



HAL
open science

La résilience ordinaire à l'hôpital : processus d'invisibilisation des risques

Pierre-Philippe Dujardin, Céline Cholez

► To cite this version:

Pierre-Philippe Dujardin, Céline Cholez. La résilience ordinaire à l'hôpital : processus d'invisibilisation des risques. *Éducation permanente*, 2020, Formation et prévention des risques au travail, 3 (224), pp.87-95. 10.3917/edpe.224.0087 . halshs-02978478

HAL Id: halshs-02978478

<https://shs.hal.science/halshs-02978478>

Submitted on 7 Sep 2022

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.

Titre

La résilience ordinaire à l'hôpital : processus d'invisibilisation des risques

Article pour la revue Education Permanente : « Risques, travail, formation » n° 224 (2020/3)

Résumé

La production de soins se caractérise par l'incertitude liée à la singularité des situations et l'interdépendance de professionnels aux compétences réglementées. Les soignants font face par une forte résilience, faut-il s'en réjouir ? Via un dispositif pédagogique de projet, des étudiants cadres de santé développent des compétences d'analyse organisationnelle du travail et une posture professionnelle pour saisir atouts et limites de la résilience ordinaire. Deux cas sont analysés.

Abstract

The production of care is characterized by the uncertainty related to the singularity of situations and the interdependence of professionals with regulated skills. Nurses cope with a high degree of resilience, is this to be welcomed? In their training, thanks to a project experience, health managers students develop skills in organisational work analysis and a professional stance enabling them to grasp the strengths and limits of ordinary resilience. The paper analyzes two emblematic cases.

Auteurs

- Pierre-Philippe Dujardin, Enseignant-Formateur, Institut de Formation des Cadres de Santé - CHU Grenoble Alpes. PPDujardin@chu-grenoble.fr
- Céline Cholez, Maître de conférences, Laboratoire Pacte, MSH-Alpes, Grenoble INP - Ecole de Génie Industriel, Université Grenoble Alpes. celine.cholez@grenoble-inp.fr

Introduction

Au cours des trente dernières années, le regard sur les risques a fortement évolué, en particulier au sein de la recherche académique et dans les mondes de l'expertise. A la vision de l'humain susceptible de provoquer erreurs et accidents, a succédé l'idée selon laquelle les acteurs opérationnels peuvent aussi être sources de fiabilité et de résilience des systèmes et des organisations (Weick & Sutcliffe, 2001). Selon Hollnagel et Woods (2006), la résilience correspond à la capacité des individus et des collectifs à prendre en charge les « variations irrégulières, les perturbations et les dégradations du travail attendu ». Cette perspective, qui invite à considérer l'aléa comme étant inévitable, valorise l'improvisation et la vigilance au sein des équipes opérationnelles. Proche des théories de l'agilité organisationnelle, la résilience correspond à la réactivité et aux capacités de rattrapage émanant du terrain par opposition aux lourdeurs procédurales. Mais elle est aussi une forme de délégation des risques aux opérationnels, et cela en fait une notion controversée. Bien moins documentés dans le pilotage des risques industriels et professionnels, ses principes sont cependant répandus dans le quotidien des activités de travail, où managers et équipes doivent résoudre les tensions entre sécurité, efficacité, procédures et responsabilité. A partir d'une recherche menée au sein

d'hôpitaux, nous questionnons en quoi la formation des cadres de proximité peut les aider à se situer au regard de cette résilience ordinaire.

La production de soins en sécurité à l'hôpital est un défi quotidien. A la différence de la production industrielle, l'hôpital se caractérise par la singularité et l'incertitude des trajectoires des patients, et la forte interdépendance de professionnels aux compétences spécifiques, diversifiées et réglementées. Or, depuis les années 1970, l'hôpital connaît un régime de réformes qui vise à augmenter la qualité et la sécurité des soins par la standardisation des pratiques, mais aussi à accroître la performance en traquant les gaspillages et en réduisant les ressources humaines et les investissements (Juven et al., 2019).

De nombreux instruments issus de l'industrie (gestion de la qualité, gestion projet, lean management) sont introduits, à partir des années 1990, pour rationaliser, tracer, coordonner. Déployés au fil des réductions de postes, ils sont censés rompre avec des routines professionnelles jugées archaïques. Dans la pratique, la mise en œuvre des changements est plus complexe. La cohabitation de groupes professionnels aux intérêts différents provoque un « feuilletage organisationnel » (Laude, 2009). Régulièrement, les évolutions souhaitées butent sur l'organisation établie qui se retrouve débordée par des changements non anticipés et non discutés. La conduite du changement laisse alors place à des bricolages locaux plus ou moins bien orchestrés, et souvent incomplets, qui se substituent au projet initial.

Dans un contexte où la performance dépend de la coordination des services et des compétences, le travail d'articulation devient difficile (Gentil, 2012). Les aménagements gestionnaires densifient le travail et épuisent physiquement et psychologiquement les équipes engagées malgré elles dans la gestion des aléas et le réagencement des actions (Juven et al., 2019). Les cadres de santé de proximité, pris entre la mise en œuvre des réformes et l'exigence d'efficacité de leurs unités, sont particulièrement exposés. Leur formation les arme-t-elle à résoudre ces dilemmes ? Quelle place peuvent y tenir la prise en compte du réel de l'activité et le management des pratiques ordinaires de rattrapage ?

Les acteurs de terrain et la gestion des risques

De longues décennies ont associé négativement facteur humain et accidents, dans la littérature et au sein des directions sécurité et qualité. Les acteurs de terrain ont longtemps été considérés comme de potentiels perturbateurs : erreurs humaines, non-respect des procédures de gestion de crise, comportements irrationnels... A grand renfort de règles et de méthodes, les experts en sécurité encadrent les pratiques des non-initiés jugés inconscients, voire rétifs, aux principes sécuritaires.

Dans ce contexte, les travaux de Weick sur la résilience organisationnelle valorisent l'ingéniosité opérationnelle. Ils entrent en résonance avec les travaux de sociologues ou d'ergonomes qui, depuis longtemps, ont souligné l'importance des compétences tacites et l'efficacité de l'organisation informelle : sécurité réglée/ sécurité gérée (Daniellou et al., 2010) ; régulation de contrôle/régulation autonome (Reynaud, 1989). Le renversement de la résilience est ambitieux : l'aléa devient normal, inhérent à toute activité. Ce qui est principalement visé, moins que les accidents, c'est la manière dont les travailleurs parviennent quotidiennement à les éviter pour tenir une forme de fiabilité et de continuité d'activité au-delà de règles désincarnées. En faisant l'hypothèse que la capacité ordinaire de gérer l'inattendu constitue une ressource pour toute crise, l'approche des risques par la résilience pourrait alors se centrer sur la création des conditions d'une vigilance collective et transversale, de retours d'expérience et

de distance critique à l'égard des procédures. Mais la faible opérationnalisation de la notion questionne (Cholez et al., 2017).

Répondue parmi les institutions et les réseaux d'expertise sur les risques, la résilience est l'objet de vives controverses au sein des sciences sociales (Chandler, 2019), tant sur le plan de ses impasses théoriques que sur celui des perspectives politiques néolibérales sous-tendues par son usage institutionnel : injonction topdown, transfert de responsabilités, fausse participation. Dans le cadre professionnel, la notion de résilience résonne avec celle d'agilité. Si les cas d'expérimentation concrète de ces « modes managériales » restent limités, les premières analyses ouvrent des pistes en termes d'abandon des salariés à eux-mêmes, de difficultés de coopération et de coordination, d'arbitrage, de nouvelles formes d'invisibilisation du travail réel (Ughetto, 2018). Elles soulignent la forte relativité de la notion de résilience – à quoi ? pour qui ? à quel prix ? (Lallau et al., 2018) – qui interroge son usage managérial : peut-on (se) préparer/(se) former à être résilient ?

Un dispositif méthodologique appuyé sur la formation des cadres de santé

L'analyse présentée ici s'appuie sur une recherche en santé publique et sociologie portant sur le rôle du cadre de santé dans la gestion de projet (Dujardin, 2018). La méthodologie repose sur l'étude qualitative, quantitative et longitudinale, de près d'une centaine de problèmes organisationnels remontés par les cadres de différents établissements hospitaliers de l'agglomération grenobloise. Ces problèmes sont traités au sein d'un dispositif pédagogique élaboré par l'Institut de formation des cadres de santé (IFCS) de Grenoble. Ce dispositif de formation-action vise à développer, chez les étudiants, des capacités à saisir une complexité organisationnelle et à définir des solutions.

Chaque année, une dizaine de cas font l'objet d'une description complète du problème. D'abord, un entretien permet au formateur d'établir une note de cadrage validée par le cadre de santé. Celle-ci comprend : le contexte (organisation, activité, ressources disponibles et toute autre information en lien avec le problème) ; l'historique des actions mises en place ; la documentation disponible ; les objectifs visés. Organisés en petits groupes, les étudiants disposent de quatre journées pour : conduire leurs investigations (observations, entretiens avec les acteurs concernés, étude documentaire, approche quantitative si le problème le justifie) ; élaborer une analyse ; proposer un plan d'action. Ils sont accompagnés par deux enseignants (un sociologue et un formateur). Le rapport remis au cadre de santé fait l'objet d'un échange avec les étudiants. Après les soutenances, un débriefing permet d'échanger sur le déroulé de l'action pédagogique, ainsi que sur l'évolution du problème suite à l'action du cadre après l'intervention des étudiants.

Pour illustrer le phénomène de résilience ordinaire observé dans les unités de soins, deux situations récurrentes sont présentées sous forme d'histoires construites à partir de la note de cadrage, de l'investigation des étudiants et de leur accompagnement, du rapport remis au cadre de santé et de la réunion de débriefing.

Fiabiliser la prescription médicale et la traçabilité des actes

Dans un service de chirurgie, la visite médicale s'effectue au pas de course : moins de trente minutes pour vingt-six patients. L'équipe médicale concentre son activité au bloc opératoire ou en consultations. Malgré la présence d'ordinateurs portables, le dossier patient informatisé (DPI) ne peut être renseigné durant la visite. Le plus souvent, les prescriptions se font entre

deux portes ou par téléphone alors que, selon la réglementation, la prescription médicale doit être qualitative, quantitative, datée et signée, ou répondre à un protocole écrit et validé (Code de la santé publique). L'absence de prescription informatique provoque une hétérogénéité des supports papiers et une difficulté, pour les soignants, à tracer les actes dans le DPI.

L'enquête de terrain confirme l'absence de considération du problème soignant par la communauté médicale. Anesthésistes et chirurgiens se rejettent la charge du suivi postopératoire. De son côté, le cadre de santé ne parvient pas à réunir les responsables médicaux et le pharmacien référent pour valider des protocoles de prescriptions et corriger les incohérences du DPI.

Les infirmiers sont régulièrement confrontés à un dilemme : soit s'en tenir aux prescriptions écrites et, en leur absence, ne pas faire les relais thérapeutiques nécessaires ; soit transgresser les règles en assumant des actes sans prescription. Les plus anciens considèrent que la rupture thérapeutique est un risque trop important, qui justifie des actes sans écrit. Les derniers arrivés tentent de faire respecter la réglementation, mais subissent les réflexions de l'équipe médicale : « J'espère que ce n'est pas parce que tu n'as pas la prescription que tu n'as pas fait le relais antibiotique ! » Ces remarques traduisent la normalisation de la déviance. Interloqués à leur arrivée dans le service, les infirmiers finissent par baisser les bras. Il en résulte un turn-over important dans l'unité.

Pour tenter de normaliser les prescriptions dans le dossier du patient, ils rappellent l'obligation aux nouveaux internes et tentent d'utiliser l'interne de garde pour obtenir des prescriptions écrites. Cette stratégie est source de tensions car elle dépend de la bonne volonté de l'interne dont la mission première est l'urgence.

Missionnés pour « fiabiliser les prescriptions médicales », les étudiants sont confrontés aux interdépendances (Friedberg, 1993) à l'origine de pratiques déviantes. A travers l'analyse de situation, ils découvrent les limites d'une résilience de fait, fruit d'une forme d'abandon aux contraintes organisationnelles. L'adaptation de chacun à la limitation des ressources forme un équilibre fragile : les risques sont multiples (risques pour le patient, risque juridique et moral, usure professionnelle) ; il revient à chacun de prioriser ; les rapports de pouvoir déplacent les responsabilités aux derniers maillons. Le service « tient » mais à quel prix ? Les étudiants font l'expérience du sentiment d'impuissance du cadre de santé : jusqu'où doit-il porter le poids des dérives et l'échec de ses multiples tentatives de transformation ?

Conserver des prélèvements sanguins en marge d'une prescription médicale

Tout prélèvement sanguin doit faire l'objet d'une prescription médicale avec les mêmes exigences que le cas précédent. En outre, la date et l'heure de prélèvement doivent être renseignées. Pour autant, dans un service d'urgences, 85 % des infirmiers réalisent des prélèvements sanguins sans prescription.

Les étudiants sont chargés de comprendre ces dérives et de proposer des solutions pour les éliminer. Ils découvrent que cette pratique déviante dépend de la situation clinique du patient et du besoin de pallier les prescriptions jugées incomplètes, quand elles sont faites par l'interne ou un médecin vacataire. La prescription complémentaire engendrerait : des actes supplémentaires douloureux (repiquer le patient) ; une détérioration du capital veineux ; un risque de contamination et une perte de temps dans un secteur en surcharge de travail et en sous-effectif. Cette déviance est partagée par la quasi-totalité de l'équipe. Or, elle ne se produit

pas lorsque la prescription émane d'un médecin senior des urgences. L'anticipation des prélèvements hors prescription est réfléchi pour les infirmiers, elle n'est pas systématique et se réalise en fonction des compétences médicales reconnues.

Plusieurs risques sont méconnus ou sous-estimés. Le premier concerne l'identité-vigilance : chaque tube de prélèvement porte l'étiquette du patient, mais les tubes sont ensuite stockés sur un plateau sans tri ni classement. Le deuxième risque concerne la fiabilité du résultat : les tubes n'étant ni horodatés ni tracés, le personnel ignore si le prélèvement a été effectué dans un délai supérieur à deux heures (auquel cas les résultats seront faussés). Face à une telle analyse, étudiants et cadres de santé évoquent deux stratégies : interdire la pratique ou l'encadrer. L'interdire aurait obligé à une exhaustivité des prescriptions du premier coup (avec des internes en formation et le recours à des vacataires, cette perspective ne semblait pas réaliste). Cadrer la pratique, c'est faire l'hypothèse que la prise de conscience des risques et la traçabilité permettront de réduire progressivement la déviance. Le personnel a ainsi reçu une formation sur les bonnes pratiques de biologie ; une convention de conservation des prélèvements a été établie (sachets horodatés, traçabilité des tubes supplémentaires, etc.).

Contrairement au cas précédent, l'initiative déviante d'un geste sans prescription émane de l'équipe infirmière qui ne semble pas en être gênée. Ce paradoxe rappelle que la résilience renvoie à un processus de définition de ce qui compte pour hiérarchiser les risques (Cholez et al., 2017). L'analyse de la situation révèle l'instabilité du personnel médical, l'absence de confiance et de routines de coordination entre les différents services et les différentes professions. Elle sert d'appui à la construction d'une solution qui préserve les capacités d'initiatives et l'implication des soignants. Il s'agit de partager, au-delà des cloisonnements organisationnels, des connaissances qui seront intégrées dans l'évaluation quotidienne des risques.

La formation pour rendre visible et soutenir l'activité et la résilience ordinaire

Les cas présentés révèlent la façon dont, au quotidien, les soignants sont confrontés à des impensés organisationnels (équipe médicale à l'ancienne, intégration des non-permanents, apprentissage des internes). En les suivant, les étudiants de l'IFCS découvrent comment les équipes sont amenées à faire avec les risques, à les prioriser, parfois à en prendre. Les unités de soins fonctionnent grâce à cette activité constante de rattrapage et d'arrangements aux marges de la légalité. Les contraintes réglementaires et sécuritaires sont méconnues ou non considérées. Les acteurs liés à l'acte de prescription ignorent le problème de coordination entre prescription et dispensation. L'équipe des urgences n'a pas connaissance des bonnes pratiques de biologie, malgré leur implication dans le processus. Plus largement, les défauts de coordination sont directement liés à une dislocation temporo-spatiale et à un défaut de médiation entre des fonctions aux missions distribuées mais pas coordonnées (Lorino, 2009).

Si la résilience ordinaire repose sur la confrontation aux multiples désalignements des processus et la recherche d'un équilibre de coopération, la suppression des marges conduit à fragiliser les liens sociaux et à empêcher la pratique réflexive nécessaire à toute prise de risques. La coordination dépend de l'action de médiation des activités qui doit souvent escalader les cloisonnements organisationnels (Gentil, 2012). Sans elle, les soignants s'épuisent, la résilience peut n'être qu'apparente. Ces cas montrent qu'il n'est de résilience en soi, qu'on ne peut être résilient à tout et en toute circonstance, et que la résilience des uns peut être la vulnérabilité des autres.

Les situations décrites semblent être inextricables pour les soignants et pour leurs cadres. L'activité réelle se situant au carrefour de multiples jeux de pouvoir organisationnels et professionnels, la résolution des tensions est souvent impossible à l'échelle locale. Les signes de dissonance restent inaudibles dans l'activité ordinaire bien qu'ils nécessitent, pour tous, des efforts de rattrapage et d'ajustement permanents. Les équipes et les cadres de santé semblent être confrontés à un silence organisationnel : l'institution cherche-t-elle une solution acceptable pour minimiser les risques ? Compter sur l'ingéniosité des soignants conduit à rendre invisible le réel de l'activité et impossible la détection des signes d'une crise lente.

Conscients, les cadres sollicitent l'IFCS et ses étudiants en tant que témoins de situations vécues comme insolubles. Ils les confient à des acteurs tiers avec l'espoir de trouver d'autres pistes de résolution, mais aussi de porter de façon formelle, sur la scène institutionnelle, la nature des risques encourus. Mais le dispositif pédagogique permet aussi un réel apprentissage en déplaçant étudiants et cadres. Même si, dans un premier temps, l'écart à la règle est dénoncé, l'analyse faite par les étudiants permet aux cadres de santé de prendre pleinement conscience des logiques d'action et des efforts accomplis par les soignants pour tenir au mieux une efficacité. Le tiers valorise le travail réel et les individus qui l'accomplissent, tout en permettant aux cadres d'entrevoir les limites de leurs actions.

Pour les étudiants, ce projet constitue un temps fort de leur formation. Par ce dispositif, ils développent des compétences d'analyse des jeux organisationnels et du travail réel. Mais c'est aussi un moment important de socialisation professionnelle (Dubar, 2010) au cours duquel émerge une posture à l'égard de l'équipe et de l'institution. La formation en IFCS constitue le passage d'une fonction de soignant à celle d'encadrant. Ce changement identitaire nécessite de s'écarter d'une rationalité orientée soin au patient pour adopter une posture de coordination des diverses rationalités professionnelles.

Conçu pour soutenir cette transition, le dispositif de formation permet de favoriser une dynamique collective et transversale, de partager les référentiels, de faciliter un climat de confiance mutuelle et de tendre vers une volonté de faire mieux ensemble. L'enjeu pédagogique est d'amener le cadre à prendre conscience du fait que ce levier dépend de sa capacité à se projeter dans l'environnement de l'autre, à ramener le réel de l'activité ordinaire au cœur du management et de la gestion des risques. Selon Detchessahar et al. (2017), en effet, il ne suffit pas de développer des espaces de discussion pour favoriser des décroissements horizontaux et transversaux et retrouver une coordination efficace, il faut aussi porter de la considération au travail de l'autre.

Les projets permettent de comprendre que l'action managériale dépend du contexte organisationnel ; ils permettent en outre de se positionner au regard des tensions entre gestion des aléas, sécurité et performance. La plupart des étudiants ont vécu des situations proches de celles qu'ils ont à traiter en projets, en tant que soignant ou en faisant fonction de cadre de santé. Le dispositif les amène à se distancier de la fatalité du mode dégradé pour faire de l'analyse de l'activité réelle un levier de transformation. Il offre un espace de délibération collective sur les atouts et les limites de la résilience ordinaire, et sur les discours managériaux qui les portent.

Conclusion

Si elle renforce les processus d'invisibilité et se limite à transférer les risques sur les opérationnels, la résilience comme nouvelle gestion des risques ne tiendra pas ses promesses. Elle ne pourra rompre avec les approches classiques que si elle est conçue comme un moyen de

lever le voile : sur ce savoir lié à l’accomplissement réel de l’activité et sur la dimension systémique et multiscalaire des aléas. En même temps qu’elle permet une acquisition de connaissances relatives aux réglementations et aux orientations en matière de politique de santé, la formation peut amener les cadres de santé à faire de la résilience ordinaire un levier d’action. Pour cela, leur approche en termes de care doit se déplacer des patients vers l’activité, c’est-à-dire témoigner d’un souci pour le travail réel, même si les limites de leur échelle de responsabilité face à la complexité organisationnelle sont souvent irréductibles.

Bibliographie

Chandler, D. 2019. « Resilience and the end(s) of the politics of adaptation ». Resilience. Vol. 7, n° 3, p. 1-10.

Cholez, C. et al. 2017. La résilience : du concept à son opérationnalisation. Regards croisés entre recherche, expertise et action. Programme RDT « La résilience des territoires face aux risques ».

Daniellou, F. ; Boissières, I. ; Simard, M. 2010. « Les facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle : un état de l’art ». Les cahiers de la sécurité industrielle. N° 2010-2.

Detchessahar, M. et al. 2017. « Entre cacophonie et silence organisationnel, concevoir le dialogue sur le travail. Le cas de projets de maintenance dans une industrie à risque ». Annales des Mines/Gérer et comprendre. N° 130, p. 33-45.

Dubar, C. 2010. La socialisation. Construction sociale de l’identité. Paris, Armand Colin, 4e édition.

Dujardin, P.-P. 2018. La conduite de projets ordinaires pilotée par les cadres de santé. Grenoble, université Grenoble Alpes, thèse de doctorat en santé publique.

Friedberg, E. 1993. Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l’action organisée. Paris, Le Seuil.

Gentil, S. 2012. « Industrialisation des soins et gestion de l’aléa : le “travail d’articulation” au bloc opératoire, déterminants et obstacles ». Annales des Mines/Gérer et comprendre. N° 109, p. 34-43.

Hollnagel, E. ; Woods, D.-D. 2006. « Epilogue ». Dans : E. Hollnagel, D.-D. Woods, N.-C. Leveson (dir. publ.). Resilience Engineering. Concepts and Precepts. Aldershot, Ashgate, p. 347-358.

Juven, P.-A. ; Pierru, F. ; Vincent, F. 2019. La casse du siècle. À propos des réformes de l’hôpital public. Paris, Raisons d’agir.

Laude, L. 2009. « Cadres hospitaliers : faire face aux contradictions ». Dans : C. de Singly (dir. publ.). Rapport de la mission cadres hospitaliers. Tome 2, p. 87-93.

Lallau, B. ; Laissus-Benoist, P. ; Mbetid-Bessane, E. 2018. « La résilience peut-elle passer de la théorie aux pratiques ? ». Revue internationale des études du développement. N° 3, p. 9-25.

Lorino, P. 2009. « Concevoir l’activité collective conjointe : l’enquête dialogique. Etude de cas sur la sécurité dans l’industrie du bâtiment ». @ctivités. N° 6, p. 87-110.

Reynaud, J.-D. 1989. Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale. Paris, Armand Colin.

Ughetto, P. 2018. Organiser l'autonomie au travail. Travail collaboratif, entreprise libérée, mode agile. L'activité à l'ère de l'auto-organisation. Limoges, FYP éditions.

Weick, K.-E. ; Sutcliffe, K.-M. 2001. Managing the Unexpected. San Francisco, Jossey-Bass.