualifié initialement d'« aventure pharmaceutico-médicale sous direction pharmaceutique », s'est transformé en « négociation pharmaceutico-infirmière sous direction infirmière » et l'implication médicale s'est estompée.

4.3.2.1 *En résumé*

Cette phase se caractérise par une plus grande ambiguïté du projet. Tout d'abord la DCM perd son statut officiel avec l'échéance du mandat de médiation. Ensuite, les nouveaux responsables ne reprennent pas à leur compte le projet tel qu'il avait été défini. Finalement, le projet DCM est « démonté » pour être « remonté » sous une autre forme plus diffuse. Le démontage consiste à rendre apparent les limites des possibilités de la DCM pour assurer la sécurité thérapeutique : ces limites correspondent à l'absence de prise en compte de la partie pharmacologique clinique de la prescription et, à l'autre extrémité du processus, à la non prise en compte de l'observance thérapeutique ni de l'évaluation des effets secondaires. Ce démontage fait réémerger des questions concernant la sécurité thérapeutique et ouvre de nouvelles possibilités d'agir. Ces autres façons d'agir, de concevoir différentes façons de traiter le problème de sécurité thérapeutique, mobilisent les infirmières et les préparateurs en pharmacie pour l'accès à l'enjeu critique que représente la préparation des traitements individuels et la maîtrise de l'information clinique qui lui est liée. La préparation des traitements individuels est un enjeu dans la mesure où elle offre aux professionnels qui la réalisent un pouvoir sur les activités des médecins. La mobilisation des acteurs contribue à « remonter » le projet de manière plus diversifiée avec le groupe qualité chargé de travailler sur la notion d'« erreur » et sur les questions de l'information clinique et du suivi des effets secondaires, avec la recherche de solutions informatiques plus conviviales pour la prescription et avec le développement et la généralisation des blisters.

Finalement, l'aspect le plus significatif de cette phase réside dans la mise en lumière du découplage qui existe entre la prescription informatique et l'organisation de la préparation des traitements individuels. Initialement la DCM imposait un amalgame d'activités dans lequel la nature des tâches et la maîtrise de ces tâches par tel ou tel groupe professionnel étaient fixées, selon un ordre censé faire tenir le tout idéalement ensemble. On s'aperçoit par la suite que l'essence sécuritaire de la dispensation réside dans la fiabilité des écritures de prescription et dans l'absence de retranscription, conditions qui peuvent assez facilement être remplies par l'informatique ; en revanche, savoir qui, des infirmières ou des collaborateurs de pharmacie, prépare les traitements individuels, a somme toute assez peu de conséquence sur la sécurité. Quant aux blisters en doses unitaires, plus-value certaine, ils ne sont au fond qu'une forme d'emballage plus appropriée aux pratiques hospitalières. On peut se demander pourquoi le développement de l'ordonnance

informatique n'a pas été davantage investi en comparaison des efforts importants pour régler les controverses autour de qui prépare les traitements et de comment s'établit la blistérisation ? Les éléments de réponse à cette question renvoient au constat que les médecins n'étaient pas favorables à l'informatisation de leurs pratiques. Peut-être que la réduction de la DCM sur une seule unité puis l'arrêt définitif du projet a principalement servi les intérêts des médecins, alors que ceux-ci apparaissent en première lecture comme neutres, voire favorables au projet.

4.3.3 Phase C – La phase C fait suite à l'arrêt de la DCM en juin 1996 et s'arrête en hiver 1999. Les activités en relation avec le problème de la sécurité thérapeutique ne se regroupent plus sous une seule étiquette de projet particulier mais apparaissent plus diffusément, en lien avec d'autres projets visant à promouvoir la qualité des soins dans une perspective plus large.

L'analyse du concept d'« ambiguïté du projet » nécessite de redéfinir sur quoi porte l'observation car le projet DCM n'existe plus en tant que tel. Nous nous attacherons donc à décrire les deux projets visant à accroître la sécurité thérapeutique qui sont apparus au cours de cette phase (Cf, Premier volet de l'analyse, Phase C, Les actions) et les positions des acteurs concernés.

Le projet qualité « Médicaments » :

Début 1998, le groupe qualité des hôpitaux universitaires lance un appel d'offre aux départements cliniques, les sollicitant à lui soumettre des projets interdisciplinaires visant à améliorer la qualité des soins.

Le département médical A propose un projet médico-infirmier élaboré sur l'initiative des infirmiers qui vise l'amélioration de la sécurité thérapeutique. Le projet a pour but d'amener les professionnels à apprendre des erreurs observées, c'est-à-dire à exploiter les positions respectives qu'ils occupent sur la chaîne de dispensation, non seulement pour corriger les erreurs qu'ils découvrent, mais surtout pour développer une manière d'informer leurs différents partenaires sur ce processus commun. Le projet comporte quatre volets : l'identification des différents types d'erreurs, la comptabilisation de la fréquence des erreurs, l'analyse du processus de dispensation, et la description des représentations de l'erreur en relation avec la thérapeutique médicamenteuse, respectivement pour les différents professionnels impliqués dans le processus.

Le groupe qualité accepte le principe du projet mais considère que son intérêt dépasse celui du département médical A et doit être également conduit dans les départements de médecine interne et de gériatrie. Les responsables de ces départements soutiennent la démarche qui rejoint leurs préoccupations ; des projets similaires étaient déjà en élaboration dans ces services. Toutefois, il survient des difficultés pour dépasser les logiques mono-disciplinaires dans ces départements. Les initiateurs du projet du département médical A estiment inacceptable de ne rien faire alors que tous les jours des erreurs sont relevées au niveau infirmier. Pour ces raisons ils décident de ne pas attendre le feu vert pour le projet d'ensemble et d'avancer avec la mise en œuvre de petits moyens

pratiques susceptibles de rendre plus fiable le processus de dispensation. Les infirmiers proposent alors aux médecins une nouvelle pratique de prescription.

Les recherches d'ajustement entre ces trois départements médicaux n'aboutiront pas et le projet qualité « Médicaments » ne débutera finalement qu'un an après son initiative, et uniquement au département médical A.

L'observation concerne uniquement le département médical A. Les actions menées par les collaborateurs des autres départements et les raisons de leurs oppositions à s'engager dans ce projet spécifique ne font pas partie du cas. Nous pouvons toutefois penser que ces « résistances » reflètent que la manière de jouer le jeu de la coopération autour de la question de la dispensation diffère entre le département médical A qui a vécu l'« aventure » de la DCM et les autres départements médicaux. Nous pouvons aussi penser que le projet tel que proposé par le département médical A, c'est-à-dire formulé, joué et dirigé par les praticiens du terrain, était susceptible de remettre en cause les pouvoirs de certains, plus spécialement désignés aux fonctions de chargés de projets.

Une nouvelle pratique de prescription :

La nouvelle pratique de prescription consiste en l'élaboration et la mise en œuvre d'un nouveau formulaire de prescription médicale. La DCM avait laissé le goût des ordonnances médicales informatisées, sans faille, sans ambiguïté ni difficulté de lecture. En s'inspirant de ce niveau de rigueur, les cadres infirmiers proposent alors, pour le dossier de soins, un document destiné aux prescriptions médicales. Ce formulaire d'une page, reprenant systématiquement item par item les étapes de prescription, force à la précision et à la clarté. Dans la mesure où ce document contraint à l'exactitude, notamment en ce qui concerne les horaires de prise de médicaments et leurs voies d'administration, il ne peut être valablement rédigé sans un colloque préalable entre les médecins et les infirmières, colloque dans lesquels les dimensions d'observance et de tolérance par les patients des traitements déjà en cours sont pris en compte.

4.3.3.1 Les acteurs face au projet qualité « Médicaments » :

La position des professionnels peut s'analyser à partir de trois composantes : la nouvelle législation de l'assurance maladie qui oblige tous les prestataires de soins de se doter d'indicateurs de « résultats de qualité », les ressources potentielles du groupe qualité des hôpitaux universitaires, la marge de manœuvre des professionnels et leur capacité d'action.

La nouvelle législation crée une tension en changeant la manière de valoriser les pratiques : il ne s'agit pas seulement de jouer autrement le jeu existant qui consiste à produire des actes selon une codification de technique infirmière, médico-technique ou bio-médicale dont on peut améliorer la rigueur, mais de démontrer la valeur des résultats globaux des activités de l'hôpital. La manière de jouer ce nouveau jeu n'est évidemment pas dictée par la loi, les professionnels doivent l'inventer. Les ressources du groupe qualité (moyens financiers mais aussi conseils méthodologiques,

enquêteurs, analystes, épidémiologistes, etc.) sont accessibles aux professionnels pour autant qu'ils convainquent le groupe qualité qui fixe les critères d'attribution de ces ressources ; parmi ces critères, il est notamment exigé d'inclure au moins deux groupes professionnels différents dans un projet. Ainsi, ce nouveau cadre force les acteurs à prendre en compte leur interdépendance.

Les enjeux sont liés ici à l'acceptation d'une certaine interdépendance, entre les infirmières, les médecins, les collaborateurs de la pharmacie et les patients : les risques et les bénéfices potentiels des pratiques thérapeutiques ne tendent pas à être reportés sur un groupe plus ou moins compétent que les autres, ni à l'inverse à être dilués entre les groupes d'acteurs mais ils sont cumulés.

Ainsi, le projet qualité « Médicaments » (identification des différents types d'erreurs, comptabilisation de la fréquence des erreurs, analyse du processus de dispensation, description des différentes représentations de l'erreur) apparaît comme la concrétisation de la prise de conscience de cette interdépendance, dans la mesure où il vise à informer chaque partenaire de la fragilité des pratiques des uns vis-à-vis des autres, au regard du résultat global de « bonne thérapeutique » que cet ensemble organisé doit fournir.

4.3.3.2 *Les acteurs face à la nouvelle pratique de prescription :*

La mise en œuvre d'un nouveau formulaire de prescriptions médicales peut paraître dérisoire quant à sa signification de « nouvelle pratique de prescription ». Il faut peut-être moins s'attacher au document lui-même qu'à la dynamique de coopération qu'il met en lumière. Ce sont des infirmiers qui interviennent directement dans le champ de compétence des médecins pour proposer ce qu'ils attendent des médecins et comment ceux-ci sont sensés compléter correctement les prescriptions, quant au fond et à la forme²⁸. Les médecins accueillent cette démarche avec intérêt et s'impliquent en bonifiant le projet initial ; ils ne décrivent pas cela comme une intrusion des infirmiers dans leur sphère professionnelle. Cette marque de bonne collaboration peut sembler naturelle, aller de soi. Or, l'analyse stratégique nous dit que les comportements des acteurs n'ont rien de prévisibles, que tout changement d'attitude n'est pas « naturel » ; c'est ce que nous voulons observer ici.

Comme mentionné plus haut, ce qui a changé c'est l'obligation de rendre des comptes sur ses activités au-delà du réseau des prestataires (les médecins, les infirmières et éventuellement le personnel de pharmacie), c'est-à-dire aux assureurs/payeurs et aux patients ; c'est l'obligation de démontrer une meilleure efficacité « globale » de l'hôpital. Il ne suffit plus de chercher à être « le meilleur » chacun pour soi ou dans son groupe professionnel. La compétition pour les enjeux a donc tendance à regrouper les prestataires d'un côté, et les assureurs/payeurs de l'autre. Pour être en position de négocier la conservation ou le gain éventuel d'une ressource, les professionnels

²⁸ Le gain de précision de l'ordonnance porte sur des rubriques telles la forme du médicament, la voie et les heures d'administration. En principe, les rubriques concernant les aspects pharmacologiques et médico-légaux comme le nom du malade, celui du produit thérapeutique retenu et la quantité à administrer sont correctement libellés, quel que soit le support à disposition.

doivent être capables de montrer ce qu'ils font collectivement. Dans la mesure où, d'une part il n'existe pas d'indicateur unique pour juger la performance d'un hôpital (Sicotte, Champagne, Contandriopoulos, Barsnley, Béland, Leggat, Denis, Bilodeau, Langley, Brémond, Baker, 1998), et où d'autre part les nouveaux problèmes ne sont traitables que dans le cadre de construits existants (Crozier, Friedberg, 1977), les acteurs chercheront à répondre aux nouvelles exigences de la loi, tout en poursuivant les « jeux anciens ».

Poursuivre les jeux anciens signifie dans ce cas, conserver les règles permettant aux médecins de garder le contrôle sur des incertitudes nécessaires aux infirmières, et réciproquement. Comme déjà mentionné, pour les médecins il s'agit par exemple de l'interprétation des examens de laboratoire ou de savoirs pointus en pharmacologie clinique ; pour les infirmières, il s'agit des connaissances fines et détaillées du quotidien des malades. La dimension paradoxale de la performance (Cameron, 1986 ; Sicotte, Champagne, Contandriopoulos, Barsnley, Béland, Leggat, Denis, Bilodeau, Langley, Brémond, Baker, 1998) avec l'absence de critère unique et incontestable mesurant le résultat global de leurs activités, est un atout dont les prestataires se servent dans leur argumentation vis-à-vis des assureurs/payeurs : dans l'incapacité qu'ils sont de donner des résultats concernant leurs activités, les prestataires proposent de montrer comment ils procèdent collectivement, c'est-à-dire de rendre plus explicites les interfaces entre les différents services ou groupes professionnels engagés dans le même processus.

Dans le but de garder la maîtrise d'une zone d'activités indispensable à celles de leurs partenaires, chaque groupe concède un peu de sa visibilité vis-à-vis de l'autre. En substance, cela signifie que les uns et les autres seront intéressés à faciliter un peu le travail de ceux dont ils ont besoin, afin de maintenir ou de développer leur propre activité.

La mise en œuvre d'un nouveau formulaire de prescriptions médicales concrétise l'accord que les médecins et les infirmiers ont trouvé, comme un des « possibles » choisis parmi un ensemble de moyens leur permettant de poursuivre leur coopération sous de nouvelles contraintes.

4.3.3.3 *En résumé*

Le projet qualité « Médicaments » et le nouveau formulaire de prescriptions médicales présentent les caractéristiques d'une importante ambiguïté. Ils s'inscrivent dans le cadre de nouvelles contraintes et émergent de la mobilisation des acteurs autour de nouveaux enjeux ; ces projets, construits par les acteurs, offrent plusieurs dimensions donnant à différents groupes professionnels la possibilité de s'engager différemment dans le problème de la sécurité thérapeutique et avec des objectifs divers.

4.3.4 Synthèse : « Ambiguïté du projet »

Initialement (Phase A) l'ambiguïté du projet DCM est réduite car celui-ci s'inscrit dans une volonté rigide de mise en application sous la forme imaginée par ses promoteurs et qu'il vise à agir

directement et uniquement sur les activités des professionnels. Il ne prend pas en compte les risques qu'il fait courir à certains acteurs clés, de perdre les avantages stratégiques gagnés grâce à l'ancienne pratique de dispensation décentralisée et de prescriptions médicales non-informatisées. Ensuite, le projet DCM apparaît de manière plus ambiguë et cela est à mettre en relation avec son « éclatement » (Phase B) : la « sécurité thérapeutique » s'impose progressivement au « projet DCM ». Les infirmières et les médecins se donnent ainsi les espaces nécessaires pour s'assurer de la maîtrise des enjeux critiques que le projet DCM menaçait de leur faire perdre. Finalement (Phase C), le champ de la « sécurité thérapeutique » est réinvesti par les acteurs du terrain qui tentent d'établir autrement leur coopération autour de cette question, à la suite de modifications contextuelles significatives (Fusion des hôpitaux et des pharmacies, loi sur l'assurance maladie). Ces modifications exercent des pressions « qualitatives » sur les activités des professionnels et déplacent les enjeux critiques ; elles offrent ainsi plusieurs dimensions donnant à différents groupes professionnels la possibilité de s'engager différemment dans le problème de la sécurité thérapeutique et avec des objectifs divers. Ces caractéristiques correspondent à une ambiguïté importante.

4.4 Troisième volet d'analyse : Innovation (figure 1, p. 101 – figure 2, p. 102 – figure 3, p. 103)

Nous voulons montrer ici la dynamique de l'élaboration du réseau des entités qui participent à la construction du problème de la sécurité thérapeutique. L'étendue du réseau traduit les changements de capacités relationnelles et organisationnelles qui accompagnent ici les reconfigurations organisationnelles. L'analyse s'attache à relier les formes successives adoptées par le problème de sécurité thérapeutique, telles que nous pouvons les déduire de l'analyse des deux premiers construits, avec le réseau qui participe à former et à porter ce problème.

4.4.1 Phase A – La phase A coïncide avec la période d'activité du médiateur, c'est-à-dire d'avril 1990 à juillet 1991. Les activités en relation avec le problème de la sécurité thérapeutique correspondent à l'élaboration et au début de la mise en œuvre du projet DCM par le groupe de résolution *ad hoc*, tel que défini par le mandat du médiateur.

- La forme du problème :

Le problème prend la forme du projet DCM proposé par le médiateur. Il s'agit d'un ensemble de solutions pratiques, imaginé préalablement par la hiérarchie afin de réduire les erreurs de dispensation des médicaments et que les professionnels du terrain sont censés appliquer. Les erreurs à corriger par cette nouvelle organisation de la dispensation sont considérées comme « le résultat d'actes mal conduits par un ou plusieurs individus ».

La capacité d'action offerte aux différents acteurs par la DCM est réduite : les responsables hiérarchiques de l'hôpital et initiateurs du projet qui visaient, au travers de la DCM, des objectifs

personnels, ne voient plus bien comment les atteindre car la mise en œuvre de ce projet leur échappe au profit du médiateur ; le médiateur quant à lui, en acceptant ce mandat, répond aux attentes du conseil d'administration qui consistent à (dis)qualifier le directeur général et l'infirmière-chef ; le médiateur agit à court terme, il n'est ni compétent ni stratégiquement intéressé aux tenants et aboutissants de la sécurité thérapeutique ; les infirmières perdent la position stratégique qu'elles occupent en contrôlant un carrefour d'informations et d'actions indispensables aux activités des médecins ; ces derniers comprennent intuitivement que l'informatisation de l'ordonnance, en réduisant un peu du flou qui entoure leur pratique, leur fait perdre de la capacité d'influence à l'égard des infirmières ; les membres du groupe DCM sont partagés entre le respect des intérêts de la profession à laquelle ils appartiennent et l'accomplissement de la tâche spécifique qui leur est demandée d'accomplir dans le groupe de résolution ; finalement, les seuls pour lesquels la DCM représente une opportunité d'accroître leur capacité d'action sont les collaborateurs de pharmacie.

- L'étendue du réseau

Pour situer l'étendue du réseau nous rappelons tout d'abord la structure d'autorité de cet hôpital. Il est généralement admis que la structure d'autorité d'un hôpital est ambiguë, ce qui est une des caractéristiques des anarchies organisées (Cohen, March, Olsen, 1972). Dans ce cas, les médecins sont salariés et doivent tout leur temps à l'institution, il n'existe pas de fonction concurrente à celle de médecin-chef, ni de directeur des services professionnels, ni de conseils des médecins. L'ambiguïté se situe donc essentiellement entre le médecin-chef, l'infirmière-chef et le directeur général, qui sont en concurrence pour une part d'autorité concernant principalement l'évolution des pratiques professionnelles et la bonne marche des services infirmiers.

Le réseau en développement est à un stade micro. Il est constitué d'un petit noyau central : la préparatrice responsable de la pharmacie et le pharmacien responsable. Un peu plus en périphérie, le médiateur joue un rôle actif certes, mais d'emblée limité dans le temps. Sa périphérie se dilue ensuite entre du subi et du voulu parmi les membres de la direction, le groupe de résolution DCM, quelques infirmières du terrain et des collaborateurs de la pharmacie. Une collaboration active de toutes ces parties n'est pas observée. Nous n'identifions pas de porte-parole capables d'intégrer les intérêts respectifs de toutes les parties concernées.

4.4.1.1 *En résumé*

La manière dont le projet DCM rencontre les acteurs permet de distinguer ce qui les unit de ce qui les sépare face à cette nouvelle situation. Il apparaît que sous cette forme, le projet englobe peu des intérêts en présence. En revanche, la DCM suscite la (re)formulation de la question plus générale de la sécurité thérapeutique.

Figure 1 – LES HOPITAUX PUBLICS AVANT LA FUSION

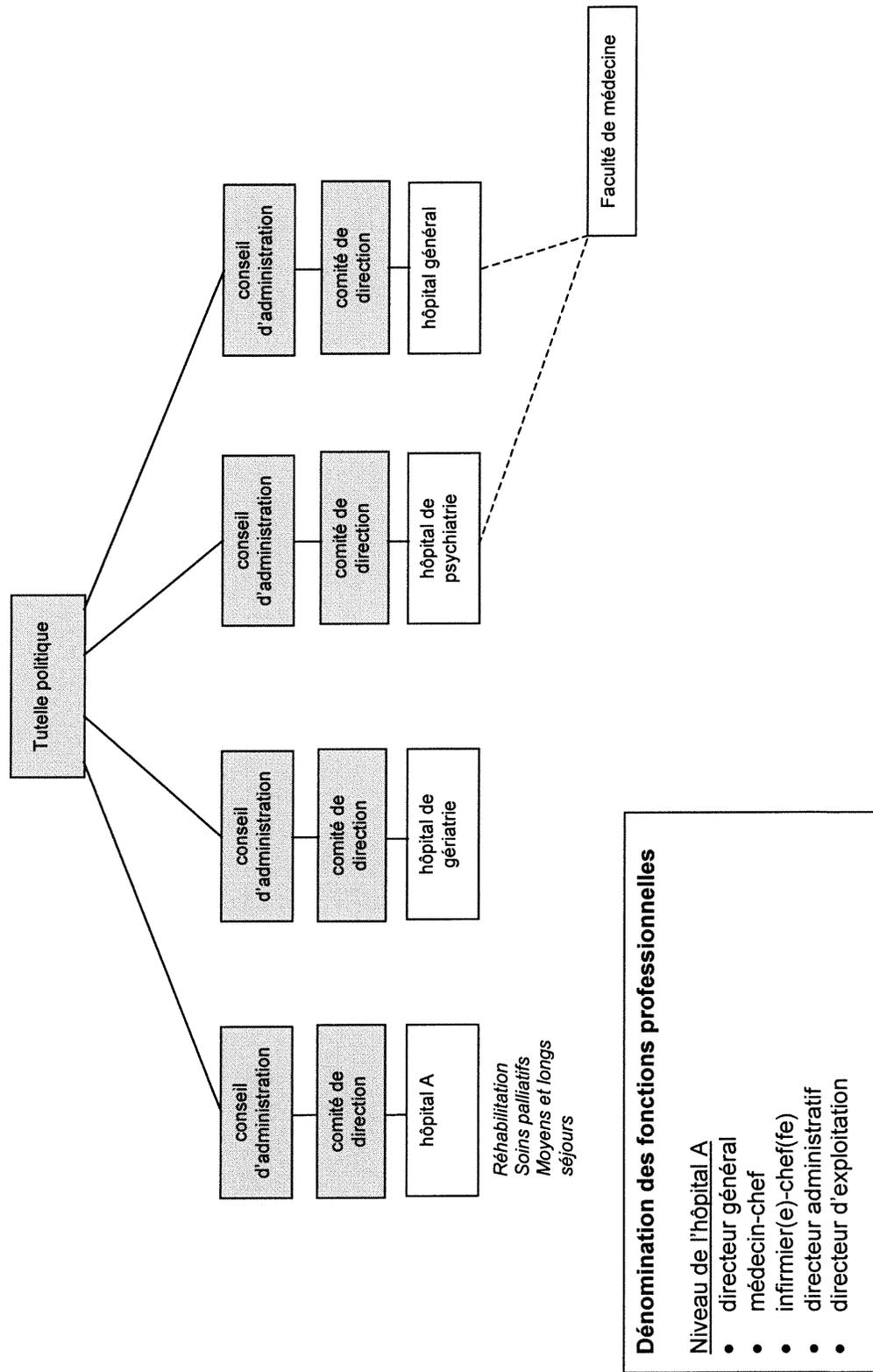
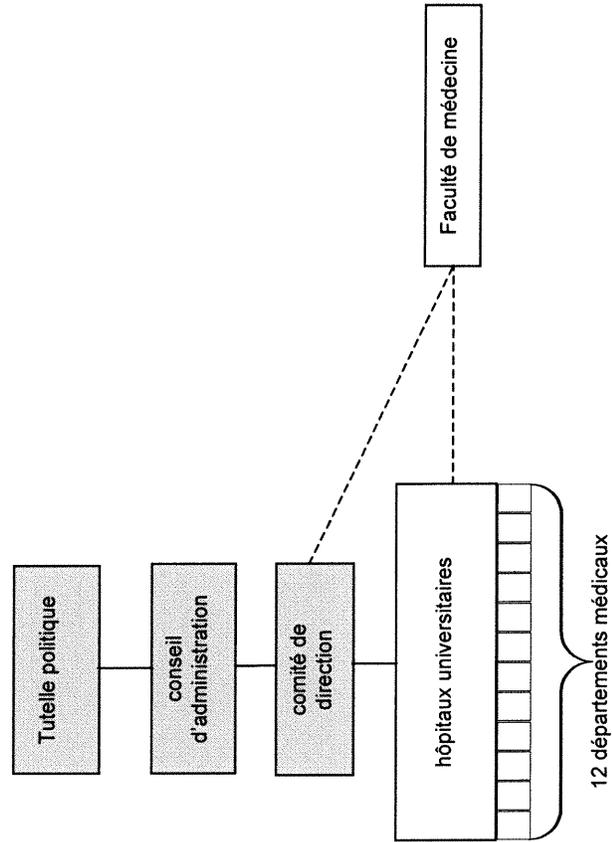


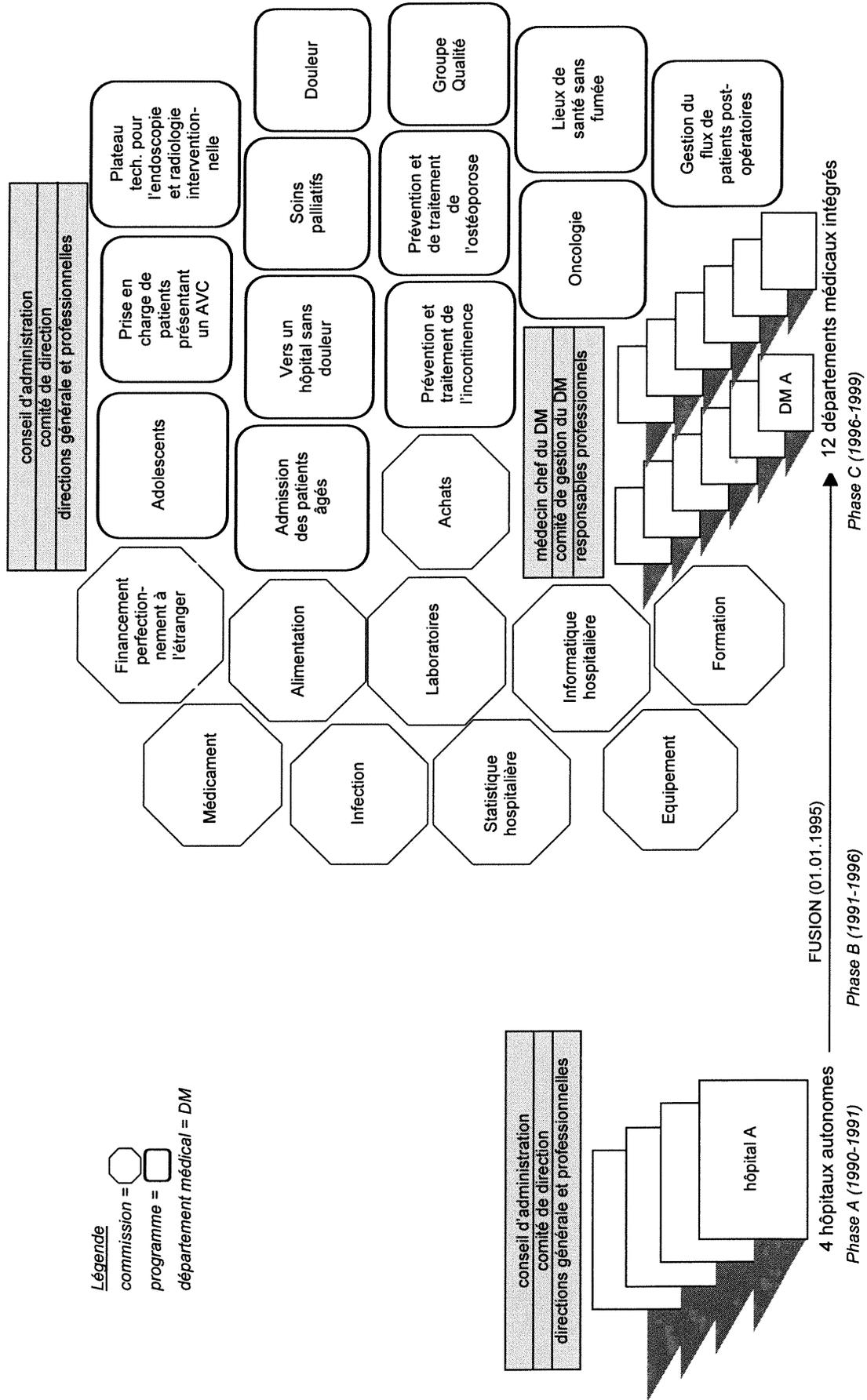
Figure 2 – LES HOPITAUX PUBLICS APRES LA FUSION



Dénomination des fonctions professionnelles

- Niveau des départements médicaux
- médecin chef du département médical
 - infirmier(e) responsable
 - administrateur
- Niveau du comité de direction
- directeur général
 - directeur médical
 - directeur des soins infirmiers
 - doyen de la faculté de médecine

Figure 3 – LES CHANGEMENTS DE L'ABONDANCE ORGANISATIONNELLE



4.4.2 Phase B – Le début de la phase B est marqué par le départ du médiateur et le changement de direction générale en août 1991. Le groupe DCM est dissout le 10 novembre 1992. La fin de cette phase correspond à l'arrêt définitif de la DCM en juin 1996. Les activités en relation avec le problème de la sécurité thérapeutique correspondent aux diverses tentatives des différents partenaires concernés d'assimiler ou de transformer la DCM sous une forme plus acceptable.

- La forme du problème

Le problème se transforme avec la mise en évidence que le projet DCM a « oublié » certaines étapes essentielles du processus thérapeutique. Le « projet DCM » cède progressivement la place au « problème de sécurité thérapeutique ». Cela se traduit par la mise en œuvre de projets d'amélioration de la qualité des soins. La signification donnée à l'erreur vise à fonder des indicateurs de contrôle d'activité et à établir des standards professionnels.

La capacité d'action des acteurs est accrue : la nouvelle direction générale encourage la promotion des projets de soins, la dotation en personnel infirmier et de pharmacie croît, de nouveaux moyens informatiques sont acquis, la pharmacie est équipée d'une nouvelle machine à blistérer.

Le développement des activités en relation avec la sécurité thérapeutique impliquant autrement les collaborateurs qu'avec la DCM, conduit à une disparition progressive de ce projet. Son arrêt définitif est prononcé d'un commun accord entre le nouveau pharmacien-chef, l'infirmier responsable et le médecin-chef ; l'événement contextuel décisif est constitué par la fusion des pharmacies.

- L'étendue du réseau

La structure d'autorité ne se modifie qu'à la fin de la phase B avec la fusion des hôpitaux et des pharmacies. L'effet des fusions sur l'ambiguïté de la structure d'autorité est analysé en phase C.

La formulation du problème sous la forme de « comment améliorer la sécurité thérapeutique ? » permet d'associer les intérêts divergents, ce que le projet de « transformation des pratiques professionnelles (DCM) » ne permettait pas de faire. Le projet infirmier de « suivi de la distribution des médicaments et des effets secondaires », l'introduction et l'usage rapidement répandu des avis d'incidents informant notamment des erreurs de dispensation, le projet d'intégration du système informatique de la DCM sur le réseau des soins infirmiers, la recherche d'une informatisation plus conviviale des récapitulatifs de traitements, le plébiscite des blisters par les infirmières suivi de leur généralisation, sont autant de dimensions du problème qui permettent des investissements différenciés des acteurs. Nous constatons une extension et un décentrage du réseau, et une diversification des activités en relation avec le problème de la sécurité thérapeutique, sans toutefois qu'une réelle convergence ne se produise à ce stade.

4.4.2.1 En résumé

La traduction du « projet DCM » en « problème d'amélioration de la sécurité thérapeutique » permet d'associer les intérêts divergents de différents groupes professionnels, dans un ensemble d'activités orientées vers la recherche d'une meilleure sécurité thérapeutique, mais sans qu'une réelle convergence ne se produise pour autant.

4.4.3 Phase C – La phase C fait suite à l'arrêt de la DCM en juin 1996 et s'arrête en hiver 1999. Les activités en relation avec le problème de la sécurité thérapeutique ne se regroupent plus sous une seule étiquette de projet particulier mais apparaissent plus diffusément, en lien avec d'autres projets visant à promouvoir la qualité des soins dans une perspective plus large.

- La forme du problème

La forme du problème est façonnée par la prise de conscience de l'interdépendance entre les acteurs pour jouer le jeu de la sécurité thérapeutique. La capacité organisationnelle et relationnelle est accrue à la suite de modifications contextuelles significatives (fusion des hôpitaux et des pharmacies, introduction d'une nouvelle loi sur l'assurance maladie). Ces modifications ont contribué au déplacement d'enjeux critiques donnant ainsi aux acteurs de l'hôpital des intérêts à coopérer.

Cela signifie que les différents groupes professionnels conservent leurs intérêts et des objectifs différents mais participent, par leurs actions, à mieux comprendre les processus communs qui concourent aux erreurs de dispensation. L'erreur est considérée ici comme une source d'information sur les lacunes qui se forment inévitablement entre les individus et les groupes d'individus.

- L'étendue du réseau

Suite à la fusion, nous observons un allongement du réseau qui porte le problème de la sécurité thérapeutique. Cet allongement est à mettre en relation avec l'accroissement de l'ambiguïté de la structure d'autorité et avec l'apparition de plusieurs dispositifs participatifs formels dans lesquels les acteurs ont la possibilité de faire entendre leurs voix. Nous décrivons ci-dessous en quoi consistent ces modifications structurelles (Voir également : Premier volet de l'analyse – Phase C).

Structure d'autorité :

Directions générales et directions des services communs : De 1995 à 1998, les hôpitaux universitaires ont conservé deux directeurs généraux, deux départements des ressources humaines, deux divisions financières. En 1999, il persiste toujours deux systèmes informatiques.

Directions professionnelles : Il persiste également deux directions professionnelles des soins infirmiers jusqu'en 1998. La direction médicale des hôpitaux universitaires est instaurée en

1995. Il n'existe en revanche aucune direction pour les pluriprofessionnels de santé tels que nutritionnistes, ergothérapeutes, psychologues etc. ; ces professions « flottent » dans l'organisation.

Directions des départements cliniques : Chacun des 12 départements médicaux est dirigé par un médecin-chef. Il est responsable de la bonne marche médicale et financière du département. Il est assisté dans sa tâche par un comité de gestion.

Comités de gestion des départements cliniques : Ils sont composés du médecin-chef, de l'infirmier responsable des soins, de l'administrateur, d'un membre du conseil d'administration des hôpitaux universitaires et d'un délégué du personnel.

Direction de la pharmacie : Le nouveau pharmacien-chef entré en fonction en 1995 a échoué dans son entreprise de regroupement des pharmacies en un lieu central ; il a démissionné en 1999. Le processus de réunification des pharmacies ne s'est réellement amorcé que trois ans après la constitution officielle de la pharmacie unique. Dans cet intervalle les pharmacies ont été maintenues sur les différents sites hospitaliers existants de même que le personnel y travaillant.

Dispositifs participatifs formels :

Commission des médicaments : cette commission est dotée d'un pouvoir décisionnel par délégation du conseil d'administration.

Commissions consultatives : Dans ce contexte de restructuration forte et de croissance de l'ambiguïté, on a vu apparaître plusieurs commissions dont les tâches étaient généralement orientées vers l'intégration des activités et l'arbitrage.

Programmes transversaux : Les programmes de soins transversaux, en mobilisant différemment les collaborateurs, se sont développés dans ce contexte pour influencer un peu les activités parfois trop cloisonnées des départements médicaux et contribuer à faire évoluer les pratiques médicales.

Pour illustrer comment ces différentes instances participent au problème à l'étude et à l'allongement du réseau, nous allons donner trois exemples.

Réduire les erreurs de dispensation : Quatre départements cliniques ont conçu différents projets sur ce sujet : l'anesthésiologie, la médecine interne, la gériatrie et le département médical A. Ces trois projets sont en fait des volets différents d'un projet plus global coordonné par le groupe qualité des hôpitaux universitaires. La direction médicale supervise cette instance. Quant à la direction des soins infirmiers, elle a engagé une recherche plus spécifiquement infirmière dans le but de valider une méthode de (dé)pistage des erreurs au niveau infirmier.

L'informatisation de l'ordonnance : Cet objectif mobilise différents groupes pluriprofessionnels dans le cadre des projets *Dossier de soins informatisé* (supervisé par la

direction des soins infirmiers et la division d'informatique médicale) et *Dossier médical informatisé* (supervisé par la direction médicale et la division d'informatique médicale), de la division de pharmacologie clinique et de la commission des médicaments.

Les blisters : Cette technique de reconditionnement des médicaments a été développée, validée, et son intérêt, spécialement pour les opiacés, démontré par le département médical A. Pour que la nouvelle pharmacie unique accepte de reprendre cette activité à son actif, il a fallu d'abord la faire connaître à, et soutenir par d'autres départements cliniques. Cette démarche s'est effectuée dans le cadre de différentes instances communes : le comité du mouvement *Vers Un Hôpital Sans Douleur*, les programmes transversaux *Soins palliatifs* et *Douleur* et la commission des médicaments.

4.4.3.1 En résumé

Le problème de la sécurité thérapeutique tel qu'il s'est développé au sein de l'hôpital A va dans le sens des nouvelles exigences légales en matière de qualité de soins, exigences que les assureurs/payeurs sont en droit d'utiliser comme critère de négociation tarifaire. L'interdépendance des professionnels de l'ensemble des hôpitaux universitaires au regard de ces contraintes fait converger leurs activités vers des collaborations plus actives. L'implication et la mobilisation des acteurs se déroulent dans des instances participatives diverses qui réalisent l'intégration des différents services après la fusion hospitalière et traduisent l'allongement du réseau.

4.4.4 Synthèse : « Innovation »

La rencontre entre le projet DCM et les acteurs permet de faire la part, dans cette situation, de ce qui unit et de ce qui sépare. Dans sa forme initiale, le projet englobe peu des intérêts en présence mais il conduit à la formulation de la question plus générale de la sécurité thérapeutique (Phase A). La traduction du « projet DCM » en « problème d'amélioration de la sécurité thérapeutique » permet d'associer les intérêts divergents de différents groupes professionnels, dans un ensemble d'activités orientées vers la recherche d'une meilleure sécurité thérapeutique (Phase B). Le développement de ces activités rencontre les nouvelles exigences légales en matière de qualité de soins, au moment où l'institution hospitalière fusionne et se complexifie. Prenant en compte leur interdépendance, les professionnels développent des activités plus convergentes, des collaborations plus actives. L'implication et la mobilisation des acteurs dans des instances participatives diverses réalisent l'intégration des services suite à la fusion hospitalière, et traduisent l'allongement du réseau (Phase C).



5 Synthèse et élaboration

L'analyse à laquelle nous venons de procéder s'est donc déroulée comme suit :

Premier volet : « Création de nouvelles représentations d'un problème »			Second volet : « Ambiguïté du projet »			Troisième volet : « Innovation »		
Phase A	Phase B	Phase C	Phase A	Phase B	Phase C	Phase A	Phase B	Phase C

Nous proposons maintenant une présentation synthétique regroupant l'analyse des trois construits dans chaque phase, de la manière suivante :

Phase A	Phase B	Phase C
« Création de nouvelles représentations d'un problème » « Ambiguïté du projet » « Innovation »		

Cette approche nous permet d'élaborer, à partir des trois construits qui se complètent mutuellement, le processus du projet et les phénomènes de changement.

5.1 Phase A : La phase A coïncide avec la période d'activité du médiateur, c'est-à-dire d'avril 1990 à juillet 1991. Les activités en relation avec le problème de la sécurité thérapeutique correspondent à l'élaboration et au début de la mise en œuvre du projet DCM par le groupe de résolution ad hoc, tel que défini par le mandat du médiateur.

5.1.1 Synthèse :

La conception originelle de la DCM sert les objectifs différents du pharmacien responsable (placer la pharmacie en prise directe avec les activités thérapeutiques des médecins), de l'infirmière-chef (rompre les anciennes et occultes pratiques de soins verrouillées par l'encadrement intermédiaire qui lui précédait) et du médecin-chef (développer la pharmacie qui dépend directement de son autorité et les liens de collaboration directe entre les médecins prescripteurs et la pharmacie). Quant au médiateur, mandaté officieusement pour établir la qualification de l'infirmière-chef et du directeur général, il n'a aucune implication dans l'origine du projet ni dans son contenu ; il vise à satisfaire les attentes de son mandant, le conseil d'administration.

Les professionnels du terrain, principalement les infirmières mais également les médecins, se trouvent confrontés à un projet qui leur retire les avantages stratégiques acquis avec la pratique classique de dispensation. En perdant la maîtrise de la préparation des traitements individuels, les infirmières perdent l'influence qu'elles ont sur le travail du médecin, c'est-à-dire sur les indications qu'elles reçoivent et qui déterminent le champ et l'organisation de leurs activités ; elles perdent ainsi une importante capacité d'action. Les médecins voient dans l'informatisation de la prescription, la perte d'une pratique qui gagne à rester un peu floue. Les préparateurs en pharmacie sont les seuls gagnants face à ce nouveau concept de dispensation.

La DCM englobe peu des intérêts en présence. La rigidité de ce projet et son peu d'ambiguïté limitent les possibilités d'engagement des acteurs dans ce projet sous cette forme.

Les enjeux critiques concernent la maîtrise de la préparation des traitements individuels, pour le gain ou la conservation desquels les infirmières et les préparateurs en pharmacie entrent en compétition et se mobilisent.

Un atout que les infirmières mobilisent est le facteur temps : deux des principaux alliés de la DCM sont menacés, l'infirmière-chef qui est quasiment sur le départ et le médiateur qui a un mandat à court terme. Un autre atout concerne leur savoir professionnel : l'argument développé par les promoteurs du projet concerne les erreurs de dispensation, et les responsables de ces erreurs que la DCM dénonce sont les infirmières. Celles-ci relèvent alors le défi. Si l'« erreur » désigne le résultat d'un acte mal conduit par un individu ou un groupe d'individu, il faudra alors démontrer que les infirmières sont bien les seules coupables, et que d'autres sont plus qualifiés pour réaliser cet acte.

Quant aux préparateurs en pharmacie, ils ont du mal à recruter des alliés de poids pour faire avancer leur stratégie, ils tentent de se fondre dans le projet en s'appuyant de manière éphémère sur le médiateur.

5.1.2 Elaboration :

La DCM menace les avantages stratégiques acquis par les infirmières aux profits des préparateurs en pharmacie. Celles-ci mobilisent leurs atouts pour ralentir la mise en place du projet sous cette forme et revendiquer leur légitimité professionnelle afin de participer à la définition de l'erreur de dispensation, et à l'élaboration des modalités pratiques de mieux y faire face.

Ces comportements mettent en lumière les jeux existants et la mobilisation se fait dans le sens de la réaffirmation de ces jeux.

5.2 Phase B : *Le début de la phase B est marqué par le départ du médiateur et le changement de direction générale en août 1991 ; la fin de cette phase correspond à l'arrêt définitif de la DCM en juin 1996. Les activités en relation avec le problème de la sécurité thérapeutique correspondent aux diverses tentatives des différents partenaires concernés d'assimiler ou de transformer la DCM sous une forme plus acceptable.*

5.2.1 Synthèse :

Sous la pression de la réaffirmation de ces jeux anciens, le projet DCM évolue par une série d'ajustements vers un compromis approximatif, pour être finalement abandonné. Il a été abandonné car (presque) plus personne n'y voyait de réel intérêt ; son interruption n'a provoqué aucun sentiment, ni de victoire pour les uns, ni de défaite pour les autres.

La transformation de la DCM est à mettre principalement aux actifs des infirmières qui, en visant à éliminer ou à s'approprier la DCM, peut-être traduite sous une autre forme, mettent en œuvre des projets de soins visant à améliorer la sécurité thérapeutique et à développer leur propre réseau informatique. L'« erreur » est utilisée dans ce cadre pour fonder des indicateurs de contrôle d'activité et établir des standards professionnels.

5.2.2 Elaboration :

La traduction du « projet DCM » en « problème d'amélioration de la sécurité thérapeutique » permet d'associer les intérêts divergents de différents groupes professionnels, dans un ensemble d'activités plus diversifiées orientées vers la recherche d'une meilleure sécurité thérapeutique.

Ces activités plus diversifiées se déroulent toujours dans le cadre des jeux existants et l'utilisation de l'erreur vise à promouvoir le développement de la responsabilisation professionnelle.

5.3 Phase C : *La phase C fait suite à l'arrêt de la DCM en juin 1996 et se termine en hiver 1999. Les activités en relation avec le problème de la sécurité thérapeutique ne se regroupent plus sous la seule étiquette d'un projet particulier mais apparaissent plus diffusément, en lien avec différents projets visant à promouvoir la qualité des soins dans une perspective plus large.*

5.3.1 Synthèse :

L'intervention d'une nouvelle loi sur l'assurance maladie qui fixe autrement les règles d'accès aux ressources par les prestataires, contribue à réorienter les stratégies des acteurs en déplaçant les enjeux. Les bases de négociation tarifaire concernant les hôpitaux se fondent dorénavant sur la capacité des prestataires à démontrer la qualité des résultats de leurs activités. Les hôpitaux sont donc tenus de rendre explicite leur politique en matière de promotion de qualité des soins, et de fournir aux assureurs/payeurs les statistiques d'« indicateurs de résultats » (qui par défaut des indicateurs négatifs), comme le taux d'infections nosocomiales, les accidents thérapeutiques ou les

chutes de patients ayant entraîné des lésions. Il ne suffit donc plus, pour accéder aux ressources, de démontrer les « bonnes pratiques » ayant cours, sur la base de standards professionnels énoncés par la profession concernée elle-même.

Dans la mesure où ces « indicateurs de résultats » sont le fruit de processus éminemment interdisciplinaires, les professionnels de l'hôpital se trouvent confrontés à leur interdépendance pour la pratique de leurs activités.

S'agissant de la promotion de la sécurité thérapeutique, on observe, au niveau du département médical A, une diversité d'activités en relation avec cet objectif, et au niveau de l'ensemble des hôpitaux universitaires, une capacité relationnelle et organisationnelle accrue suite à la fusion. Et cette diversité est mobilisée avec davantage de cohérence grâce aux critères définis, et aux ressources mises à disposition, par le groupe qualité des hôpitaux universitaires.

On observe toutefois que la prise en compte d'une certaine interdépendance ne conduit pas à un abandon des jeux anciens et que les groupes professionnels restent vigilants quant à leurs intérêts stratégiques respectifs : l'informatisation des dossiers de soins infirmiers et médicaux s'élabore de manière séparée, la direction des soins infirmiers conserve un groupe d'infirmiers chargés de projets pour établir des procédures et des mesures des erreurs de dispensation, indépendamment de projets interdisciplinaires en cours sur la même problématique et coordonnés par le groupe qualité des hôpitaux universitaires.

De plus, les différents groupes professionnels étant dans l'incapacité de donner des résultats concernant leurs activités respectives (ou ne « voulant » pas : ils visent à conserver une part d'imprévisibilité et à ne pas se laisser dicter leurs actions), les prestataires proposent de montrer comment ils procèdent collectivement, c'est-à-dire de rendre plus explicites les interfaces entre leurs différents services ou groupes professionnels engagés dans le même processus. Ainsi, dans le but de garder un peu de maîtrise d'une zone d'activités indispensable à celles de leurs partenaires, chaque groupe concède un peu de sa visibilité vis-à-vis de l'autre. De cette manière, l'hôpital tente d'esquiver les exigences de la loi, en s'orientant vers la démonstration de comment les professionnels procèdent collectivement et non pas de combien ils « produisent ». Dans cette perspective, l'« erreur » est considérée comme une source d'information sur les lacunes qui se forment inévitablement entre les individus et les groupes d'individus.

5.3.2 Elaboration :

Le déplacement des enjeux, l'accroissement de la diversité des activités et de la capacité organisationnelle favorisent l'acceptation d'une certaine interdépendance dans le processus de dispensation des médicaments. Les professionnels découvrent leur capacité à inventer de nouveaux jeux sans toutefois abandonner les jeux anciens.



6 Discussion et conclusion

L'étude d'un processus d'innovation dans la dispensation des soins fait ressortir plusieurs thèmes. Nous examinons d'abord le potentiel et les limites de l'« erreur » dans la dynamique du projet. Par la suite, nous discutons le rôle de l'ambiguïté et de la capacité organisationnelle comme déterminants du changement et de l'apprentissage collectif. Ces manifestations sont étudiées dans une vision dynamique, le changement étant fonction de la diversification des enjeux et de la capacité des acteurs à comprendre ces enjeux et à se mobiliser pour leur maîtrise. Nous concluons avec quelques réflexions sur la dynamique du projet, inspirées par ces développements.

6.1 Le jeu autour de l'erreur

Le processus du projet DCM reflète l'usage stratégique que les acteurs font de l'« erreur » et les conséquences imprévisibles sur les formes que prendra le problème de la sécurité thérapeutique.

L'erreur interpelle les professionnels au sujet de leurs activités et de ce fait possède un potentiel mobilisateur. Communément, l'« erreur » est considérée comme le résultat d'un acte mal conduit par un individu. Dans cette perspective, l'erreur véhicule l'idée de jugement négatif avec comme corollaire, la pénalité. En pratique, cette représentation conduit les acteurs à éviter ou à cacher les erreurs commises afin de ne pas être sanctionnés. Si les organisations sont généralement bien « équipées » pour corriger les erreurs commises par les individus, en revanche, elles ont peu d'aptitudes à corriger spontanément les conditions qui génèrent ces erreurs (Argyris, Schön, 1978 ; Fiol, Lyles, 1985 ; Nonaka, 1994). Sur ces bases, nous pouvons distinguer schématiquement deux niveaux d'erreur correspondant à des contextes d'utilisation stratégique différente de l'erreur. Le premier niveau correspond à un contexte dans lequel, « être le meilleur, le plus performant, le plus rentable » etc., suppose de se conformer de plus en plus exactement aux normes en vigueur dans l'organisation et de commettre le moins d'erreurs possible en fonction de ces critères. L'erreur prend alors la valeur d'un résultat qui sanctionne et renforce les schémas et les mécanismes fondamentaux préexistants dans une organisation. Par commodité pour la suite du texte nous désignerons cette signification, erreur de niveau I. Le second niveau se place dans un contexte où sera considérée comme erreur, non pas l'erreur en elle-même mais le fait de ne pas avoir cherché à apprendre de cette erreur. L'erreur prend ici la valeur d'une source potentielle de connaissances sur les schémas cognitifs et les mécanismes organisationnels sous-jacents à la genèse des erreurs : erreur de niveau II.

Dans le cas étudié, l'effet mobilisateur de l'« erreur » subit des orientations différentes selon l'utilisation stratégique qui en est faite. Cela signifie que le mode de représentation de l'« erreur » engage moins son existence « réelle » que l'opportunité d'action qu'elle représente, ou non, pour ces mêmes acteurs, en fonction du sens qu'ils lui donnent. L'« erreur » n'a pas de valeur intrinsèque, de sens inné, son sens lui est donné par les orientations stratégiques des acteurs.

Il découle de ce qui précède, que l'utilisation de l'« erreur » à des fins de changements dirigés peut être une manœuvre à risque. Dénoncer une « erreur » est une tactique utilisée en gestion (cette tactique est manifeste dans les trois phases du cas étudié) car son pouvoir mobilisateur est réel. De plus, la mobilisation des acteurs peut amener à une diversification et à une meilleure visibilité de leurs projets. Mais les effets de cette mobilisation et la nature des diversifications des activités sont imprévisibles.

Le fait de mettre la pression sur les pratiques de soins pour les faire évoluer en dénonçant une « erreur » est une condition insuffisante à elle seule pour faire aboutir un processus de changement et d'apprentissage collectif, quel que soit le mode (le niveau) sous lequel on tente de dénoncer l'« erreur ». Cette observation indique les limites du potentiel de l'« erreur » pour orienter la conduite des acteurs dans une perspective de changement dirigé, en raison de la capacité de ces acteurs de construire une signification de l'« erreur » selon l'opportunité d'action qu'elle représente.

En revanche, ces jeux autour de l'« erreur » et les différents niveaux d'« erreur » identifiés ouvrent une perspective différente : l'« erreur » pourrait être considérée comme un indicateur des caractéristiques et des modes de régulation d'un système d'action : une représentation de l'« erreur » de niveau I reflète un contexte dans lequel les forces de compétition autour d'enjeux critiques dominent ; une représentation de l'« erreur » de niveau II reflète un contexte dans lequel ce sont les forces de coopération qui dominent.

6.2 Le jeu autour des transformations des structures organisationnelles et de la diversification des enjeux

Le cas révèle également l'importance des jeux autour de la structure pour faire progresser le projet des acteurs. En faisant un usage des atouts structurels, les acteurs ne maîtrisent pas les conséquences de ces actions sur leur propre destinée ni sur la forme que prendra le projet. Ces phénomènes ont été décrits par J.-L. Denis et coll. dans leurs travaux sur le leadership et le changement stratégique à l'hôpital (Denis, Langley, Cazale, 1995).

Dans le cas étudié, l'infirmière-chef, en utilisant sa position structurelle forte, co-engage et soutient activement l'initiative de la DCM et déclenche alors une forte mobilisation des soignants « contre » ce projet, ce qui la mettra en situation de vulnérabilité. Son successeur, profitant de l'alliance avec le nouveau directeur général qui veut stabiliser l'établissement en valorisant le corps professionnel infirmier, développe une équipe d'infirmiers spécialistes cliniques et un réseau informatique infirmier. Ces atouts lui permettent de concrétiser la traduction de la DCM en problème de sécurité thérapeutique et de contrôler le développement des activités en relation avec ce problème, notamment de faire valoir auprès du médecin-chef la capacité de l'outil informatique infirmier de développer une prescription informatique plus fiable et plus conviviale que celle existant dans le prototype informatique de la DCM. Ces ressources en personnel et l'outil informatique seront démantelés dans la période qui précède et accompagne la fusion hospitalière : l'outil

informatique, contesté par les services informatiques généraux, ne sera plus maintenu ; les spécialistes cliniques seront regroupés dans un service directement rattaché à la nouvelle direction des soins infirmiers des hôpitaux universitaires. Amputé de ces moyens d'action, l'infirmier-chef demande alors sa mutation.

Ces événements s'accompagnent toutefois d'une évolution souhaitable des projets d'amélioration de la sécurité thérapeutique, en lien avec l'accroissement de la capacité relationnelle et organisationnelle et avec le déplacement des enjeux.

La mobilisation des acteurs produite initialement en réaction à la DCM se transforme en divers projets (projets infirmiers tournés vers l'administration des traitements, le suivi de l'observance thérapeutique et des effets secondaires ; projets des blisters qui prennent leur autonomie par rapport à la DCM) et cela contribue à augmenter la capacité des acteurs à traiter différemment le problème de la sécurité thérapeutique. A ce stade (Phase A et Phase B), les enjeux pour lesquels les infirmiers et les préparateurs en pharmacie sont en compétition concernent le contrôle de l'information nécessaire à la préparation des traitements individuels et la réalisation de ces actes (interaction directe avec les médecins, justification de ressources propres fondée sur une croissance des activités).

Un changement intervient alors dans l'environnement des acteurs qui laisse apparaître des enjeux différents et intéressants, et contribue à accroître encore la capacité organisationnelle : la fusion des hôpitaux et la nouvelle loi sur l'assurance maladie.

Au cours de la phase C, les enjeux existants ne sont plus des moyens suffisants pour assurer aux acteurs de l'hôpital l'accès aux ressources financières : il s'agit maintenant pour eux d'être capables de démontrer collectivement aux assureurs/payeurs le résultat des activités globales de l'hôpital.

La DCM a joué un rôle mais pas celui auquel on s'attendait. L'arrêt de la DCM n'a pas abouti au retour à la situation antérieure des pratiques de prescription mais à une autre conception de la nature des actes et des rôles professionnels en la matière : les responsabilités sont mieux intégrées par les différents professionnels et la recherche d'un gain d'efficacité davantage partagée. L'échec de la DCM apparaît comme un événement parmi les multiples possibles d'un processus d'innovation. L'accord sur le rejet de la DCM révèle qu'un apprentissage positif ne s'est pas produit à ce stade. En revanche, l'accord qui semble s'être stabilisé provisoirement dans le cadre de divers projets concernant la sécurité thérapeutique semble plus prometteur. L'engagement des professionnels dans des collaborations qui prennent davantage en compte leur interdépendance, à non seulement été rendu possible par les expériences collectives qu'ils avaient faites au cours des premières phases du projet, mais aussi par leur capacité de percevoir et de comprendre les nouveaux enjeux, et de disposer des moyens d'agir dans leur sens.

Ces nouvelles capacités d'actions sont apparues aux acteurs au travers du groupe qualité des hôpitaux universitaires. Cette structure, mise sur pied par le directeur médical, avait comme objectif premier de préparer l'hôpital aux nouvelles exigences la loi sur l'assurance maladie qui était alors

en projet. Cet organe, a joué un rôle de traducteur de ces contraintes légales, non seulement en médiatisant pour les professionnels les conséquences qu'elles impliquaient, mais surtout en mettant à leur disposition des ressources nouvelles (financement de projets, chercheurs) et en invitant les professionnels à soumettre au groupe qualité des projets interdisciplinaires visant à améliorer la qualité des soins. De plus, la plus grande ambiguïté de la structure d'autorité accompagnant la fusion contribuait également à accroître la marge de manœuvre des acteurs.

Ce changement indique qu'un processus d'apprentissage organisationnel est en cours. De ce point de vue, l'organisation hospitalière prise dans son environnement se trouve dans une situation d'« entre-deux ». Si les enjeux nouveaux apparaissent comme suffisamment intéressants pour mobiliser autrement les acteurs, les anciens jeux sont toujours présents : la direction des soins infirmiers conserve un groupe d'infirmiers chargés de recherche pour des aspects « strictement infirmiers », les projets d'informatisation des dossiers médicaux et infirmiers évoluent séparément et aucun d'entre eux ne prend en compte les autres professions soignantes telles que les nutritionnistes ou les ergothérapeutes.

Ces observations indiquent que la prise en compte de l'interdépendance des acteurs comme condition pour maîtriser les nouveaux enjeux ne se traduit pas forcément par un changement radical des systèmes d'actions existants. En revanche, la plus grande diversité d'actions et de projets, et l'accroissement de la capacité organisationnelle et relationnelle sont des conditions plus favorables pour qu'un changement intervienne et que celui-ci soit surmonté par l'apprentissage collectif (Crozier, Friedberg, 1977). Dans ce cas, nous croyons que les jeux anciens commencent à être reconnus comme « dysfonctionnels » et qu'à ce titre, une condition de l'apprentissage existe déjà.

6.3 *Réflexions sur la dynamique du projet*

Nos réflexions portent tout d'abord sur la capacité pour un projet novateur de contribuer à un apprentissage collectif favorable à une évolution souhaitable suite à un changement.

L'analyse stratégique propose de voir le changement comme le renversement des rapports de force survenant quand une capacité nouvelle de résoudre les problèmes d'organisation collective s'est affirmée, quand une capacité meilleure commence à faire ses preuves à travers une forme d'organisation nouvelle. Mais un changement de rapport de force à lui seul n'entraîne pas nécessairement le développement d'une capacité nouvelle et un changement de la nature et des règles du jeu (Crozier, Friedberg, 1977). Pour que l'intervention d'un changement favorise un développement souhaitable, celui-ci doit survenir dans un environnement riche en diversité des activités et des capacités organisationnelles (ressources).

Dans le cas étudié, nous pouvons distinguer les enchaînements qui mettent en lumière cette interaction entre les rapports de force et le développement de capacités nouvelles de résoudre les problèmes de l'organisation.

L'introduction de la DCDM est susceptible d'entraîner un renversement des rapports de forces existants entre les acteurs professionnels. Pour être ajusté aux jeux existants, certains acteurs reprennent le projet et le redéfinissent pour créer de nouvelles incertitudes qui leur sont plus favorables, développant ainsi davantage de diversités d'actions. Cette diversification est renforcée avec les nouvelles ressources que les acteurs peuvent mobiliser dans l'organisation, dans un sens dirigé par la prise en considération d'enjeux d'un type nouveau. La polarisation autour de ces enjeux entraîne une nouvelle forme des rapports de force, précisément entre les acteurs de l'hôpital et les assureurs/payeurs. Ces rapports de force s'accompagnent d'une utilisation plus explicite de l'interdépendance des différents groupes professionnels les uns par rapport aux autres, mettant ainsi en question les jeux anciens et les rapports de force interprofessionnels préexistants.

Cette observation illustre la fragilité du projet en construction face aux contraintes du contexte d'action dans lequel il intervient. Le projet se construit sur un écart croissant entre ce qu'il vise à inscrire dans la réalité et ce que les contingences de l'action lui imposent, (Boutinet, 1992, *in* Claveranne, Krichen, 1996). Initialement un projet se sert des capacités existantes apparentes, qui souvent lui résistent, mais surtout il révèle, en partie, des capacités existantes cachées, mais ces nouvelles capacités lui échappent. Cela signifie qu'un projet a peu de chance d'aboutir et de se stabiliser tout seul. Un projet, ou ce qu'il en est advenu, doit trouver à se confronter avec d'autres espaces organisationnels accessibles aux acteurs, espaces qui ne sont pas déterminés par le projet de départ. Il doit pouvoir être utilisé par les acteurs, qui s'en saisissent, le transforment, peut-être en réponse ou grâce à d'autres champs d'influences, d'autres projets présents à ce moment dans leur champ. En d'autres termes l'aboutissement d'un projet dans la perspective d'un apprentissage, peut correspondre à son échec, tout au moins dans sa forme initiale. La valeur novatrice d'un projet réside tout autant dans sa capacité à mobiliser les acteurs sous une certaine contrainte, que dans sa capacité à se laisser récupérer et transformer. Un projet novateur peut contribuer à accroître les connaissances du système par les acteurs eux-mêmes, et augmenter les chances d'un changement durable.

Ainsi, l'apprentissage en relation avec la dynamique d'un projet – la transformation par induction réciproque fondée sur la reformulation des modèles relationnels, des modes de raisonnement et des capacités collectives (Crozier, Friedberg, 1977) – est peu en rapport avec les caractéristiques propres du projet ou sa « valeur intrinsèque » telle qu'elle peut être soutenue par ses promoteurs, mais davantage fonction de la manière dont le projet sera perçu, interprété et transformé, initialement et tout au long du processus.

6.4 Conclusion

Notre cas montre les limites pour un projet novateur de conduire à un apprentissage positif, et souligne l'importance de la diversification des activités autour de nouveaux enjeux pour favoriser l'émergence de conditions plus favorables à un changement.

Dans cette étude, nous nous sommes fondés sur l'approche de l'analyse stratégique (Crozier, Friedberg, 1977) pour analyser en profondeur la dynamique de transformation par les acteurs du problème posé par les erreurs de dispensation des médicaments.

La tentative d'agir directement sur les activités des professionnels en imposant un nouveau modèle « idéal » d'organisation de la dispensation des médicaments se traduit par une redéfinition complète du problème dans un sens qui rencontre les intérêts des acteurs les plus menacés par cette intervention, et aboutit à l'abandon du projet initial. Les actions mobilisées dans le sens des jeux existants ont pour effets de diversifier la nature des projets en relation avec la sécurité thérapeutique. On assiste alors à une mobilisation d'une autre nature qui fait suite à l'intervention concomitante d'une nouvelle contrainte dans le champ des acteurs de l'hôpital, sous la forme d'une nouvelle législation en matière de financement des prestataires de soins, et de la fusion des hôpitaux. Disposant alors d'une meilleure capacité d'action dans une organisation plus ambiguë et plus diversifiée, certains acteurs mettent en pratique une collaboration dictée par une forme de gouverne fondée sur l'acceptation de leur interdépendance traduisant une meilleure coopération.

Notre cas illustre tout d'abord l'indétermination du devenir d'un projet face à son terrain mais également sa capacité à favoriser une mobilisation et une diversification des activités existantes. Nous mettons également en évidence les limites de l'« erreur » comme levier du changement : l'effet mobilisateur de l'« erreur » subit des orientations différentes selon l'utilisation stratégique qui en est faite. Le mode de représentation de l'« erreur » engage moins son existence « réelle » que l'opportunité d'action qu'elle représente, ou non, pour ces mêmes acteurs, en fonction du sens qu'ils lui donnent. Sur cette base, nous identifions des niveaux d'« erreur » différents en fonction de contextes différents suggérant que l'« erreur » puisse être considérée comme un indicateur des caractéristiques et des modes de régulation d'un système d'action : une représentation de l'« erreur » de niveau I reflétant un contexte dans lequel les forces de compétition autour d'enjeux critiques dominant ; une représentation de l'« erreur » de niveau II reflétant un contexte dans lequel ce sont les forces de coopération qui dominant. L'analyse confirme le rôle clé joué par certains individus, provisoirement en position de faire un usage de leurs atouts structurels et contribuant par leurs initiatives, à la mobilisation des acteurs, à la traduction d'un problème ou à la médiatisation des enjeux organisationnels. Nous observons également l'importance de l'ambiguïté des structures d'autorité qui peut contribuer à accroître la capacité d'action des acteurs ; le sens de ces actions prendra une valeur d'apprentissage organisationnel dans le cadre de nouveaux enjeux rendus plus intéressants et accessibles par l'intervention de certains individus ou groupes d'individus en situation de leadership.

Pour le praticien, la gestion du changement consiste à accepter l'indétermination de ses projets et perspectives, et à la fois de faire un usage du capital politique provisoire qu'il a su mobiliser en agissant par initiatives, et de favoriser l'accroissement des capacités d'action organisationnelle en médiatisant de nouveaux enjeux et en les rendant accessibles aux acteurs.



7 Bibliographie

- Akrich, M., Callon, M., Latour, B. (1988, juin et septembre). *A quoi tient le succès des innovations ?* Annales des Mines, Réalités Méconnues, pp. 4-17 ; pp. 14-29.
- Aktouf, O. (1994). *Le management, entre tradition et renouvellement*. Gaëtan Morin, Ed. 3^e édition.
- Alter, N. (1996). *Sociologie de l'entreprise et de l'innovation*. Paris, PUF.
- Amblard, H. (1996). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Seuil.
- Anderson, J. R. (1983). *The Architecture of Cognition*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Argyris, C., Schön, D. A. (1978). *Organizational learning*. Reading, MA, Addison-Westley.
- Argyris, C. (1991). *Teaching Smart People – How to Learn*. Harvard Business Review, pp. 99-109.
- Argyris, C. (1994, juillet-août). *Good Communication That Blocs Learning*. Harvard Business Review, pp. 77-85.
- Aubert, N., Gruère, J.-P., Jabes, J., Laroche, H., Michel, S. (1991). *Management. Aspects humains et organisationnels*, Paris, PUF.
- Babbie, E R. (1994). *Conceptualization and Measurement*. The Practice of Social Research, 7^e édition, Belmont, Wadsworth Publishing Company.
- Barker, K.-N., Mikeal, R. L., Pearson, R. E. (1982, juin). *Medication Errors in Nursing Homes and Small Hospitals*. American Journal of Hospital Pharmacy, vol. 39, pp. 987-991.
- Barker, K.-N., Pearson, R. E., Hepler, C. D. (1984, juillet). *Effect of an Automated Bedside Dispensing Machine on Medication Errors*, American Journal of Hospital Pharmacy, vol. 41, pp.1352-1358.
- Bartroli, A., Anaut, M. (1996). *Les paradoxes du changement dans les hôpitaux publics : facteur de pérennité ou de fragilité ?* dans *L'hôpital stratège*. John Libbey Eurotext, Paris, pp. 179-202.
- Bateson, G. (1996). *Une unité sacrée, quelques pas de plus vers une écologie de l'esprit*. Editions du Seuil.
- Baumard, P. (1996). *Organisations déconcertées, la gestion stratégique de la connaissance*. Masson.
- Benson, J.-K. (1975). *The Interorganizational Network, as a Political Economy*. Administrative Science Quarterly, vol. 20, n° 2, pp. 229-249.
- Berger, P. L. et Luckmann T. (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Garden City, NY, Doubleday.
- Betz, R. P., Levy, H. B. (1985). *An Interdisciplinary Method for Classifying and Monitoring Medication Errors*. American Journal of Hospital Pharmacy, vol. 42, pp. 1724-1732.

- Billon-Rey, F., Vermeulen, E., Maire, P., Vincent, M., Auray, J.-P., Courpron, P. (1987, juin). *Evaluation de l'efficacité et de la sécurité d'un circuit traditionnel de distribution du médicament hospitalier: Une expérience sur les formes sèches à l'hôpital gériatrique A Charial*. La Pharmacie Hospitalière Française, n° 79.
- Callon, M. (1974). *L'opération de traduction comme relation symbolique*. Incidence des rapports sociaux sur le développement scientifique et technique, Paris, Maison des sciences de l'homme.
- Callon, M. (1991). *Réseaux technico-économiques et irréversibilités*. Figure de l'irréversibilité en économie, Boyer E. Editeur, EHESS.
- Cameron, K. (1986, mai). *Effectiveness as Paradox*. Management Science, vol. 32, n° 5, pp. 539-553.
- Charles, B., Billet, I., Roumegoux, M., Duchene, J. (1980). *La dispensation du médicament à l'hôpital: nécessité de la dose unitaire*. A.D.P.H.S.O., vol. 5, n° 4, pp. 87-95.
- Chandler, A. (1989). *Stratégies et structures de l'entreprise*. Les éditions d'organisation, Paris.
- Clark, K., Hayes, R., Lorenz, C. (1987). *The Uneasy Alliance : Managing The Productivity – Technology Dilemma*. Cambridge, Mass, Harvard Business School Press.
- Claveranne, J.-P., Krichen, M. (1996). *Démarche de projet et ambiguïté : le cas de la construction d'un syndicat interhospitalier, dans l'hôpital stratège*. John Libbey Eurotext, Paris, pp.115-137.
- Cohen, M. D., March, J. G., Olsen, J.-P. (1972). *A Garbage Can Model Of Organizational Choice*. Administrative Science Quaterly.
- Cohen, M. D., March, J. G. (1986). *Leadership And Ambiguity*. Boston, Harvard Business School Press.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche, la définir, la structurer, la financer*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Contandriopoulos, A.-P. (1994). *Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible*. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 1, n° 1, pp. 8-26.
- Contandriopoulos, A.-P., Souteyrand, Y. (1996). *L'hôpital en mutation, et La construction de l'offre locale de soins, dans L'hôpital stratège*. pp. 7-20 et pp. 83-111, John Libbey Eurotext, Paris.
- Contandriopoulos, A.-P. (1997, décembre). *La régulation d'un système de soins sans murs*. Dixièmes entretiens du Centre Jacques Cartier, Lyon.
- Contandriopoulos, A.-P. (1997). *La santé entre les sciences de la vie et les sciences sociales*. Présentations à la Société Royale du Canada, vol. 50, n° 7.
- Contandriopoulos, A.-P., Trottier, L.-H. (1998). *L'hôpital dans le système de soins de demain*. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 5, n° 1, pp. 106-120.

- Crozier, M., Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Edition du Seuil.
- Damanpour, F. (1991). *Organizational Innovation : A Meta-Analysis Of Effects Of Determinants And Moderators*. *Academy of Management Journal*, vol. 34, n° 3, pp. 555-590.
- David, A. (1995). *RATP – La Métamorphose – Réalités et Théorie du pilotage du changement*. InterEditions.
- Denis, J.-L., Langley, A., Cazale, L. (1995). *Peut-on transformer les anarchies organisées ? – Leadership et changement stratégique à l'hôpital*. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 2, n° 2, pp. 165-189.
- Denis, J.-L., Brémond, M., Contandriopoulos, A.-P., Cazale, M., Leibovitch, E. (1997). *Organiser l'innovation, imaginer le contrôle dans le système de soins*. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 4, n° 1, pp. 96-114.
- Denis, J.-L., Valette, A. (1997, décembre). *La régulation régionale au concret : l'expérience des Drass*. *Politique et management public*, vol. 15, n° 4, pp. 2-25.
- Dery, R. (1995). *L'impossible quête d'une science de la gestion*. *Gestion*, vol. 20, n° 3.
- Dodgson, M. (1993). *Organizational Learning : A Review Of Some Literatures*. *Organization Studies*, vol. 14, n° 3, pp. 375-394.
- Duncan, R. B., Weiss, A. (1979). *Organizational Learning : Implication for Organizational Design*. in B. Staw Ed., *Research in Organizational Behavior*, vol. 1, Greenwich, Conn, JAI Press, pp. 75-123.
- Dutton, J. E., Dukerich, J. M. (1991). *Keeping an Eye on the Mirror : Image and Identify in Organizational Adaptation*. *Academy of Management Journal*, vol. 34, n° 3, pp. 517-554.
- Economist (The) (1996, 14 décembre). *Can a firm be active in the takeover and still stay innovative ? Only with difficulty*. Editorial, *Business, Shopping and Thinking*. p. 63.
- Eisenhardt, K. M. (1989). *Building Theories From Case Study*. *Academy of Management Review*, vol. 14, n° 4, pp. 532-550.
- Evans, R. G. (1994). *Producing Health, Consuming Health Care*, in *Why are Some People Healthy and Others Not ? The Determinants of Health of Populations*. Evans, R. G., Baren, M. L. and Marmor, T. R. Editeurs, Aldine de Gruyter, pp. 29-63.
- Fiol, C. M., Lyles, M. A. (1985). *Organizational Learning*. *Academy of Management Review*, vol. 10, pp. 803-813.
- Francke, D. E. (1967). *The Interdisciplinary Nature Of Medication Errors*. *Drug Intell Clin Pharm*, vol. 1, p. 341, Editorial.
- Friedberg, E. (1991, décembre). *Regard d'un sociologue sur le regard d'un ingénieur*. *Annales des Mines*, pp. 64-74.

- Friedberg, E. (1997). *Le Pouvoir et la Règle. Dynamique de l'action organisée*. Edition du Seuil.
- Friedlander, F. (1983). *Patterns of Individuals and Organizational Learning*. Srivastva Ed., The Executive Mind : New Insights on Managerial Thought and Action, San Francisco : Jossey Bass.
- Hedberg, Bo. (1981). *How Organizations Learn and Unlearn*. in P. Nystrom et W. Starbuck Ed., *Handbook of Organizational Design*, NY, Oxford University Press.
- Hill, P. A., Wigmore, H. M. (1967, mars). *Measurement and Control of Drug – Administration Incidents*. The Lancet, pp. 671-674.
- Hirsch, F. (1977). *Social Limits to Growth*. Londres, Routledge & Kegan Paul.
- Huber, G. P. (1991). *Organizational Learning, The Contributing Processes And The Literatures*. Organization, Science, vol. 2, n° 1, The Institute of Management Sciences.
- Illich, I. (1981). *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Seuil, coll. « Points », Paris.
- Kleiber, Ch. (1991). *Questions de Soins, Essais sur l'incitation économique à la performance dans les services de soins*. Sciences Politiques et Sociales, Editions Payot, Lausanne.
- Kleiber, Ch. (1997). *Organisation du changement à l'hôpital*. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 4, n° 2, pp. 218-229.
- Koriat, A. (1993). *How Do We Know That We Know ? The Accessibility Model Of The Feeling Of Knowing ?* Psychological Review, vol. 100, n° 4, The American Psychological Association.
- Lamothe, L. (1996, juillet). *La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultra spécialisés*. Thèse de doctorat, Faculté de management, Université McGill, Montréal.
- Langley, A. (1996, 31 août). *Stratégies d'analyse de données processuelles*. Document de travail 21-96 non publié, préparé pour le colloque international « Recherche qualitative et gestion », UQAM.
- Latour, B. (1989). *La Science en Action*. Edition Folio Essais, Gallimard.
- Latour, B. (1992). *Ces réseaux que la raison ignore*. Paris, Editions L'Harmattan.
- Lebas, M. (1997). Notes de séminaires, HEC, Lausanne.
- Lecomte, P., Arriudare, C., Bastide, R., Chevallier, A., Cheverry, C., Tiravy, J.-J., Viguier, J.-M., Audry, A. (1996, avril). *Automatisation de la dispensation: analyse et critères de choix*. Technologie Santé, n° 25, pp. 61-70.
- Levy, R. (1994). *Croyance et doute : une vision paradigmatique des méthodes qualitatives*. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 1, n° 1, pp. 92-100.
- Mayer, P. (1995). *Des Savoirs en Action*. Charue-Duboc, F., Editions L'Harmattan.
- March, J. G. (1991 a). *Exploration And Exploitation In Organizational Learning*. Organization Science, vol. 2, n° 1, The Institute of Management Sciences.

- March, J. G. (1991 b). *Décisions et Organisations*. Les Editions d'Organisation, Paris.
- Marmot, M. G. (1994). *Social Differentials in Health Within and Between Populations*. Daedalus, pp. 197-216.
- Merton, R. K. (1949). *Eléments de théorie et de méthode sociologique*. Plon.
- Mintzberg, H. (1990). *Le management, voyage au centre des organisations*. Les Editions d'Organisation, Paris.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Communication et complexité, ESF Ed., Paris.
- Morin, E., Le Moigne, J.-L. (1997). *Comprendre la complexité dans les organisations de soins*. ASPEPS Édition.
- Nizet, J., Pichault, F. (1995). *Comprendre les organisations, Mintzberg à l'épreuve des faits*. Gaëtan Morin Ed., Europe.
- Nonaka, I. (1994). *A Dynamic Theory Of Organizational Knowledge Creation*. Organization Science, vol. 5, n° 1, pp. 14-37, The Institute of Management Sciences.
- Pappart, J.-P., Chastonay, Ph., Froidevaux, D. (1999, mars). *Biotechnologie à l'usage des riches*. Le Monde Diplomatique, p. 29.
- Polanyi, M. (1966). *The Tacit Dimension*. Garden City, NY, Doubleday.
- Ramonet, I. (1998, juin). *Firmes géantes et Etats nains*. Le Monde Diplomatique, p. 1.
- Ratcliff, J. W., Gonzalez-Del-Valle, A. (1988). *Rigor in Health Research : Toward an Expanded Conceptualization*. International Journal of Health Services, vol. 18, n° 3, pp. 361-392.
- Reber, A. S., Millward, R. B. (1965). *Probability Learning and Memory for Event Sequences*. Psychonomic Science, vol. 3, pp 341-432.
- Reber, A. S. (1967). *Implicit Learning of Artificial Grammars*. Journal Of Verbal Learning And Verbal Behavior, vol. 6.
- Reber, A. S. (1969). *Transfer of Syntactic Structure in Synthetic languages*. Journal of Experimental Psychology, vol. 81.
- Riveline, V. (1991, décembre). *Un point de vue d'ingénieur sur la gestion des organisations*. Annales des Mines, p. 50-62.
- Roberts-Gray, C., Scheier, M. A. (1988). *Checking The Congruence Between A Program And Its Organizational Environment*. New Directions for Program Evaluation, n° 40, pp. 63-82, San Francisco, Jossey Bass, Winter.
- Sainsaulieu, R. (1977). *L'identité au travail*. Presses de la FNSP.
- Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner*. New York, Basic Books.

Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Barsnley J., Béland, F., Leggat, S. G., Denis, J.-L., Bilodeau, H., Langley, A., Brémond, M., Baker, G. R. (1998). *A Conceptual Framework for the Health Care Organization' Performance*. Health Services Management Research, n° 11, pp. 24-48.

Simon, H. A. (1991). *Bounded Rationality And Organizational Learning*. Organization Science, vol. 2, n° 1, The Institute of Management Sciences.

Sitkin, S. B. (1991). *Learning Through Failure, The Strategy Of Small Losses*. Research In Organizational Behavior, vol. 14, JAI Press.

Stake, R. E. (1994). *Case Studies*. In Denzin N. K., Lincoln, Y. S., Lincoln Handbook of Qualitative Research, Thousand Oaks, Sage, pp. 236-247.

Starbuck, W. H., Milliken, F. G. (1988). *Challenger: Fine – Tuning the Odds Until something Breaks*. Journal Of Management Studies, vol. 25, n° 4.

Van De Ven, A. H., Rogers, E. M. (1988). *Innovations and organizations – Critical perspectives*. Communication Research, vol. 15, pp. 632-651.

Yin, R. K. (1994). *Case Study Research, Design and Methods*. Second Edition, Applied Social Research Methods Series, vol. 5, Sage Publications.

Annexe I - Rédaction chronologique de l'histoire DCM : quatre extraits

Premier extrait

Courant juillet 1990 : le groupe de résolution effectue un test horaire. Ce test est effectué en quantifiant le temps utilisé pour toutes les tâches nécessaires à la dispensation des médicaments avec le système traditionnel et le système de dispensation centralisée. Dans la semaine testée avec le système traditionnel, il a été tenu compte des tâches qui ne s'effectuent qu'une fois par mois, par exemple la retranscription des graphiques, les nettoyages, etc. Les mesures chronométrées arrivent à un total de 35 heures 30 pour la dispensation traditionnelle et 22 heures 52 pour la dispensation centralisée.

3 juillet 1990 : le comité de pilotage invite l'ensemble des collaborateurs à une séance d'information dans le but de faire le point sur la situation des différents groupes de travail formés depuis le mois de mai dans le cadre de la mission de médiation.

5 juillet 1990 : le groupe de résolution prend acte de la décision du groupe de pilotage (comité de direction) de l'acceptation des propositions contenues dans le rapport intermédiaire. Les tests de quantification horaire des différentes activités seront effectués dans la semaine du 25 au 31 juillet 1990. La date de début de l'essai avec la dispensation centralisée dans une unité est décidée : le 2 août 1990. Une information détaillée à l'ensemble des services de l'hôpital sera effectuée avant cette date.

6 juillet 1990 : le groupe de résolution édite deux diagrammes synthétiques comparatifs des deux modèles de dispensation décentralisée et centralisée de manière à illustrer les séances d'information en la matière.

11 juillet 1990 : un contrat de location du matériel informatique est établi entre une société privée d'informatique et l'hôpital A.

1^{er} août 1990 : démarrage de l'essai grandeur nature dans une unité.

13 août 1990 : le groupe de résolution se réunit pour un premier point de situation. De cette synthèse il ressort notamment que le groupe "a décidé" de limiter la durée de l'essai à un mois "jusqu'au 2 septembre 1990 inclus, ensuite on repart sur l'ancien système". Le groupe prévoit également d'effectuer un chronométrage précis des temps de préparation en pharmacie au cours de la semaine du 20 au 26 août 1990. A ce stade, il apparaît une difficulté avec les petits gobelets plastiques contenant les médicaments liquides : "la forme du récipient est carrée et peu pratique pour boire, tient beaucoup de place et les liquides coulent facilement".

Deuxième extrait

4 août 1993 : réunion du collège des cadres infirmiers de l'hôpital A. L'infirmier-chef "met au vote" la dispensation centralisée des médicaments. Les cadres représentant la moitié des unités de soins émettent un préavis négatif, un quart est partagé et un quart est favorable. Les points reconnus

comme positifs sont la fiabilité des écritures informatiques et la sécurité liée à l'absence de retranscription d'informations, la rigueur des prescriptions médicales et la sécurité médico-légale apportée aux modalités de signature des infirmières sur les étiquettes de traitement après la distribution des traitements. Les critères ou les avis sont plus partagés concernant le temps consacré par les infirmières au collage des étiquettes de traitement sur les graphiques récapitulatifs et les nombreux téléphones à la pharmacie induits par les problèmes de fonctionnement et des questions sur les contenus des barquettes de traitement ; le nombre des erreurs attribuées aux deux systèmes (préparation centralisée en pharmacie ou décentralisée dans les unités de soins) n'a pas été évalué. Les commentaires négatifs concernent les gobelets de blisters liquides qui ne sont toujours pas satisfaisants (difficiles à ouvrir) et le gaspillage écologique qui leur est associé (aluminium et papier), l'encombrement des archives (52 graphiques par année et par patient), la perte de la vision globale des traitements, la perte des informations infirmières dans le suivi des graphiques hebdomadaires, la perte du champ d'activité infirmière (préparation des traitements), la formation des nouveaux collaborateurs à tournus rapide, infirmiers et médecins, la difficulté de gérer les urgences (disponibilité réduite du stock, retranscription différée sur le système informatique), la perte de connaissance des médicaments à partir du moment où les infirmières ne les préparent plus, le système indisponible le week-end, le coût en nombre de collaborateurs supplémentaires en pharmacie correspondant à un demi-poste de préparateur en pharmacie par unité de soins, la réticence des médecins qui sont soumis à une contrainte rigoureuse à la prescription et à leur sentiment de contrôle induit par le système informatique. Le collège des cadres infirmiers va soumettre un questionnaire individuel à tous les infirmiers de l'établissement et va faire circuler le rapport du groupe de résolution DCM à l'ensemble des collaborateurs infirmiers. Un test comparatif concernant la préparation des médicaments sera effectué dans toutes les unités de manière à comparer la préparation centralisée et décentralisée, les infirmiers souhaitent développer un autocontrôle des erreurs de dispensation pour éviter "le flicage". Au total, la DCM n'est pas une priorité pour les soins infirmiers, les imperfections du système actuel sont trop importantes et le coût engendré par sa généralisation est excessif, notamment en période d'économies budgétaires. Les soins infirmiers redoutent que le développement de postes en pharmacie se fasse par le transfert à partir du service des soins infirmiers.

Troisième extrait

29 novembre 1993 : notes personnelles de la préparatrice responsable de la pharmacie adressée au médecin-chef de l'hôpital concernant le coût de la fabrication de blisters solides et liquides pour l'ensemble de l'hôpital (coût de matériel) : "la fabrication des blisters liquides extrapolée à l'ensemble de l'hôpital est de 11'000. -- francs pour un an. La fabrication des blisters solides est de 5'200. -- francs. Les supports de transport pour la distribution des médicaments blistérés dans l'ensemble de l'hôpital (plateaux et chariots) est de 50'000. --".

13 décembre 1993 : prise de position formelle de tous les cadres du département des soins infirmiers concernant la dispensation centralisée des médicaments adressée au médecin-chef et au

directeur général : "la position prise à l'unanimité des cadres du département des soins infirmiers se résume ainsi : 1. Informatisation de la prescription médicale. Signature du plan de traitement par le médecin et transmission en main propre à l'infirmière de l'unité concernée qui en prend connaissance. 2. Edition du plan de traitement actualisé dans l'unité. 3. Edition des étiquettes journalières pour les barquettes dans les unités (actuellement lisibilité insatisfaisante des étiquettes). Les étiquettes devront permettre les signatures infirmières lors de l'administration. 4. Blistérisation souhaitée pour les médicaments liquides pour autant que soient résolus les problèmes techniques actuels. 5. Blistérisation non indispensable pour les comprimés. 6. Livraison en emballage original dans les unités de soins selon les besoins des prescriptions (commande automatique par plan de traitement actualisé). 7. Contrôle du stock par l'informatique (bilan de l'ensemble des prescriptions moins bilan des livraisons de la pharmacie). 8. préparation journalière par les infirmières travaillant la nuit, administration et contrôle de la prise et des effets secondaires par les infirmières travaillant la journée, ce qui correspond à un double contrôle. Propositions : arrêt durant le 1^{er} trimestre 1994 de la DCM actuelle.

A noter que : 1. Nous sommes conscients des coûts de la santé en augmentation régulière et de la situation économique problématique de la communauté. 2. Nous reconnaissons l'intérêt de la DCM actuelle tout en étant réservés sur le coût engendré (matériel, transports plus fréquents, personnel nécessaire à sa préparation). 3. Nous jugeons inadmissible la remise en cause de la compétence de notre profession, notamment de la qualité de nos prestations (discours sur les 40% d'erreurs de préparation). 4. Notre nouvelle organisation permettra de faire la préparation des médicaments la nuit (un infirmier présent dans chaque unité de soins de nuit) hors de tout dérangement intempestif. Le contrôle se fera au moment de la distribution. 5. Le stock actuel disponible dans les unités de soins est à minima reconnu comme acceptable et actualisé par les responsables de la pharmacie. 6. Le préavis donné par le directeur des soins infirmiers montre une ouverture à ce projet (informatisation) mais une réserve sur les coûts raisonnables de la santé impliquant tous les professionnels."

Quatrième extrait

1^{er} janvier 1995 : la loi entre en vigueur avec effet immédiat (fusion des quatre hôpitaux publics).

31 août 1995 : départ du directeur général.

17 novembre 1995 : premier courrier du nouveau pharmacien-chef au médecin-chef du département médical A (anciennement hôpital A) : "les travaux du groupe de pilotage, chargé par notre directeur général de la mise en place d'une pharmacie unique pour les hôpitaux universitaires, prévoient les éléments suivants pour la distribution des médicaments dans votre département médical." De ce courrier en 15 points on retient notamment : "un suivi des prescriptions médicamenteuses sera assuré lorsque le dossier thérapeutique sera intégré au dossier médical informatisé selon le plan directeur informatique des hôpitaux universitaires. Une prescription nominative des médicaments telle qu'elle existe actuellement en partie dans votre

département médical n'aura alors plus de raison d'être et il ne paraît pas nécessaire de prévoir son maintien."

1^{er} décembre 1995 : réponse du médecin-chef du département médical A au pharmacien-chef concernant le point mentionné ci-dessus : "la suppression des blistérisations correspondrait à une régression par rapport aux exigences de qualité et ce recul dans nos prestations et dans la sécurité de la thérapeutique n'est pas souhaitable. Comme vous le savez, nous avons développé un système de prescription et de préparation individuelle des médicaments centralisé en pharmacie et piloté par ordinateur. L'expertise que nous avons acquise dans ce domaine nous situe en bonne place pour être le terrain de développement du dossier thérapeutique intégré au dossier médical informatisé. Ma demande est de pouvoir rencontrer le responsable de ce projet. Des engagements précis, sur la base de calendrier, sont nécessaires avant d'accepter la suppression pure et simple de notre système".

Le 13 décembre 1995 : une réponse groupée des médecins chefs des départements de psychiatrie, de gériatrie et du département médical A renforce et synthétise les prises de position individuelle des médecins-chefs de service. S'agissant de la préparation des médicaments on lit : "des systèmes de préparation des médicaments en doses unitaires, notamment pour les opiacés, ont été instaurés afin d'en faciliter l'administration. Ceux-ci devront être conservés car ils permettent d'assurer la qualité de la dispensation".

Annexe II - Listes des thèmes constitués à partir des entretiens

Direction (hiérarchie)
Contrôle
Conduite de projet
Ressources
Méthode de travail
Mise en œuvre du projet
Hétéro-organisation
Auto-organisation
Rôles professionnels
Relations professionnelles.
Coordination
Information
Contexte
Représentations
Changement
Avantages perçus
Inconvénients perçus
Contradictions
Implication
Appropriation
Controverses
Confrontation
Cohérence
Incohérence
Convergence/Coopération/Sens
Divergence
Compromis
Résistance
Erreurs
Incertitude
Apprentissage
Innovation
Adaptation
Processus
Leadership