



HAL
open science

La démarche qualité à l'hôpital : une régulation négociée de l'organisation

Thomas Reverdy

► **To cite this version:**

Thomas Reverdy. La démarche qualité à l'hôpital : une régulation négociée de l'organisation. 2003. halshs-00187093

HAL Id: halshs-00187093

<https://shs.hal.science/halshs-00187093>

Preprint submitted on 13 Nov 2007

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La démarche qualité à l'hôpital , une rationalisation négociée de l'organisation

Thomas Reverdy, Dominique Vinck, communication, journée d'étude du Grepsyt Rhône Alpes, 26 mars 03, Grenoble.

La vague de l' « assurance qualité » dans l'industrie et les services a été un phénomène majeur. Sa diffusion et son appropriation par les entreprises ont suscité un important débat en sciences sociales : la démarche qualité signe-t-elle un retour à un formalisme étroit en décalage avec les activités de travail ou encourage-t-elle au contraire une co-production de l'organisation où sont reconnues les compétences des « exécutants » ? Ce débat a été alimenté par de nombreux travaux nuancés que nous reprendrons ici.

Cette vague touche aujourd'hui le secteur hospitalier, fortement incité par la procédure d'accréditation à mettre en place les exigences de l'assurance qualité. Même si cette « transposition » est appuyée par des objectifs de sécurité sanitaire et de qualité de soin, nombreux sont les médecins qui doutent de son efficacité et qui s'inquiètent du trop grand crédit accordé par l'administration à celle-ci (Setbon, 2000). Cette position fait écho d'ailleurs aux recherches sur le travail à l'hôpital, qui, dans leur majorité, reprennent la thèse de Strauss (1992) : les nombreux aléas propres aux activités de soin limitent l'efficacité de toute tentative de rationalisation. Un « travail d'articulation » essentiellement informel et distribué serait mieux adapté.

Une recherche sur la démarche qualité dans différents services dans un hôpital universitaire nous a conduit à questionner la notion de rationalisation. Nous partageons avec Lacoste (2000) l'idée qu'il est utile de dépasser les modèles dualistes qui opposent une organisation formelle définie à distance et les ajustements limités dans l'activité opérationnelle. Trop souvent les recherches sur le travail ont assimilé la rationalisation à la formalisation, à la standardisation et à l'évaluation de la conformité. Cette interprétation a été encouragée par la façon dont les « qualitiens » ont défini leur rôle. Cependant l'activité que nous avons observée dans les groupes d'amélioration de la qualité à l'hôpital diffère radicalement de cette définition de la rationalisation. On retrouve des procédures, mais celles-ci ne jouent pas le même rôle. Dans une « bureaucratie professionnelle » (Mintzberg, 1992) où le travail est régulé principalement par la compétence professionnelle et par les ajustements informels, les procédures n'ont pas un statut réellement prescriptif ou coercitif. A quelle forme de rationalisation la démarche qualité participe-t-elle dans ce contexte ? Voici la question qui a guidé notre réflexion.

Cette communication s'appuie sur une recherche collective, le suivi du déploiement d'une démarche qualité dans plusieurs services d'un hôpital universitaire, par une observation des séances de formation des groupes de résolution de problèmes d'organisation (dont le déroulement a été enregistré), par

plusieurs enquêtes, quantitatives et qualitatives, auprès du personnel, impliqué ou non dans la démarche, et dans certains cas par l'observation du fonctionnement de certains services (Vinck et al., 2001). Deux médecins, en charge du déploiement de la démarche qualité et qui assurent la formation et l'animation des groupes de travail, ont été impliqués dans cette recherche collective. Nos observations et nos interprétations ont été régulièrement débattues avec eux. Leurs interventions ont d'ailleurs évolué au fur et à mesure de notre réflexion commune. Nous avons choisi ici de rendre compte particulièrement de la diffusion de la démarche dans un service de réanimation chirurgicale.

La thèse que nous souhaitons défendre est la suivante : la démarche qualité a pour principale fonction la mise au débat des pratiques et de leur légitimité. La démarche qualité n'a pas un effet sur le travail parce qu'elle ajoute de nouvelles règles formelles et de nouvelles possibilités de sanction, mais parce qu'elle suscite des échanges langagiers, au cours de réunions mais aussi en dehors, dans une perspective d'amélioration continue, de recherche d'une meilleure organisation et de meilleures pratiques. Dans cette mise au débat, chaque participant mobilise, explicite ses normes professionnelles, voire les réinterprète au cours de l'échange d'arguments. Nous proposons de considérer cette activité comme une activité de « rationalisation négociée » : il s'agit bien d'une rationalisation au sens d'analyse de l'activité, d'optimisation des moyens (Moison, Tonneau, 1999), mais celle-ci prend en compte une définition pluraliste de l'organisation, fortement marquée à l'hôpital par la diversité des normes professionnelles.

1. Qualifier le fonctionnement

Les méthodes proposées par les animateurs empruntent beaucoup aux méthodes de la « qualité totale » : visualiser les relations entre services, les attentes des patients, puis, recueillir par un brainstorming une liste des dysfonctionnements, classer ces dysfonctionnements, et enfin en analyser les causes. Dans leurs interventions, les animateurs étaient soucieux de s'en tenir à quelques principes : dans l'esprit de la démarche d'accréditation, sortir d'une représentation purement médicale des activités en prenant en compte d'autres aspects comme la gestion des dossiers de patients, l'accueil, l'hygiène, faire participer autour de ces questions les diverses professions, faire exister la question de l'organisation en dépersonnalisant l'évaluation des situations, en remplaçant une évaluation en termes de « faute personnelle » par une analyse en termes de dysfonctionnements organisationnels.

L'observation des groupes qualité montre que l'évaluation des situations est controversée. Chaque personne juge une situation au regard de ses « croyances positives » - ce qu'il croit connaître de la situation - ses « croyances normatives » (Boudon, 1995) - ses jugements de valeurs - les unes et les autres fondées sur de « bonnes raisons ». Les raisons évoquées sont en fait étroitement liées aux formations, aux expériences, et renvoient aux différentes identités professionnelles, particulièrement marquées dans l'organisation hospitalière. Par exemple, les infirmières et les aides-soignantes se préoccupent davantage que les médecins de la qualité de l'accueil du patient, de l'hygiène, des conditions de

travail. Dans l'extrait du groupe qualité que nous citons ci-dessus, une infirmière critique l'organisation du service au regard d'exigences de qualité d'accueil du patient.

« (Entre la décision de sortie du malade et sa sortie effective vers un autre service) il y a tout le déséquipement et la préparation à la sortie. Il y a en parallèle le médecin, les infirmiers et les aides soignantes puis les ASH, la secrétaire, la kiné... dans un temps parfois très court. Il y a des matins, on est pris par le temps, pour le malade, ce n'est pas agréable de voir tourbillonner 10 personnes autour de lui, entre temps tu as l'aide-soignante qui va lui mettre son café alors qu'on est en train d'enlever le drain, alors le mec qui a le gobelet de café, il ne va jamais le boire, il ne va jamais l'atteindre, c'est des choses comme ça. » (Infirmière, groupe qualité)

Un conflit dans l'évaluation des faits conduit aussi parfois à un approfondissement de l'analyse et à un élargissement à d'autres principes de jugement. Par exemple, le thème de l'accueil des familles glisse vers les problèmes d'hygiène, aux risques d'erreur.

« Infirmière (2) : nous ce qui est difficile c'est que les gens viennent nous poser des questions pendant qu'on fait les programmes (préparation des soins), ça y est, combien d'ampoules, on recommence...

(rires) pour l'hygiène, c'est vraiment nul.

Infirmière (1) : à la base, on ne donne pas d'information aux familles entre midi et demi et une heure et demie, je ne vois pas pourquoi on met la pression sur ceux qui mangent,

Infirmière (2) : on répond quand même bien

Infirmière (1) : ce n'est pas une priorité, sauf pour des entrées

Infirmière (2) : ici, on parle d'une première visite, tu vas bien leur dire que l'opération s'est bien passée

Infirmière (1) : tu en as pour quelques minutes. On se prend la tête pour des trucs, pour moi, qui ne posent pas forcément problème. Je ne comprends pas qu'on se mette la pression, moi je suis en train de préparer une perf', la famille elle attend à côté du patient que j'ai fini de préparer ma perf.

Infirmière (2) : t'en a jamais vu qui viennent te voir...

Infirmière (1) (insistante) : je leur dis vous retournez ... je ne ... : Il y a des priorités, pourquoi s'embêter la vie par les familles

Infirmière (2) : sans s'embêter la vie, quand il y a des gens qui viennent te voir

Infirmière (1) : sans être désagréable, je leur dis, attendez cinq minute, je finis

Infirmière (2) : voilà tu leur dis ça, n'empêche que tu leur dis ça

Infirmière (1) : ben oui, je leur dis, mais moi je ne pose pas mes ampoules

Infirmière (2) : n'empêche qu'ils viennent te demander une information, que tu es masquée, que tu es en train de préparer tes trucs, et qu'eux ils ne sont pas masqués, et ...

Secrétaire : ce n'est pas une conception de l'accueil des familles très... enfin ils peuvent rentrer et ils se font jeter par l'infirmière parce que ...

Infirmière (1) : ils ne se font pas jeter ... (rires)

Secrétaire : attendez, ce n'est pas le confort de l'infirmière que l'on voit mais le confort de la famille, l'accueil.

Médecin-Chef : ce n'est même pas important, c'est une nécessité. » (groupe qualité)

Le désaccord sur la réponse à la question « en quoi l'accueil des familles pose problème » renvoie aussi à la diversité des attitudes face aux familles, diversité qui va au-delà des normes professionnelles et touche à l'éthique personnelle, à la réaction de chacun à la souffrance des patients, et à l'inquiétude des familles.

Dans l'hypothèse où se dessine un accord pour qualifier une situation comme problématique, le groupe en examine les causes. Dans l'examen des causes, les croyances positives et normatives jouent également un rôle important (Dodier, 1995). La question se pose de savoir si la non-disponibilité des médecins, une tâche court-circuitée, un retard, sont des conditions inhérentes à l'activité, et donc des contraintes indiscutables, ou bien des comportements qui peuvent être évités. Chaque profession n'a pas la même définition d'un comportement acceptable ou non. Par exemple, ne pas respecter les plannings fait partie des droits qu'un médecin s'octroie, droit qui va de paire avec le devoir d'abandonner une tâche pour se consacrer à une urgence ou d'adapter son temps de travail à la spécificité de la situation. Nombreux sont les médecins qui ne respectent pas un planning de bloc opératoire, de consultation, de visite, d'examen, malgré les perturbations que cela introduit dans l'organisation des soins. Les infirmières retiennent souvent, parmi l'ensemble des causes envisagées, désignent le comportement des médecins quand elles le jugent comme non justifié.

« Infirmière (1) : on sait que vous avez dit quelque chose aux familles, mais on ne sait pas ce que vous avez dit.

Infirmière (2) : quand les familles viennent, vous êtes moins nombreux, il ne reste qu'un médecin pendant les heures de visite, il suffit qu'il soit occupé par quelque chose.

Médecin-chef : Il est difficile de modifier les horaires. Il est rare que j'aille manger.

Infirmière (3) : pendant que les médecins se restaurent, les infirmières picorent (...)

Médecin-chef : à propos des horaires, je ne vois pas trop ce que l'on pourrait changer

Médecin : on peut interdire aux infirmières de donner des infos.

Infirmière (2) : si on ne sait pas quoi changer, on peut toujours changer les médecins »(groupe qualité)

Cette confrontation des normes professionnelles n'est pas propre à la démarche qualité. Quand Strauss (1992) désigne l'organisation hospitalière comme un « ordre négocié » il sous-entend qu'au cœur de tout « travail d'articulation », dans l'action elle-même, il existe une part de négociation. Un des mérites de l'étude par Lacoste (2000) des échanges langagiers dans le travail est de montrer que les interactions quotidiennes comportent toujours une part d'« actions organisantes » : l'interrogation, la négociation, la justification des rôles de chacun. D'ailleurs, ces échanges informels inscrits dans le cours de l'activité nourrissent en amont la démarche qualité, lui apportent leurs lots de revendications et d'expériences, en même temps que la démarche qualité les nourrit à son tour de nouvelles représentations de l'activité. Cependant, la démarche qualité offre un espace d'échange plus approfondi, parce que les participants ont le temps, et peuvent débattre à plusieurs voix. L'espace de la simple interaction interindividuelle est souvent soumis à une exigence d'efficacité immédiate.

2. Construire une représentation commune

Nous avons vu plus haut qu'il ne pouvait y avoir d'évaluation sans réel approfondissement dans l'analyse des faits. La démarche qualité propose d'instrumenter cette analyse des faits par une technique de représentation sous la forme de processus. Cette méthode suppose de lister les tâches et les décisions propres à une activité (la gestion des dossiers de malades, la gestion des entrées et sorties de malades dans un service...) et de rechercher les relations d'antériorité (quelle tâche doit être faite avant telle tâche) pour les organiser sous la forme de « logigrammes ». En principe, le modèle suppose que l'on recherche qui assume chaque tâche ou chaque décision. L'usage de cette modélisation en animation de groupe (l'animateur dessine le logigramme avec l'aide du groupe) permet de pointer les problèmes de coordination des tâches, les tâches négligées et les problèmes de disponibilité. L'animateur joue souvent un rôle de « candide » en questionnant systématiquement le groupe sur les zones d'ombre ou les incohérences.

Par exemple, la gestion du dossier de patient est analysée par un groupe d'un service de radiologie médicale. Lors de la restitution à un autre groupe de travail, un médecin commente le schéma. Les participants rient, tellement sa complexité est impressionnante et tellement les problèmes sont nombreux. Le schéma montre notamment que la procédure de clôture du dossier varie selon les cas. Le médecin a beau prétexter une logique, les participants sont ahuris. Ils découvrent ainsi, notamment, l'absence de lieu précis pour ranger le dossier : parfois sur la machine, parfois sur la table, parfois sur le chariot de l'infirmière. L'exposant termine alors en disant : « *On a appris des choses en faisant ça !* »

Animateur : « *Aviez-vous conscience de cette complexité ?* »

Secrétaire : « *Je suis étonnée qu'on ne perde pas plus de dossiers.* »

Infirmier : « *En moyenne, 25-30 % des dossiers ne sont pas trouvés du premier coup.* »

L'examen des « dysfonctionnements » organisationnels suppose la mise à plat de la multitude d'ajustements, d'adaptations en chaîne aux variations de l'activité. Dans l'activité médicale, l'organisation n'a pas prise sur d'importantes sources d'incertitude, en l'occurrence, la demande extérieure de soin, l'état du malade (qui peut s'aggraver à tout moment) ou le déroulement d'une opération chirurgicale, qui peut prendre un retard important... L'organisation s'adapte ensuite à cette première source d'incertitude par un important « travail d'articulation » (Strauss, 1992) assumé en théorie par les surveillantes, mais largement distribué dans les faits. Celui-ci est à son tour source de nouvelles incertitudes. Les variations se propagent ainsi dans l'organisation, sont prises en charge ou s'amplifient suivant les marges de manœuvre dont dispose chaque intervenant ou chaque service. L'analyse des tâches, la représentation sous forme de logigramme des enchaînements de tâches permet de souligner les perturbations et d'expliquer comment celles-ci se propagent.

Dans le service de réanimation chirurgicale un groupe de travail s'intéresse à la gestion des entrées et sorties de patients du service suite à la revendication, de la

part des infirmières et aides-soignantes, d'une meilleure information sur les entrées. La réflexion collective révèle la complexité de l'organisation : les processus d'accueil et de départ des malades peuvent être interrompus à tout moment, du fait d'une urgence, de la dégradation de l'état d'un malade, de l'absence de place en aval. Peu à peu se dégagent deux activités intimement liées. La première concerne les décisions médicales de prise en charge d'un patient dans le service, de son accueil à son départ. En principe, le service de réanimation chirurgicale est soumis à la programmation des opérations chirurgicales. Cependant, le médecin-chef procède à une réévaluation quasi-permanente des patients présents en fonction de leur état. Ayant peu de marges de manœuvre (le service est toujours rempli), il est conduit à renégocier les entrées et sorties fréquemment avec les chirurgiens et avec les services avals. Une seconde activité concerne la réorganisation du service du fait de ces perturbations multiples. D'une part, l'infirmière cadre décide des affectations des entrées à chaque chambre en fonction des décisions de sortie. Elle se laisse aussi la possibilité, lorsqu'une entrée est retardée, d'accueillir si nécessaire une urgence. D'autre part, les divers intervenants, les infirmières, aide-soignantes, kinésithérapeute, agent de service, doivent se réorganiser entre eux. En outre la répartition des rôles n'est pas définie, par exemple, les infirmières prennent souvent en charge l'organisation des départs des patients vers les services avals, mais, n'ayant pas l'autorité du médecin chef, elles doivent parfois lui passer la main. Le groupe de travail a rapidement abouti à l'idée que l'information qui pouvait être donnée sur les heures des entrées était un enjeu important pour les infirmières et les aides soignantes pour gérer au mieux les adaptations nécessaires. Faute d'information précise sur les entrées, elles travaillent dans la précipitation et doivent imposer aux services avals une prise en charge des patients sortants au plus tôt. L'animateur a invité le groupe à imaginer comment cette information pouvait être mieux diffusée. Dans le mois qui a suivi, l'infirmière cadre a veillé à donner davantage d'informations, en particulier sur ses estimations des arrivées et sur les retards possibles. Les uns et les autres se sont organisés en conséquence.

La force de cette mise au débat des pratiques est qu'elle peut aller assez loin dans l'évocation des multiples principes de légitimité, dans l'analyse du détail des pratiques et des ajustements. Elle dépasse le « travail d'articulation » au sens strict du terme, c'est-à-dire les ajustements localisés, limités à la rationalité des personnes immédiatement présentes et soumis à des rapports de force entre professions ou entre individus (Peneff, 1992).

Si elle permet d'approfondir l'analyse de l'activité, l'usage d'une méthode de modélisation est toujours problématique. D'une part, elle doit offrir une représentation la plus fidèle possible pour repérer les causes de dysfonctionnement et pour anticiper les effets des modifications possibles. D'autre part elle doit aussi être simple, pour que le groupe puisse se représenter les contraintes et les différentes alternatives. Nous avons constaté que la schématisation des activités sous la forme de processus a des limites importantes. Elle véhicule des hypothèses normatives sur ce qu'est une activité bien ordonnée à travers son formalisme analytique et linéaire. La tentation est de croire qu'un bon agencement suppose que l'on attribue à chaque tâche une personne responsable et que l'on s'en tienne aux relations d'antériorité définies. Les interruptions et les

adaptations, les courts-circuits nécessaires faute de ressources, le non-respect d'un ordonnancement de tâches, l'ambiguïté sur les responsabilités peuvent se retrouver désignées comme des dysfonctionnements alors qu'ils sont parfois considérés par les acteurs comme nécessaires et efficaces. Utilisée seule, elle ne permet pas de rendre compte des nombreuses causes d'interruptions et de bouclage des processus ni du fait qu'une ressource peut être mobilisée par deux processus en même temps. Lors de l'analyse des entrées et sorties du service de réanimation, cette insuffisance du modèle était compensée par l'animateur, qui a essayé de valoriser les ajustements, par divers ajouts. Le risque demeure que le logigramme, si on gomme toutes les perturbations et aléas, représente l'organisation idéale.

Autre exemple, dans le service de radiologie médicale, les secrétaires ont mis en avant comme dysfonctionnement le nombre de coups de téléphone qu'elles reçoivent pour des rendez-vous. En principe elles doivent expliquer au téléphone que les demandes de rendez-vous doivent se faire par écrit et précisent les renseignements nécessaires pour que la demande soit validée et que l'examen soit programmé. Aucun patient ou médecin ne peut prendre directement un rendez-vous par téléphone. Les demandes d'IRM doivent faire l'objet d'une prescription écrite par un médecin. Mais d'autres habitudes sont installées entre quelques médecins de ville et le service. Ces médecins envoient des malades ou prennent rendez-vous sans ordonnance. Ils court-circuitent la procédure, en confiance avec les médecins du service, mais cela complique la tâche des secrétaires qui sont conduites à jongler avec la règle, à évaluer si elles peuvent prendre le rendez-vous directement ou non. L'infirmière cadre se demandait à l'issue du groupe de travail : « S'agit-il vraiment d'un dysfonctionnement ? » Ne s'agit-il pas au contraire d'un arrangement efficace ?

Ainsi la formalisation véhicule-t-elle par ses méthodes des contraintes de légitimité « externes » (Friedberg, 1996), congruentes avec la rationalité qualicienne, la rationalité de « ceux qui évaluent le travail » (Mispelblom Meyer, 2000). Mais ces contraintes sont aussi considérées par les rédacteurs comme des ressources stratégiques (Segrestin, 1997). Certains responsables du service nous ont expliqué qu'ils avaient l'espoir que cette modélisation puisse être utilisée comme un moyen de traduction entre l'univers médical et l'univers administratif, entre le service et les diverses instances de l'hôpital. Par exemple, un médecin chef d'unité s'interroge sur le champ de compétence de chaque profession. En théorie un décret définit les tâches autorisées pour les infirmières et pour les aides-soignantes. En pratique, les glissements de tâches sont nombreux, souvent sujets à polémique. Le décret, trop peu précis, peut d'ailleurs faire l'objet de plusieurs interprétations. Le chef d'unité peut avoir pour intérêt d'autoriser la prise en charge de gestes sans risque par les infirmières jugées compétentes... Formaliser les pratiques et les processus de soin, c'est aussi un moyen de montrer à l'extérieur que la répartition des rôles définie en interne est à la fois nécessaire pour fonctionner et sans risque pour le patient. Dans un autre service, l'infirmière cadre voit dans la démarche de formalisation un moyen de « modéliser » l'activité et de convaincre les services administratifs, dans leur langage, de la nécessité de personnels supplémentaires. La démarche qualité est donc un moyen de prendre

les devants, d'alimenter en nouveaux arguments une négociation, par exemple avec les services administratifs.

On relève l'activité communicationnelle de ces groupes, une part de description - la mise à jour de la complexité de l'agencement des activités, des incertitudes et des contraintes - et une part d'évaluation - controversée, elle comprend l'évaluation des risques, des effets pervers que produisent les agencements, mais aussi des jugements sur les comportements eux-mêmes -. Le formalisme utilisé est à double tranchant : il est un bon support d'animation et encourage une analyse approfondie, et en même temps oriente l'analyse selon des hypothèses particulières sur une activité « bien ordonnée ».

3. Intercompréhension et jeux d'influence

À l'hôpital, il n'y a jamais de solution miracle à un problème organisationnel. Toute solution, même si elle permet un gain sur de nombreux plans, est toujours coûteuse, tant en termes d'effort, de moyens techniques, de contraintes supplémentaires... La plupart des dysfonctionnements organisationnels qui ont été évoqués dans les groupes de travail correspondent à une propagation en chaîne d'aléas. Éviter le dysfonctionnement suppose qu'un des acteurs de la chaîne accepte de ne pas reporter sur les autres les aléas qu'il subit, ou bien que les responsables du service déplacent une ressource pour éviter un « point d'étranglement ». Souvent l'issue d'un groupe de travail est décevante. L'« ordre négocié » (Strauss, 1992) peut être d'une incroyable inertie, parce qu'il résulte de multiples ajustements et qu'il offre des réponses satisfaisantes aux contraintes rencontrées, mais aussi parce qu'il résulte de relations de pouvoir entre professions (Peneff, 1992). Inévitablement, les solutions envisagées dans les groupes de travail remettent en question les tolérances implicites que certains s'accordent ou accordent à d'autres. On entend souvent un certain défaitisme, chez ceux qui une conscience peut-être plus aiguë que d'autres, de la difficulté de « faire changer les choses ».

« Je n'ai pas peut-être le punch pour essayer de bouger tout ça pour le moment quoi. (...) Pour l'instant, je ne me sens pas assez prête, effectivement pour, pour me lancer là-dedans. (...) J'y crois un peu qu'à moitié. Je n'ai pas envie de me heurter et d'être déçue. On va appliquer quelque chose, mais ça ne sera pas réalisable donc on va retourner à notre ancienne méthode et puis voilà. Et puis dans la masse, ça va être noyé et puis on fera toujours la même chose. Parce que des fois, on n'arrive pas à faire mieux et puis après c'est une question d'organisation et ce n'est pas qu'interne. (...) Dans mon poste précédent, je me suis heurtée à des problèmes parce que j'étais peut-être un peu trop franche aussi. (...) Une fois de plus on soulève des problèmes (...) On se heurte à d'autres et puis de toute façon on ne peut pas aller contre ça »

L'analyse par Borzeix et Linhart (1990) des groupes d'expression initiés dans les années 80 montre que le simple fait d'ouvrir un espace de revendication peut avoir des effets considérables sur la légitimité des règles implicites du collectif. Des rapports de pouvoir entre membres peuvent être mis à jour par ceux qui les subissent. Il y a donc un enjeu fort à évoquer collectivement les problèmes organisationnels. Le collectif peut y perdre sa cohésion, et les « puissants » la

légitimité de leur place. De même, De Terssac, Garel et Cochoy (1999) montrent que la rédaction de procédures présente une occasion pour les opérateurs de se protéger contre les incohérences de leur hiérarchie.

La mise en œuvre d'une solution définie collectivement peut produire des effets inattendus, déséquilibrer le mode de fonctionnement, révéler l'importance des régulations tacites antérieures. Ainsi, les débats sur la gestion des entrées et sorties de patients avaient conduit à l'idée de mieux informer les infirmières et les aides soignantes des heures d'arrivées de malades. Tous les échanges convergeaient vers cette idée : cette information devait permettre d'éviter toute une série de problèmes d'organisation interne tout autant que de relations avec les autres services.

« On s'est battu pour qu'on nous prévienne quel genre de malade on recevait. Quelle chirurgie ? Où c'est qu'on les mettait ? Pour pas qu'on soit pris au dépourvu. Ça fait déjà 3 ans qu'on a exigé, on a exigé... d'avoir une information. Et d'autant plus les aides-soignantes, c'est nous qui préparons la chambre, le matériel. Donc suivant la chirurgie, on doit mettre tel ou tel matériel. Donc on a demandé à ce qu'on soit prévenues de façon à ce qu'il y ait une meilleure réception et on a été entendues. » (Aide-soignante, entretien,)

Mais un événement a montré que la solution envisagée n'était pas la panacée. Un matin, l'infirmière cadre a accepté une urgence, pensant qu'il y avait de la place disponible parce que les arrivées étaient en retard. Mais le malade qui devait sortir était encore là. L'urgence a dû être transférée ailleurs, après avoir été acceptée. L'infirmière cadre m'a présenté cette situation comme une défaillance très importante, qui justifie qu'elle renonce à donner ces informations. À ses yeux, la vocation même d'un service de réanimation, c'est être prêt pour tout changement, pouvoir s'organiser dans l'urgence, accepter de travailler dans l'incertain. L'infirmière cadre n'a pas souhaité en débattre à nouveau collectivement. L'absence d'information sur les entrées joue un rôle régulateur : elle lui offre une certaine marge de manœuvre et des possibilités de contrôle des comportements. Elle estime que les chambres doivent être prêtes au plus vite pour avoir la souplesse de modifier le planning si nécessaire. Il faut trouver le bon « réglage » pour que les diverses logiques soient satisfaites, la qualité des soins et de la relation au patient, d'un côté, la réactivité de l'autre. Mais ce réglage peut difficilement être discuté en réunion, car le moyen choisi ici pour réguler les comportements, la rétention d'information, serait, dans ce type de débat, probablement considéré comme illégitime.

« Quand on donne l'information sur les entrées, les gens rouspètent pour les changements de dernière minute que l'on est obligé d'accepter. Il faut se justifier. Il y a le risque que les chambres ne soient pas prêtes pour les urgences parce que les gens s'organisent avec l'heure d'arrivée prévue... » (une infirmière qui remplace régulièrement l'infirmière cadre, entretien)

« Malheureusement on ne peut pas grand-chose parce que la vitesse à laquelle les chirurgiens opèrent est quand même un peu variable et puis d'autre part, ils ne commencent pas toujours effectivement à l'heure au bloc. Mais bon on essaie de... - De donner l'information ? - On essaie de savoir à peu près quoi... - Du coup vous hésitez à donner l'info ? - Oui. On a parfois des informations en disant de

toute façon le deuxième n'arrivera pas tôt ou des fois, les gens appellent en disant de toute façon, on ne commence pas tout de suite... On a parfois des informations parcellaires. Par exemple aujourd'hui, le 1^{er} malade est arrivé à 1 H 15 alors qu'on aurait dû s'attendre à ce qu'il arrive à midi. Bon c'est comme ça. - Et vis-à-vis de ces informations parcellaires, est-ce ces informations que vous souhaitez faire circuler dans les sas... Est-ce que c'est nécessaire ? - Ça peut souvent avoir des effets pervers parce que à partir du moment où vous dites à quelqu'un qu'il aura une entrée qu'à 14 H, il n'a pas tendance à se presser pour préparer la chambre alors que la programmation peut changer, on va se retrouver avec des locaux pas faits. Il y a toujours des effets pervers possibles mais... Il faut essayer de ne pas toujours travailler dans l'urgence. » (Médecin chef, entretien)

Le groupe peut aussi déboucher sur des modifications significatives. L'étude attentive des échanges montre comment le médecin chef d'unité s'est progressivement forgé la conviction que les nombreuses difficultés exposées étaient la conséquence d'un certain laxisme sur les horaires, et en particulier les horaires de la visite des médecins. D'ailleurs, par ses interventions, il a largement contribué à ce que le groupe se stabilise sur des solutions qui exigeaient un effort plus important de sa part et de la part des médecins : un plus grand respect des horaires. Il a aussi pris à sa charge une des étapes du processus de sortie de patients, la plus délicate, la négociation avec les services avals.

« Ce qu'on a retiré du groupe de travail, c'est qu'effectivement dans la gestion du temps en particulier le matin où le temps est très cher, et bien il faut une gestion rigoureuse de temps quoi, il faut s'y tenir... Le matin, chacun sait ce qu'il a à faire, que les visites soient faites à l'heure, qu'elles finissent à l'heure si on veut que les familles puissent faire les visites dans les délais qui sont impartis... Et c'est vrai que ça nécessite de rappeler les gens à l'ordre régulièrement parce que... En particulier pour l'heure de la visite, les gens trouvent toujours une activité à débiter 5 mn avant le début de la visite. Et puis si on veut que les gens aient le temps d'aller manger, que les entrées ne se fassent pas au milieu de la visite... On est un peu obligé de faire comme ça. On y arrive. Ça a des conséquences favorables après sur l'emploi du temps de tout le monde. À partir du moment où les gens savent quand commence la visite, quand elle finit... Normalement ça permet de s'organiser mieux quoi... » (Médecin-chef, entretien)

« Pour les sorties, on a connu une amélioration notable. Un seul médecin ou la surveillante se charge des mutations. Si on a un souci, on s'en réfère au médecin. Ils ont dû s'organiser entre médecins. Ça a fait baisser l'agressivité entre nous et le service de chirurgie cardiaque. Je n'ai pas entendu depuis de réel problème de mutation, de retour de malade pour des raisons non médicales. » (Aide-soignante, entretien)

Est-ce une prise de conscience, une transformation de ses « croyances », qui va conduire un des membres du groupe à modifier son comportement ? Ou est-ce plutôt la pression exercée par le groupe, la nécessité de faire des concessions pour conserver la cohésion. Toujours est-il que le participant le plus « exposé » à cette révision est celui qui est en position de responsabilité, le chef d'unité. Pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il ne peut évacuer un certain nombre d'exigences comme la qualité des soins, l'hygiène, l'accueil des patients, les conditions de travail... Ensuite il a participé à l'analyse des faits, il ne peut nier leur existence. Enfin, il a validé la démarche.

Un autre groupe de travail transversal à plusieurs services portait sur la planification des blocs opératoires. Le chef de service de chirurgie cardiaque, lui-même chirurgien, après avoir entendu les nombreuses difficultés générées par l'absence de réelle planification, a accepté le principe d'un planning commun, et d'une organisation pour le faire vivre... Il a concédé une part très significative de l'autonomie dont il bénéficiait jusqu'alors (il se donnait le droit de modifier librement le planning pour faire passer en priorité ses propres patients).

Parce qu'ils sont conscients que la démarche qualité les expose davantage, peu de médecins jouent le jeu. Plusieurs stratégies possibles sont déployées pour exercer une influence sur le cours du débat, ce que Pellizoni (2001) appelle le « pouvoir externe » qui s'exerce sur la délibération, par opposition au « pouvoir interne » de l'argumentation. Lors d'une réunion à propos de l'accueil des familles, le seul médecin encore présent (autre que le chef d'unité) part en claquant la porte. Il témoigne ainsi de son refus de collaborer à un tel exercice et tente d'affaiblir la légitimité de la décision qui pourra être produite par le groupe. Lors de la réunion précédente sur le même thème, les médecins avaient déjà tenté de neutraliser l'échange en discréditant, par l'humour, une revendication mal formulée.

« Infirmière : le problème principal, c'est la communication dans le service, on n'est pas au courant de ce que l'on va recevoir.

Médecin (1) : il suffirait d'installer un panneau lumineux, comme dans les gares.

Médecin (2) : encore faut-il qu'il n'y ait pas de grève du personnel au sol.

Médecin chef d'unité : la communication, c'est quoi ?

Aide-soignante : La communication au sens large, on n'en a pas parlé, ... (silence) je ne suis pas la seule... et on n'a pas dit que ... »

Médecin (1) : à propos de communication, tu veux du sucre dans ton café ?

(...)

Médecin (1) : les congés maternités, ça s'anticipe facilement, il suffit de regarder l'organisation des gardes. » (groupe qualité)

Il y a plus d'engouement chez les médecins à rédiger des procédures de soin qu'à discuter collectivement des problèmes d'organisation. C'est pour eux la façon la moins dangereuse de montrer aux auditeurs extérieurs mandatés pour l'accréditation, qu'ils « font de la qualité ». Il se produirait, dans la rédaction des procédures un « déplacement des buts » : l'auditeur ne pouvant qu'évaluer l'existence et la connaissance des procédures et non les activités elles-mêmes, on lui donne à voir ce qu'il recherche.

Ainsi, les échanges ne se déroulent-ils pas dans un espace libre de toute stratégie d'influence. Si celles-ci peuvent neutraliser le débat, elles participent aussi à sa vigueur et à la mobilisation de ceux qui ont le plus à y gagner. Nos observations rejoignent celles de Zarifian (1996) selon laquelle l'action stratégique, tournée vers l'intérêt individuel, et l'action communicationnelle, tournée vers l'intercompréhension, contrairement à ce qu'affirme Habermas (1987), ne s'excluent pas l'une de l'autre. L'absence de valeurs partagées et d'une façon homogène d'appréhender les faits, parce qu'elle rend les différentes options incommensurables entre elles, affaiblit la possibilité d'une délibération uniquement fondée sur les arguments exposés et ouvre la faille dans laquelle s'engouffre l'exercice de pressions et de stratégies. Mais Pellizoni (2001)

explique aussi qu'aucun système de pensée n'est complètement étanche, qu'il existe des recouvrements et la possibilité pour les uns de reconnaître les arguments formulés par d'autres comme raisonnables même s'ils ne les partagent pas. Les convictions évoluent, « apprennent » au contact du débat sans forcément s'y dissoudre.

4. La procédure, une façon de prolonger le débat

La plupart des groupes d'amélioration de la qualité débouchent sur la rédaction de procédure. Quelle peut être leur utilité, participent-elles à une diffusion plus large des compromis construits au sein du groupe qualité ? Nous allons montrer que la procédure ne remplit pas la fonction coercitive qu'on lui prête habituellement, mais qu'elle joue malgré tout un rôle de référence cognitive et normative, dans la mise au débat quotidienne des pratiques.

D'après Strauss (1992) « *trop de facteurs vont à l'encontre d'une rationalisation pour standardiser quelques segments de l'arc de travail* ». La rédaction de procédures joue à ses yeux un rôle secondaire. Malgré tout l'effort investi, les procédures sont souvent en décalage par rapport à ce qu'il est possible et nécessaire de faire. Diverses raisons sont souvent invoquées : procédures obsolètes du fait d'un changement des techniques et des pratiques, non pertinentes parce que générales à l'ensemble de l'établissement (tout ce qui relève de l'hygiène par exemple). La procédure n'est pas la principale référence dans la définition du travail. Dans une organisation professionnelle, la compétence professionnelle, acquise par la formation, l'expérience et l'apprentissage en interaction avec d'autres professionnels, est première. Par exemple, dans le service de réanimation où nous avons enquêté, les nouvelles infirmières passent par une importante formation interne avant d'être considérées comme opérationnelles. Malgré le caractère technique de l'activité, les modalités traditionnelles d'acquisition des savoirs professionnels (et en particulier des savoirs tacites), par apprentissage en binôme restent irremplaçables. Cet apprentissage suppose de créer autour de soi un réseau de sociabilité, avec des personnes prêtes à échanger connaissances et services. Il suppose aussi une présence forte des médecins dans le suivi des jeunes recrues dans les premiers mois. L'autonomie et la faculté d'adaptation sont revendiquées par l'ensemble des professionnels. L'ensemble des intervenants, quel que soit leur statut, se donne une certaine liberté pour réinterpréter le contenu d'une procédure quand son contenu semble contradictoire avec leur compréhension des enjeux et des objectifs, leur expérience, et leur connaissance des moyens possibles pour y parvenir (Barnard, 1938). Dans l'organisation hospitalière, la responsabilité individuelle est particulièrement valorisée. Cette responsabilité se joue dans l'appréciation de chaque situation et dans la contextualisation des pratiques.

D'ailleurs, le contrôle du travail d'autrui utilise rarement la procédure comme référence. Le contrôle se présente d'abord sur la forme d'une mise à l'épreuve des compétences lors de l'entrée dans le service. Les médecins, très présents, investissent du temps pour vérifier que les personnes recrutées ont le geste sûr et qu'il est possible de leur faire confiance. En sens inverse, les infirmières sont vigilantes vis-à-vis des nouveaux médecins de garde et des internes. Il existe aussi

un contrôle informel des uns par les autres dans les situations d'interaction inhérentes à l'activité (Lacoste, 2000). Les remarques s'appuient en général sur des arguments, une justification en termes de conséquences et non en termes de conformité à un protocole, un document formel. Quand on demande aux cadres et aux infirmières les plus actives dans la rédaction de procédures si elles pensent qu'il est possible d'organiser une évaluation formelle de la conformité des pratiques, elles expriment des doutes importants sur la pertinence de cette pratique et sur la façon dont elle pourrait être ressentie au sein de l'équipe.

La lecture d'une procédure reste un acte autonome, que chaque personne ne réalise systématiquement. Une personne prend l'initiative d'aller lire une procédure quand elle en ressent le besoin, donc dans des situations particulières : pour trouver une réponse à une question précise, quand elle doute de ses habitudes et routines de travail, ou encore, quand elle rencontre une situation inhabituelle face à laquelle elle a conscience qu'elle ne sait pas précisément ce qu'il faut faire. Elles constituent un complément de connaissance, disponible si besoin.

Les procédures ne jouent pas seulement un rôle important dans la dynamique d'apprentissage (Campinos, Marquette, 1999, Segrestin 1997), elles véhiculent aussi « les croyances normatives » de leurs rédacteurs. Une profession peut l'utiliser pour affirmer ses normes et valeurs vis-à-vis d'autres professions mieux reconnues. Des infirmières expérimentées nous ont rapporté que, pendant les gardes, elles utilisent les procédures pour expliquer aux médecins de gardes les pratiques et les orientations de l'unité. D'ailleurs, sans cette confrontation avec les infirmières, il est rare que les médecins de garde les lisent : ils se contentent de leur expérience, des habitudes prises, parfois dans un autre environnement de travail.

« Mais nous en tant qu'aide-soignante, on est plus au niveau de ce qui entoure le malade et en fait on est toujours sous la direction d'une infirmière donc il faut que l'infirmière soit d'accord. Ce n'est pas toujours le cas... C'est pour ça que c'est intéressant d'avoir des procédures. - Parce que sinon le risque c'est que l'infirmière décide... - De faire autrement, ou même nous de faire autrement puisque'on a appris à faire comme ça et pas autrement. - Ça peut être l'occasion de tensions... - Oui. Tandis que là, ça met tout le monde au même niveau. » (Aide-soignante, entretien).

Les pratiques non-conformes sont régulièrement évoquées par le groupe qualité. Dans ces situations, les responsables du service sont souvent en porte-à-faux, attachés à ce qu'une procédure importante soit respectée, mais en même temps soucieux d'entendre les raisons de la non-application. Dans la situation suivante, la discussion est d'autant plus difficile qu'il s'agit d'une procédure rédigée au sein du service. Une infirmière pointe quelques incohérences.

*« **Infirmière** : la hotte n'est quasiment pas utilisée par les infirmières pour les préparations.*

***Médecin chef** : on en a fait l'acquisition récemment, elle est essentielle pour lutter contre les infections.*

***Secrétaire** : moi je les comprends, ce n'est pas évident à utiliser, elles s'isolent complètement pour travailler la dessous...*

Infirmière : je crois que les filles préfèrent utiliser des plateaux stériles. Elles ne comprennent pas comment la hotte peut-être plus stérile que les plateaux alors qu'on la nettoie d'un coup de chiffon, alors que les plateaux, ils sont stériles quand on les ouvre ». (Groupe qualité)

Il est plus facile de justifier la non-application d'une procédure écrite à l'extérieur du service (celles du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales par exemple) par l'éloignement des rédacteurs : l'écart entre la procédure et le travail concret n'est pas imputable à une négligence, à un écart de norme professionnelle, mais au caractère générique et inadapté de la procédure.

« On a fait une évaluation l'année dernière sur les aspirations trachéales qui n'est pas une procédure qui a été écrite par le service c'est une procédure du CLIN. Cette procédure, les gens la connaissaient, mais moins de 5 % des personnes l'appliquaient tel que c'est écrit dans le texte. Bon ça veut dire plusieurs choses. Soit c'est le matériel qui n'est pas adéquat. Effectivement il y avait des choses qui n'étaient pas, qui ne sont pas de très bonne qualité, donc les gens ont tendance à ne pas l'utiliser. Je pense aux lunettes de protection. Et puis, il y avait d'autres points qui n'étaient pas faits parce que, dans le service, on ne les jugeait pas utiles. Et puis, il y en a d'autres par contre qui n'étaient pas faits mais qui ont besoin d'être revus. Et ça, il faut qu'on le revoie avec l'unité d'hygiène » (surveillante, entretien)

Évidemment, la renégociation quotidienne de l'application des procédures engendre un inconfort que les uns et les autres souhaitent aussi pouvoir éviter. La non-application peut être aussi à l'origine d'une mise au débat, dans les groupes qualité, du contenu du travail.

« Pour les greffés cardiaques, il fallait faire la chambre entre 7H et 8H. Il y a une infirmière qui m'a tellement heu, pris la tête, nous on avait fait la chambre à 7H45, ça ne lui avait pas plu et puis on en avait discuté dans le comité d'hygiène. J'avais dit que c'était jamais possible et que ça ne convenait pas à ces dames. Donc on a décidé de faire cette chambre de greffé cardiaque comme les autres patients, on passe quand on a le temps. Parce qu'il y a toujours une qui n'est pas d'accord. Nous on en avait tellement ras-le-bol que... Comme ça c'était clair pour tout le monde, c'est un patient comme un autre. » (ASH, entretien)

À la différence de l'« ordre négocié » où chacun évalue la situation au regard de ses normes professionnelles et subit les comportements d'autres professionnels, qui eux font référence à d'autres normes, la procédure permet que les comportements de tous soient réévalués au regard de la diversité des normes professionnelles.

Cependant la différence entre une procédure « prescriptive » et une procédure « référence » tient beaucoup au rapport que le groupe de rédacteur entretient avec le reste du service. Tous les efforts déployés pour améliorer la qualité des débats au sein des groupes de travail peuvent s'avérer vains si le reste du service se sent exclu de l'échange. Bien sûr, il est difficile de mobiliser tout le monde en même temps dans les groupes de travail, mais le plus souvent, pour passer du travail de groupe à la mise en œuvre des changements, les responsables de service retombent dans les travers de la prescription. En général, le travail du groupe s'achève par la rédaction d'une procédure : l'habitude veut que l'on n'y écrive

que ce que l'on doit faire et rien d'autre. Ainsi, les infirmières interrogées, membres d'aucun groupe qualité, ont le sentiment d'être dépossédées de la définition de leur propre travail au profit des membres des groupes qualité, qui peuvent échanger, argumenter, influencer la définition des pratiques.

« Maintenant, moi je trouve que ça tue la réflexion propre c'est-à-dire qu'à partir du moment où l'on a quelque chose d'écrit ben, on l'applique point. Et puis, on ne va plus réfléchir en se disant : ben attends, là dans la procédure, ils nous mettent 2 compresses alors que des fois, on pourrait en utiliser 4. Ce sont des exemples complètement fictifs. Donc ça inhibe complètement notre façon de faire et de réfléchir quoi. On devrait tous faire partie du groupe qualité. (...) Mais si vous voulez, il y a un groupe de personnes qui, qui réfléchit, qui pense, c'est toujours bien. Mais à un moment donné, il y a 10 têtes pensantes et puis le reste à la limite on est un peu les brebis. On est un peu obligé de suivre alors qu'on a aussi plein de choses à dire. (...) Parce que ce n'est pas péjoratif, mais on a toutes des choses à faire, à dire et à la limite c'est en commun qu'on devrait échanger. Alors maintenant, si vous voulez, il y a des procédures qui sont faites, certains vont les lire pour savoir s'il faut réajuster etc. Et puis après on va l'appliquer. Mais ça de toute façon je ne vois pas comment ça peut être autrement. » (Infirmière, entretien)

Au fondement de l'acceptation du groupe qualité, et des procédures qu'il rédige, on trouve un échange symbolique : on accepte que l'on accorde à certains pairs (infirmières ou aide-soignante) un statut de « rédacteur de procédures » (avec ses contraintes et ses avantages) mais on refuse qu'ils considèrent les autres comme des « exécutants ». La participation de pairs au travail de prescription, habituellement assuré par les médecins ou les surveillantes, peut être ressentie comme une stratégie élitiste, voir une trahison, plutôt que comme une garantie d'efficacité et d'équité. Il y a donc un équilibre à tenir : la distance entre les groupes qualité et le reste de l'unité peut s'aggraver si les uns ou les autres ont le sentiment que la relation devient trop asymétrique. L'absence d'information et surtout de justification des décisions est associée à un manque de considération de la compétence des autres. La décision est alors jugée arbitraire et l'adhésion à l'ordre donné leur est moins naturelle.

« On ne nous explique pas, un jour, c'est comme ça, le lendemain autrement... On ne nous dit pas le pourquoi du comment. Pour un spray, il faut attendre telle durée, puis ça change... Ça fait 10 ans que je suis dans le service. À chaque fois, il y a des modifications, mais très vite, on revient à ce qu'on faisait avant. (...) Ça m'est arrivé de relire une procédure, de donner mon avis. Mais en général, on est informé des nouvelles procédures quand elles sont terminées. C'est rare qu'on demande notre avis. » (Aide-soignante, entretien)

« Et on ne nous explique pas pourquoi. Du jour au lendemain c'est comme ça et pas autrement. Ce qui me gêne c'est ça, le fait qu'on n'en discute pas entre nous. Comme je disais à la surveillante, vous me dites de faire comme ça, je fais comme ça, c'est comme ça, c'est comme ça, mais quand même si on pouvait savoir pourquoi, ça serait mieux. » (Aide-soignante, entretien)

Certains membres des groupes de travail ont entendu cette revendication et essaient de mobiliser autour d'eux des membres du service. Mais leur initiative reste isolée. Il y a là probablement les éléments qui différencient un usage bureaucratique de la procédure comme instrument de prescription, d'un usage

comme support de valeurs professionnelles et de connaissances : dire ce que l'on a décidé de faire, et en expliquer les raisons, et donc donner les moyens de réinterpréter la règle si la situation ne permet pas son application. Paradoxalement, il est exceptionnel que de telles justifications soient indiquées dans les procédures, et le contenu de celle-ci est rarement expliqué et justifié lors des réunions de staff. On retrouve l'ambivalence que nous avons évoquée plus haut : les responsables des services continuent à rédiger des procédures comme si elles étaient des prescriptions, tout en continuant à les utiliser autrement.

Nous avons montré que diverses techniques d'animation ainsi que les débats provoqués par la mise en circulation des procédures participent à une rationalisation « négociée », au sens où elle est ouverte à la pluralité des expériences et des normes professionnelles. Cette rationalisation peut induire des évolutions significatives dans l'intercompréhension, dans l'organisation de travail et dans les comportements.

Mais la frontière entre une « rationalisation négociée » et une rationalisation univoque est ténue. Elle est soumise à de nombreux écueils. La faiblesse des modèles utilisées (et leurs schèmes implicites) peut conduire à une représentation simplificatrice du travail. Les diverses pressions exercées sur le débat peuvent en limiter la portée. La coupure progressive au sein du service entre un groupe de « rédacteurs » et un groupe qui se qualifierait d'« exécutants » peut affaiblir la mobilisation. Mais les écueils que nous avons listés sont ceux de tout exercice de délibération collective dans un contexte organisé. Aucun dispositif ne peut garantir à la fois l'efficacité et un souci de pluralisme et de mobilisation. La culture organisationnelle des participants, leur engagement personnel, leur souci d'intercompréhension, la finesse de leur connaissance des situations, sont indispensables à la réussite d'une telle démarche. Ces compétences ne se décrètent pas, mais la démarche qualité (comme d'autres dispositifs d'animation) est une bonne occasion pour ceux qui les possèdent de contribuer à l'amélioration de l'organisation.

Bibliographie

- Barnard C.J., 1938, *The Function of Executive*. Cambridge, Harvard Unvi. Press.
- Boudon R., 1995, *Le juste et le vrai, Etude sur l'objectivité des valeurs et de la connaissance*, Fayard.
- Borzeix A., Linhart D., 1990, *Les identités en paroles - Entreprises et pratiques langagières*. In Chanlat J.-F., *L'individu dans l'organisation, les dimensions oubliées*, Presses de l'Université de Laval, ESKA, Quebec.
- Bourgeois E., Nizet J., 1995, *Pression et légitimation*, Coll. Sociologies, P.U.F, 224 p.

- Campinos M., Marquette C., 1999, Une rationalisation sans norme organisationnelle : la certification ISO 9000, *Sciences de la société*, 46, pp. 83-101.
- Cochoy F., Garel J.P., de Terssac G., 1998, Comment l'écrit travaille l'organisation, *Revue Française de Sociologie*, 39 (4), pp. 673-699.
- Dodier N., 1994, Causes et mises en cause, innovation sociotechnique et jugement moral face aux accidents du travail, *Revue Française de Sociologie*, (35), 251-281
- Friedberg E., 1996, Prescription et ordre local, in De Terssac G., Friedberg E. (ed.), *Coopération et conception*, Octarès Editions, Paris.
- Habermas J., 1987, *Théorie de l'agir communicationnel*, 2 vol., Fayard, Paris.
- Lacoste M., 2000, L'espace du langage, de l'accomplissement du travail à son organisation », *Sciences de la société*, n° 50-51, mai-octobre, pp. 197-215.
- Mintzberg, H., 1992, *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'Organisation, Paris.
- Mispelblom Meyer F., 2000, Communication organisationnelle et parler ordinaire, les dimensions politiques du langage, *Sciences de la société*, n° 50-51, mai-octobre, pp. 216-240
- Moison J.-C., Tonneau D., 1999, *La démarche gestionnaire à l'hôpital, recherches sur la gestion interne*, Seli Arslan.
- Pellizzoni L., 2001, The mythe of the best argument, *British Journal Of Sociology*, vol n° 52, Issue n°1, March.
- Peneff J., 1992, *L'Hôpital en urgence : étude par observation participante*, Métailié, Paris.
- Segrestin D., 1997, L'entreprise à l'épreuve des normes de marché. Les paradoxes des nouveaux standards de gestion dans l'industrie, *Revue Française de Sociologie*, (38), 553-585.
- Setbon M., 2000, La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ?, *Sociologie du travail* n°42, pp. 51-68
- Strauss A., 1992, L'hôpital et son ordre négocié, in Baszanger I., *La trame de la négociation*, L'Harmattan, Paris.
- Vinck D., Reverdy T., Henri E., François P., Peyrin J.C., 2001, *Maîtrise de la qualité des soins dans les services médicaux de l'hôpital. Dynamique de mise en œuvre et transformations induites*, Rapport final CRISTO / CNRS-INSERM-MIRE, 170 p.
- Zarifian P. , 1996, *Travail et communication*, PUF, Paris