

SOMMAIRE

INTRODUCTION	17
CHAPITRE 1 – LE ROLE DE LA REGLE DANS LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS	23
1.1 DES LA TRANSFORMATION DE L’HOPITAL A LA NECESSITE DE CONTROLER LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS	25
1.1.1 Une volonté de transformer la structure de l’hôpital.....	25
1.1.1.1 L’hôpital, une bureaucratie professionnelle ?.....	25
1.1.1.2 Vers une nouvelle structure de l’hôpital : la bureaucratie mécaniste	27
1.1.2 La nécessité de contrôler la qualité et la sécurité des soins.....	28
1.1.2.1 L’entrée de la « démarche qualité » à l’hôpital	29
1.1.2.2 La mise en place d’indicateurs « de qualité ».....	29
1.1.2.3 Le contrôle des pratiques professionnelles : la certification HAS.....	31
1.2 DES POLITIQUES DE PROMOTION DE LA QUALITE DES SOINS FONDEES SUR UNE REGLEMENTATION ACCRUE	33
1.2.1 L’hôpital à l’épreuve des réformes.....	34
1.2.1.1 La naissance de l’hôpital	34
1.2.1.2 Le passage à la T2A.....	36
1.2.1.3 La loi HPST	38
1.2.2 Inspiration du « New Public Management »	39
1.2.2.1 Le Nouveau Management Public ou la « Mcdonaldization » des soins	39
1.2.2.2 Une organisation « industrielle » des soins : l’exemple du bloc opératoire	42
1.2.2.3 Une gestion qui ne permet pas la prise en charge des « singularités ».....	43
1.2.2.4 Le cas des cliniques privées.....	45
1.3 L’IMPORTANCE CONSTATEE DE LA TRANSGRESSION DES REGLES	46
1.3.1 Un nombre d’EIG encore trop élevé	46
1.3.2 Une partie des EIG expliquée par la transgression des règles	49
1.4 SYNTHESE DU CHAPITRE 1 – LE ROLE DE LA REGLE DANS LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS.....	51
CHAPITRE 2 – LA TRANSGRESSION DES REGLES AU SEIN DES ORGANISATIONS.....	53
2.1 DEFINITIONS DES TERMES CLES	55

2.1.1	<i>La règle : existence d'une prescription ou d'un guide d'action</i>	55
2.1.1.1	Qu'est-ce qu'une règle ?.....	55
2.1.1.2	Distinction entre règle et norme	56
2.1.1.3	La règle : objet d'interprétation et d'arrangements	56
2.1.2	<i>Essai de définition de la notion de non-respect des règles</i>	57
2.2	QUELLES REPONSES POUR AGIR SUR LA TRANSGRESSION DES REGLES AU SEIN DES ORGANISATIONS ?	64
2.2.1	<i>La transgression doit être supprimée ou, au moins, corrigée car elle représente un risque pour l'organisation</i>	64
2.2.1.1	Supprimer la transgression lorsqu'elle est nuisible pour l'organisation.....	64
2.2.1.2	Corriger la transgression « en douceur ».....	70
2.2.2	<i>La transgression doit être tolérée ou encouragée lorsqu'elle améliore le fonctionnement de l'organisation</i>	88
2.2.2.1	Tolérer la transgression lorsqu'elle permet de mener à bien le travail.....	88
2.2.2.2	Encourager la transgression lorsqu'elle est vecteur d'innovations	90
2.2.3	<i>Synthèse du 2.2 Quelles réponses pour agir sur la transgression des règles au sein des organisations ?</i>	92
2.3	LE CAS DU BLOC OPERATOIRE : L'INFLUENCE DE L'ACTIVITE SUR LA TRANSGRESSION DES REGLES....	93
2.3.1	<i>Le rôle de la culture professionnelle dans la transgression des règles</i>	93
2.3.1.1	La chirurgie, une activité par essence transgressive.....	93
2.3.1.2	Une transgression transmise au cours de l'apprentissage du métier	95
2.3.1.3	Le bloc opératoire : un « huis clos » favorisant la transgression.....	98
2.3.2	<i>Quand la peur au travail entraine la transgression</i>	99
2.3.2.1	La transgression : une « stratégie défensive de métier » pour nier la réalité du travail	99
2.3.2.2	L'apparition d'une « idéologie défensive de métier » partagée par le collectif	102
2.4	DISCUSSION DE LA REVUE DE LA LITTERATURE ET QUESTION DE RECHERCHE	106
2.4.1	<i>Discussion de la revue de la littérature</i>	109
2.4.2	<i>Question de recherche</i>	110
CHAPITRE 3 – METHODOLOGIE DE L'ENQUETE DE TERRAIN ET MISE EN ŒUVRE DE LA METHODE		112
4.1	UNE ETUDE DE CAS.....	115
4.2	LES OUTILS DE RECUEIL DES DONNEES.....	118

4.2.1	<i>Le journal de bord</i>	119
4.2.2	<i>L'observation in situ</i>	120
4.2.3	<i>L'observation systématique</i>	126
4.2.4	<i>Les entretiens semi-directifs</i>	127
4.2.5	<i>Les fiches d'événements indésirables (FEI)</i>	129
4.3	LES OUTILS DE TRAITEMENT DES DONNEES	131
4.3.1	<i>L'analyse de contenu</i>	132
4.3.1.1	La catégorisation (ou codage).....	132
4.3.1.2	L'analyse des données	134
4.3.2	<i>L'analyse de discours</i>	136
4.3.3	<i>La triangulation des données</i>	138
4.4	MISE EN ŒUVRE DE LA METHODE.....	139
4.4.1	<i>Les observations in situ</i>	139
4.4.1.1	Présentation du terrain de recherche.....	139
4.4.1.2	L'entrée sur le terrain	140
4.4.1.3	« Devenir » observateur.....	141
4.4.2	<i>Les observations systématiques</i>	144
4.4.2.1	Stratégie d'observation adoptée.....	145
4.4.2.2	Utilisation d'une grille d'observation.....	146
4.4.2.3	Quelques difficultés rencontrées durant l'observation	147
4.4.3	<i>Les entretiens</i>	148
4.4.3.1	Prise de contact avec les acteurs.....	148
4.4.3.2	Utilisation d'un guide d'entretien.....	149
4.4.3.3	Conduite de l'entretien	150
4.5	SYNTHESE DU CHAPITRE 3 - METHODOLOGIE DE L'ENQUETE DE TERRAIN ET MISE EN ŒUVRE DE LA METHODE.....	152
CHAPITRE 4 – RESULTATS DE LA RECHERCHE.....		154
5.1	RESULTATS ISSUS DU JOURNAL DE BORD	156
5.1.1	<i>Une certification « mise en scène » pour répondre aux demandes des experts</i>	156
5.1.2	<i>Une check-list sécurité appliquée partiellement</i>	157

5.1.3	<i>Une minimisation du risque infectieux</i>	158
5.1.4	<i>Une volonté de la direction de réduire l'autonomie des médecins dans l'élaboration du planning opératoire</i>	159
5.1.5	<i>Synthèse des résultats issus du journal de bord</i>	162
5.2	RESULTATS ISSUS DES FICHES D'ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES (FEI)	163
5.2.1	<i>Mise en lumière de retards répétés au bloc opératoire</i>	163
5.2.2	<i>Recours au chantage</i>	164
5.2.3	<i>Synthèse des résultats issus des FEI</i>	165
5.3	RESULTATS ISSUS DES OBSERVATIONS <i>IN SITU</i>	165
5.3.1	<i>Des retards expliqués par une non prise en compte du temps de bio-nettoyage dans le planning opératoire</i>	167
5.3.2	<i>Interrogation sur le sens de la règle à respecter</i>	168
5.3.3	<i>Un manque de temps pour appliquer la règle de sécurité</i>	169
5.3.4	<i>Un mépris de la règle de sécurité</i>	169
5.3.5	<i>Une transgression de la règle de traçabilité nécessaire pour « rassurer » le patient avant l'intervention</i>	170
5.3.6	<i>Une transgression de la règle d'hygiène par facilité</i>	171
5.3.7	<i>Synthèse des résultats issus des observations in situ</i>	171
5.4	RESULTATS ISSUS DES OBSERVATIONS SYSTEMATIQUES	173
5.4.1	<i>Une transgression de la règle de traçabilité par négligence</i>	174
5.4.2	<i>Une adoption « cérémoniale » de la règle de traçabilité</i>	177
5.4.3	<i>Une règle de traçabilité non-adaptée à la spécialité chirurgicale</i>	179
5.4.4	<i>Des retards de plannings expliqués par la survenue d'aléas</i>	180
5.4.5	<i>Synthèse des résultats issus des observations systématiques</i>	181
5.5	RESULTATS ISSUS DES ENTRETIENS	182
5.5.1	<i>Les personnels travaillant avec les chirurgiens</i>	182
5.5.1.1	Des difficultés à leur faire appliquer les règles	183
5.5.1.2	Un manque d'intérêt pour la règle.....	183
5.5.1.3	Des personnels confrontés au déni du risque des chirurgiens	183

5.5.1.4	L'existence d'un rapport de pouvoir entre chirurgiens et Direction et face à la recherche de rentabilité 184	184
5.5.1.5	Une collaboration facilitée avec les chirurgiens les plus jeunes	184
5.5.1.6	Synthèse des résultats des entretiens menés avec le personnel travaillant avec les chirurgiens	185
5.5.2	<i>Les chirurgiens</i>	186
5.5.2.1	Résultats issus des entretiens avec les chirurgiens appartenant à la tranche d'âge [30 – 39 ans]	187
5.5.2.2	Résultats des entretiens avec les chirurgiens appartenant à la tranche d'âge [40 – 49 ans] et [50 – 59 ans]	189
5.6	SYNTHESE DES RESULTATS DE LA RECHERCHE.....	200
5.6.1	<i>La transgression signifie une volonté d'adaptation à la situation de travail</i>	201
5.6.2	<i>La transgression exprime les valeurs de la culture des chirurgiens</i>	201
5.6.3	<i>La transgression affirme l'autonomie de l'acteur</i>	202
5.6.4	<i>La transgression permet de minimiser les efforts et de maximiser l'intérêt au travail</i>	203
5.6.5	<i>Un écart entre les pratiques des jeunes générations de médecins et les générations plus âgées</i>	204
5.6.5.1	La jeune génération de médecins plus encline à respecter les règles	204
5.6.5.2	Les générations antérieures plus méfiantes vis-à-vis des règles.....	205
CHAPITRE 5 – DISCUSSION ET MISE EN PERSPECTIVE DES RESULTATS		208
6.1	DISCUSSION DES RESULTATS	210
6.1.1	<i>Distinction entre « typologie » et « classification »</i>	210
6.1.2	<i>Des transgressions de forme « dialogique »</i>	212
6.1.3	<i>Essai de typologie de quatre formes de transgression</i>	215
6.1.3.1	La transgression fonctionnelle « auto-adressée » à la conscience professionnelle de l'acteur	215
6.1.3.2	La transgression culturelle adressée à la communauté des soignants	217
6.1.3.3	La transgression politique adressée à la direction de l'organisation ou à la hiérarchie.....	219
6.1.3.4	La transgression économique « auto-adressée » à l'instance de satisfaction de l'acteur	222
6.1.4	<i>Discussion de la typologie proposée</i>	226
6.1.4.1	Des formes de transgression liées.....	226
6.1.4.2	Nécessité d'interpréter les transgressions par rapport à des « logiques d'action »	228
6.1.4.3	Présentation des liens logiques entre chaque forme de transgression	230
6.1.4.4	Validation de la typologie à partir d'exemples tirés des résultats	232
6.1.5	<i>Suggestions de réponses adaptées à chaque forme de transgression</i>	234

6.1.5.1	Signifier à l'acteur qu'il est compris que la transgression vise à contribuer à la réalisation de la mission confiée face à la transgression de forme fonctionnelle.....	234
6.1.5.2	Accompagner les acteurs dans le changement face à la transgression de forme culturelle.....	235
6.1.5.3	Entrer en négociation avec l'acteur face à la transgression de forme politique	236
6.1.5.4	Contraindre l'acteur grâce à une sanction dissuasive face à la transgression de forme économique..	237
6.2	APPORTS, LIMITES ET PROLONGEMENT DE LA RECHERCHE.....	241
6.2.1	<i>Apports de la recherche</i>	241
6.2.1.1	Apports théoriques.....	242
6.2.1.2	Apports managériaux : <i>quelles réponses face à la transgression ?</i>	244
6.2.2	<i>Limites de la recherche</i>	245
6.2.3	<i>Prolongements envisageables</i>	246
	CONCLUSION	248
	BIBLIOGRAPHIE	254
	ANNEXES	290

INTRODUCTION

Depuis la publication du rapport de l'*Institute of Medicine*¹ « *To Err is Human - Building a Safer Health System* » (Kohn et al., 1999), plusieurs études internationales font apparaître unanimement que le nombre d'événements indésirables survenant lors de la prise en charge des patients est élevé. En France, deux enquêtes² réalisées en 2004 et en 2009 ont corroboré ces résultats. L'incidence des événements indésirables graves (EIG) en hospitalisation est évaluée à 6,2 EIG pour mille jours d'hospitalisation, soit un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits³. Malgré les moyens déployés depuis 20 ans, les hôpitaux ne semblent pas avoir atteint un niveau de fiabilité de leurs opérations courantes suffisant. Face à ce constat, la Haute Autorité de Santé (HAS) a réaffirmé sa volonté de faire de la qualité et de la sécurité des soins un enjeu majeur de santé publique en développant en 2013 le « *Programme National pour la Sécurité des Patients* ». Cette politique se concrétise, notamment, par l'édiction de plus en plus de règles issues du secteur industriel au sein duquel elles ont déjà fait leurs preuves.

La survenue d'un événement indésirable s'explique par la nature particulièrement complexe de l'activité de soins à prendre en considération lorsque l'on traite avec l'humain (Minvielle, 1996 ; Amalberti et al., 2005) à laquelle s'ajoute, notamment, le non-respect des règles prescrites par les professionnels (Grol et al., 1998 ; Bauer, 2002). Ces règles (on entend par règle, « *une prescription d'ordre morale, intellectuelle s'appliquant à la conduite* », de Terssac, 2003, p. 11) visent à assurer la sécurité du patient et la traçabilité de l'information, dans le but d'optimiser la prise en charge et d'augmenter la qualité et la sécurité des soins, particulièrement au bloc opératoire où les risques sont élevés en raison de l'activité pratiquée.

Alors que des organisations quotidiennement confrontées au danger, telles que l'industrie nucléaire ou l'aviation civile, travaillent sans cesse sur la gestion des écarts à la règle afin de les limiter, voire de les bannir, il semble que l'hôpital ne puisse pas être managé de la même façon. Notamment, en raison des patients qui apportent une variabilité imprévisible et de

¹ Organisation à but non lucrative créée par le *US National Academy of Sciences*

² Enquêtes Nationales sur les Evénements Indésirables graves associés aux Soins

³ Source : site Internet has-sante.fr

l'existence de barrières culturelles et sociales fortement ancrées dans les pratiques des professionnels (Bagnara et *al.*, 2010).

La revue de la littérature propose des réponses pour agir sur la transgression des règles qu'il est possible de présenter en deux grandes catégories : la sanctionner ou la corriger en douceur (vision négative de la transgression), car la règle est nécessaire et permet de protéger les acteurs (approche classique de la sécurité) ou, à l'inverse, la tolérer, car la règle est imparfaite ou obsolète, voire la susciter car elle serait un moteur d'innovations (vision positive de la transgression, recours à l'intelligence des acteurs). Ces deux réponses sont focalisées autour de l'enjeu de la règle – enjeu compréhensible au regard de la structure bureaucratique de nombreuses organisations. Sans remettre en cause cet enjeu, la réponse gestionnaire nécessite de comprendre la signification des actes transgressifs qui ne sont pas uniquement des conduites positives ou négatives. La transgression relève, en effet, d'un échange de significations construites socialement entre les acteurs. Elles sont adressées à autrui (provocations, oppositions...) et appellent à des réponses spécifiques. Elles correspondent à une façon de communiquer entre les acteurs, que les gestionnaires doivent apprendre à « décoder » afin d'y répondre de manière adaptée.

Afin de savoir comment intervenir sur les actes transgressifs, il convient donc de prendre en compte leur signification en posant l'hypothèse selon laquelle une transgression est un acte signifiant adressé à quelqu'un. En conséquence, la question de recherche à laquelle la thèse souhaite répondre est : *Quelle(s) signification(s) est-il possible de donner aux actes transgressifs en milieu de travail, afin de permettre aux gestionnaires de pouvoir y répondre de manière adaptée ?*

Afin de répondre à la question de recherche, la thèse prend appui sur une étude de cas au sein d'un hôpital privé, objet qui n'a été jusqu'ici que peu exploré dans le domaine des sciences de gestion (Claveranne et Piovesan, 2003). La recherche se focalise plus précisément sur le cœur opérationnel des établissements de santé et le lieu de travail privilégié des chirurgiens : le bloc opératoire. Celui-ci permet une observation « grandeur nature » de ces phénomènes de transgression. C'est un service fermé et difficile d'accès où le « commun des mortels » n'entre pas facilement.

Notre parcours de recherche a été alimenté par la tenue d'un journal de bord afin de tracer l'ensemble de nos questionnements et remarques. Des observations *in situ* ont été réalisées afin

de se familiariser avec le bloc opératoire et le travail des chirurgiens et surtout de se concentrer sur les transgressions de trois règles types prescrites concernant trois domaines différenciés : la traçabilité de l'information, l'organisation et le fonctionnement du bloc opératoire et, enfin l'hygiène et la sécurité. Puis, afin de déterminer les significations de ces transgressions, des observations systématiques ont été menées (au cours d'interventions chirurgicales diverses, de la vie quotidienne du bloc...). Ces observations ont été réalisées à l'aide d'une grille d'analyse et ont été couplées à des entretiens semi-directifs avec des chirurgiens et des personnels exerçant dans et en dehors du bloc opératoire. Ces entretiens avaient pour objectif de dégager les significations des actes transgressifs. Enfin, ajoutons que des données secondaires ont également été recueillies afin de compléter nos données. Afin de traiter l'ensemble des données, une analyse de contenu, puis une analyse de discours ont été réalisées. Les résultats mettent en évidence quatre formes de transgression des règles dont chacune possède une signification qui lui est propre, d'une part, et la présence d'un écart générationnel entre les médecins, d'autre part.

Notre propos s'articulera autour de cinq chapitres. Un premier chapitre présentera le contexte de la recherche. Il s'agira de faire un état des lieux des dispositifs mis en place pour assurer la sécurité du patient et rappeler le contexte dans lequel évoluent les hôpitaux et plus particulièrement les cliniques privées, ainsi que les réformes dont ils ont fait l'objet jusqu'à ce jour. La revue de la littérature sera présentée au chapitre 2. Nos choix méthodologiques et la mise en œuvre de la méthode seront présentés au chapitre 3. Le chapitre 4 sera l'occasion de présenter les différents comportements transgressifs identifiés au cours de l'étude. Puis, ces résultats seront discutés et une typologie composée de quatre formes de transgression distinctes (fonctionnelle, culturelle, politique et économique) qualifiées de dialogiques sera présentée au chapitre 5, avec quelques nuances et validant l'hypothèse sous certaines conditions. En guise de conclusion de ce travail de recherche, seront présentés les principaux apports générés par la thèse sur le plan théorique et managérial. Les limites et les questions qu'elle laisse en suspens et qui appellent à poursuivre les recherches seront également exposées.

CHAPITRE 1 –

Le rôle de la règle dans la qualité et la sécurité des soins

CHAPITRE 1 –

Le rôle de la règle dans la qualité et la sécurité des soins

1.1 De la transformation de l'hôpital à la nécessité de contrôler la qualité et la sécurité des soins

1.1.1 Une volonté de transformer la structure de l'hôpital

J. De Kervasdoué définit l'hôpital comme une organisation « *par nature complexe de par la multiplicité des rôles, des acteurs, des techniques et des attentes souvent contradictoires du public et des autorités de tutelle* » (2015, p. 6). Les différentes réformes du système de santé et les nombreuses restructurations ont donc cherchées à transformer sa structure afin de procéduraliser les pratiques des professionnels, conduisant l'hôpital à évoluer d'une bureaucratie professionnelle vers une bureaucratie mécaniste.

1.1.1.1 L'hôpital, une bureaucratie professionnelle ?

D'après H. Mintzberg et S. Glouberman, l'hôpital est « *un des systèmes les plus complexes de nos sociétés contemporaines* » (2001, p. 58). H. Mintzberg (1981) identifie cinq éléments de base de l'organisation : le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, le centre opérationnel, la technostructure et les fonctions de support logistique. En prenant en compte des paramètres de conception ainsi que des facteurs de contingence des organisations, l'auteur définit cinq configurations structurelles représentant des idéaux-types : la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle, la structure divisionnalisée et l'adhocratie.

Les hôpitaux sont définis comme des bureaucraties professionnelles par H. Mintzberg (1982), tout comme les universités et les cabinets d'experts comptables, qui selon lui, présentent les mêmes caractéristiques. Il s'agit d'organisations dont l'activité requiert des professionnels hautement qualifiés qui travaillent de manière autonome et indépendante. Chaque professionnel sait, grâce aux compétences acquises, ce qu'il doit faire. La partie clé de l'organisation est alors constituée par un centre opérationnel et la coordination repose sur la standardisation des compétences et des qualifications à partir de la formation et de la socialisation des acteurs. L'autorité découle alors du pouvoir lié à la compétence (Cf. tableau 1).

Mécanisme de coordination principal	Standardisation des qualifications
Partie clé de l'organisation	Centre opérationnel
Principaux paramètres de conception	Formation, spécialisation horizontale du travail, décentralisation horizontale et verticale
Facteur de contingence	Environnement complexe et stable, système technique non sophistiqué

TABLEAU 1 : CARACTERISTIQUES DE LA BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE SELON H. MINTZBERG (D'APRES NOBRE, 1999)

Les hôpitaux sont donc considérés comme des organisations complexes qui regroupent des individus qui possèdent des identités, des intérêts et des objectifs propres et qui doivent répondre à des fonctions diverses (soins, enseignement, recherche, prévention...).

Afin d'appréhender les acteurs de l'hôpital il est essentiel de comprendre que ce dernier est composé de deux grands pouvoirs : le pouvoir administratif, incarné par le Directeur d'hôpital et le pouvoir médical, détenu par les médecins, garant de l'organisation du travail des soignants.

S. Glouberman et H. Mintzberg (2001) considèrent ainsi l'hôpital comme une organisation éclaté en quatre mondes : le traitement (*cure*), celui des médecins, le soin (*care*) ou la prise en charge, celui des soignants, le contrôle (*control*), celui des directeurs, la communauté (*community*) celui des élus, des associations d'usager (Cf. figure 1). Ces quatre mondes diffèrent par leurs valeurs, leurs structures incompatibles et par leur mode de coordination.

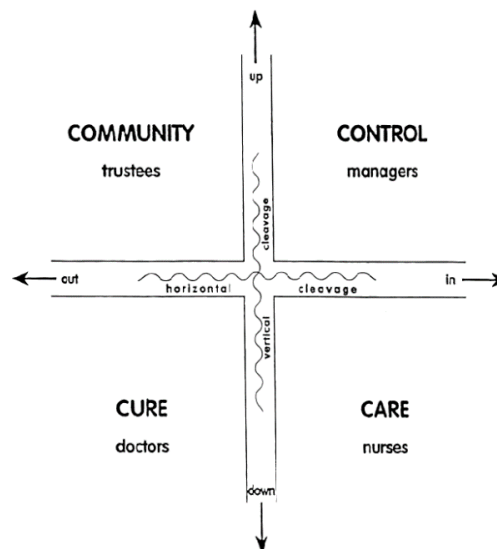


FIGURE 1 : LES QUATRE MONDES PRESENTS DANS L'ORGANISATION HOSPITALIERE (MINTZBERG ET GLOUBERMAN, 2001, P. 60)

S. Glouberman et H. Mintzberg (2001) expliquent que le monde du *cure*, formé par la communauté médicale est en même temps « *down* », car basé sur les traitements des patients et « *out* », car les médecins ne font pas partie de la hiérarchie de l'hôpital. En bas à droite de la matrice, le monde du « *care* » fait référence aux infirmières qui sont à la fois « *in* » et « *down* », car elles délivrent un service au patient tout en étant sous le contrôle de l'institution. Le « *control* » représente l'administration « conventionnelle », c'est-à-dire les managers (cadres de soins) qui sont à la fois « *in* » et « *up* » car responsables de l'institution et moteur de l'action, bien qu'ils ne soient pas directement impliqués dans les opérations. Enfin, le monde que les auteurs nomment « *community* » correspond aux administrateurs de l'hôpital et aux bénévoles, qui sont à la fois « *up* » et « *out* » car ils ne sont pas directement reliés au fonctionnement de l'hôpital, ni personnellement redevables à sa hiérarchie.

Les auteurs ajoutent une division horizontale entre les mondes du « *community* » et du « *control* », et ceux du « *cure* » et du « *care* » ainsi qu'une division verticale entre ceux sous l'emprise des impératifs et des exigences de l'institution (« *community* » et « *control* ») et ceux qui sont intimement liés à l'institution (les managers et les infirmières) et ceux qui sont impliqués mais pas formellement engagés (les médecins). Ces quatre mondes conduisent à des situations qualifiées de « *specialized curtains* » et « *departments walls* » (Glouberman et Mintzberg, 2001) correspondant à quatre ensembles distincts d'activité, de mode d'organisation et de mentalités différentes (Bourret, 2007).

L'ensemble des réformes et les nouveaux objectifs fixés aux hôpitaux en matière de rentabilité, de qualité des soins... conduisent à s'interroger sur leur type de structure réel. L'hôpital est-il toujours une bureaucratie professionnelle ? Compte tenu de la standardisation des pratiques et de la volonté de planifier l'activité en termes de processus (Minvielle, 1996), T. Nobre et C. Merdinger-Rumpler (2002) proposent d'associer l'hôpital à une bureaucratie mécaniste et non plus à une bureaucratie professionnelle.

1.1.1.2 Vers une nouvelle structure de l'hôpital : la bureaucratie mécaniste

La transformation des facteurs de contingence a conduit, de manière convergente, les établissements de santé à adopter la structure d'une bureaucratie mécaniste. La bureaucratie mécaniste se caractérise par la mise en place de procédés de travail fortement standardisés sur lesquels repose la standardisation, et au sein desquels, les tâches exigent peu de qualifications.

L'application de processus d'homogénéisation et d'uniformisation des règles de fonctionnement et des méthodes de travail formalisées dans des manuels de procédures, remplace désormais la standardisation des qualifications, qui suppose quant à elle, une uniformisation qui se fait sur la base des savoirs et des compétences des acteurs. Le travail des professionnels de santé est de plus en plus encadré par une standardisation des procédés sous la forme de dispositions réglementaires, de normes qualité et de recommandations professionnelles. Les médecins ont perdu une large part de leur autonomie. Ainsi, la bureaucratie professionnelle ne semble plus être adaptée aux nouvelles caractéristiques des établissements de santé (Nobre et Merdinger-Rumpler, 2002).

Cependant, la modification de la structure de l'hôpital apparaît inadaptée à la prise en charge des maladies chroniques qui touchent plus de quinze millions de personnes en France et dont le nombre va grandissant avec le vieillissement de la population (Grimaldi, 2013). P.-A. Lapointe et *al.*, (2000) affirment qu'il faut conclure « à une évolution régressive, dominée par le néolibéralisme et se conjuguant inéluctablement à une destruction des acquis de l'État-providence et à une déqualification du travail ». Cette nouvelle structure de l'hôpital apparaît comme contraire aux principes de fonctionnement de ce dernier.

La standardisation des pratiques et la procéduralisation accrue du travail implique inévitablement la nécessité de contrôler la qualité et la sécurité des soins, à travers deux phases : la formalisation et l'évaluation. La « démarche qualité » fait son entrée à l'hôpital.

1.1.2 La nécessité de contrôler la qualité et la sécurité des soins

La qualité et la sécurité des soins sont des enjeux essentiels au sein des établissements de santé. Les définitions de la qualité des soins sont nombreuses. Elles dépendent de l'entité évaluée, de la qualité du personnel et de la qualité globale du système de santé. A. Donabedian (1980) définit les soins de haute qualité comme « des soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices / risques à chaque étape du processus de soins ». C'est à partir des années 1990 que l'État se montre plus incitatif à travers ses réformes en développant des évaluations quantitatives des performances des structures sous tutelle et en passant avec ces dernières des contrats fondés sur ces mêmes évaluations (Moisdon, 2012, p. 99). C'est également à cette époque que la qualité fait son entrée au sein des hôpitaux. Les Ordonnances Juppé (24 avril 1996) rendent obligatoire l'accréditation hospitalière.

1.1.2.1 L'entrée de la « démarche qualité » à l'hôpital

L'accréditation hospitalière oblige les établissements publics de santé à se soumettre tous les cinq ans dans un premier temps, puis tous les quatre ans, à une procédure de certification menée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), aujourd'hui remplacée par la Haute Autorité de Santé (HAS). Les termes « d'évaluation », « d'accréditation » et « d'analyse des établissements de santé » apparaissent dans l'ordonnance n° 96-346 au Titre II et mettent en avant les notions de qualité et d'évaluation :

Art. L.710-1-1 : « la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations seront pris en compte dans l'accréditation définie à l'article L.710-5 » (Extrait ordonnance n° 96-346).

La prise de conscience de l'importance des questions liées à la qualité des soins et à la sécurité des patients a conduit le législateur à mettre en place un nouveau dispositif dans lequel il y a obligation pour les établissements de disposer des résultats d'indicateurs et de faire connaître ses résultats au public. L'enjeu est de disposer d'un système d'information partagé qui puisse être à la disposition de tous : les usagers du système de santé, les professionnels des établissements et des institutions de santé, les tutelles. L'émergence de la qualité au sein des établissements de santé refonde progressivement le rapport des professionnels à leurs pratiques. En effet, la qualité devient explicite et fait l'objet d'une évaluation alors qu'elle était jusque-là implicite ; l'évaluation des pratiques professionnelles est menée par des organismes spécialisés (et non plus par des pairs), qui veillent à respecter des critères « universels » et les résultats obtenus par les établissements deviennent accessibles au public. De cette façon, les démarches de certification ont contribué à l'implantation et au développement des méthodes, outils et management de la qualité, tels que les indicateurs de qualité.

1.1.2.2 La mise en place d'indicateurs « de qualité »

La définition d'objectifs en matière de qualité à travers les indicateurs et les critères qualité (ou référentiels) applicables aux établissements, dont il est attendu de la part des professionnels de respecter les recommandations, est une pratique relativement innovante. Les recommandations englobent à la fois l'ensemble des pratiques et les situations ponctuelles (Minvielle, 2006).

La mise en place des indicateurs de qualité émerge dans les années 1990, suite au scandale de l'infection nosocomiale de la Clinique du Sport, fortement médiatisé (Carricaburu et Lhuilier, 2009). « *Les infections nosocomiales (IN) basculent du registre sanitaire vers celui du politique et deviennent un risque collectif, entendu comme la forme prise par un problème public* » (*ibid.*, p. 44). De cette affaire naît, en 2004, l'ICALIN (indicateur composite des activités de lutte contre des infections nosocomiales). Puis, le ministère chargé de la santé met en œuvre, en lien avec la Haute Autorité de Santé (HAS), un dispositif de généralisation d'indicateurs « de qualité » dans tous les établissements de santé. Un recueil de onze Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) est ensuite couplé avec la certification des établissements de santé (tenue du dossier patient, dossier anesthésique, respect des bonnes pratiques de prise en charge de l'infarctus du myocarde). Ce recueil a pour objectif de développer la culture de la mesure de la qualité des soins ; disposer de mesures factuelles de la qualité et renforcer l'effet levier sur l'amélioration de la qualité des soins (HAS, 2013). H. Bertillot (2016, p. 243) explique que « *l'indicateur de qualité est un outil de simplification du réel permettant de construire, comme par une opération de « carottage », un artefact de la qualité hospitalière, qui a l'avantage d'être quantifié, simple, et univoque* ».

Le monde médical doit désormais « rendre des comptes » sur les soins prodigués (Schilte et Minvielle, 2008). L'hôpital doit être « *auditable* » (Power, 2005) en matière de qualité. Les indicateurs sont également des outils de communication auprès du grand public. En 1992, apparaît le premier palmarès des services des urgences dans le magazine « *50 millions de consommateurs* ». Puis, c'est le magazine « *Sciences et Avenir* » qui publie une liste noire des hôpitaux (Bertillot, 2016, p. 231). Le suivi de ces indicateurs permet de réaliser des comparaisons entre établissements (ou *benchmarking* en gestion d'entreprises). J. Ellis (2006) définit le *benchmarking* comme un processus d'évaluation comparative et d'identification des causes profondes qui conduisent à la réalisation de performances supérieures. C'est donc un exercice qui assigne un ou plusieurs indicateurs chiffrés censés être représentatifs de leur « performance » (Belorgey, 2010, p. 67). Afin de réaliser des comparaisons, il est donc nécessaire de pouvoir avoir accès à des informations fiables et mises à jour.

Les indicateurs ont également pour but de renforcer la responsabilité et la transparence des établissements de santé à l'égard de leur tutelle régionale. D'après D. Benamouzig et M. Robelet (2014) « *loin de renforcer l'autonomie contractuelle des acteurs et de désagréger*

d'anciennes formes d'organisation bureaucratiques, ils [les indicateurs qualité] concourent à la production de nouvelles formes bureaucratiques ». Le déploiement de ces indicateurs est donc souvent jugé par le personnel soignant « comme l'expression d'un contrôle des tutelles sur les établissements » (Benamouzig et Robelet, 2014).

Si l'accréditation permet de contrôler la performance des établissements en matière de qualité et de sécurité des soins, les professionnels de santé ne sont pas en reste. La certification les oblige également à évaluer leurs pratiques.

1.1.2.3 Le contrôle des pratiques professionnelles : la certification HAS

Créée en 2004, la HAS a pour fonction, notamment de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé. Afin d'évaluer la mise en œuvre des indicateurs, elle est chargée de la certification au sein des établissements de santé. La mise en œuvre du processus de certification a débuté en 1998 et a connu plusieurs évolutions. La certification est mise en place à la suite de l'accréditation. Le tableau 2, ci-dessous, résume les évolutions des certifications.

	Période	Principe	Objectifs	Thématiques nouvelles	Points faibles
V1	1998 – 2003		Structure et dynamique qualité		Faible mobilisation des médecins et de l'administration
V2 – V2007	2003 – 2008	Conformité	Mobilisation des médecins	EPP (Évaluation des Pratiques Professionnelles)	Faible mobilisation de l'administration
V2010	2008 – 2013	Conformité - Performance	Sécurité +++	Circuit du médicament Éthique Bienveillance Développement durable	
V2014	2013 – 2018	Performance	Traçabilité +++	Patient traceur Approche processus	

TABLEAU 2 : ÉVOLUTIONS DE LA CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Dans le cadre de la certification, la HAS mandate des experts-visiteurs qui sont des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, directeurs, soignants et autres cadres

hospitaliers) pour réaliser les visites de certifications tous les quatre ans. Afin d'évaluer la prise en charge des patients, de recueillir et d'analyser les preuves, la HAS a choisi de passer « au crible » une liste de 20 thématiques, comme le management de la qualité et des risques, la gestion du risque infectieux ou encore le droit des patients. Sur ce dernier thème, la loi B. Kouchner de 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, permet l'affirmation des droits des patients. Elle s'impose ainsi en contre-pouvoir médical. Elle est régie par les articles L.1111-1 à L.1111-9 du Code de la santé publique. Ces articles forment l'incipit de ce Code sous le titre qui correspond au chapitre 1er du titre 1er du livre 1er de la première partie intitulée « *information des usagers du système de santé et expression de leur volonté* ».

En outre, la loi B. Kouchner permet au patient de participer aux instances de décisions internes et d'exprimer leur satisfaction (ou insatisfaction) quant à leur prise en charge. Si auparavant les résultats des évaluations relatives à la qualité des soins prodigués au patient étaient peu formalisés et restreints au niveau des pairs, désormais ce n'est plus le cas. Les procédures d'accréditation sont exclusivement destinées à informer les usagers.

Parallèlement à la certification de l'établissement, les médecins doivent également réaliser leur accréditation personnelle. Cette accréditation concerne les médecins qui ont une activité considérée comme étant « à risque » en établissement de santé (gynéco-obstétrique, anesthésie-réanimation, chirurgie...). L'article 59 de la loi HPST réorganise les dispositifs de formation professionnelle continue des différentes professions de santé afin de conforter l'obligation de cette formation des praticiens, de rationaliser son organisation et son financement. Il indique que les médecins doivent désormais évaluer leurs pratiques, perfectionner leurs connaissances et contribuer à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. L'objectif est d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles, de réduire le nombre des événements indésirables associés aux soins (EIAS) et d'en limiter les conséquences au bénéfice de la sécurité du patient. Le but est de définir des références afin de réduire les hétérogénéités constatées des pratiques médicales (Minvielle, 2003).

Afin de les inciter à entrer dans la démarche, les médecins peuvent espérer obtenir le remboursement de leur assurance en responsabilité civile professionnelle (RCP) par la caisse nationale de l'assurance maladie. Pour ce faire, les médecins doivent notamment :

- analyser leurs EIAS, afin d'en tirer les enseignements nécessaires,

- participer à des activités d'évaluation des pratiques professionnelles⁴ (Revue de Morbidité-Mortalité⁵, réalisation d'audits, utilisation de check-lists),
- mettre en œuvre les recommandations ou référentiels professionnels.

L'accréditation est délivrée aux médecins qui ont, pendant une période de 12 mois pour les médecins engagés pour la première fois, et de quatre ans pour le renouvellement de l'accréditation, satisfaits aux exigences du programme de leur spécialité.

Cependant, la multiplication des règles liées à la qualité et à la sécurité de la prise en charge des patients et la diffusion de plus en plus de recommandations de bonnes pratiques (appelées les « *bibles d'entreprise* » par E. Le Bezvoët, 2007) réduiraient l'autonomie des médecins (Robelet, 2001) et entraîneraient une « *déprofessionnalisation* » de la médecine dans le sens où les décisions sont fondées sur des techniques objectives et quantitatives et non plus sur des jugements subjectifs du médecin (Castel et Robelet, 2009).

Malgré les critiques, la réglementation en matière de contrôle de sécurité et de qualité des soins issue du secteur industriel ne cesse d'augmenter depuis une vingtaine d'années, l'hôpital étant désormais contraint de rechercher l'efficacité.

1.2 Des politiques de promotion de la qualité des soins fondées sur une réglementation accrue

Après avoir brièvement évoqué les grandes étapes historiques de notre système hospitalier, les différentes réformes qui ont conduit l'hôpital à se transformer seront présentées. Cette section montrera également que bien que cette réglementation a pour ambition de rationaliser l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital, elle ne permet pas la prise en charge des « *singularités* ».

⁴ L'EPP, obligatoire depuis 2004, peut être définie comme la conduite d'une action explicite d'amélioration par rapport à une pratique cible définie au regard des données de la littérature. Cette action doit être menée selon une méthodologie rigoureuse et les résultats doivent être mesurés (Rapport HAS, 2005).

⁵ Une revue de morbidité-mortalité (RMM) est une « analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication (mortalité-morbidité « réelle »), ou même d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient (mortalité-morbidité « potentielle ») » (Source : site Internet de la Haute autorité de santé).

1.2.1 L'hôpital à l'épreuve des réformes

D'après J. Imbert (1990) il est impossible de comprendre la situation actuelle du système hospitalier français sans en retracer l'évolution au cours des siècles précédents. L'hôpital est le fruit de plusieurs héritages qui se superposent en strates successives qui seront présentées dans cette section.

1.2.1.1 La naissance de l'hôpital

Pendant de nombreux siècles, l'hôpital a eu vocation à porter assistance aux pauvres et aux malades. C'est au cours de l'Antiquité grecque et romaine que naissent les premières « organisations » de santé (il n'existe pas d'hôpital civil en tant que tel à l'époque), ayant une vocation sanitaire (comme les sanctuaires d'Asclépios et celui d'Épidaure). Ce ne sont pas encore véritablement des hôpitaux, au sens où on les connaît aujourd'hui (Olmer, 2009, p. 162). On peut considérer le temple d'Esculape de l'Île de Tibérine à Rome comme le premier hôpital (*ibid.*, p. 163).

Puis au Moyen-Âge, des infirmeries se créent près des monastères, pour vivre près de Dieu (Peter, 2001). Elles deviendront des établissements d'assistance, administrés par des membres du clergé et financés par les dons des fidèles (le droit des pauvres). « *L'hôpital en tant qu'institution apparaît avec l'avènement du christianisme, comme une expression concrète du principe de la charité évangélique* » (Laget et Salaün, 2004, p. 20). La déclaration du 14 juin 1662 (Edit de Louis XIV) impose à toutes les grandes villes de France de se doter d'un hôpital (la « maison des pauvres ») afin d'accueillir et nourrir les pauvres, les mendiants et les orphelins (à Paris, la Salpêtrière pour les femmes, Bicêtre pour les hommes). L'hôpital devient un « *lieu d'hospitalité institué pour accueillir et reconforter tous ceux en situation de précarité ou de dépendance* » (*ibid.*). L'hôpital est avant tout un lieu d'accueil plus qu'un centre de soins. Il vise à assurer la subsistance, l'éducation, notamment religieuse, et l'apprentissage d'un métier aux orphelins et enfants abandonnés (*ibid.*, p. 24).

Avec la Révolution de 1789, les hôpitaux sont nationalisés, l'État assumant seul le financement et l'administration des établissements. Cette situation entraîne la perte de leur revenu et de leur personnel, jusqu'à lors religieux. « Le résultat, ce fut l'échec » écrit J.-P. Bertaud (1990). En effet, la situation des hôpitaux devint catastrophique (Imbert, 1990). Le patrimoine hospitalier est mis en vente afin de financer l'effort de guerre et le nombre de pauvres ne cesse de croître

(Bubien et Nerbard, 2004, p. 28). Les pouvoirs publics vont ainsi se désengager de la gestion des hôpitaux, qui vont être municipalisés (loi de 1796). Cette loi est à l'origine de la tutelle étroite entre l'hôpital et la commune, encore valable à ce jour. C'est également avec la Révolution Française que naît l'idée du remboursement des frais d'hospitalisation.

Ce n'est qu'en 1941 que l'hôpital est ouvert à l'ensemble des citoyens en faisant de l'activité de soins sa fonction première. L'hôpital devient un établissement public sanitaire et social doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière (*ibid.*, p. 30). Puis, en 1958, la réforme de Robert Debré marque la naissance du Centre hospitalier universitaire (CHU) qui s'accompagne d'une étatisation renforcée (renforcement des pouvoirs du directeur et introduction des représentants de la sécurité sociale au sein de la commission administrative). Cette loi place la recherche scientifique et universitaire au cœur des hôpitaux.

La loi du 31 décembre 1970 fixe les prémices d'une intervention étatique massive dans l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux grâce à la création du service public hospitalier (*ibid.*, p. 33). L'article 2 de cette loi précise que « *le service public hospitalier assure les examens de diagnostic, le traitement – notamment les soins d'urgences – des malades, des blessés et des femmes enceintes qui sont confiées ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel* ». En outre, le service public a une mission d'enseignement, de prévention et de recherche.

Depuis les années 90, les hôpitaux entrent dans une nouvelle ère. Les établissements de santé, publics comme privés, sont confrontés à la complexité et à l'instabilité de l'environnement économique, et se heurtent à une confrontation quasi systématique aux nouvelles règles de définitions d'objectifs et de décisions stratégiques portant sur l'avenir des structures (Mirebeau, 2010). En outre, d'autres enjeux tels qu'un recours accru à la procédure judiciaire, le poids des usagers et de leurs associations, l'assurabilité plus coûteuse pour les établissements et les professionnels de santé, les démarches de classement des établissements engagées par des médias... pèsent fortement sur les organisations de santé. En effet, depuis les années 1980-1990, de grandes réformes organisationnelles ayant pour but de réduire les dépenses publiques et de rationaliser les soins sont venues transformer le fonctionnement de l'hôpital, entraînant une modification des pratiques des professionnels. Face à l'accroissement des dépenses de santé, plusieurs solutions de financement des soins vont être testées avant de mettre en place la Tarification à l'Activité (T2A) en 2004, non sans lien avec la politique de qualité des soins.

1.2.1.2 Le passage à la T2A

La T2A est déployée en 2004-2005 dans le cadre du « Plan Hôpital 2007 » qui marque un profond bouleversement de la gestion hospitalière (de Kervasdoué, 2004). L'une des principales mutations amenées par cette réforme concerne le mode de financement des établissements hospitaliers. La T2A devient le mode de financement unique pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements publics et des établissements privés (ex OQN, qui bénéficiaient déjà du paiement à l'activité). La tarification se fait désormais à l'activité et non plus en fonction des dépenses de l'année précédente.

L'activité joue ainsi un rôle essentiel dans les recettes et modifie la stratégie des établissements (de Kervasdoué, 2015). Le prix des activités est fixé chaque année par le Ministère de la santé. Ainsi les établissements de santé, publics, comme privés deviennent des entreprises, gérant une gamme de « prestations d'hospitalisation ». Ces prestations peuvent être comparées à des produits et la gestion des ressources financières se déplace de la gestion d'une subvention à celle d'un cycle partant d'un investissement, permettant des gains ou des pertes d'exploitation sur la base des tarifs assignés à chaque séjour et autorisant de nouveaux investissements.

Si pour le secteur public et privé à but non lucratif, les tarifs des GHS étaient calculés à partir des coûts analytiques d'un échantillon d'établissements. Or, pour le secteur privé à but lucratif, l'échantillon n'est pas le même et les durées moyennes de séjour sont différentes. En outre, dans un cas les honoraires des praticiens sont exclus (privé lucratif) et dans l'autre les salaires des médecins sont inclus (public). Ainsi, « *ni les échelles ni les tarifs ne sont comparables* » (de Kervasdoué, 2015, p. 89). Ce nouveau mode de financement a pour but de responsabiliser les acteurs du système hospitalier, directeurs, mais également médecins, et de les amener à se positionner en prenant en compte les coûts (Moison et Tonneau, 2008). En effet, ce type de tarification présente l'intérêt d'inciter les hôpitaux à fonctionner de manière efficace, c'est-à-dire de minimiser les coûts. Ils ne seront pas remboursés pour des dépenses dépassant le forfait correspondant au cas traité (Colasse, 2011). La T2A provoque donc un changement considérable : les hôpitaux n'ont plus intérêt à laisser les séjours s'allonger ou à multiplier les actes. Afin de conserver leur équilibre économique, les hôpitaux doivent donc entreprendre une chasse à leurs « *zones de sous-productivité* » (Moison, 2013) ou encore aux actes « inutiles ».

Si certains y voient des avantages, comme l'amélioration de l'efficacité et de la réponse aux besoins des patients, un management plus dynamique au sein des hôpitaux, la responsabilisation

des acteurs dans l'utilisation des ressources et une plus grande égalité de traitement entre établissements de même statut ; la T2A générerait également des effets pervers comme la concurrence entre établissements, plutôt que la coopération, et conduirait à la course à la productivité. En effet, la logique budgétaire qui lui est associée entre en contradiction avec les objectifs des professionnels de santé (qualité des soins et prise en charge humaine des patients).

Selon le Professeur d'endocrinologie A. Grimaldi (2013), « *la T2A implique qu'il faut mesurer pour pouvoir tout vendre. A la limite, « il vaut mieux amputer un diabétique que prévenir l'amputation, c'est beaucoup plus rentable* » ». En outre, la T2A ne prend en compte ni l'innovation, ni la prévention, ni la qualité, ni même la pertinence des soins (Grimaldi, 2013, p. 31). D'une part, les établissements seraient incités à sélectionner leurs patients (afin d'éviter la prise en charge des cas les plus lourds et des moins « rentables »), à surcoder les actes, à se spécialiser dans des activités dites lucratives ou encore à réduire la durée des séjours (Guérin et Husser, 2011). « *En effet, si le malade reste trop longtemps, ce n'est plus rentable* » (Grimaldi, 2013, p. 69). D'autre part, elle est inadaptée aux soins complexes qui nécessitent une personnalisation de la prise en charge (c'est le cas pour les maladies rares, chroniques ou les pathologies très graves).

Les détracteurs de la T2A soulignent également les dérives potentielles en matière de qualité. Le système, qui ne mesure pas la qualité des soins prodigués (Minvielle, 2009), mais qui incite à la rentabilité, engendre le risque de renoncer à la qualité pour diminuer les coûts. La T2A s'est mise en place dans une période où le montant global des ressources attribué aux établissements (l'ONDAM⁶ hospitalier voté par le Parlement), a été particulièrement contraint, notamment depuis 2010, exigeant du système hospitalier d'importants efforts de productivité⁷. Afin de poursuivre la démarche engagée avec la T2A, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) dite loi Bachelot, votée en 2008, est instaurée en 2009.

⁶ Objectif national des dépenses d'assurance maladie

⁷ Rapport d'étape du Dr Olivier Véran, « *l'évolution des modes de financement des établissements de santé, une échelle de valeur* », 2016

1.2.1.3 La loi HPST

Cette loi constitue un prolongement de la réforme de l'hôpital public débutée en 2003 avec la mise en place du « Plan hôpital 2007 ». Elle a pour vocation de responsabiliser tous les acteurs et promeut une coopération « public / privé ». Elle modifie en profondeur l'ensemble du système de santé français, en instaurant une nouvelle gouvernance hospitalière (renforcement du rôle du chef d'établissement, création de communautés hospitalières de territoire, création du conseil de surveillance...) ⁸ et en remplaçant les Agences régionales d'hospitalisation (ARH) par les Agences régionales de santé (ARS). Ces ARS sont chargées de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention) afin de permettre un accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire tout en maîtrisant les coûts du service public. Les ARS constituent ainsi de véritables antennes relais au niveau régional, dont le directeur est nommé par le Ministère de la santé et par le Premier ministre. Les cliniques privées sont quant à elles incitées à participer au service public en contrepartie de la mise en concurrence des structures publiques et privées. Les ARS peuvent ainsi signer des contrats de service public avec des acteurs du privé.

En outre, le statut des praticiens est également modifié afin de permettre une part de rémunération variable en fonction de leur activité. A l'instar de F. Pierru (1999), pour A. Grimaldi (2013) cette loi inscrit dans les textes « *l'hôpital-entreprise* » en supprimant la notion de service public hospitalier et en la remplaçant par des établissements soumis à la concurrence sur un marché. Selon lui, « *la médecine est devenue « industrielle » et le médecin est devenu un ingénieur, travaillant dans une entreprise* ». En effet, les différentes notions introduites par la loi HPST (mise en concurrence du public et du privé, professionnalisation de la gestion des hôpitaux, modification du statut des praticiens, mise en place d'objectifs chiffrés et dispositifs de mesure de la performance...) entraînent la mise en place d'un mode de management nouveau au sein des hôpitaux : le « *New Public Management* ».

⁸ Les établissements de santé privés ne sont pas concernés par ces changements.

1.2.2 Inspiration du « *New Public Management* »

Face à l'augmentation des dépenses de la sécurité sociale au titre de l'assurance maladie, l'inefficience du modèle de la bureaucratie (au sens wébérien) selon lequel fonctionne l'hôpital public est reconnue et dénoncée au sommet de l'État. Le *New Public Management* (NPM) s'impose alors comme le mode de management permettant de réguler la situation grâce à la mise en œuvre de nouvelles pratiques, fortement inspirées des idées développées par le courant néolibéral. Ces pratiques ont conduit à parler d'« *industrialisation* » des soins (Le Pen, 1999 ; Gentil, 2012). Elles ont pour but d'accroître l'efficacité (Mossé, 1998) et de « *traquer la sous-qualité* » (Kerleau, 1998, p. 25). Elles entraînent une modification majeure de la gestion des hôpitaux en dotant ces derniers de capacités d'arbitrage économique accrues, assorties d'incitations à l'adoption de comportements efficaces et de mécanismes de responsabilité et de transparence auprès des tutelles et du public.

1.2.2.1 Le Nouveau Management Public ou la « *Mcdonaldization* » des soins

Le Nouveau Management Public (*New Public Management* ou NPM) né dans les années 1980 dans les pays Anglo-saxons (sous l'impulsion donnée par Ronald Reagan aux États-Unis et Margaret Thatcher en Angleterre) est « *basé entre autres sur une culture du résultat et l'emprunt de pratiques et d'outils issus du privé* » transférés à la gestion publique (Chappoz et Pupion, 2012). Les organisations publiques sont alors gérées et managées selon les modes de fonctionnement de l'entreprise privée et notamment à travers une rationalisation de l'activité (Osborne et Gaebler, 1992 ; Power, 2005).

En effet, les réformes voulues par les gouvernements visent à mettre en avant la responsabilisation des acteurs sur leurs utilisations des ressources et une obligation de rendre compte (*accountability*) sur les résultats (Gangloff, 2009). Le NPM considère le secteur public comme trop bureaucratique, coûteux et inefficace, et propose de transposer des outils de gestion issus du privé et une culture managériale fondée sur l'approche client, le management par objectifs, la démarche qualité, etc... pour améliorer son fonctionnement. En effet, si la bureaucratie était considérée comme la seule forme organisationnelle permettant de lutter contre le népotisme et la corruption grâce à l'introduction d'un certain nombre de règles et de procédures, elle est remise en cause dans la société postindustrielle qui se caractérise par la globalisation et l'économie des savoirs (Gangloff, 2009).

Ce nouveau mode de fonctionnement est basé sur les quatre principes de base de la « *Mcdonaldization* » d'après G. Ritzer (1991 ; 2016) : « *efficiency, calculability, predictability and control* ». L'« efficacité » correspond à la méthode optimale pour accomplir une tâche (issue de l'Organisation Scientifique du Travail), la « quantification » fait référence à ce qui doit être quantifiable, la « prévisibilité » indique ce que le « client » recevra, peu importe l'établissement choisi et le « contrôle » indique que les employés (les professionnels) sont « normalisés » et peuvent être remplacés facilement. Cette conception du secteur public est l'opposé de la bureaucratie wébérienne, véritable idéal type, comme le souligne A. Amar et L. Berthier (2007). Les auteurs proposent un tableau (Cf. tableau 3) qui dresse dans les grandes lignes les principales différences entre une administration wébérienne et une administration NPM.

	Administration wébérienne	Administration NPM
Objectifs	respecter les règles et les procédures	atteindre les résultats, satisfaire le client
Organisation	centralisée (hiérarchie fonctionnelle, structure pyramidale)	décentralisée (délégation de compétences, structuration en réseau, gouvernance)
Partage des responsabilités politiciens/administrateurs	confus	clair
Exécution des tâches	division, parcellisation, spécialisation	autonomie
Recrutement	concours	contrats
Promotion	avancement à l'ancienneté, pas de favoritisme	avancement au mérite, à la responsabilité et à la performance
Contrôle	indicateurs de suivi	indicateurs de performance
Type de budget	axé sur les moyens	axé sur les objectifs

TABLEAU 3 : DIFFERENCES ENTRE BUREAUCRATIE WEBERIENNE ET NPM (AMAR ET BERTHIER, 2007)

La bureaucratie wébérienne manque de souplesse et n'est pas adaptée à l'environnement actuel. A l'inverse, le NPM permet de gagner en autonomie et en flexibilité. Dans le cas de l'hôpital, l'amélioration du soin passe par une organisation accrue et la gestion devient le garant de la qualité. Le secteur hospitalier français devient ainsi un « *véritable laboratoire des démarches de rationalisation gestionnaire* » (Bertillot, 2016, p. 228). Ainsi, « *pour le perfectionner il est nécessaire d'accroître les marges de manœuvre des gestionnaires pour leur permettre de mieux répondre, au moindre coût, (...). Ces derniers sont désormais assimilés à des clients (logique*

consumentiste) tandis que les administrateurs deviennent de véritables managers » (Amar et Berthier, 2007).

Le NPM a fait l'objet de nombreuses critiques en France mais aussi à travers le monde. En effet, il met l'hôpital « sous pression » (Belorgey, 2010) ou encore « en réanimation » (Mas et al., 2011). Outre la remise en cause de certaines règles dites « bureaucratiques » au sens de M. Weber, les réformes portent avec elles une critique des groupes professionnels du secteur public. Aux États-Unis, R. Dworkin (2000) dresse un portrait très pessimiste du système de santé et de l'évolution du métier de médecin. Selon lui, les soins sont devenus des simples marchandises pour les patients consommateurs répondant aux lois du marché de l'offre et de la demande. Il compare les hôpitaux, véritables entreprises, à des centres commerciaux au sein desquels le but est que les consommateurs profitent d'une expérience agréable et qu'ils n'aient pas à craindre les soins.

Face à ces transformations du secteur de la santé, les médecins apparaissent comme étant les membres les plus « *bewildered* » (déconcertés). Ils éprouvent la sensation de faire partie de l'industrialisation des hôpitaux en étant de simples « ouvriers » forcés à devenir des « *organization men* » et perdent ainsi leurs compétences médicales. Ce changement de rôle prouve selon lui le déclin de leur profession (Dworkin, 2000, p. 3). La standardisation des pratiques pour atteindre un niveau de qualité optimal conduit à la perte de la singularité et des compétences propres à chaque médecin.

En France, la remise en cause de l'identité traditionnelle des médecins à travers la mise en place de techniques de management d'entreprise à l'hôpital conduit le chirurgien Laurent Sedel à parler de la « *déprime du bistouri* », dans une tribune du Monde (2007). I. Sainsaulieu (2003) montre, en effet, que plusieurs contraintes pèsent sur les personnels soignants (lourdeur de la charge de travail, l'augmentation de la demande de soins, le déploiement de certaines technologies...). Mais la contrainte la plus lourde est l'imposition d'une logique productiviste du travail qu'il nomme « *productivisme* ». Il tentera de susciter l'attention en parlant de « *malaise des soignants* ». En effet, les politiques de modernisation gestionnaires s'accompagnent de problématiques liées à la santé au travail, conduisant M. Detchessahar et A. Grevin (2009) à parler d'organisations malades de « *gestionnisme* », pour insister sur la dimension « pathologique » de la course à la rationalisation. Cette nouvelle gestion des

hôpitaux entraîne une organisation des soins dite « industrielle », particulièrement au sein du bloc opératoire qui concentre des moyens humains et financiers importants.

1.2.2.2 Une organisation « industrielle » des soins : l'exemple du bloc opératoire

Les méthodes de management du NPM appliqués aux hôpitaux ne sont pas sans rappeler celles du Taylorisme, bien que leurs limites soient connues et reconnues (monotonie, rigidité, approche individuelle...). La « médecine industrielle » se réduirait à l'application de procédures standardisées élaborées à partir des données de « *la médecine basée sur les faits démontrés* » (Grimaldi, 2013, p. 26). Face à cette gestion qualifiée d'« industrielle », les blocs opératoires sont poussés à « produire » des soins de qualité en maîtrisant les coûts et en minimisant les délais. Ainsi, ces structures sont confrontées, tout comme les systèmes industriels, à la triple contrainte de coût, qualité et délais. Pour faire face à ces défis, les blocs opératoires sont contraints à adopter une gestion de la production plus objective, intégrant de nouvelles cultures et expertises. Ce nouveau processus de production peut s'apparenter à celui d'une entreprise manufacturière (Chaabane, 2004). Un processus opératoire est constitué d'un ensemble de tâches exécutées par différents acteurs, dans un même lieu et autour d'un même patient (client et / ou produit).

Les différentes organisations du système de production peuvent être identifiées dans les établissements hospitaliers au niveau des services de soins ou des plateaux médicotechniques. En effet, la production dans un bloc opératoire est analogue à une production en « *flow-shop hybrid*⁹ » d'après S. Chaabane (2004). Il s'agit d'une ligne de production avec plusieurs exemplaires d'une même ressource aux différents stades du processus de production. Ainsi, à chaque étape du processus de production une tâche peut être réalisée sur plusieurs machines. Chaque patient va successivement franchir l'étape de la salle d'opération, l'étape de la salle de réveil et éventuellement l'étape des soins intensifs. Le patient requiert à chaque étape un seul exemplaire de la ressource, et les ressources existent en plusieurs exemplaires. Il est donc possible de construire des « processus industrialisés » de prise en charge, fondés sur des séries. « *La standardisation des prises en charge consiste à appliquer des soins selon des normes, de*

⁹ Ligne de production hybride

plus en plus précises et détaillées et qui laissent de ce fait, de moins en moins de choix aux intervenants » (Chandernagor et Dumond, 1996).

Afin d'optimiser le fonctionnement du bloc opératoire, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) propose désormais des solutions organisationnelles. On compare les temps d'occupation des salles, de mise à disposition, de vacation offerts, les taux de débordement, le nombre d'heures supplémentaires réalisées... afin d'optimiser les salles d'intervention. Les temps opératoires sont alors raccourcis au maximum afin de réaliser le plus d'opérations possibles dans des délais impartis. Cependant, à l'inverse d'une chaîne de production industrielle, à l'hôpital, la complexité provient du fait que chaque prise en charge est différente *« du fait de la diversité des traits cliniques et sociaux associés au patient »* (Minvielle, 1996, p. 42) à laquelle s'ajoute des *« événements »* (Zarifian, 1995).

La recherche de S. Gentil (2012) montre que les professionnels du bloc opératoire sont, en effet, sans cesse contraints d'organiser leur travail afin de faire face aux aléas et ainsi réguler les événements qui viennent perturber la trajectoire du patient, initialement prévue. Bien que l'activité de soin impose la gestion de ces aléas afin d'assurer la qualité de la *« prestation »*, le nouveau mode de management ne permet pas la prise en charge de ces *« singularités »*.

1.2.2.3 Une gestion qui ne permet pas la prise en charge des *« singularités »*

L'activité des hôpitaux se caractérise par sa singularité et sa variabilité des prises en charge (Minvielle, 1996) qui rend difficile l'application de procédures *« toutes faites »* à laquelle vient s'ajouter la cadence de travail imposée par la T2A pour générer de l'activité. Cependant, les gestionnaires reprennent à leur compte le postulat selon lequel *« à l'identification correcte du problème, le diagnostic de la maladie, correspond une solution thérapeutique appropriée, celle qui permettrait un rétablissement de l'état de santé au meilleur coût »* (Setbon, 2000, p. 56). Les professionnels sont donc confrontés à un problème organisationnel de taille : la rationalisation de l'activité de prise en charge des malades ne considère pas les contraintes temporelles nécessaires pour réaliser le travail. Il existe un décalage entre les pratiques professionnelles *« réelles »* et les demandes des gestionnaires. A. Grimaldi (2013) souligne qu'un des grands problèmes est l'individualisation extrême de l'être humain, or il n'existe pas deux personnes identiques. En effet, la gestion de cette *« singularité à grande échelle »* (Minvielle, 1996 ; 2000) ne permet pas les *« slack organisationnels »* (le mou ou le superflu

dans une organisation), pourtant nécessaires afin de gérer les imprévus. En effet, ces « slack » peuvent être du temps laissé aux acteurs pour proposer des solutions face à un aléa. Les travaux d'A. Strauss (1992) illustrent ce « travail d'articulation » nécessaire autour du patient. Les slack constituent ainsi des « *marges dans la planification des activités pour permettre d'absorber les événements, en réduisant le plus possible les impacts sur les autres processus* » (Gentil, 2016).

A la suite des travaux de R. Cyert et J. March (1963), qui ont souligné le rôle important du slack au sein des organisations, L. Bourgeois (1981) définit le slack organisationnel comme « *that cushion of actual or potential resources which allows an organization to adapt successfully to internal pressures for adjustment or to external pressures for change in policy* » (*ibid.*, p. 30). Le slack permet ainsi à l'organisation de s'adapter aux pressions, à une cadence de travail, en s'accordant une souplesse qui repose sur les compétences et l'expertise des acteurs qui savent faire face aux situations (Bruyère et *al.*, 2017). Ces slack peuvent être perçus « comme une source d'inefficience (Schulman, 1993), de gaspillage de ressources (Lorino, 2014) » (Gentil, 2016). Mais elles peuvent également constituer une source de performance, et favoriser l'innovation (Bourgeois, 1981) ou bien permettre d'améliorer la sécurité des soins (Gentil, 2016). En effet, comme l'indique J. Prudence (2009), « *le slack organisationnel est par ailleurs considéré, par certains comme une source d'efficience. Il remplirait globalement deux fonctions dans l'organisation : il apporterait un surplus de temps et de ressources et serait un facteur propice à l'innovation* ».

J.-C. Moisdon (2012) ajoute que « *c'est donc à partir de l'action collective des professionnels que « ça marche », tant bien que mal, dans une ambiance perpétuelle de fragilité et d'opacité, de dysfonctionnements divers et de déperdition, mécanisme d'ensemble où intervient très peu l'Administration, davantage tournée vers l'extérieur* ». Face à ces dysfonctionnements, les individus ont appris à ajuster leurs comportements, tels des « artisans ». « *Il s'agit du « travail invisible » [Alter, 1985], c'est-à-dire de l'ensemble des petites activités de régulation technique, organisationnelle et relationnelle qui permettent de réaliser les tâches* » (Alter, 2010). Autrement dit, les « petites » activités de régulation correspondent à « cette multitude de petites décisions, négociations et analyses que suppose le fait de vivre dans un univers dans lequel les règles, procédures et formes de légitimité ne se trouvent que rarement juxtaposées de manière cohérente aux besoins des missions des uns et des autres » (*id.*). Ce travail n'est pas

valorisé ou rarement reconnu dans le système de mesure de la performance hospitalière car il ne produit que peu ou pas de valeur (non rentable).

Si ce nouveau mode de management impact fortement l'organisation des établissements publics, qu'en est-il des établissements issus du secteur privé ?

1.2.2.4 Le cas des cliniques privées

Les réformes ont eu des conséquences sur le fonctionnement des établissements de santé. Dans ce contexte, les cliniques privées, qui fonctionnaient déjà sur un mode de financement centré sur la recherche de profit, sont-elles également impactées ?

Les cliniques privées ont fait l'objet de peu de recherches en sociologie ou en gestion, les chercheurs préférant l'hôpital public (Claveranne et *al.*, 2003). Elles peuvent être considérées comme des « *objets de gestion non identifiées* », selon J.-P. Claveranne et D. Piovesan (2003), dans le sens où elles sont des entreprises de main d'œuvre, de haute technologie et qui ne peuvent définir leur prix de vente. En effet, « *la clinique privée est placée dans une situation de contrainte forte* » (*ibid.*, p. 146). D'après C. Le Pen (2001, cité par J.-P. Claveranne et D. Piovesan), la rentabilité des cliniques est donc une rentabilité « négociée ». Historiquement, elles sont souvent la propriété d'un chirurgien, « *fondateur charismatique* » (Claveranne et *al.*, 2003, p. 63) qui a étendu son cabinet avec un « mini-plateau technique » et quelques lits d'hospitalisation. Elles sont construites sur le mode de la « *clinique-villa* » (Piovesan, 2003). La nécessité d'agrandir le plateau technique amène d'autres médecins libéraux à la rejoindre afin de mutualiser les ressources. La clinique-villa se transforme ainsi en une « *clinique éponyme* », *caractérisée par l'intuitu personae qui associe les médecins* » (Claveranne et *al.*, 2003).

A partir des années 90, le paysage change avec l'arrivée des groupes de cliniques privées qui rachètent ces cliniques. La gestion, jusque-là à la main d'un médecin, va passer entre les mains de gestionnaires, opérant alors un « *saut paradigmatique* » (Claveranne et *al.*, 2003). « *Le rachat implique des changements stratégiques et organisationnels fondamentaux pour les cliniques* » (p. 69), notamment par la standardisation de certaines fonctions au niveau national, la mise en cohérence de stratégies de coopération entre établissements et le développement de la fonction de « manager ». Le rachat des cliniques par des groupes privés les conduit donc inévitablement à « entrer dans la gestion » (Piovesan, 2003). En effet, « *entre 2003 et 2005*

l'effectif national total est passé de 772 à 719 « cliniques privées MCO », soit une diminution de 7% pour diverses raisons : fermeture d'établissements ; recomposition, essentiellement par le mécanisme de fusion ou de regroupement ; création d'établissements : ces créations ne s'effectuent pas ex nihilo, mais sous la forme de restructurations selon d'ailleurs des modalités assez diverses »¹⁰. Cette évolution est le signe d'un « tournant gestionnaire » d'après A. Grevin (2011, p. 41), qui a conduit l'ensemble des établissements de santé (publics, privés non lucratifs et privés lucratifs) à se transformer de l'intérieur.

Les établissements de santé se retrouvent dans une situation pour le moins contradictoire. Les dernières réformes imposent une standardisation des pratiques, une réduction des coûts et des délais et dans le même temps, elles les obligent également à s'investir dans une démarche qui vise à assurer la qualité de la prise en charge des patients et la sécurité des soins pour limiter la survenue des risques. Cependant, malgré la mise en place de règles et de contrôles, issues du secteur industriel, en France, le nombre d'évènements indésirables grave (EIG) reste élevé. Ces EIG s'expliquent, en partie, par la transgression des règles par les professionnels.

1.3 L'importance constatée de la transgression des règles

Malgré les moyens mis en œuvre ces dernières années pour assurer une sécurité des soins au sein de pays industrialisés, le risque lié aux soins s'avère encore élevé au sein de nos établissements de santé.

1.3.1 Un nombre d'EIG encore trop élevé

En France, depuis quelques années la sécurité du patient est devenue un enjeu majeur de santé publique qui a été réaffirmé par les lois relatives à la politique de Santé publique (Loi n°2004-806 du 09 août 2004 et Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) dont l'objectif est la réduction des événements indésirables graves (EIG) associés aux soins. En 2016, l'analyse des causes des EI s'est imposée comme un outil essentiel de la gestion hospitalière. Elle a été inscrite dans la loi relative à la modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (article 161). Un décret du 25 novembre

¹⁰ Enquête IGAS sur la rémunération des médecins et des chirurgiens hospitaliers, janvier 2009.

2016 est venu préciser les modalités de la déclaration des événements indésirables graves associés aux soins par les établissements, les professionnels de santé et les usagers.

Les systèmes de signalement des EI en santé sont inspirés des systèmes de déclaration d'incidents mis en place en aéronautique. Le plus connu est *l'Aviation Safety Report System* (ASRS) conçu en 1975 par l'Administration Fédérale d'Aviation américaine (FAA) (Nascimento, 2011). La notion d'EIG est relativement récente dans la réglementation française. Il faut attendre la Loi Kouchner du 4 mars 2002 pour voir apparaître une première obligation pour tout professionnel ou établissement de santé de déclarer « *la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé* » (article L.1413-14 du Code de la Santé Publique - CSP).

La détection et l'analyse systématique des événements indésirables liés aux soins (EIS) sont devenues des sujets d'études importants en matière d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques à l'hôpital. Un événement indésirable est considéré comme grave lorsqu'il entraîne un handicap ou une incapacité à la fin de l'hospitalisation, lorsqu'il met en jeu le pronostic vital, quelle qu'en soit l'issue, ou lorsqu'il entraîne une hospitalisation ou une prolongation d'hospitalisation d'au moins un jour¹¹. Bien que les événements indésirables associés aux soins (EIAS) constituent une préoccupation ancienne, l'approche collective et technique de la gestion des risques est récente. C'est le rapport de *l'Institute of Medicine* (IOM) « *To Err is Human – Building a safer health system* » publié aux États-Unis en 1999 (Kohn et al.) qui a permis sa mise en œuvre dans le secteur de la santé. Ce rapport s'appuie sur deux études réalisées par la *Harvard Medical Practice Study* dans l'état de New York (Bennan et al., 1991 ; Leape et al., 1991) ainsi qu'une étude menée dans les états du Colorado et de l'Utah (Gawande et al., 1992). Il a joué un rôle moteur dans la définition et la diffusion de la notion d'événement indésirable grave (« *adverse event* »).

Le rapport de l'IOM estime qu'entre 44 000 et 98 000 personnes décèdent tous les ans aux États-Unis à cause des événements indésirables (EI) estimés à 29 milliards de dollars par an. Or, la moitié de ces événements indésirables est considérée comme évitable (de Vries et al., 2008 ; Gawande, 1999). Ce rapport a ensuite été confirmé par d'autres études réalisées dans des

¹¹ Rapport DREES « Sécurité du patient » (2012, p. 7).

pays industrialisés (McWilson et *al.*, 1995 ; Vincent et *al.*, 2001 ; Leape et *al.*, 2005 ; Conen et *al.*, 2006 ; Sousa et *al.*, 2014 ; Rafter et *al.*, 2017).

En France, l'enquête nationale sur les événements indésirables graves (EIG) associés aux soins (enquête ENEIS) a estimé en 2009 qu'entre 5,1 et 7,3 EIG surviennent pour 1000 jours d'hospitalisation, soit entre 275 000 et 395 000 événements indésirables graves par an. Parmi eux, entre 95 000 et 180 000 seraient évitables (Michel et *al.*, 2011). Ces chiffres sont encore plus importants lorsqu'il s'agit d'activités chirurgicales. Les événements indésirables graves associés à une intervention chirurgicale représentent environ la moitié des événements indésirables graves survenant au sein des établissements de santé (Brennan et *al.*, 1991 ; Gawande, et *al.*, 1999 ; Baker et *al.*, 2004 ; de Vries et *al.*, 2008). Sur la base de l'enquête ENEIS (2009), la Haute Autorité de Santé (2009a) estimait entre 60 000 et 95 000 le nombre d'événements indésirables graves en chirurgie¹².

Une étude de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) de 2011 (Nestrigue et Or) montre, à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients, qu'en 2007 le coût total de prise en charge de neuf événements indésirables est estimé à 700 millions d'euros, concentré à 90% sur quatre événements indésirables (désordres physiologiques et métaboliques postopératoires, septicémies postopératoires, escarres et embolies pulmonaires postopératoires). Ces chiffres montrent que les événements indésirables représentent non seulement un problème de sécurité et de qualité des soins pour les patients, mais aussi un problème économique, leurs conséquences financières étant considérables (Hoonhout et *al.*, 2009 ; étude OCDE, 2017¹³).

Face à ce constat, il convient de s'intéresser aux facteurs ayant contribué à la survenue de l'évènement indésirable. Comment expliquer un nombre si élevé d'EIG malgré la présence d'une réglementation accrue en matière de qualité et de sécurité des soins ?

¹² Ces chiffres ne permettent pas de classer les hôpitaux parmi les organisations les plus sûres telles que le nucléaire ou l'aviation civile. En effet, si la fréquence d'EIG en santé est de 10-3 (1/1000) par journée d'hospitalisation, la fréquence des catastrophes dans ces industries est de 10-6 (1/1.000 000) par exposition.

¹³ OCDE. The Economics of Patient Safety: Strengthening a Value-based Approach to Reducing Patient Harm at National Level. OECD ; 2017.

1.3.2 Une partie des EIG expliquée par la transgression des règles

La Haute Autorité de Santé n'a eu de cesse, ces dernières années, de mettre en place des règles de sécurité, des comités de pilotage, des outils à l'attention des professionnels de santé afin de limiter mais aussi d'analyser les événements indésirables survenus. Le but est ainsi de permettre l'amélioration des pratiques, de réduire la survenue des événements ou d'en atténuer les conséquences.

Cependant, malgré les nombreuses initiatives la situation ne s'est pas améliorée (Vincent *et al.*, 2008). L'enquête nationale sur les événements indésirables associés aux soins (ENEIS) a permis d'établir un premier constat d'ensemble en 2004. Puis, sa réédition en 2009 a montré que la situation n'avait pas évolué en cinq ans, malgré les efforts consentis (Ceretti, 2012, p. 24). La situation s'était même dégradée sur certains sujets, d'après R. Amalberti (2012, p. 20), avec une augmentation du nombre d'EIG (travaux sur les dossiers patients ou sur les enquêtes au lit du patient, à l'exclusion des études portant sur des rapports volontaires, et des études ponctuelles ne regardant qu'une amélioration d'un point particulier du soin, par exemple les infections sur cathéter ou les erreurs de côté).

Le rapport américain « *To err is human* » de l'IOM (1999) estime que la cause de ces événements est rarement liée au manque de connaissance des professionnels. En effet, le plus souvent ces événements indésirables seraient le fait de défauts d'organisation, de manque de vérification, de coordination et de communication. D'après un rapport réalisé en 2015 sur 47 276 EIAS déclarés, la HAS estime que les trois causes principales de survenus des incidents proviennent de facteurs liés à l'équipe (problème de communication, de dysfonctionnement dans les transmissions d'informations, la répartition des tâches...), à la tâche à accomplir (indisponibilité, inadéquation ou non-utilisation des protocoles) ou encore au patient (état de santé, antécédents médicaux)¹⁴. D'autres études montrent que les EIG proviennent d'actes de négligence commis par les personnels soignants (Brune, 1968 ; Vincent, 1989 ; Leape *et al.*, 1991 ; Brennan *et al.*, 1991). L. Leape *et al.*, (1991) définissent la négligence médicale « *as failure to meet the standard of practice of an average qualified physician practicing in the specialty in question* ». Au bloc opératoire, les EIG sont principalement liés à un manque de

¹⁴ Rapport HAS, Analyse des causes profondes des événements indésirables associés aux soins (EIAS) issus de la base de retour d'expérience du dispositif d'accréditation, 2015.

travail en équipe (Sexton et *al.*, 2000). D. M. Gaba et *al.*, (2003) ont montré que le niveau de sécurité au sein du bloc opératoire n'atteignait pas celui de l'aviation.

En outre, on considère qu'il est difficile d'estimer la fréquence des EI. En effet, dans certains cas, le jugement clinique peut être amené à varier d'un professionnel à un autre et il peut exister une certaine flexibilité autour des règles qui ne permet pas d'affirmer clairement que la règle a été transgressée (Amalberti et *al.*, 2005). Il existe également de nombreuses preuves que les EI sont sous-déclarés dans les systèmes de déclaration volontaires et obligatoires. D'après P. Barach et S. Small (2000) la sous-déclaration des événements indésirables aux États-Unis est de 50 à 96% par an. Quatre raisons à cette sous-déclaration ont été identifiées par R. Amalberti et *al.*, (2007). D'une part, la définition d'un EI n'apparaît pas comme étant assez précise du point de vue des professionnels, la protection est incertaine (peur de la sanction, d'éventuels litiges après la divulgation d'erreurs médicales), l'acculturation est insuffisante et enfin, les systèmes de signalement ne sont pas adaptés aux professionnels (difficultés d'utilisation, outil chronophage...). Les médecins considèrent souvent que les circonstances d'un cas ou son résultat ne justifient pas de déclaration et, enfin, ils ne croient pas que le signalement entraînera une amélioration de la situation (Amalberti et *al.*, 2011). D'autre part, les professionnels n'identifient pas de lien direct entre le respect des règles prescrites et le risque pour le patient, ce qui entraîne la transgression de nombreuses règles (*ibid.*). S. Kreckler et *al.*, (2009) ont, par exemple, montré que les chirurgiens ne déclaraient pas les complications post-opératoires car elles n'étaient pas considérées comme des « événements à signaler ». Les études de M. Rosenthal (1999), R. Lawton et D. Parker (2002) et S. M. Evans et *al.*, (2006) ont également mis en lumière que les médecins ne sont pas enclins à déclarer les EI car l'erreur fait partie des tabous dans leur culture professionnelle (Lawton et Parker, 2002, p. 17). Déclarer l'EI reviendrait alors à avouer que le médecin est faillible, ce qui n'est pas admis dans leur culture professionnelle.

Au regard de ces nombreuses études menées sur les facteurs de survenus des EI, la transgression des règles semble expliquer une partie du nombre élevé d'incidents. Ce constat invite à se questionner sur la manière la plus appropriée pour agir sur la transgression des règles.

1.4 Synthèse du Chapitre 1 – Le rôle de la règle dans la qualité et la sécurité des soins

Les objectifs de ce chapitre étaient dans une première partie, de présenter les mutations du système de santé en matière de coût et de qualité pour, dans une seconde partie, en présenter les impacts sur l'organisation interne des établissements de santé. En effet, la « grande » transformation structurelle à laquelle l'hôpital est confronté depuis plusieurs années a eu des conséquences en termes de contrôle de la qualité et de sécurité des soins. Si la bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1989) fondée sur les connaissances et les savoirs permettait autrefois aux médecins d'exprimer leur pouvoir mandarin à travers la transgression de certaines règles, la transformation de la structure de l'hôpital en bureaucratie mécaniste ne permet plus, à présent, d'agir de manière autonome. L'augmentation de la qualité des soins prodigués au patient encadrée par une réglementation accrue a contribué à standardiser les pratiques.

L'impact des différentes réformes hospitalières sur l'organisation des établissements de santé, publics comme privés, a également été mis en lumière. La volonté de réduire le coût des dépenses de santé a conduit les gouvernements successifs à mettre en place des modes de management et de financement inspirés du NPM favorisant la rationalisation des soins. Ces nouveaux modes de management consistent à importer dans le système de santé des méthodes et des outils de gestion dérivés du secteur industriel (Minvielle, 1996). Dernier en date : la tarification à l'activité (T2A) mise en place en 2004 a profondément modifié le mode de fonctionnement des hôpitaux. D'après F. Pierru (2015, p. 3), le passage à la T2A en 2004 a fait changer l'hôpital de monde : « *de « bureaucratie professionnelle », il doit se transformer en entreprise devant se positionner stratégiquement sur les différents segments du marché local de soins* ». Ces réformes successives ont incité les hôpitaux et les cliniques privées à rechercher des économies d'échelle.

Toutefois, malgré l'incitation à la performance, tant en matière de coûts que de qualité, les établissements de santé recensent un nombre d'événements indésirables graves élevé (rapport américain « *To err is human* », Kohn, 1999). Une partie de ces EIG semble être expliquée par la transgression des règles par les professionnels. De ce constat découle la question de management suivante : **Alors qu'elle entraîne un risque pour le patient mais également un**

coût pour l'organisation dans un contexte de rationalisation des soins, comment agir sur la transgression des règles par les professionnels de santé ?

Alors que l'État renforce de plus en plus les contrôles en matière de qualité et de sécurité des soins, il convient de s'intéresser aux réponses proposées par la littérature pour agir sur les actes transgressifs. C'est donc le phénomène de transgression qui sera considéré dans la thèse. Ce travail poursuit deux objectifs. Premièrement, il s'agira d'étudier les facteurs influençant les comportements transgressifs ainsi que les moyens d'action proposés par les auteurs afin d'agir sur la transgression des règles au sein des organisations. Dans un second temps, des recommandations concrètes sur la façon dont les gestionnaires d'hôpital peuvent agir sur la transgression seront proposées.

Après avoir défini les termes clés utilisés au cours de la thèse, le chapitre suivant aura pour objectif de présenter la genèse de la transgression de la règle au sein des organisations, et plus spécifiquement au bloc opératoire et quelles sont les réponses proposées par les auteurs pour agir.

CHAPITRE 2 –

La transgression des règles au sein des organisations

CHAPITRE 2 –

La transgression des règles au sein des organisations

2.1 Définitions des termes clés

Notre travail débute par une définition des termes clés qui seront utilisés au cours de notre recherche. Avant de s'intéresser au terme « transgression », c'est celui de « règle » qui est défini.

2.1.1 La règle : existence d'une prescription ou d'un guide d'action

2.1.1.1 Qu'est-ce qu'une règle ?

Pour H. Fayol la règle a un rôle fondamental dans la gestion d'une entreprise. Elle permet de réduire l'incertitude et de contrôler le comportement des acteurs. Selon M. Weber (1921) l'application de la règle, élaborée de manière discursive, permet d'atteindre la performance optimale de l'organisation. Lorsque la règle est transgressée, la sanction permet de réaffirmer l'importance du respect de la règle. O. Babeau (2005, p. 19) rappelle que d'un point de vue organisationnel, la règle possède deux composantes essentielles : « *l'existence d'une prescription à laquelle est attachée une sanction possible* ». La règle peut donc être considérée comme un principe organisateur qui prend la forme d'une injonction ou d'une interdiction. Selon G. de Terssac (2003, p. 11) la règle se définit comme « *une prescription d'ordre morale, intellectuelle ou pratique, s'appliquant à la conduite* ». Si la règle est de prime abord, une prescription formelle mise en place afin d'encadrer les pratiques, elle peut également permettre à l'acteur de guider son comportement (Favereau et Le Gall, 2006). Dans ce cas, elle s'apparente à « *un guide d'action, un étalon qui permet de porter un jugement, un modèle qui oriente l'action* » (Reynaud, 1997, p. XVI). Les règles possèdent donc une dimension prescriptive, dans le sens où elles permettent l'interprétation d'une situation et cadrent, au moins partiellement, l'action que va entreprendre l'acteur. Elles constituent donc des repères pour penser, décider, agir mais qui sont incomplets, c'est-à-dire qu'il subsiste toujours une marge d'interprétation et de manœuvre pour les acteurs (de Terssac, 2003, p. 193). Les règles auraient alors plusieurs fonctions. Elles sont à la fois une contrainte pour les acteurs, mais aussi un outil que ces derniers s'approprient et manipulent à leur guise (Fredy-Planchot, 2002).

Au sein des organisations on distingue généralement deux types de règles. La règle « formelle » est relative à la loi, c'est-à-dire garantie par un texte. Tandis que la règle « informelle » n'est pas officiellement connue de tous. Elle trouve sa source dans les usages et coutumes (Joffre et

Loilier, 2012). D’après G. de Terssac (1992), ces deux types de règles sont complémentaires dans la mesure où elles correspondent à l’objectif de l’organisation, c’est-à-dire sortir la production. Il existe donc une interaction entre les règles officielles écrites par l’encadrement et les règles informelles qui résultent des pratiques des exécutants. Il convient de distinguer les règles des *normes*, deux termes parfois employés comme synonymes.

2.1.1.2 Distinction entre règle et norme

Une distinction est établie entre la règle et la norme. En effet, à l’inverse des règles, les normes découlent des valeurs. Elles représentent un idéal, un principe auquel se réfère tout jugement de valeur moral ou esthétique. Elles peuvent être définies comme « *une description ou une prescription de comportement ou d’attitude socialement valorisés ou non, dans une société donnée* » (Reno, Cialdini, Kallgren, 1993). Deux types de normes sont généralement distingués : les normes prescriptives, qui stipulent ce qu’il est socialement valorisé de faire (ou au contraire de ne pas faire) et les normes descriptives, qui décrivent ce qui est fait par la majorité des individus (Chaurand et Brauer, 2008). A. Pavie et A. Masson (2014, p. 213 – 214) ajoutent que les normes « *sont abstraites et ne peuvent pas être directement traduites sous forme de règles : c’est l’interprétation de ces valeurs par un groupe d’individus qui donne corps à la norme, qui la crée* ». Ainsi, l’individu qui n’accepte pas les normes sur lesquelles s’accordent le groupe est considéré comme déviant, l’*outsider* (Becker, 1963).

2.1.1.3 La règle : objet d’interprétation et d’arrangements

Si les travaux de M. Weber s’inspirent des théories de la bureaucratie pour lesquelles la capacité de penser des acteurs n’est pas prise en compte et où aucune place n’est laissée à la transgression, les recherches en sociologie (Crozier et Friedberg, 1977 ; Reynaud, 1997 ; 1999...) ont abondamment montré que les règles ne s’appliquent pas d’elles-mêmes. Elles ne sont mobilisées que par la décision d’un individu d’agir.

En effet, J.-D. Reynaud (1997) souligne la place irréductible de l’autonomie des acteurs dans le travail, en introduisant la notion de légitimité. « *Énoncer une règle, c’est dire la manière légitime dont doivent se dérouler les interactions. La prétention à être source de régulation, c’est-à-dire à être acteur social, est en même temps une revendication de légitimité* » (Reynaud, 2003, p. 106). L’autonomie est une caractéristique majeure de l’acteur qui est un être rationnel et doté de réflexivité. Cependant, face à une règle l’acteur ne va pas agir en fonction de la

meilleure éventualité possible mais en inventant des solutions, en transformant les règles du jeu (Reynaud, 1991).

La Théorie de la régulation sociale de J.-D. Reynaud (1988) interroge ainsi les modalités d'ajustement opérées par les acteurs face à une règle prescrite par la hiérarchie. J.-D. Reynaud explique l'écart entre les règles formulées par la direction et celles véritablement respectées par les opérateurs, par la présence de plusieurs régulations concurrentes au sein de l'organisation. Il existe une régulation de contrôle (de type « *top down* »), qui sont les règles imposées par le haut, la direction, et une régulation autonome (de type « *bottom up* »), qui sont les règles produites par les acteurs. Alors que la régulation de contrôle vise à encadrer, la régulation autonome cherche à dégager des marges de manœuvre. Ces deux régulations ne sont pas en opposition, mais elles défendent des valeurs et des objectifs différents. Les règles effectivement utilisées par les acteurs au sein de l'organisation sont le résultat d'un compromis entre ces deux types de régulation, qualifiée de régulation « conjointe ». Cette régulation conjointe est « *le produit d'une négociation explicite ou implicite et s'inscrit dans un accord* » (Reynaud, 1995, p. 249) qui permet à l'acteur de jouir d'un type particulier de « pouvoir » personnel. Ce « jeu » avec la règle, ces arrangements permettent l'effectivité de la règle. Dans le domaine spécifique de la sécurité, « *la combinaison de ces deux ensembles de règles forme la sécurité effective : les règles d'usage non écrites complètent les premières, mais elles s'opposent parfois à l'ordre prescrit, auquel cas l'ajustement suppose une quasi-négociation* » (de Terssac, 2013, p. 27). Si les arrangements avec la règle sont permis par ceux qui les mettent en place, c'est-à-dire non sanctionnés, peut-on véritablement parler de « *transgression* » de la règle ?

Afin de pouvoir définir le terme transgression, il convient à présent de s'intéresser à la notion de « non-respect » des règles. En effet, lorsque l'on évoque le « non-respect » des règles, plusieurs termes peuvent être employés : déviance, transgression, triche, violation, ... Ces termes sont définis dans la section suivante.

2.1.2 Essai de définition de la notion de non-respect des règles

Bien que de nombreux auteurs aient travaillé sur la notion de déviance (Becker, 1967 ; Alter, 2000 ; Cusson, 1992 ; Vardi et Wiener, 1996...), il n'existe pas de définition unanimement admise du comportement déviant au travail. Le terme déviance apparaît au début des années 1950 dans la sociologie américaine. Étymologiquement, le mot « déviance » vient de *deviare*,

qui signifie « *s'écarter du (droit) chemin, ne pas suivre les voies établies par les autres et par la société* » (Chaurand et Brauer, 2008, p. 5).

Une première approche de la déviance consiste à la définir comme un défaut de conformité, un écart à la norme. D'après M. Cusson (1992, p. 9), la déviance correspond à « *l'ensemble des conduites et des états que les membres d'un groupe jugent non conformes à leurs attentes, à leurs normes ou à leurs valeurs et qui, de ce fait, risquent de susciter de leur part réprobation et sanction* ». Dans cette définition, M. Cusson considère comme déviantes les actions et les manières d'être qui sont mal vues et sanctionnées par la plupart des membres d'un groupe. La déviance existerait donc à partir du moment où celle-ci est reconnue, c'est-à-dire que la règle a été outrepassée et le comportement sanctionné. Elle est donc essentiellement le produit d'un jugement porté sur une conduite ou sur une manière d'être qui n'est pas considérée comme conforme (par les institutions ou la population), et est donc stigmatisée dans une société donnée. En ce sens, le terme « déviance » est connoté négativement car il implique l'idée de jugement de l'acte (Babeau, 2005).

En outre, pour H. Becker (1963) l'individu déviant est considéré comme un « *outsider* » (étranger au groupe). Lorsque celui-ci adopte un positionnement social particulier ne permettant plus de lui faire confiance pour vivre selon les normes sur lesquelles s'accorde le groupe. H. Becker (1963, p. 33) explique que « *le déviant est celui auquel cette étiquette a été appliquée avec succès, le comportement déviant est celui auquel la collectivité attache cette étiquette* ». Cet étiquetage (ou « *désignation* ») entraîne certains individus déviants à s'orienter vers une « *carrière de déviants* », permettant ainsi de signifier leur opposition au système de valeurs existant dans la société. N. Chaurand et M. Brauer (2008, p. 16) rappellent que « *la déviance par rapport à une norme descriptive est assurément un moyen de marquer son originalité, son unicité, de se démarquer des autres* ». Le comportement déviant serait ainsi porteur de signification.

Parmi les termes qualifiants les comportements de non-respect des règles, celui de « transgression » apparaît comme étant connexe à la déviance. En effet, il permet également de signifier quelque chose à autrui, tel que témoigner une appartenance à un groupe ou montrer un désaccord avec une règle en vigueur par exemple. Le terme transgression provient de « *transgredi* », aller au-delà, de *trans*, au-delà, et *gradi*, aller (Littré). Pour parvenir à décrire la transgression, V. Estellon (2005) propose quatre acceptions : passer à côté, traverser, passer

d'une chose à l'autre (modalité exploratoire) ; surpasser une loi, un commandement, traverser, franchir, dépasser (référence au caractère insoumis, courageux) ; parcourir d'un bout à l'autre, explorer complètement (souci de complétude, de connaissance) ; et enfin, mettre en réserve la parole, dans la mesure où transgresser c'est encore « *passer sous silence* » (le secret, corollaire de la transgression). A l'inverse de la déviance qui relève d'un positionnement social, ces quatre acceptions de la transgression conduisent à la considérer comme un acte ponctuel réalisé intentionnellement.

L'idée de traverser, franchir ou dépasser une règle proposée par V. Estellon est reprise par Y. Pesqueux (2010) qui ajoute que la transgression est « *ce qui se situe entre la limite (conçue pour être dépassée) et la frontière (ou la borne) qui, elle, ne se dépasse pas* » (*id.*, p. 1). La transgression joue sur les zones de « flou ». O. Babeau (2008, p. 58) approfondit l'analyse d'Y. Pesqueux en situant la transgression dans un aller-retour entre la règle et l'irrégularité. Transgression et interdiction ne s'opposeraient donc pas, au contraire, elles se complètent. S'intéresser à la transgression suppose ainsi un refus de toute position manichéenne.

Parmi les autres termes voisins à la transgression existe celui de « violation ». Dans le langage courant ces deux mots sont souvent utilisés comme des synonymes. Le terme violation est utilisé par J. Reason (1990) pour expliquer la survenue des accidents. Selon lui, les violations se divisent en deux catégories de comportements contraires aux règles de sécurité : les erreurs (*erroneous violation*) et les violations intentionnelles (*intentional violation*). Les erreurs sont des violations non intentionnelles qui concernent « *tous les cas où une séquence planifiée d'activités mentales ou physiques ne parvient pas à ses fins désirées, et quand ces échecs ne peuvent être attribués à l'intervention du hasard* » (Reason, 1993, p. 31). A l'inverse, les violations intentionnelles sont définies comme des « *écarts délibérés, mais pas forcément répréhensibles, aux pratiques jugées nécessaires (aux ingénieurs, aux managers et aux agences de contrôle) pour maintenir le fonctionnement sûr d'un système potentiellement dangereux* » (Reason, 1990, p. 195). Parmi les violations intentionnelles, J. Reason (1990) distingue en outre, les violations qui ont pour intention de nuire (« *malevolent violation* » comme les actes de sabotage et de malveillance), et les violations non-malveillantes qui n'ont pas pour objectif de nuire (« *intentional non malevolent violation* »). En ce sens, cette acception de la violation

non-malveillante se rapproche de la notion de triche¹⁵ que Y. Pesqueux (2009, p. 3) définit comme suit : « *la triche consiste à jouer avec les règles pour son bénéfice mais sans pour autant qu'il s'agisse d'une faute ou d'une fraude, la triche (qui relève plus de l'idée de processus) ne débouchant sur une faute ou une fraude que lorsque le tricheur est « pris »* ». La triche naîtrait du franchissement des bornes de la zone de tolérance. Y. Pesqueux ajoute qu'elle « *se construit au regard de la notion de « jeu » au sens premier du terme (car il s'agit de « jouer avec les règles ») et au sens second du terme car la triche naît des zones d'imprécision des règles et face à l'espoir d'un gain. La triche ne naît donc pas seulement du contournement des règles du jeu mais aussi de leur marge d'imprécision* » (id., p. 4). La triche ne relève donc pas d'une intention malveillante. Elle sous-entend ainsi l'idée de « jouer » avec les règles établies, de tester les limites jusqu'à être « démasqué ».

Au total, J. Reason (1990 ; 1997) propose cinq types de violations intentionnelles et non-intentionnelles qui résultent de facteurs individuels mais également contextuels :

- *les violations « erronées » ou non intentionnelles* : il s'agit d'actes involontaires qui surviennent lorsque l'individu ne connaît pas ou ne comprend pas la règle (erreurs),
- *les violations de routines* : elles sont fréquentes et habituelles et font partie intégrante du comportement d'un individu (la vitesse sur la route),
- *les violations d'optimisation* : sont réalisées pour satisfaire un objectif personnel. Il s'agit de violation « pour le frisson »,
- *les violations liées à la situation* : ont pour objectifs de réaliser le travail malgré une situation dégradée. Les conditions de travail non optimales obligent l'acteur à violer les règles de sécurité pour accomplir son travail,
- *les violations exceptionnelles* : sont rares et peu fréquentes. Elles peuvent être dangereuses et émaner d'un comportement héroïque comme sauter dans un récipient contenant des gaz mortels pour sauver un collègue (Lawton, 2008).

Notre propos établit une claire distinction entre les violations définies par J. Reason (1990) et les transgressions dans le sens où l'acte transgressif est toujours réalisé intentionnellement.

¹⁵ Tricher dans le courant d'ergonomie de langue française, ce n'est pas voler ou tromper, c'est plutôt dans le sens « *atténuer ou dissimuler un défaut matériel dans l'exécution d'un ouvrage, grâce à des artifices ou à des procédés de métier* » (Littre).

A ce titre, les erreurs (caractérisées de « *violations non-intentionnelles* » par J. Reason) ne peuvent constituer des transgressions car elles proviennent d'un manque de compétences de l'acteur ou d'une méconnaissance de la règle. De ce fait, les transgressions forment un sous-ensemble des violations.

L'ensemble des différentes définitions du non-respect des règles sont synthétisées dans le tableau 4 ci-dessous.

TERMES CONNEXES	DEFINITIONS DE NON-RESPECT DES REGLES
DEVIANCE	Comportement non conforme aux normes d'un groupe qui risque de susciter réprobation et sanction de sa part conduisant à un positionnement social permettant à l'acteur de se démarquer des autres. Le déviant est étiqueté comme tel par le groupe, principe de jugement de l'acte, connotation négative (Becker, 1963).
TRANSGRESSION	Acte ponctuel réalisé intentionnellement, adressé et motivé en contradiction avec la règle ayant pour but de signifier quelque chose à quelqu'un.
VIOLATION	Comportement contraire aux règles de sécurité qui peuvent être des violations non intentionnelles (<i>erroneous violation</i>) ou des violations intentionnelles (<i>intentional violation</i>) qui ont ou non pour intention de nuire (Reason, 1990).
TRICHE	Comportement jouant avec les zones de tolérance de la règle pour son bénéfice. La faute est définie comme telle lorsque le tricheur est démasqué (Pesqueux, 2010).

TABLEAU 4 : SYNTHÈSE DES DÉFINITIONS DU NON-RESPECT DES RÈGLES

Ces quatre définitions du non-respect des règles peuvent être organisées en une catégorisation des termes comme suit (Cf. figure 2) :

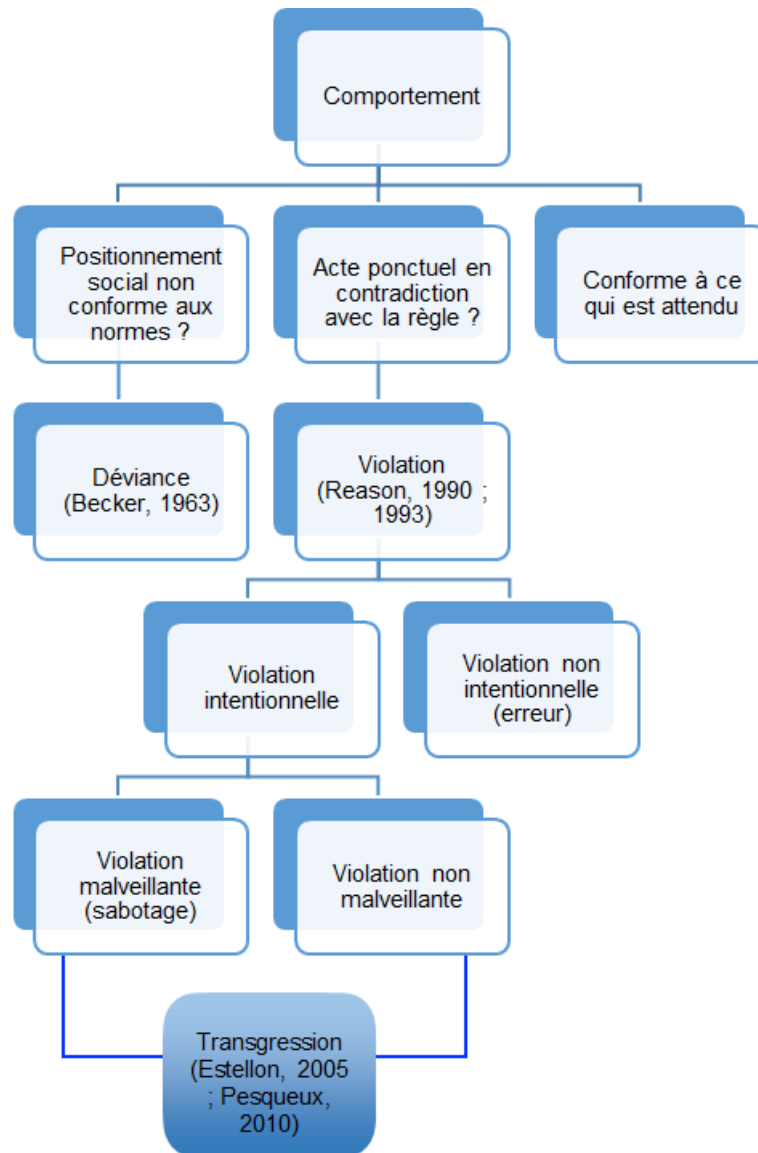


FIGURE 2 : CATEGORISATION DES DEFINITIONS DU NON-RESPECT DES REGLES

Au regard des différentes définitions proposées, c'est le terme « *transgression* » qui a été retenu car il apparaît comme étant le plus évocateur pour exprimer l'intention de dépasser les limites établies afin de signifier « quelque chose » à autrui. Notre acception du terme transgression rejoint ainsi en partie celle de V. Estellon (2005) (à savoir l'idée de dépasser, de surpasser une loi et d'explorer) mais ajoute d'autres caractéristiques permettant de la compléter.

Premièrement, la transgression peut être définie comme un acte ponctuel réalisé intentionnellement, dans le sens où elle est réalisée consciemment par l'acteur. Elle fait donc partie d'un sous-ensemble des « violations », au sens de J. Reason, qui englobent des actes intentionnels ou non-intentionnels (telles que les erreurs). Deuxièmement, du point de vue

social, « déviance » et « transgression » diffèrent nettement (Babeau, 2005). Le qualificatif « déviant » ne peut être apposé que par une personne extérieure qui « étiquette » l'acte (Becker, 1963). Il est ainsi connoté négativement, dans la mesure où l'acteur est reconnu et désigné comme tel. C'est sur ce point que se fonde la différence entre ces deux termes. Le terme « transgression » apparaît alors comme étant plus approprié que celui de « déviance » lorsqu'on parle de non-respect des règles car il n'impliquerait pas cette notion de jugement dans l'acte. Or, notre recherche n'a pas pour vocation de juger les comportements des acteurs. En outre, le concept de déviance a principalement été popularisé par H. Becker (1963) pour caractériser des déviances graves et permanentes (prostituées, criminels...). Or, la présente recherche se cantonne à étudier les actes de non-respect des règles ponctuels au sein des organisations. Troisièmement, il semble que l'aspect jouissif de l'action de transgresser la règle, qui ne transparait pas dans la notion de déviance est un élément pertinent à prendre en compte pour la recherche menée. La notion de transgression sous-entend l'idée de *désir*. Pour reprendre l'idée de G. Bataille (1957), c'est justement parce que c'est interdit que l'on a envie de transgresser la règle et que l'on y prend plaisir.

Enfin, si la volonté de dépasser les limites établies qui apparaît dans l'acte de transgresser est assurément un moyen pour l'acteur de marquer son originalité (Chaurand et Brauer, 2008, p. 16) il lui permet surtout de signifier quelque chose à quelqu'un, tel que la volonté d'être conforme à des valeurs, marquer une opposition, défendre des intérêts... L'acte transgressif a ceci de particulier qu'il peut être adressé aux prescripteurs des règles, mais également aux pairs de l'acteur, afin de témoigner une appartenance à une communauté. Il peut également être adressé à l'acteur lui-même, afin par exemple, de satisfaire son instance de plaisir.

Notre propos se distingue donc des autres définitions du non-respect des règles dans la mesure où il considère que **la transgression est un acte ponctuel non seulement intentionnel mais également porteur d'un message adressé à autrui**. Cette acception du terme transgression invite ainsi à rechercher la signification de ce phénomène comportemental et non plus uniquement ses causes.

Une fois les notions clés définies, la revue de la littérature permettra d'identifier les causes et les réponses proposées par les auteurs pour agir sur la transgression des règles au sein des organisations.

2.2 Quelles réponses pour agir sur la transgression des règles au sein des organisations ?

La revue de la littérature propose plusieurs approches pour agir sur la transgression des règles au sein des organisations. Lorsque la transgression est considérée comme dangereuse et susceptible d'augmenter les risques, il convient de la sanctionner ou de la corriger en « douceur ». A l'inverse, lorsque la transgression est considérée comme positive et nécessaire au fonctionnement de l'organisation, il convient de la tolérer, voire de l'encourager.

2.2.1 La transgression doit être supprimée ou, au moins, corrigée car elle représente un risque pour l'organisation

2.2.1.1 Supprimer la transgression lorsqu'elle est nuisible pour l'organisation

La prise en compte de la question de la transgression dans la situation de travail n'est pas tout à fait récente. Les premiers travaux s'intéressent à des comportements de type vols, agressions... Ce type particulier de transgression a été qualifié de « déviance », car au-delà du caractère intentionnel, la volonté de nuire est le moteur principal de l'acte déviant et il sous-entend un aspect de gravité.

Plusieurs études ont cherché à comprendre le moteur de ces comportements déviants. Ils peuvent découler de « *l'avidité naturelle des êtres humains (Astor, 1972 ; Lipman et McGraw, 1988 ; Dickens et al., 1989 ; Kwok et al., 2005) ou de leur faiblesse morale (Merriam, 1977 ; Terris, 1979 ; Bernardin et Cooke, 1993 ; Gibson et Wright, 2001 ; Blount, 2003) » (Bonnet, 2008). Ils peuvent également être analysés comme « *un moyen de résistance contre l'injustice de la condition salariale et comme moyen de rétorsion à l'oppression capitaliste (Baumgartner, 1984 ; Tucker, 1989 ; 1993 ; 1999 ; Ackroyd et Thompson, 1999 : 31-52 ; Greenberg, 1990 ; Morrill et al., 2003 : 394-397 ; Hodson, 2004 ; Roscigno et Hodson, 2004 : 16) » (id.). E. Campoy et V. Neveu (2006, p. 88) rappellent que « *plusieurs études ont montrées que les salariés qui estiment avoir subi une injustice sur leur lieu de travail ont tendance à exprimer leur mécontentement en se vengeant de l'organisation par l'intermédiaire de comportements déviants (Skarlicki et Folger, 1997). Cela peut se traduire par des vols (Greenberg, 1990a, 1993 ; Greenberg et Scott, 1996), par l'adoption de comportements agressifs (Folger et Baron,***

1996 ; Greenberg et Alge, 1998 ; Paetzold, 1998), par la tenue de propos mensongers concernant l'organisation (DePaulo et DePaulo, 1989 ; Grover, 1997) et le sabotage de leur travail (Giacalone et Greenberg, 1997 ; Jermier, 1988) ». E. Campoy et V. Neveu ont montré que lorsque le salarié ressent un sentiment d'injustice il agit de manière déviante car le contrat psychologique est rompu. Il s'agit de la « violation du contrat psychologique » (Rousseau, 1989) lorsque l'une des parties (souvent le salarié) estime que l'autre partie (l'employeur) n'a pas respectée correctement les obligations comprises dans le contrat. Les acteurs ont tendance à exprimer leur mécontentement en se vengeant de l'organisation par l'intermédiaire de comportements déviants (Skarlicki et Folger, 1997).

S. L. Robinson et R. J. Bennett (1995, p. 556) insistent sur le caractère intentionnel et la volonté de nuire qui caractérise les comportements déviants adoptés par les employés d'une organisation : « *a voluntary behavior that violates significant organizational norms and in so doing threatens the well-being of an organization, its members or both* ». Le point important de cette définition est qu'elle prend en compte le caractère volontaire des comportements déviants adoptés par les employés d'une organisation. Puis S. L. Robinson et R. J. Bennett (1997) recensent les comportements déviants ayant pour volonté de nuire à l'organisation (sabotages, vandalismes...) ou à un individu (insultes, agressions...) afin de proposer une typologie des comportements déviants. D'après cette typologie, les comportements déviants seraient uniquement négatifs pour l'organisation et donc à proscrire.

S. L. Robinson et R. J. Bennett (1995) reprennent les travaux de S. Buss (1961) qui distinguent les différentes formes d'agression qui peuvent être regroupées en fonction de trois perspectives : physique-verbale, directe-indirecte, et active-passive en intégrant le concept de déviance. D'après S. Buss (1961), l'agression dite « physique » regroupe des comportements d'attaque utilisant les parties du corps ou un objet (assaut, homicide...), tandis que l'agression qualifiée de « verbale » réfère à des actions où le langage verbal ou non verbal est employé (menaces, harcèlement, insultes...). L'agression directe désigne une agression qui se manifeste alors que la victime est présente, à l'inverse de l'agression indirecte qui est réalisée en l'absence ou à l'insu de la victime. L'action sera qualifiée d'« active » lorsqu'elle découle de l'émission d'un comportement, ou de « passive » si elle est réalisée par omission d'un comportement attendu.

Ainsi, S. L. Robinson et R. J. Bennett (1997) distinguent la déviance orientée vers un individu ou vers l'organisation. Lorsque la déviance est orientée vers l'individu, il s'agit de déviance politique (« *political deviance* »). Elle est destinée à porter préjudice à une personne ou à la désavantager socialement ou politiquement. Il peut également s'agir d'une agression personnelle (« *personal aggression* ») qui vise à infliger de sérieux dommages à autrui. Concernant la déviance des employés orientée vers l'organisation, S. L. Robinson et R. J. Bennett (1997) reprennent les travaux de J. Clark et R. C. Hollinger (1983, p. 9) qui définissent la déviance comme correspondant à « *des actes d'employés qui s'en prennent à la propriété de l'organisation ou qui violent les standards de production* ». En étudiant la déviance dans différentes organisations (comme l'hôpital, la manufacture et l'entreprise de vente au détail) grâce à l'envoi de questionnaires, ils ajoutent deux catégories supplémentaires de comportements déviants : la déviance de propriété (vandalismes, dégradation des biens appartenant à l'organisation) et la déviance de production (comportements contre-productifs, qui consistent à violer les normes concernant le minimum de qualité et de quantité de production qui doit être accompli). Ces comportements qui sont qualifiés de vols, de sabotages ou encore d'abus renvoient, selon P. E. Spector et S. Fox (2005, p. 151) à « *des actes volontaires qui ont pour intention de nuire à l'organisation et/ou à ses parties prenantes (e.g., clients, collègues, supérieurs, ...)* ».

D'après la théorie du « comportement planifié », développée I. Ajzen (1991), le comportement des acteurs est principalement déterminé par leur intention de réaliser le comportement. Cette théorie offre une nouvelle explication aux comportements de non-respect des règles.

Apport de la théorie du « comportement planifié » pour agir sur la transgression des règles

Selon la théorie du comportement planifié (*Theory of Planned Behavior*) développée par I. Ajzen (1991), le comportement de l'acteur est déterminé par son intention, laquelle est déterminée par l'attitude (les croyances individuelles quant aux résultats du comportement et aux conséquences du résultat), la norme subjective (les croyances aux opinions des autres et l'intention (ou la motivation) de se conformer à ces opinions) et, enfin la perception du contrôle sur le comportement (la croyance en présence des facteurs qui facilitent ou empêchent le comportement et la perception de contrôle personnel sur ces facteurs). D'après cette théorie, le

« comportement planifié » est précédé d'une intention d'action, nommé le « *prédicteur* », qui sera décisif sur le comportement.

Ce modèle psychosociologique a notamment été utilisé pour comprendre la prise de décision des médecins concernant la prescription d'antibiotiques (Walker et *al.*, 2001 ; Liabsuetrakul et *al.*, 2003). Les études montrent, en général, que les facteurs les plus influents sont les croyances sur les résultats attendus du comportement. P. Beatty et S. Beatty (2004) ont également eu recours à cette théorie afin d'étudier les intentions des anesthésistes dans la violation de trois recommandations concernant les pratiques professionnelles (ne pas rendre visite au patient avant l'opération ; ne pas vérifier l'équipement et éteindre les alarmes pendant l'anesthésie). Les auteurs s'intéressent à trois types de violations (actes intentionnels contraires aux recommandations de bonnes pratiques) :

- *les violations systématiques* : sont tolérées par la culture organisationnelle du lieu de travail et ne sont pas destinées à causer du tort ;
- *les violations exceptionnelles* : qui sont des actions atypiques d'individus qui ne sont pas tolérées par la culture organisationnelle, et qui ne sont pas destinées à causer du tort ;
- *les actes malveillants* : qui visent à nuire et sont généralement criminels.

Les résultats montrent que le comportement d'un individu est principalement déterminé par son intention de réaliser le comportement et par le niveau de contrôle qu'il pense en avoir. D'après les études ayant eu recours à ce modèle, le seul moyen de réduire les transgressions est la mise en œuvre d'interventions visant à modifier les croyances des individus (Phipps et *al.*, 2010).

Si la transgression permet à l'acteur de causer du tort et de nuire à l'organisation, dans d'autres cas, la transgression des règles permet de se ménager des efforts dans le travail.

Supprimer la transgression... lorsqu'elle permet à l'acteur de se ménager des efforts

La transgression visant à ménager des efforts dans le travail peut être analysée comme un comportement stratégique ; l'acteur recherchant son propre intérêt dans la transgression (qu'il s'agisse de la satisfaction d'objectifs personnels ou de stratégie de pouvoir (Crozier et Friedberg, 1977)) (Havard et Poirot, 2010). L'individu agit de manière égoïste afin, par exemple, d'économiser ses efforts dans la réalisation d'un travail, d'être laxiste ou encore de manquer de contrôle. L'acteur réalise un calcul coût / avantage. Il n'agira que si la transgression

réalisée est plus intéressante que la sanction qu'il encourt. Il s'agit du modèle « des économies du comportement » (« *behavioural economics* ») proposé par W. Battmann et P. Klumb (1993). Face à ce type de transgression, les auteurs suggèrent de mettre en place des interventions dont l'objectif est principalement d'accroître les conséquences négatives des violations afin de les limiter.

Enfin, au-delà du caractère intentionnel de l'acte transgressif, la nature de la règle doit également être prise en compte dans la réponse. En effet, d'après certains auteurs, lorsque la règle est clairement définie, elle ne devrait pas être sujette à transgression. Il s'agit des règles élémentaires définies dans la section suivante.

Lorsqu'il s'agit de règles « élémentaires »

Bien qu'un courant d'auteurs ait démontré la nécessité de la transgression des règles au sein des organisations (nous y reviendrons dans la partie suivante), d'autres auteurs, pour qui toutes les règles ne peuvent pas être sujettes à interprétation, remettent en cause cette doxa. En effet, bien que la thèse soutenue par la tradition française de psycho-sociologie du travail avance qu'un « travail bien fait » nécessite de commettre une infraction, pour certains auteurs, la plupart des transgressions est antinomique avec cette idée. En ce sens, elle ne serait pas nécessaire à l'organisation et le respect des règles serait, non seulement possible, mais également impératif.

D'après G. Koenig et *al.*, (2016) il convient de distinguer les règles *élémentaires*, qui doivent être strictement respectées, car elles ne prêtent pas à interprétation ; des règles *complexes*, plus délicates à interpréter. Les auteurs (*ibid.*, p. 7) qualifient « *d'élémentaire, une règle, qui (...) est consensuelle, efficace au regard de l'objectif poursuivi, complète du point de vue des acteurs qui doivent l'appliquer et qui se présente comme un composant autonome du système qu'il convient d'envisager pour traiter de l'ensemble du problème qui justifie la règle* ». Ce type de règle s'oppose à la règle complexe qui « *est un construit social qui traduit des jeux d'intérêts et de pouvoirs* » (*ibid.*, p. 33). L'idée de règle élémentaire rejoint la thèse de J. Leplat et J.M. Hoc (1983) qui met en lumière le fait que la tâche prescrite n'implique pas nécessairement une transgression pour être convenablement réalisée. Les auteurs définissent la tâche « *comme un but à atteindre dans des conditions déterminées* » (Léontiev, 1976, p. 96 cité par Leplat et Hoc, 1983, p. 51). Le but correspond à ce qui doit être réalisé ou à « l'état final ».

La définition des règles élémentaires fait référence aux travaux de B. Reynaud (1994 ; 2004) qui distingue deux types de règles nécessitant des degrés d'interprétation différents : « *d'une part, celles qui ne demandent qu'une interprétation minimale (...), que nous qualifions de 'règles 1' (l'interprétation se réduit à un choix entre un nombre fini d'options, qui sont définies a priori) ; d'autre part, celles qui exigent une interprétation maximale, (...) que nous appelons 'règles 2' »* (Reynaud, 1994, p. 110). Puis, en 1997, J.-D. Reynaud distinguera les « *règles prêtes à l'emploi* », qui demandent peu d'interprétation, car elles prennent la forme d'une injonction ou d'une interdiction, des « *règles interprétatives* », qui supposent à l'inverse, un travail important d'interprétation.

Les règles complexes ayant largement été étudiées, G. Koenig et *al.*, (2016) proposent de s'intéresser aux manquements de trois règles élémentaires au sein d'un hôpital : la surveillance des cathéters veineux périphériques, le tri des déchets de soins et la cotation des séjours. Les auteurs ont ainsi donné quelques exemples de règles qui ne prêtaient pas à interprétation et donc, qui n'avaient pas de raison d'être transgressées par les acteurs, notamment lorsqu'elles étaient liées à la sécurité du patient (identification du patient, refus de délivrer un médicament sur la base de prescription orale, par exemple).

Afin de limiter les actes de transgression, ces auteurs proposent l'adoption d'une « *approche dialogique* » basée sur la mise en place simultanée de deux modes de management à la fois complémentaires et antagonistes : le disciplinant et / ou l'habilitant. Le mode de management disciplinant vise à sanctionner les individus qui adoptent un comportement préjudiciable au bon fonctionnement du collectif. Le mode de management habilitant consiste, quant à lui, à former et à sensibiliser les personnels en prévention de l'erreur pour éviter les transgressions.

L'étude met en lumière que la seule utilisation du management habilitant ou disciplinant n'a que peu d'effet. Lorsque la règle est clairement définie et que l'acteur est expérimenté, il convient de mobiliser les deux modes de management de manière équilibrée. Afin que les sanctions ne puissent pas être remises en cause, les actions habilitantes sont mises en place dans un premier temps, pour apporter un support aux collaborateurs pour accomplir la tâche. Puis dans un second temps, les sanctions viennent pointer les manquements graves aux pratiques professionnelles afin de servir d'exemple. Cependant, concernant les actes de négligence, c'est-à-dire la recherche du moindre effort, il apparaît que le seul moyen de les empêcher soit l'application du mode de management disciplinant. Le management habilitant va certes,

permettre une amélioration et une réduction des écarts à la règle, mais sur une courte durée uniquement.

Une première réponse apportée pour manager les transgressions qui émanent de négligence serait donc le recours à la sanction. D'après ces auteurs, la transgression d'une règle élémentaire ne peut avoir un effet bénéfique ni être à l'origine d'innovations émergentes. Ils suggèrent donc un strict respect des règles élémentaires afin de réduire les risques encourus. En outre, les auteurs soulignent que c'est lorsque la tâche à réaliser est en relation directe avec le soin que les acteurs sont les plus à même de respecter les règles établies : « *en résumé, tout se passe comme si la mobilisation des acteurs diminuait à mesure qu'augmente la distance entre la tâche considérée et le cœur de l'activité hospitalière* » (Koenig et al., 2016, p. 23). Ce résultat confirme l'étude de P. Cloarec (2008) qui a également observé que les infirmières pouvaient être amenées à transgresser certaines règles dans « l'intérêt du patient » (comme répondre à des attentes singulières d'un patient et / ou de sa famille, améliorer son bien-être). On pourrait penser que l'intérêt du patient, personne malade, souffrante, justifierait que les règles soient respectées, mais il semble que c'est justement au nom de cet intérêt que les soignants justifient, bien souvent, leur transgression.

A l'inverse, lorsque la tâche à réaliser s'éloigne du soin, tel que la cotation des séjours, les acteurs sont moins enclins à appliquer la règle et l'application de mesures habilitantes ne produit guère d'effet en l'absence de toutes mesures disciplinantes. Dans ce cas, la seule solution serait alors la sanction. Cependant, cette réponse n'est pas toujours adaptée et peut avoir une influence négative sur les acteurs (Luthans et Kreiner, 1985). La littérature propose alors d'autres modes d'action pour agir sur la transgression afin de la corriger.

2.2.1.2 Corriger la transgression « en douceur »...

Lorsqu'elle est engendrée par la routine

D'après D. Vaughan (1996), dans le domaine spécifique de la sécurité, la déviance s'installe chez les opérateurs en raison, d'une part, d'un contrôle de plus en plus approximatif du fait de l'absence d'incident et d'accident, et d'autre part, de la tolérance des pairs et de la hiérarchie. Les transgressions s'établissent au fil du temps et les acteurs deviennent, petit à petit, plus laxistes. D'après l'auteure, « *la normalisation sociale de la déviance signifie que les gens au sein d'une organisation deviennent tellement habitués à des comportements déviants qu'ils ne*

les considèrent plus comme déviants, malgré le fait qu'ils outrepassent largement leurs propres règles de sécurité élémentaire » (Vaughan, 1996). Ce phénomène est caractérisé par une acceptation d'actes ou de décisions erronées, défectueux ou risqués dans le milieu de travail. Ceci découle très souvent « d'un échec de reconnaissance des manifestations déviantes » dû à leur familiarité ou à leur fréquence d'occurrence (Vaughan, 1996, citée par Drozda-Senkowska et al., 2010).

D. Vaughan prend pour exemple l'explosion de la navette spatiale Challenger en 1986. L'analyse de l'accident a révélé qu'une partie importante des acteurs impliqués dans le processus de décision du décollage n'a pas respecté la norme d'évaluation du risque acceptable de la NASA (*National Aeronautics and Space Administration*), évaluation dont les résultats autorisent ou non le lancement. La normalisation de la déviance intervient lorsque la transgression de la règle devient une habitude, un acte routinier et totalement intégré aux pratiques. Une fois que cet acte est validé par le leader, alors son caractère acceptable est toléré de la part du groupe et il devient la « norme ». Ainsi, une situation exceptionnelle devient normale, voire banale, et la transgression est « validée » par les acteurs. En outre, l'analyse de l'accident a également montré que la normalisation de la déviance avait été influencée par une tension forte entre les pressions économiques et les exigences de sécurité (réduction du financement public des navettes). Ainsi, les acteurs transgressent les règles de sécurité car ils estiment que leur application serait néfaste pour la performance économique de l'entreprise.

Cette normalisation des transgressions a également été étudiée dans le domaine de la sécurité des patients. D'après J. Odom-Forren (2011), afin de réduire la mortalité et la morbidité des patients, il convient de ne pas laisser la normalisation de la transgression s'installer dans les établissements de santé. Elle définit la normalisation de la transgression « *as progressive acceptance by a group of people of small incremental changes that result in a lower level of safety* » (*id.*, p. 216). J. Odom-Forren préconise alors de suivre plusieurs recommandations : « *Correct deviant behavior early ; Consider the repercussions of a resulting adverse event ; Learn how to conduct uncomfortable conversations with peers when we see deviant behavior ; Assure that nurses in the unit are empowered to speak up ; Consistently revise rules and standards as necessary ; Conduct frequent rounds by leadership ; Examine surveys of incident reports ; Implement root cause analyses ; Encourage reporting of deviation* » (*id.*, p. 218).

Concernant cette dernière proposition, P. Hacquard et *al.*, (2013) ont montré que dans le cadre de l'utilisation partielle de la check-list « *sécurité des patients au bloc opératoire* » par les chirurgiens et anesthésistes, les individus n'osaient pas parler de ces transgressions ou prendre la parole devant la hiérarchie. M. Chassin et J. Loeb (2013), ajoutent que les personnels soignants sont en effet, témoins de comportements intimidants qui ne leur permettent pas de signaler les problèmes qui pourraient compromettre la sécurité. « *Physicians are often seen as the initiators of intimidating or disrespectful behavior* » (*ibid.*, p. 464).

J. Banja (2010) qui a également étudié la normalisation de la transgression dans le domaine des soins, parle d'« *erreur intégrée à l'architecture opérationnelle du système* ». Selon lui, « *these latent errors become entrenched in the system's operational architecture and dramatically enhance its vulnerability when a future, active error is committed* » (*Id.*, p. 140). Il peut s'agir, par exemple, de ne pas se laver ou ne pas se désinfecter les mains correctement ; ne pas vérifier les procédures de contrôle ; ne pas changer de gants quand cela s'avère nécessaire ; ne pas avoir l'approbation de la hiérarchie avant d'agir... (Maxfield et *al.*, 2005a). D'après J. Banja (2010), les acteurs justifient la transgression des règles de différentes manières. D'une part, il indique que les règles ne sont pas suivies car elles sont considérées comme « *stupides et inefficaces* » et freinent la productivité des acteurs. D'autre part, les règles sont transgressées pour le bien du patient. J. Banja (2010) donne l'exemple d'une infirmière qui ne porte pas de gants lors de la pose de voie veineuse périphérique, car la veine est plus simple à trouver sans les gants en latex, en particulier en pédiatrie (Ryan et *al.*, 2006 ; Carbonne et *al.*, 2006).

Les règles peuvent également être considérées comme superflues lorsque l'acteur pense qu'elles ne lui incombent pas (« *The rules don't apply to me / You can trust me* »). Si J. Banja ne propose pas de solution pour agir sur la transgression des règles, il ajoute qu'une étude de 2005 a montré qu'il était difficile, voire impossible, d'affronter certains individus qui transgressaient les règles au sein de l'organisation en raison de la peur des représailles, la volonté de ne pas compromettre les relations de travail ou encore l'incapacité à entrer en confrontation des acteurs (Maxfield et *al.*, 2005b). D'après D. Zohar (1980) « *l'engagement de la direction est le prérequis de toute amélioration en matière de sécurité* ». Ainsi, les comportements transgressifs peuvent être réduits si la direction se montre engagée en matière de sécurité, car le niveau de motivation des acteurs augmente (HSE, 2009 ; Lee, 1998).

Lorsqu'il s'agit de comportements perturbateurs

A. Rosenstein (2011) a étudié les comportements perturbateurs des médecins au sein des hôpitaux. Il définit un comportement perturbateur « *as any inappropriate behavior, confrontation, or conflict, ranging from verbal abuse to physical or sexual harassment, that harms or intimidates other to the extent that quality of care or patient safety could be compromised* » (*id.*, p. 372). Lancer des instruments à travers la salle d'opération, endommager le matériel ou s'emporter sur ses collègues ont également été jugés comme des comportements perturbateurs (Grogan et Knechtges, 2013).

Ces comportements surviennent, le plus souvent, dans des milieux stressants tels que les services d'urgences et au bloc opératoire. D'après A. Rosenstein et M. O'Daniel (2006, p. 101) « *given the small physical confines of the operating suite, the strong interdependency on effective team function, and the high-stress nature of the work, it is not surprising that disruptive behavior is so intensified in the surgical arena* ». Ces comportements apparaissent plus fréquemment chez les chirurgiens (notamment en chirurgie générale, chirurgie cardiovasculaire, cardiologie, neurochirurgie, neurologie, orthopédie et obstétrique, anesthésie) et entravent la communication, la collaboration et l'échange d'informations entre professionnels, ce qui nuit à la dynamique de l'équipe et, *in fine*, aux résultats pour le patient (*Ibid.*)

Ces comportements perturbateurs ont également été observés chez les étudiants en médecine (Mak-Van Der Vossen et *al.*, 2017). A partir d'une revue de la littérature (articles provenant d'un large éventail de pays parus entre janvier 1977 et mai 2016) sur les comportements non-professionnels des étudiants en médecine, les auteurs ont établi une classification des comportements en quatre thèmes : le manque d'engagement (*failure to engage*) ; les comportements malhonnêtes (*dishonest behaviors*) ; les comportements irrespectueux (*disrespectful behaviour*) ; et la mauvaise estime de soi (*poor self-awareness*).

L'étude de C. Small et *al.*, (2015) réalisé sur des infirmières de l'état de Floride aux États-Unis, a montré que l'abus verbal était la forme prédominante de comportement perturbateur et survenait, le plus souvent, entre collègues. La violence physique était le deuxième type de comportement perturbateur le plus courant dans le milieu de travail. A. Cochran et B. Elder (2014) se sont également intéressés aux conséquences de ces comportements perturbateurs sur l'ambiance de l'équipe péri-opératoire. L'étude montre que ces comportements ont tendance à

augmenter le nombre d'erreurs et conduisent le personnel paramédical à se réorienter professionnellement de façon à ne plus côtoyer les chirurgiens. La stratégie la plus couramment utilisée pour contrer les effets négatifs de ces comportements est le débriefing entre collègues, afin de trouver du soutien.

D'après A. Rosenstein (2011), plusieurs facteurs expliquent ces comportements. Ils peuvent être liés aux valeurs de l'individu, qui sont influencées par l'âge et la génération, le sexe, la culture et l'ethnicité, l'éducation de la famille, et les premières expériences de vie qui façonnent sa personnalité. Ils seraient également liés à des facteurs situationnels (la formation médicale, les expériences de travail, les expériences de vie ultérieures et les pressions subies). Afin d'en limiter la survenue, A. Rosenstein (2011) propose de promouvoir la sécurité du patient afin qu'elle devienne un enjeu et un objectif à atteindre pour l'ensemble du personnel. Pour ce faire, il suggère d'élaborer des politiques et des procédures appropriées, en éduquant les acteurs grâce à la mise en place de formations et d'un système de signalement et de suivi des comportements perturbateurs.

Dans certains pays comme aux États-Unis, des organismes professionnels tels que *l'American Medical Association*, *l'American Organization of Nurse Executives* (AONE) et *l'American College of Healthcare Executives* ont appliqué la « tolérance zéro » envers ces comportements (Brooks et Phillips, 2014). Ces instances préconisent notamment de sensibiliser tous les membres de l'équipe (médecins et personnels non-médical), au comportement professionnel approprié défini par un code de conduite de l'établissement ; de tenir tous les membres de l'équipe responsables de l'apparition des comportements souhaitables, et d'appliquer le code de manière cohérente et équitable pour l'ensemble du personnel et, enfin, d'encourager le dialogue interprofessionnel (Grogan et Knechtges, 2013). A ces comportements perturbateurs s'ajoute le fait que l'activité de soins est par nature complexe, ce qui ne contribue pas à augmenter le niveau de sécurité au sein des établissements de santé.

Lorsque la nature de l'activité est complexe

La différence entre l'activité de soins et d'autres activités considérées comme étant à risque, s'explique par la nature particulièrement complexe de l'activité de soins, car il est question de vies humaines. Cette différence est « éminemment problématique puisque l'activité de soins est par nature profondément singulière [Minvielle, 1996] : la sécurité des soins doit ainsi « penser » ou gérer la variabilité des cas et des situations (évolution imprévisible de la maladie,

comportements inattendus du patient ou de son entourage, aléas technique ou organisationnel) » (Gentil, 2016, p. 294). Les réactions face au traitement peuvent par exemple être différentes d'un patient à l'autre, ce qui augmente les risques.

Il est donc délicat de transposer les règles de gestion des risques issue des « organisations hautement fiables » (HRO¹⁶) à l'hôpital du fait de « *ses caractéristiques très différentes : constance des événements indésirables, forte singularité des situations, haute variabilité induite par la présence importante d'hommes dans le processus, etc* » (*id.*). En outre, à mesure que les innovations en médecine se développent, le risque augmente à l'inverse de toutes les industries considérées comme étant à risque (Amalberti et Vincent, 2015). Sans oublier que la population vit de plus en plus longtemps avec des pathologies chroniques très lourdes (Vincent et al., 2017).

Si la nature particulièrement complexe de l'activité de soins permet de comprendre les problématiques en matière de sécurité, dans le cadre de leur activité professionnelle, les acteurs peuvent être amenés à transgresser les règles lorsque celles-ci ne sont pas adaptées à la tâche à réaliser. C'est notamment le cas des recommandations de bonnes pratiques (RBP) qui font régulièrement l'objet de transgressions par les professionnels (Rolland et Sicot, 2012).

Lorsque les règles ne sont pas adaptées à l'activité de soins

Au cours du 20^{ème} siècle les membres du corps médical ont identifié des différences entre la science et les pratiques médicales auxquelles ils ont tenté de remédier (Ber, 1995 ; 1997 ; Marks, 1999). L'idée que les médecins eux-mêmes pouvaient avoir des capacités limitées, ce qui entraînerait une variation dans les pratiques médicales, à émergée (Feinstein, 1967 ; Weed, 1971 ; Elstein, 1978). Ainsi, pour améliorer les pratiques individuelles des médecins, les représentants du corps médical ont commencé à promouvoir des outils d'aide à la décision et d'évaluation des pratiques. Parmi ces outils on retrouve les recommandations de bonnes pratiques (*evidence base medicine*, EBM) élaborées à partir des « données actuelles de la science ».

D'après la HAS, les recommandations de bonnes pratiques sont « *des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés*

¹⁶ *Hight Reliability Organization*

dans des circonstances cliniques données ». Elles constituent ainsi des « guides » (« *carelines* ») qui permettent aux praticiens d’agir en toutes circonstances. Il a été démontré que le respect de ces recommandations augmentait la qualité en prodiguant des soins appropriés et diminuait les coûts (Brindis et al., 2013). Cependant, elles ont également fait l’objet de vives critiques et ne sont pas toujours suivies par la communauté médicale (Grol et al., 1998 ; Bauer, 2002). D’après C. Argyriou et al., (2015, p. 373) « *data from studies in the United States and the Netherlands show that typically 30-40% of patients did not receive therapy according to evidence-based medicine (EBM), while at least 20% of the care provided was either unnecessary or even harmful to patients* ».

La standardisation des pratiques induite par les RBP réduirait l’autonomie professionnelle et la part de la décision individuelle (Rolland et Sicot, 2012). Les normes de pratiques limiteraient considérablement l’intérêt de l’activité des médecins dans la mesure où ils n’auraient qu’à appliquer les guides sans réfléchir, tels de simples techniciens (Freidson, 1999). Ces normes sont considérées par les praticiens comme des « livres de cuisine » (Tan, 2006 ; Pogorzelska et Larson, 2008). Certains auteurs parlent d’appauvrissement des tâches du médecin (Ritzer et Walczak, 1988 ; Ogien, 2000 ; Setbon, 2000). Elles auraient également tendance à ignorer les besoins spécifiques ou les préférences de chaque patient (Carlsen et al., 2007). En effet, les médecins accordent une grande importance aux caractéristiques psychologiques de leur patient afin de leur proposer les traitements les plus appropriés qui respectent les règles d’un « *art conjectural* » fondamentalement déterminé par la singularité irréductible de la personne soignée » (Kerleau, 1998, p. 27). L’enquête de J. Bachimont et al., (2006) montrent que les médecins généralistes n’appliquent pas les recommandations car ils les trouvent trop rigides et éloignées de la réalité. Il semble que « *la médecine est encore trop souvent considérée comme un art où l’improvisation voire l’adaptation permanente sont plus valorisées (valorisantes ?) que l’observation de règles* » (Marty, 2011). Les médecins préfèrent s’appuyer sur leur expérience et leurs connaissances tacites.

D’autres auteurs mettent en avant l’« *emprise gestionnaire* » (Ogien, 2000) et parlent « *d’industrialisation* » de la médecine (Le Pen, 1999). En effet, les RBP, élaborées à l’origine dans une visée professionnelle, ont été saisies par les pouvoirs publics et paritaires dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et de la volonté de promouvoir le soin dit « approprié » (Rolland et Sicot, 2012). Les médecins doivent se conformer aux règles de l’art

qui renvoient aux RBP dans le cadre de leur accréditation (évaluation de leurs pratiques professionnelles). L. S. Phillips et *al.*, (2001) qualifient le non-respect des RBP comme un comportement d'« *inertie clinique* ». « *Les buts du traitement sont bien définis, des traitements efficaces sont largement disponibles, les recommandations ont été diffusées de toute part. Malgré ces progrès, les soignants ne commencent pas ou n'intensifient pas le traitement lors de consultations où il faudrait à l'évidence le faire* » (*Ibid.*). La check-list sécurité du patient au bloc opératoire est un exemple de RBP qui fait régulièrement l'objet de transgressions.

La check-list sécurité du patient au bloc opératoire : un exemple de règle transgressée

D'après l'OMS, 234 millions d'interventions chirurgicales sont réalisées chaque année dans le monde. Dans les pays industrialisés, la mortalité en lien avec la chirurgie serait de 0,4 à 0,8% et le taux de complications postopératoires graves serait de 3 à 16%, la moitié de ces complications sont considérées comme évitables. C'est pourquoi, l'OMS a lancé le programme « *Safe Surgery Saves lives* » (« la chirurgie sûre sauve des vies ») en 2007 sous la responsabilité du chirurgien de Boston Atul Gawande et s'est inspirée des procédures issues du domaine de l'aviation et de l'industrie pour créer une check-list visant à réduire les taux de complications et de décès postopératoires.

En effet, la diversité des patients, l'évolution des pratiques, l'augmentation de la technicité et la diminution de la durée de séjour nécessitent une vigilance permanente pour améliorer la sécurité du patient au bloc opératoire et diminuer la survenue d'évènements indésirables. Le principe de cette check-list consiste à vérifier de manière partagée au sein de l'équipe chirurgicale, une série de critères considérés comme indispensables durant toute intervention et le cas échéant, tracer la décision prise en cas de non-conformité, afin de mettre en œuvre des améliorations spécifiques. Malgré son efficacité démontrée au cours de plusieurs enquêtes menées par la HAS ces dernières années, elle reste peu ou partiellement utilisée par les chirurgiens (Haynes et *al.*, 2009 ; Gillespie et *al.*, 2014).

Bien que reconnue comme relativement facile d'utilisation (Treadweell et *al.*, 2014) et impérative pour la sécurité de la prise en charge du patient et de la gestion des risques (Russ et *al.*, 2015 ; Braaf, 2013), mais aussi pour favoriser la communication au sein de l'équipe durant l'intervention (Pugel et *al.*, 2015), cette règle fait, néanmoins, l'objet de nombreux écarts au regard de son application prescrite (Hales et Pronovost, 2006 ; Haynes et *al.*, 2009 ; de Vries et

al., 2010 ; Cabarrot et *al.*, 2011 ; de Thomasson et *al.*, 2011 ; Rateau et *al.*, 2011 ; Paugam-Burtz, Guerrero, 2011 ; Piriou, 2011 ; Benhamou, 2009 ; 2011 ; Vacher, 2013).

A. Fourcade et *al.*, (2012) identifient onze obstacles organisationnels à l'utilisation de cette check-list, tels que la redondance avec les contrôles existants, l'absence de communication entre anesthésiste et chirurgien, le manque de temps pour pouvoir la compléter correctement, elle ne contribue pas à rassurer le patient. Selon les auteurs, deux raisons expliquent ces obstacles. D'une part, la mise en place de cette check-list impose des changements organisationnels (attribution d'un temps spécifique, harmonisation avec les systèmes de notification des EIG...). D'autre part, les auteurs notent que les habitudes culturelles des professionnels constituent également un obstacle : « *relates to professional relationships and cultural habits in clinical practice* » (*Ibid.*, p. 196). En effet, l'utilisation optimale de la check-list impose une communication verbale égalitaire entre les membres de l'équipe chirurgicale. Or, « *operating room staff practices are rooted in a time-honoured hierarchy* » (*Ibid.*).

La transgression des règles de sécurité semble également pouvoir être expliquée par l'existence d'une barrière d'ordre culturel. Afin d'y remédier, la HAS préconise le développement d'une culture de sécurité partagée par l'ensemble des acteurs.

Lorsqu'il existe une barrière d'ordre culturel

- ***Un manque de culture de sécurité***

La gestion des risques à l'hôpital se heurte à des barrières d'ordre culturel (Ocelli et *al.*, 2007 ; Quenon, 2012). A l'inverse de domaines tels que l'aviation civile ou l'industrie pétrolière, les établissements de santé n'ont pas encore réussi à développer une culture de sécurité qui leur permet de déclarer systématiquement les erreurs sans représailles ni jugement (Hudson, 2003). Comme évoqué dans le chapitre précédent, plusieurs études montrent que les médecins ont tendance à ne pas avoir confiance dans les résultats des études nationales sur les EIG et pensent encore moins que la déclaration des incidents soit une bonne piste ou même une priorité pour faire progresser la qualité des soins (Hopkin Tanne, 2002 ; White, 2004 ; Blendon, 2002, cités par Amalberti et *al.*, Rapport de la Drees, juillet 2007). En outre, la culture médicale, qui met l'accent sur la perfection, l'autonomie professionnelle, la collégialité et l'autoréglementation est peu susceptible de favoriser le signalement des erreurs (Barach et Small, 2000). L'idée que les erreurs ne sont pas tolérées est fortement ancrée dans la formation des médecins. Pour la

plupart d'entre eux, la culture de la culpabilité créée pendant leur formation se poursuit dans la pratique (Classen et Kilbridge, 2002).

Afin de répondre au besoin actuel de sécurisation des soins, le rapport de l'IOM (Kohn et al., 1999) recommande un changement de culture à l'hôpital : « *the biggest challenge to moving toward a safer health system is changing the culture from one of blaming individuals for errors to one in which errors are treated not as personal failures, but as opportunities to improve the system and prevent harm* ». C'est ainsi que naît le terme de « culture de sécurité » à l'hôpital, alors déjà présent depuis trente ans dans l'industrie nucléaire (Nascimento, 2009). La notion de culture de sécurité apparaît pour la première fois dans le rapport de la catastrophe de Tchernobyl en 1986 (Occelli et al., 2007). L'Agence Internationale de l'Énergie Atomique (AIEA) définit la culture de sécurité en 1987 comme « *l'ensemble des caractéristiques et des attitudes qui, dans les organisations et chez les individus, font que les questions relatives à la sûreté bénéficient, en priorité, de l'attention qu'elles méritent en raison de leur importance* ». La culture de sécurité joue un rôle dans la survenue des accidents. L'absence de cette culture entraîne les acteurs à transgresser les barrières de sécurité.

Dans une étude sur un accident au sein d'une mine de charbon, A. Hopkins (1999) a montré que la culture pouvait avoir des conséquences négatives sur l'organisation, dans le sens où elle ne permettait pas d'anticiper la survenue d'un accident. D'une part, car les opérateurs préféraient s'appuyer sur leur expérience personnelle plutôt que se conformer aux règles. D'autre part, car ils étaient convaincus que ce type d'accident ne pouvait pas leur arriver.

Pour agir sur les comportements transgressifs et ainsi atteindre un niveau de sécurité acceptable, il convient de développer une culture de sécurité qui soit partagée par l'ensemble des acteurs. C'est un des nombreux enjeux que s'est fixée la HAS.

- ***La nécessité de développer une culture de sécurité partagée par l'ensemble des acteurs***

La HAS préconise le développement d'une « culture de sécurité » au sein des établissements de santé et en fait l'un des objectifs de la certification¹⁷. Le manuel de la certification V2010 comporte un critère spécifique dédié au développement d'une culture de la qualité et de la sécurité. *The European Society for Quality in Health* définit la culture de sécurité comme « *un*

¹⁷ HAS, « La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique », décembre 2010, p. 5

ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondés sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins ». La HAS fait l'hypothèse que la sécurité des soins devrait s'améliorer en développant les dimensions d'une culture de sécurité considérée comme importante, telles que le travail en équipe ou le soutien du management pour la sécurité des soins¹⁸. Cet intérêt pour la culture de sécurité provient des organisations sûres comme l'aéronautique et le nucléaire (Simard, 2010). Un des fondements de la culture de sécurité développé dans ces organisations est d'avoir une vision systémique des erreurs et de tirer les leçons de leur analyse (Ocelli et al., 2007).

A l'inverse, dans les organisations de santé c'est la culture du blâme qui prime (« *blame culture* », Reason, 1995) : « *Healthcare systems must move away from the current “blame and shame” culture that prevents acknowledgement of error and therefore obstructs any possibility of learning from error* » (Nieva et Sorra, 2003). En effet, les erreurs sont traitées selon un angle traditionnel, axé sur la personne, ce qui ne contribue pas à améliorer la sécurité des patients (Singer et al., 2009). D'après J. Reason (2000, p. 769) « *The pursuit of greater safety is seriously impeded by an approach that does not seek out and remove the error provoking properties within the system at large* ». Les approches punitives n'encouragent pas les professionnels de santé à déclarer les EI. Il convient de penser que la qualité et la sécurité des soins doivent être considérées comme le résultat d'interactions entre les éléments du système, plutôt que le résultat d'un mauvais fonctionnement d'un composant unique. Ainsi, plutôt que de sanctionner l'acteur, il convient d'analyser le problème comme faisant partie d'une succession d'évènements (Reason, 1990).

En complément du développement d'une culture de sécurité, des stratégies pour limiter la transgression ont été mises en œuvre avec succès par des organisations confrontées au danger, comme l'aéronautique civile, militaire ou encore le secteur du nucléaire (Weick et Sutcliffe, 2001). Il s'agit d'organisations hautement fiables, dites HRO, dont le concept a été développé par K. H. Roberts (1990) et dont les grandes lignes seront présentées dans la section suivante.

¹⁸ Etude sur la mesure de la culture de sécurité des soins réalisée en 2007 dans six établissements de santé en Aquitaine par le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA).

L'apport du modèle « HRO » dans la limitation des transgressions

- ***Qu'est-ce qu'une « HRO » ?***

Les HRO sont des organisations confrontées à des situations d'une extrême complexité. Les premières recherches sur ce modèle se sont intéressées aux centrales électriques, nucléaires et les porte-avions. Au sein de ces organisations, c'est la survenance d'un événement imprévu qui est génératrice de complexité. Les HRO évoluent dans un système complexe, au sein duquel les membres doivent ajuster leurs vigilances et recadrer leurs actions en fonction de la situation en cours. Ces organisations fonctionnent sur la base de relations de confiance établies entre les membres. Ils ont la capacité de désigner un leader, d'identifier des acteurs et être autonomes quant à leur supervision. Ils maîtrisent deux savoirs qu'ils cultivent sans arrêt : le travail en équipe et le devoir d'alerter lorsqu'une anomalie est constatée. Le risque n'est pas recherché par le modèle économique, mais il est inhérent et accepté par la profession.

L'organisation des HRO leur permet ainsi de limiter la transgression des acteurs et d'augmenter le niveau de sécurité à travers une attention particulière portée aux défaillances (les acteurs sont capables d'identifier les « vulnérabilités possibles » (Vogus et Sutcliffe, 2007, p. 3420)), une méfiance envers la simplification (ne pas sur-simplifier, ne pas tenter d'aller plus vite), une sensibilité aux opérations réelles et aux difficultés concrètes de mise en œuvre (rester concentré sur la tâche à réaliser), une implication dans la résilience (aucun système n'est parfait mais une erreur ne doit pas entraver le fonctionnement) et enfin, la défense envers l'expertise des équipes (en cas de problème, c'est celui qui possède l'expertise qui prend la décision) (Gentil, 2016, p. 295).

C. de Bovis et *al.*, (2011) considèrent déjà les hôpitaux comme des HRO car « *les situations d'urgences, complexes et imprévues font partie du quotidien. Le nombre d'acteurs en présence, de techniques pointues à maîtriser, d'acteurs externes et les évolutions parfois peu prévisibles de l'état de santé des patients complexifient le système* » (*ibid.*, p. 13). Ainsi, le groupe est structuré et les membres partagent un engagement commun de la qualité et une capacité d'alerte importante. Le groupe y est sensible et donne du sens aux événements. Le culte de l'intelligence du groupe et l'adaptation aux situations changeantes représentent les traits de culture principale de l'organisation (Amalberti et *al.*, 2005).

Toutefois cette analyse de C. de Bovis apparaît critiquable au regard des comportements transgressifs des acteurs et du nombre élevé d'EIG. Il semble que les hôpitaux, et plus particulièrement le bloc opératoire, s'organisent selon le modèle « ultra-résilient » (ou « ultra-adaptatif »), deuxième modèle de sécurité développé par R. Amalberti (Cf. tableau en annexe). En effet, dans ce modèle la formation des acteurs passe par un apprentissage par les pairs, une accumulation de l'expérience professionnelle et un travail sur la connaissance de ses propres limites. A l'instar de la culture professionnelle des médecins qui valorise le culte du héros (nous y reviendrons dans la section suivante), le « *fighter spirit* » est un des traits de culture principal de ce modèle. En outre, ce modèle valorise la compétence experte des acteurs et leur expérience accumulée dans le domaine technique et ne place pas la règle au centre des préoccupations. Ainsi, pour certains auteurs tels que S. Bagnara et *al.*, (2010), malgré les quelques améliorations, les initiatives entreprises ces dernières années pour transformer les hôpitaux en HRO n'ont pas donné les résultats attendus.

- ***Les hôpitaux ne sont pas (encore) des HRO***

S. Bagnara et *al.*, (2010) préconisent de prendre en considération les particularités propres aux hôpitaux avant de s'engager dans une approche HRO. D'une part, ils indiquent que contrairement aux organisations HRO, les hôpitaux sont constitués d'une multitude d'intervenants qui peuvent avoir un rôle plus ou moins passif dans l'organisation. En outre, les hôpitaux prennent en charge des êtres humains, qui par définition, ne sont jamais les mêmes et dont l'état de santé peut évoluer à tout instant, réagir différemment aux traitements... (activité par nature complexe). Les patients apportent une variabilité imprévisible à l'hôpital (Minvielle, 1996), ce qui rend difficile, voire impossible, l'établissement de procédures standards et impose une refonte continue des procédures de l'organisation (Bagnara et *al.*, 2010, p. 715). D'autre part, contrairement aux organisations HRO, l'implication émotionnelle des acteurs de l'hôpital dans les décisions à prendre les empêche de raisonner de manière rationnelle. S. Bagnara et *al.*, (2010) résument les différences entre les hôpitaux et les HRO dans le tableau 5, ci-dessous :

Hôpitaux	Organisations à haute fiabilité
Accidents mineurs mais fréquents	Peu d'accidents ou catastrophes
Victime : patient	Victime : opérateur
Victime désignée : patient	Victime désignée : opérateur
« Double système » d'êtres humains (patient et personnel) Prise de décision émotionnelle, fondée sur la négociation	Systèmes d'artefacts humains, prise de décision rationnelle
Des organisations en constante évolution	Des organisations stables
Interactions diverses	Interactions définies

TABLEAU 5 : PRINCIPALES DIFFERENCES ENTRE LES HOPITAUX ET LES HRO TRADITIONNELLES (ADAPTE DE BAGNARA ET AL., 2010, P. 716)

Ces différences viennent conforter le fait que les hôpitaux sont loin d'être des organisations à haute fiabilité au même titre que l'industrie nucléaire ou encore l'aviation civile par exemple, le niveau de sécurité des patients étant encore faible. R. Amalberti et al., (2005) ont démontré l'existence de cinq barrières empêchant les hôpitaux de devenir des HRO. Pour devenir « ultra-sûr », un système doit surmonter les barrières suivantes :

- accepter de limiter sa performance (limiter la prise en charge du nombre de patients, ce qui *a priori*, ne semble pas possible) ;
- réduire son autonomie et accepter de moduler ses bénéfices au profit de bénéfices d'autres acteurs du groupe ;
- abandonner une « attitude d'artisan » pour adopter une attitude d'acteur équivalent ;
- ne pas se lancer dans une « stratégie de parapluie » grossissant inutilement les règles avec le risque d'échappement et d'effets collatéraux ;
- oublier le risque quand on est devenu ultra-sûr et adapter le système d'analyses des événements à cette performance exceptionnelle.

Les hôpitaux sont ainsi comparables à un système « artisanal » dans lequel la sécurité est « gérée » mais pas « régulée ». Or, pour être efficace dans la gestion du risque, la sécurité doit être régulée par des règles et des procédures, mais également gérée, c'est-à-dire provenir de l'intelligence adaptative des opérateurs et des professionnels du système. Dans un système artisanal, la régulation est faible car elle dépend des compétences des acteurs qui bénéficient par ailleurs d'une capacité d'adaptation remarquable. C'est le cas pour les hôpitaux au sein

desquels la sécurité dépend essentiellement de la compétence des médecins (Amalberti, 2013). Malgré l'existence de singularités propres à l'hôpital, des auteurs proposent des moyens d'action afin de limiter la transgression au sein de ces structures, comme la mise en place de « barrières de sécurité ».

Un moyen d'action pour éviter la survenue des transgressions : la mise en place de « barrières de sécurité »

R. Amalberti (2001b) préconise la mise en place de « barrières de sécurité » robustes au sein des systèmes à risques, afin qu'ils puissent rester sûrs. Les systèmes à risques sont liés à des activités humaines présentant un risque direct pour leurs opérateurs ou leurs environnements (pratiques sportives dites extrêmes (escalade, parapente...), activités industrielles (industrie chimique et pétrolière, mines, industrie nucléaire...), pratiques médicales (chirurgie, anesthésie...) ainsi que les activités de transports (aviation civile, transport aérien, automobile...)). Chacune de ces activités présente des risques divers ainsi que des causes d'accidents variées.

A partir du modèle de gestion des risques et des accidents de J. Rasmussen (1997), R. Amalberti (2001) montre que ces barrières de sécurité ont pour fonction de limiter la « migration des comportements » des acteurs vers les limites de sécurité. Selon R. Amalberti (2001) ces barrières constituent un véritable système de « freinage » indispensable pour limiter la migration des comportements aux limites de sécurité au profit de la performance et des bénéfices individuels. Toutefois, la migration est inévitable et inhérente car ces barrières cèdent très vite sous la pression de la vie réelle. En effet, d'après J. Rasmussen (1997), d'une part, les acteurs ne suivent pas totalement les règles établies afin d'être plus productifs et, d'autre part, les acteurs sont influencés par des forces organisationnelles et sociales (pressions économiques, politiques...). Les pratiques ont besoin de s'adapter au nouveau contexte et par conséquent, cette adaptation entraîne les acteurs à transgresser les règles de sécurité afin d'accroître leurs performances et leur productivité. Les transgressions témoignent de l'inadéquation entre le modèle de sécurité et le modèle de performance réel du système. Plus la demande de production est élevée, plus la transgression des règles de sécurité est fréquente. Il s'agit du modèle de la « double migration » des pratiques.

D'après R. Amalberti, les premières transgressions sont toujours commises par la direction qui, faute de moyens, se voit contrainte d'assumer une performance supérieure à celle prévue au

départ (manque de personnel, panne...). La deuxième « migration » est réalisée par les individus, en contre partie des efforts faits pour travailler « officiellement illégalement » et « transgresser officiellement » tous les jours les règles pour assumer la performance demandée (Espin et *al.*, 2006). A ce stade « normal-illégal », les transgressions sont appelées des « *Borderline Tolerated Conditions of Use* » (BTCU). Ces BTCU possèdent quatre caractéristiques : elles sont d'abord perçues comme des avantages et non comme des risques ; elles améliorent la performance du système ou procurent un avantage pour l'individu ; elles sont tolérées par la direction et parfois même souhaitées ; et enfin, elles sont associées à diverses mesures de sécurité informelles (Amalberti et *al.*, 2006).

R. Amalberti et *al.*, (2006) ajoutent que la troisième et dernière phase se produit après un certain temps, lorsque les transgressions sont devenues routinières et si courantes qu'elles sont presque invisibles tant pour les travailleurs que pour les gestionnaires, faisant ainsi écho à la normalisation de la déviance définie par D. Vaughan (1996). En effet, les opérateurs, sachant qu'ils transgressent une règle, mettent en place des stratégies personnelles de maîtrise du risque. La correction de la transgression peut paradoxalement accroître le risque par suppression de cette sécurité. La transgression est donc la conséquence de l'adaptation d'un système et de ses acteurs. A ce stade, dans les soins, toute transgression supplémentaire peut entraîner un préjudice pour le patient et pour les professionnels.

Paradoxalement, la profusion de règles de sécurité peut avoir un effet contre-productif. L'étude de G. de Saint Maurice et *al.*, (2010) montre qu'il est préférable d'abandonner une règle de sécurité plutôt que de sanctionner l'acteur, si elle n'est pas considérée comme prioritaire par le personnel. Concernant les BTCU, R. Amalberti et *al.*, (2006) considèrent qu'il n'est pas pertinent de les sanctionner. Ils préconisent d'identifier les transgressions et les migrations de systèmes à un stade précoce, afin de les éviter. En outre, en l'absence de contrôle de la part des pairs, certains individus continueront à transgresser les règles. Il est donc important d'impliquer l'ensemble des acteurs dans la gestion des risques.

Si la transgression des règles par les acteurs est inévitable au sein des organisations et impossible à maîtriser, comment augmenter le niveau de sécurité ? Des auteurs préconisent le recours au « monitoring » de la règle.

Une réponse à la transgression : le recours au « monitoring » de la règle

Afin d'éviter le phénomène de migration des comportements, A. Hale et D. Borys (2013) proposent d'intégrer la surveillance de l'usage de la règle et son évaluation à partir de deux modèles de management des risques. Le modèle 1 vise à sanctionner quand la règle n'est pas respectée et le modèle 2 a pour but de faire évoluer les règles qui ne sont pas suivies.

En dehors des « règles d'or », qui ne devraient jamais être transgressées, l'évaluation des règles et de leur usage doit conduire soit à corriger la règle, soit à la reconcevoir ou à l'abroger lorsqu'elle est devenue non pertinente pour l'organisation ou que d'autres dispositifs de sécurité sont plus adaptés (cases 1, 2 et 5 de la figure 3, ci-dessous). De cette manière on évite l'accumulation de règles devenues inutiles à l'organisation. L'autre intérêt de ce mode de management est qu'il permet d'inclure les acteurs dans la vie de l'organisation, grâce à la création d'un dialogue entre concepteurs et opérateurs de la règle. Ainsi, les concepteurs sont informés de la réalité du terrain et adaptent les règles en conséquence. Il est d'autant plus important d'impliquer les professions hautement qualifiées qu'ils sont habitués à concevoir leurs propres routines pour faire face aux éventualités qu'ils rencontrent et sont plus résistants aux règles qui leur sont imposées (Hale et *al.*, 2015). Enfin, une période de test est laissée aux acteurs afin de savoir si la règle pourra être conservée dans la « mémoire de l'organisation » (cases 8 et 9). La figure 3 ci-dessous schématise le processus d'évaluation de la règle proposé par les auteurs.

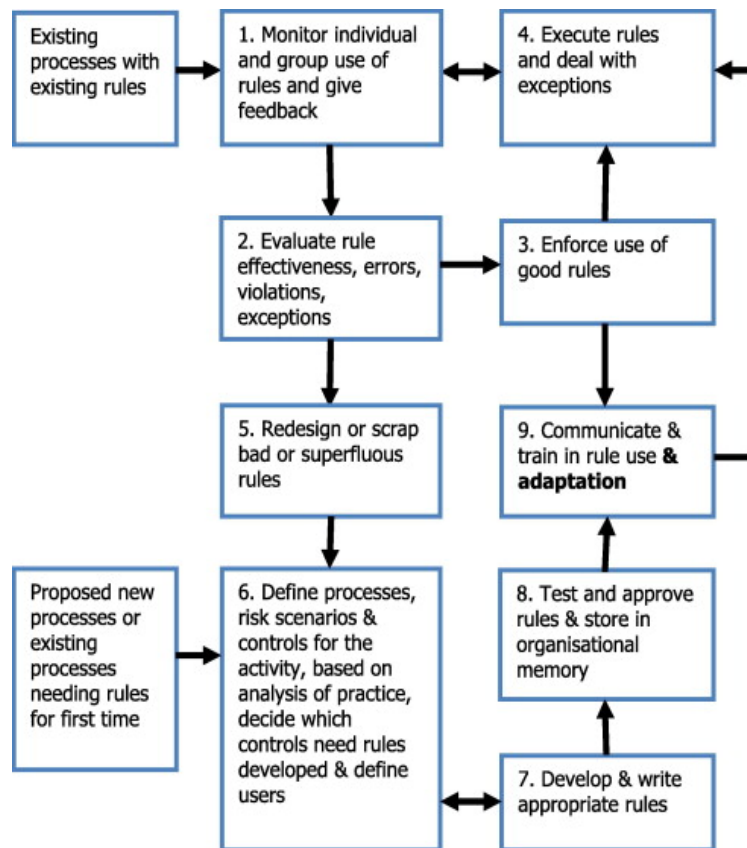


FIGURE 3 : FRAMEWORK OF RULE MANAGEMENT ADAPTED FROM LARSEN *ET AL.*, (2004)
(HALE ET BORYS, 2013, P. 224)

En considérant les forces et les faiblesses des deux approches (modèles 1 et 2) ce mode de management apparaît comme novateur. Il permet de partir de l’usage des règles et de leur intérêt et non plus du comportement transgressif de l’acteur pour faire appliquer les règles. Si les cases 2 et 5 du modèle, qui consistent à évaluer la règle par rapport aux diverses transgressions et à la modifier ou à la supprimer quand cela s’avère nécessaire n’étaient pas prise en considération dans le processus de développement de la règle, alors les acteurs ne seraient pas impliqués dans la gestion des risques (Hale et *al.*, 2015).

Ce modèle permet d’impliquer les acteurs dans la conception de la règle qu’ils auront à appliquer. Des recherches en ergonomie ont montré que leur implication permettait une meilleure identification et surtout la prise en compte de leurs besoins (Darses et Reuzeau, 2004). En outre, il offre une réponse aux transgressions. En permettant d’adapter la règle à la réalité du travail, il limite ainsi l’écart entre le travail réel et le travail prescrit. Il permet également la prise d’initiatives des acteurs et contribue à l’innovation en matière de techniques et de sécurité.

Si ces moyens d'action proposés ne sanctionnent pas la transgression, ils cherchent à la corriger en « douceur » en impliquant les acteurs dans l'élaboration des règles. A l'inverse, la littérature propose également de tolérer la transgression, voire de la susciter.

2.2.2 La transgression doit être tolérée ou encouragée lorsqu'elle améliore le fonctionnement de l'organisation

2.2.2.1 Tolérer la transgression lorsqu'elle permet de mener à bien le travail

Un certain nombre de travaux d'ergonomes ont cherché à comprendre les « écarts » des acteurs par rapport aux règles au sein des entreprises. En effet, la différence entre le travail prescrit et le travail réel est au fondement des recherches en ergonomie, notamment de langue française. Cette distinction fait référence à la « tâche prescrite », ce qui est à faire, et « l'activité », la façon dont se mobilise l'acteur pour réaliser cette tâche (Falzon, 2004 ; de Montmollin, 1984). Il existe une différence entre la conception de l'activité par celui qui construit la prescription en fonction de ses représentations de la situation et l'activité effective réalisée par celui qui doit appliquer la prescription. L'écart entre les deux est tout l'enjeu de la compréhension du travail.

La différence entre travail prescrit et réel est ancienne. Elle a été identifiée par D. Roy (1954) qui a décrit comment les ouvriers de production d'une usine luttent pour gagner du temps, avec la complicité bienveillante des contremaîtres. En 1955, A. Ombredane et J.-M. Faverge ont ensuite introduit une distinction entre tâche formelle et tâche informelle. Ce constat a ensuite été approfondi par A. Wisner (1995) pour qui, la mobilisation de ressources intellectuelles de la part du travailleur est essentielle afin de combler le décalage entre travail prescrit et travail réel. M. de Montmollin (1984) nomme ces « infractions » l'« *intelligence de la tâche* ». Il s'agit de la capacité qu'ont les opérateurs à s'adapter et à résoudre les problèmes qui surviennent lors de la réalisation de la tâche. Ainsi, l'individu fait appel à son « intelligence rusée » ou « *mètis* » (Détienne et Vernant, 1974 ; Dejours, 2009) en référence à la déesse grecque. Il s'agit des « ficelles » du métier, des savoir-faire, permettant au travailleur de mener à bien la tâche. Ces ruses, qui désignent une capacité à s'adapter à une situation et à trouver des solutions, sont reconnues par les pairs, leur permettant ainsi de former une communauté de métier qui donne sens à leur travail. Les transgressions des règles de sécurité peuvent ainsi être les témoins de l'adaptation de l'intelligence des acteurs à la tâche. Ces transgressions

« positives » constituent des « comportements d'incitatives » qui participent à la gestion de la sécurité (Daniellou et *al.*, 2010). De ce point de vue, la sécurité n'est pas toujours garantie par le respect de la règle, mais par les acteurs qui mobilisent leur intelligence en fonction de la situation (Dekker, 2005).

En effet, pour faire face aux imprévus et aux incidents, l'individu transgresse les interdits et les règles mis en place au sein de l'organisation (Girin et Grosjean, 1996). D'où la proposition de C. Dejours (2003, p. 15) : « *Travailler suppose donc, nolens volens, d'en passer par des chemins qui s'écartent des prescriptions, bien travailler c'est toujours faire des infractions* ». La transgression des règles est d'autant plus intéressante à étudier d'après O. Babeau et J.-F. Chanlat (2008), qu'elle « *n'est pas là une spéculation ou un soupçon, mais bien un fait indiscutable qui concerne le fonctionnement quotidien de toutes les entreprises* ». D'après les recherches en ergonomie, la transgression au sein des organisations n'est donc pas seulement un écart à une norme en vigueur ou une forme de résistance, mais bien la condition nécessaire à la réalisation d'une tâche, dans le but de mener à bien son travail (Girin et Grosjean, 1996) ou encore de faciliter la réalisation d'un travail commun (Babeau et Chanlat, 2008 ; 2011). Elle peut également contribuer à protéger la santé de l'acteur des répercussions négatives de l'activité en se ménageant des espaces de repos et de liberté (Falzon, 2004). R. Linhart (1978) a observé ces pratiques au sein des usines de montage Citroën, à la fin des années soixante. Cette transgression est qualifiée de « *transgression fonctionnelle* » par F. Villette et M. Fourcade (2016) car elle contribue à la réalisation des objectifs attendus.

De manière quelque peu paradoxale, D. Lhuilier (2010) ajoute que la transgression des règles peut même devenir la règle. « *Aucune activité ne s'accommode jamais d'un respect absolu des règles* » (*id.*, p. 41). Ainsi, dans certains cas, la norme n'est plus le respect des règles. A l'instar de D. Lhuilier, J. Girin et M. Grosjean (1996, p. 5) affirment que « *la règle, au sens de la régularité observée, c'est la transgression des règles* ». Ces auteurs qualifient ces transgressions d'« *inévitables* », « *c'est-à-dire celles que l'on est contraint de faire pour pouvoir travailler, faire fonctionner l'organisation, l'entreprise* » (*ibid.*, p. 7). En d'autres termes, si les prescriptions étaient respectées à la lettre, comme c'est le cas lors des grèves de zèle, aucune production ne serait possible (Dejours et Gernet, 2012). Les théories contemporaines du management ont intégré ce fait et parlent d'« *écarts créatifs aux normes* » (Périlleux, 2001). Désormais, pour certains auteurs « *l'entreprise doit compter sur la capacité*

d’initiative de chacun des salariés qu’elle emploie. Et en appeler à l’initiative, c’est en appeler à l’autonomie et à la liberté (Landier, cité in Boltanski, Chiapello, 1999, 139) » (Périlleux, 2003). Les déficiences de l’organisation prescrite des tâches sont reconnues par les gestionnaires qui font appel aux « exécutants » « pour permettre un ajustement rapide aux demandes les plus variées des clients » (Périlleux, 2003) et ainsi « encourager l’adoption de conduites originales face à des situations non anticipées » (Pemartin, 1998).

La transgression peut donc ne pas être envisagée seulement comme un risque ou un danger pour l’organisation. Au contraire, elle peut être la source de développements et s’affirmer comme une composante nécessaire à l’organisation, au même titre que la « déviance ordinaire » de N. Alter (2000). Selon lui, au sein des organisations, la déviance « *n’est pas un phénomène marginal, périphérique au mouvement (soit, aux pratiques « banales »), elle en est au contraire à la fois le cœur et à la fois le lot quotidien* » (Alter, 2000, p. 169). L’autorisation de l’innovation et de l’évolution des règles conduit à considérer la transgression comme indispensable au développement des organisations.

2.2.2.2 Encourager la transgression lorsqu’elle est vecteur d’innovations

Certaines transgressions considérées comme positives, peuvent être admises lorsqu’elles entraînent l’innovation. Elles reflètent l’intelligence et la capacité de l’acteur à contribuer à la gestion de la sécurité (Collard, 2011 ; Barel et Frémeaux, 2010). On est alors dans le cadre d’une « *déviance innovatrice* » qui ne constitue pas un danger pour l’organisation (Bréchet, 2008, p. 24). De cette façon, les acteurs participent au développement de l’organisation et à l’activité collective de fabrication ou de création. Comme le souligne P. Davezies (1997) « *le travail est toujours autre chose que ce que l’on peut croire lorsqu’on observe de l’extérieur (...) les gens ne font jamais ce qu’on leur dit de faire, ils font autre chose et c’est précisément pour cela que ça marche* ». Les études sur le travail ont démontré que les travailleurs sont d’autant plus satisfaits de leur travail qu’ils peuvent « *avoir leur mot à dire* » (Freeman et Rogers, 1999). L’autonomie dans le travail est un facteur déterminant pour la santé des acteurs et l’efficacité de l’organisation (de Terssac, 1992). Les recherches en sociologie des organisations de M. Crozier et E. Friedberg (1977, p. 109) montrent que « *c’est en manifestant une certaine tolérance à l’égard de certaines transgressions des règles existantes dont se rendent coupables ses subordonnés qu’il obtiendra [le manager], en échange, de leur part, un comportement coopératif dont il a besoin pour mener à bien ses propres tâches* ». Ainsi, bien

que l'approche ergonomique du travail et la sociologie des organisations s'ignorent mutuellement, elles aboutissent au même constat : la transgression est nécessaire dans le travail lorsqu'elle a pour but de contribuer au développement de l'organisation.

La possibilité donnée aux acteurs d'innover peut également permettre d'accroître l'efficacité du travail. Dans les secteurs ultra-sûrs tels que la chimie et les centrales nucléaires, D. Duclos (1987) et G. Doniol-Shaw (1999) observent la prise de risque du personnel dans le but d'accroître l'efficacité de la réalisation du travail. C'est ce que L. Honoré (2000) nomme une transgression dite « *chronique et organisée* ». Il prend l'exemple d'un employé de banque qui justifie son comportement transgressif « *par la nécessité d'améliorer l'efficacité économique de la réalisation de son activité et, de manière plus globale, par celle d'améliorer la performance de son entité. Il la justifie aussi par sa certitude d'être meilleure que les règles dans l'évaluation et la maîtrise du risque et surtout meilleure que sa hiérarchie, qui reste loin du terrain* » (*id.*, p. 9). Il réalise son travail de la manière la plus efficace possible, la plus performante possible selon lui. Cette transgression est qualifiée de « *déviance positive* » lorsque les acteurs ont la conviction d'agir pour la bonne cause (Gary, 2014 ; Walls et Hoffman, 2013 ; Létourneau et *al.*, 2013). La déviance positive « *réfère à tout comportement qui va au-delà des normes ou qui permet d'atteindre un idéal tout en générant une réponse collective positive* » (Létourneau et *al.*, 2013, p. 23). Dans ce cas, la déviance est « *désirée* », « *suscitée* » (Honoré, 2006, p. 67) voire souhaitable (Warren, 2003). L'individu transgresseur est ainsi considéré comme un innovateur qu'il ne faut pas contraindre (Alter, 2011).

A côté de la déviance « *ordinaire* » qui a pour but de favoriser l'innovation dans les organisations proposée par N. Alter (2000), O. Babeau développe l'idée d'une « *transgression ordinaire* ». Il s'agit de « *transgressions quotidiennes, connues de tous et accomplies par tous, qui sont d'une gravité limitée, mais jouent un rôle à part entière dans le fonctionnement de l'organisation* » (*id.*, 2007, p. 479). Ces transgressions sont la preuve de l'intelligence et de l'adaptation des acteurs à la réalité des situations. Il ne s'agit donc pas là de sabotage ou de malhonnêteté pure qui doivent être sanctionnés. L'auteur préconise de tolérer ces transgressions car « *il serait vain de supprimer ou officialiser ces transgressions, mais aussi nuisible au fonctionnement de l'organisation* » (*id.*, p. 466). A l'inverse de les masquer ou de les empêcher, O. Babeau (2005) invite donc les gestionnaires à intégrer ces transgressions dans le fonctionnement de l'organisation.

2.2.3 Synthèse du 2.2 Quelles réponses pour agir sur la transgression des règles au sein des organisations ?

La revue de la littérature réalisée jusqu'à présent permet de distinguer deux réponses principales pour agir sur la transgression des règles :

- **sanctionner ou corriger en « douceur » le comportement transgressif** de l'acteur lorsque celui-ci entraîne des conséquences négatives sur l'organisation ;
- **tolérer ou encourager le comportement transgressif**, lorsque la règle n'est plus pertinente ou lorsqu'elle ralentit le fonctionnement de l'organisation.

Existe-t-il d'autres réponses ou modes d'action complémentaires adaptés afin d'agir sur la transgression ?

Des travaux issus de recherches en sociologie, en anthropologie et en psychodynamique du travail semblent proposer une interprétation des actes transgressifs intéressante mais sans suggérer de mode d'action pour y remédier. D'après ces auteurs, la transgression proviendrait du besoin de mettre en avant une culture professionnelle et des valeurs (Godeau, 2007 ; Pouchelle, 2013 ; 2015). Elle serait issue de dispositions socialement construites et transmises au cours de l'apprentissage du métier (Peneff, 1997 ; Zolesio, 2009 ; 2012 ; 2015). Enfin, les recherches en psychodynamique du travail, suggèrent que la transgression permettrait de lutter contre la peur générée par le travail (Dejours, 1993 ; Molinier, 2000). Les acteurs se protègent de la souffrance au travail en adoptant un comportement transgressif qu'il convient d'explicitier à partir du cas exemplaire des blocs opératoires.

2.3 Le cas du bloc opératoire : l'influence de l'activité sur la transgression des règles

Cette section s'attachera à mettre en lumière le rôle de l'activité sur la transgression des règles qui peut être influencée par plusieurs facteurs tels que la culture professionnelle, l'apprentissage du métier et des conditions de travail atypiques.

2.3.1 Le rôle de la culture professionnelle dans la transgression des règles

Il n'existe pas de définition unanimement admise de la « culture ». La définition de E. Tylor (1871), citée par J. Galaty et J. Leavitt (1991, p. 190), la décrit comme « *un ensemble complexe incluant les savoirs, les croyances, l'art, les mœurs, le droit, les coutumes ainsi que toute disposition ou usage acquis par l'homme vivant en société* ». D'après C. Lévi-Strauss (1958) les éléments d'une culture ne peuvent se comprendre pris isolément, mais uniquement dans la relation d'écart qu'ils entretiennent avec les autres éléments. Il ajoute ainsi la notion d'« *écarts significatifs* » entre les cultures, pour les différencier. « *Nous appelons culture tout ensemble ethnographique qui, du point de vue de l'enquête, présente, par rapport à d'autres, des écarts significatifs* » (1958, p. 325). Enfin, d'après D. Schneider, cité par J. Galaty et J. Leavitt (1991, p. 195), « *la culture est un système de croyances normatives, de valeurs et de symboles issus de – mais dont l'ensemble n'est pas réductible à – l'action* ». Ainsi, bien que les cultures possèdent des points communs elles présentent également des « *écarts significatifs* » qui permettent de les distinguer à travers des valeurs, des savoirs, des croyances.

La culture est une composante importante du métier de chirurgien au sein duquel la transgression y occupe une place centrale du fait de la spécificité de leur activité professionnelle.

2.3.1.1 La chirurgie, une activité par essence transgressive

Au sein du bloc opératoire la transgression est spécifiquement liée à l'activité professionnelle des chirurgiens qui manipulent et interviennent sur des corps humains. D'après M.C. Pouchelle (2003 ; 2008) la violence y est très présente et contribue directement à structurer l'identité du métier de chirurgien. Elle serait valorisée par une culture professionnelle et s'exprimerait dans l'acte chirurgical même. En effet, l'acte chirurgical, dont le but est d'« entrer » dans le corps

humain, fait des chirurgiens des « *transgresseurs de tabous et, à ce titre, des personnages ambivalents, symboliquement sacrés et souillés, donc par définition fascinants et redoutables* » (Pouchelle, 2013). A travers cet acte opératoire à caractère transgressif et particulièrement agressif, le chirurgien porte atteinte à l'intégrité corporelle des patients (Godeau, 2007 ; Caillol, 2012). « *Dès l'instant où la lame du bistouri coupe la chair, il y a agression* » (Caillol, 2012, p. 268).

La chirurgie est donc considérée comme une activité agressive, car l'acte d'opérer impose une certaine force pour faire céder les tissus et les os (particulièrement en orthopédie). L'intrusion dans la chair est toujours douloureuse et fait couler le sang. Le chirurgien est d'ailleurs adulé et sacralisé car « *il fait couler le sang en ouvrant le corps humain* » (*id.*, p. 274)¹⁹. Or, le sang ne peut couler sans qu'il y ait un minimum de violence. L'agressivité provient également de la « *volonté de vaincre* » la difficulté du geste mais aussi la maladie, le « *mal* », pour lequel on intervient sur le corps du patient (*id.*, p. 267). Cette agressivité nécessaire aurait un sens. D'après M. Caillol (2012, p. 164) « *oublier que toute intervention est nécessairement agressive et touche la totalité de l'être de l'opéré peut amener à la banaliser, lui ôtant toute importance, toute gravité* ». Cette agressivité permet au chirurgien de se libérer de son fardeau moral (A. L. Boch 2009). « *Le chirurgien, en transgressant, va faire couler le sang, réduisant volontairement son opéré à l'objet de sa chirurgie* » (Caillol, 2012, p. 234).

L'écrivain Léon Daudet (1894) illustre de manière très caricaturale ces pratiques, parfois violentes, qui sont par essence transgressives, puisqu'il s'agit de toucher et de s'introduire dans un corps humain, objet sacré par nature :

« Les globes des yeux tournèrent rapidement et, sortant de l'orbite, proéminèrent sur leur pédicules rouges (...) La poitrine et l'abdomen étaient parcourus de secousses folles, comme si des serpents grouillaient sous la peau. On perçu plusieurs craquements consécutifs, c'étaient les os qui se rompaient sous l'effort de

¹⁹ Ce droit est réservé au chirurgien depuis le Moyen Age, car à l'époque la médecine est pratiquée par l'Eglise qui interdit aux médecins (membres du clergé) de réaliser des gestes sanglants (« *Ecclesia abhorret a sanguine* », décrété par le concile de Tours en 1163). Le sang est réputé impur par l'Eglise et la mort appartient à Dieu. En 1215, le IV^e concile du Latran va plus loin et interdit explicitement aux prêtres d'exercer la chirurgie. Ce droit revint donc aux barbiers, laïcs, seuls hommes qui n'avaient pas d'interdiction et qui étaient habitués à manipuler des outils tranchants. Ils devinrent ainsi des « *barbier-chirurgiens* ». Il a donc fallu enfreindre un tabou pour disséquer des corps.

la contraction musculaire. Ses yeux, chassés décidément des orbites, coulèrent sur les joues telles deux colossales larmes écarlates. C'était trop, je me détournais » (p. 194-195).

S'il « existe bien du sacré dans le corps d'une personne humaine et dans cet agir qu'y représente la chirurgie », il y aurait donc bien quelque chose de « transcendant », enfoui au plus profond du chirurgien (Caillol, 2012, p. 256). Il semble que la violence des pratiques chirurgicales soit pourtant contradictoires avec l'adage enseigné aux étudiants en médecine : « *Primum non nocere* ». C'est justement toute l'ambiguïté du rapport à la violence qui à la fois terrifie et fascine. Et cette fascination suscite le désir de la transgression. Pour l'écrivain Georges Bataille, c'est l'interdit même qui fonde le désir ; le désir de dépasser les limites. Il affirme que « *l'interdit est là pour être violé* » (1957, p. 72).

Bien que son métier consiste à « faire le bien », le chirurgien peut ainsi se sentir proche du guerrier, du bourreau, voire de l'« assassin imaginaire » (Pouchelle, 2008) ou encore de l'« assassin légalisé » (Molinier, 2012). Selon M. Caillol (2012, p. 272) le chirurgien « *reste bien près du bourreau puisque, techniquement parlant, comme lui il fait couler le sang et il modifie l'agencement « anatomique » du corps* ». Le pouvoir de vaincre la maladie, de guérir, lui donne le sentiment d'homme « tout puissant », érigé en « héros ». Cet imaginaire est transmis aux futurs médecins dès le début de leurs études en médecine reconnues comme étant particulièrement longues et difficiles, autant sur le plan psychologique que physique.

2.3.1.2 Une transgression transmise au cours de l'apprentissage du métier

Le prestige de la profession de chirurgien se construit dans le processus d'enseignement initial. Les études sont longues et sélectives (les études de médecine durent six ans, l'internat quatre ans et le clinicat, quatre ans également). Le parcours est parfois aléatoire car il dépend du rang de sortie au concours de l'internat et des opportunités qui s'offrent en termes de postes, des choix géographiques... En France, les études de médecine sont organisées en trois cycles dont les programmes peuvent varier entre les universités mais dont le contenu total est le même cycle par cycle, ce qui fait qu'un étudiant peut changer d'université à la fin, et à la fin seulement de chaque cycle (Bercot et Mathieu-Fritz, 2006, p. 105).

D'après E. Zolesio (2013), l'ensemble des dispositions professionnelles des chirurgiens leurs sont transmises par leurs pairs au cours de la formation chirurgicale, véritable « École de la

rigueur » et de la perfectibilité, dont l'enseignement est considéré comme étant « à la dure » et qui se fait « par claques », afin de pousser les apprentis médecins dans leurs retranchements (Zolesio, 2015). Ces modalités d'apprentissage, permettent ainsi, en plus de socialiser et de former l'apprenti chirurgien, « *de réaffirmer, devant les autres agents, le pouvoir du dominant, dans les différents contextes de formation, de la chambre du patient au bloc opératoire* » (Zolesio, 2015). C'est ainsi qu'agit la « socialisation professionnelle » qui peut se définir comme « *l'ensemble des étapes qui permettent à un professionnel de le devenir à part entière* » (Alain et Pruvost, 2011) et que naît leur « besoin » de transgresser tout au long de leur carrière. Cette relation de maître à élève est un élément de compréhension essentiel de la culture professionnelle des médecins. « *L'accès au savoir-faire de l'intervention se fait sous la forme du compagnonnage par assimilation progressive des gestes et de leurs résultats* » (Bercot et al., 2011). La médecine est un enseignement donné par un père symbolique qui se transmet de génération en génération.

La formation et les écoles spécialisées jouent un rôle majeur dans la transmission et la construction de l'identité professionnelle. D'après E. Hugues (1958), « *la formation des membres de la profession médicale est un ensemble d'expériences planifiées et non planifiées par lesquels les profanes, habituellement jeunes et avertis de la culture médicale régnante s'approprient une certaine partie de la culture médicale technique et scientifique des professionnels* » (Rothier Bautzer, 2003, p. 60). Dans l'approche d'E. Hugues la socialisation professionnelle agit comme une conversion de l'individu dans la mesure où il « se convertit », au sens religieux du terme, à une nouvelle façon de voir le monde.

R. Merton, qui poursuit les travaux de T. Parsons, définit la faculté de médecine comme le principal lieu de transmission de sa culture professionnelle et la gardienne de ses valeurs « *parce que les étudiants acquièrent les valeurs et les normes qui serviront de base à leur mode de vie professionnel* » (Dubar et Tripier, 1998, p. 83). En effet, en plus des savoirs et des compétences techniques et scientifiques que requiert la profession de médecin, les études médicales sont censées fournir aux « novices » les valeurs et les attitudes qui leur permettront de l'exercer correctement. Les études de médecine constituent alors une « période clef » dans la mesure où c'est lors de cet apprentissage que les médecins-enseignants vont initier leurs futurs confrères à leur nouvelle culture professionnelle. Ainsi, dans l'activité médicale, les compétences techniques sont toutes aussi importantes que les normes et les exigences

transmises au cours des études de médecine (Carricaburu et Ménoret, 2004). Du point de vue fonctionnaliste (Merton, Reader et Kendall, 1957), l'étudiant en médecine acquiert les connaissances, les attitudes et les valeurs qui vont le faire passer progressivement d'une culture d'étudiant à une culture professionnelle, afin de devenir un membre compétent et reconnu de la profession médicale (Carricaburu et Ménoret, 2004).

D'après E. Godeau (2007), c'est plus précisément au sein de la traditionnelle salle de garde que se fait la transmission des pratiques propres aux chirurgiens et qu'un nouveau rapport au corps leur est transmis, progressivement. Elle constitue un véritable sas de décompression qui permet de mieux encaisser la fatigue, de prendre du recul face à la mort et de garder le moral. Les traditions des salles de garde datent du Moyen Age et s'officialisent en 1802 avec la création du premier concours de l'internat des hôpitaux de Paris. Tout comme le bloc opératoire, c'est un endroit fermé, marqué par les rituels et les traditions. En effet, les gages et les chants paillards permettent de se détendre. Au sein de l'hôpital, c'est une enclave hors du temps. Selon M.C. Pouchelle (2008) au sein des salles de garde, « *du côté des internes en médecine on trouve des rituels de transgressions socialement acceptés. [...] Manière (comme une autre ?) pour les individus de garder l'équilibre* ». En effet, la transgression se manifeste au sein des salles de garde pour commencer notamment lors des « *tonus* », pendant lesquels les comportements les plus excessifs sont valorisés et encouragés. E. Godeau (2007) a observé que cette outrance potache porte notamment sur tout ce qui a trait au corps, au sexe et à la mort : plaisanteries scabreuses, chansons paillardes, fresques obscènes et macabres, fêtes alcoolisées... L'auteure suggère ainsi que la transgression est en réalité double. Le médecin est amené à transgresser certains interdits culturels liés au corps et à la mort, mais cette transgression est soigneusement encadrée par une déontologie professionnelle qui la rend acceptable : face à un corps nu ou mort, il doit toujours agir dans le respect de la personne.

L'« *ethos* » chirurgical (Cassel, 1991 ; Katz, 1999 cités par Zolesio, 2012) repose sur un redoublement excessif de cette transgression : il met en scène la transgression des limites attachées à la transgression professionnelle. Si l'accès du médecin à la nudité des patients n'est admissible qu'au prix d'une désexualisation du rapport au corps, « *l'univers carabin repose à l'inverse sur une érotisation outrancière des corps* » (Bonhomme, 2010, p. 4). Le carabin donne ainsi à voir l'image inversée du médecin et de ses normes professionnelles, tout comme le bruit et la saleté de la salle de garde représentent l'envers du silence et de l'hygiène qui doivent

régner dans le reste de l'hôpital (Bonhomme, 2010). « *Ainsi, dans la salle de garde une sorte de carnaval permanent se déroule au sein de l'institution hospitalière, à travers une inversion systématique et ritualisée des fondements de cette dernière et des recommandations hippocratiques qui la gouvernent* » (Godeau, 2007, p. 278). Le folklore de la salle de garde fait ainsi partie des conditions d'apprentissage du métier de chirurgien qui semblent pouvoir expliquer une partie des transgressions qui se retrouvent dans des pratiques « échappatoires ». Elles permettent ainsi aux chirurgiens de décompresser et de déculpabiliser, d'autant plus que leurs conditions de travail au bloc opératoire sont extrêmement contraignantes.

2.3.1.3 Le bloc opératoire : un « huis clos » favorisant la transgression

Le bloc opératoire constitue un lieu clos, interdit, au sein duquel se trouve rassemblée une quantité impressionnante de contraintes relatives à l'environnement. Sa conception intérieure normalisée, ses circuits parfaitement cartographiés, les tenues des personnels codifiées, des procédures d'hygiène plus drastiques qu'ailleurs, jusqu'aux circuits d'air et d'eau lui sont spécifiques. D'après M. Caillol (2012, p. 281) « *on pourrait aller jusqu'à dire que c'est le lieu du sacrifice (sacer-facere : rendre sacré), tant précisément l'organisation de la médecine – et de la chirurgie – dans notre société a sanctuarisé cet endroit. Puisque nous disons qu'opérer (inter-venir) c'est quelque part transgresser, il est logique que ce lieu de la transgression soit clos, sacralisé, et ne soit accessible qu'à certains initiés* ». Ce lieu est sacré car c'est également le seul endroit où le chirurgien existe en tant que tel, rendant « profane » l'espace hors du bloc. En outre, le travail exige des positions pénibles pour le corps car certaines opérations demandent à rester debout plusieurs heures et à lutter contre la faim et la fatigue et parfois à déployer une force physique importante (notamment en orthopédie, par exemple). Malgré toutes ces nuisances, le chirurgien doit conserver intacte toute sa vigilance pour mener à bien l'opération. S'il est perturbé ou tendu, s'il hésite ou s'il succombe à la distraction, il peut entraîner des blessures graves ou la mort de son patient. R. Bercot et *al.*, (2011, p. 108) ajoutent que « *lors de l'intervention, il est fondamental de parvenir à la parfaite maîtrise des gestes quel que soit le contexte (problèmes personnels, changement des habitudes, d'horaires, etc.)* ». De cette proximité permanente avec la mort, l'interdiction des défaillances matérielles, physiques ou psychiques, émerge une « peur ».

2.3.2 Quand la peur au travail entraîne la transgression

La peur « répond à un aspect concret de la réalité du travail et exige des systèmes défensifs spécifiques » (Dejours, 2000). C. Dejours (2000) distingue la peur de l'angoisse qui résulte d'un conflit intrapsychique (c'est-à-dire d'une contradiction entre deux mouvements psychiques inconciliables). La peur est présente dans tous les types de tâches professionnelles, y compris dans les tâches répétitives et de bureau. Certaines professions semblent, cependant, être plus sujettes à la peur lorsqu'il existe un risque de porter atteinte à leur intégrité corporelle (par exemple la pêche en haute mer, le travail en atmosphère comprimée...).

Pour les chirurgiens, la peur vient du fait que chaque opération peut être faite de différents « rebondissements ». Ainsi, chaque opération apparaît comme nouvelle et le chirurgien aura à gérer les problèmes, sans qu'il ait été capable de les prévoir. D'après R. Bercot et A. Mathieu-Fritz (2006), « la maîtrise de sa capacité d'action dans des contextes difficiles apparaît comme un facteur de grande satisfaction. Elle suppose de sortir de soi, de distancier fortement (...) ; mais, avant tout, il s'agit de relever un défi, celui de la difficulté ». La mise à distance des émotions apparaît comme nécessaire afin de se protéger des contextes difficiles. Pour ce faire, les acteurs sont amenés à construire des stratégies collectives de défense qui permettent d'affronter la réalité pour continuer à travailler.

2.3.2.1 La transgression : une « stratégie défensive de métier » pour nier la réalité du travail

Au vu de leur activité professionnelle, la « peur » semble être une réaction évidente, voire normale, pour les chirurgiens. En effet, la peur qui saisit le chirurgien est inévitable devant son geste agressif et les risques qu'encourt son patient. Cette peur est qualifiée de « chirurgicale » par M. Caillol (2012, p. 270). Elle survient lorsque le chirurgien prend conscience qu'il va intervenir sur un être humain.

Cependant, un homme, un « vrai », doit pour réussir, parvenir à ignorer la peur. Pour ce faire, le corps du patient est transformé en objet au moment de l'intervention afin de « faire disparaître la personne de patient ». J. Peneff (1997, p. 275) explique qu'il s'agit d'une manipulation mentale qui consiste à mettre « entre parenthèse » la personne. « Le corps est ainsi instrumentalisé, il devient un élément incorporé dans un système de machines ; le cœur, les poumons, le cerveau seront soit assistés, soit mis hors fonction et remplacés

temporairement » (*id.*). En considérant le corps du patient comme une machine, le chirurgien parvient à ne pas céder à ses émotions. Cette mise à distance des émotions est d'autant plus nécessaire face au risque de mort. J.-P. Valabrega (1962, p. 84) rappelle que « *l'acte chirurgical dans son déroulement et son cérémonial (...) mime au plus près de ce qui peut ressembler à une mort, suivie d'une résurrection* ». La mort occupe une place singulièrement importante dans la relation entre le patient et son médecin, qui ne doit cependant pas entraver la prise de décision du médecin.

Afin de supporter les situations difficiles, les chirurgiens usent de comportements transgressifs pour conjurer la peur. En effet, au cours de leur pratique médicale, la transgression peut s'exprimer à travers la dérision, des paroles obscènes ou encore blasphématoires. « *Cette distanciation qui pourrait paraître choquante n'est ainsi que le revers de la gravité de ce qui se déroule dans un bloc opératoire* » (Caillol, 2012, p. 284). Cette mise à distance est nécessaire. « *Il importe de rester psychologiquement « à distance » du malade, faute de quoi on ne pourrait plus soigner* » (Pouchelle, 2003, p. 155).

En outre, le rire et l'humour jouent un rôle important au sein du bloc. Pour E. Zolesio (2009) qui a étudié le comportement des femmes face à l'humour au sein de ce milieu masculin, « *la surenchère dans l'humour grivois est en effet une des modalités pour s'imposer dans un milieu particulièrement viril* » (*id.*, p. 1). L'auteure fait état de « *déviances langagières féminines* » car les femmes adoptent les mêmes comportements transgressifs que leurs homologues masculins, coutumiers de l'humour sexuel et scatologique (*ibid.*). Cet humour est nécessaire afin de prendre de la distance avec les émotions ou les affects mobilisés par la relation avec les personnes malades et la proximité avec la mort. Dans la lignée de C. Dejours, P. Molinier (2012) nomme cette mise à distance des émotions « *stratégies collectives de défense* » qu'elle définit comme un « *ensemble de conduites et de représentations partagées dans un groupe professionnel qui ont pour fonction de lutter contre la souffrance générée par le travail* » (*id.*, p. 1). Ces défenses fonctionnent à l'insu de ceux qui les mettent en œuvre (Dejours, 2000, p. 28). Elles peuvent donc être qualifiées de défenses « *non-conscientes* » (différent de *l'inconscient*, au sens freudien).

De façon générale, les défenses se traduisent par des attitudes ou des comportements sains et utiles à la santé mentale dans la mesure où, en aidant les individus à conjurer la peur face à certains risques du travail, elles préservent leur équilibre psychique (Dejours, 1987). Elles

jouent un rôle de conservateur. L'enjeu est de ne pas perdre la face devant les autres, les confrères et collègues mais également vis-à-vis de soi-même. Au-delà de l'utilisation de l'humour noir, répandu parmi les chirurgiens, elles peuvent se structurer dans des conduites, des représentations et des règles partagées (Molinier, 2010). Sans la mise en place des stratégies défensives, l'individu serait paralysé et ne pourrait pas travailler.

Les stratégies psychiques permettent de dominer la peur ressentie en agissant sur la perception du risque. Le déni de perception du risque permet de le chasser de la conscience. P. Molinier (2010) ajoute que « *les défenses agissent par des moyens symboliques : occultation, euphémisation, évitement, rationalisation, entre autres, qui modifient les affects, les pensées et les états mentaux* ». Les stratégies ont d'abord été analysées dans les métiers à risques où les hommes dominent (notamment dans le bâtiment et l'industrie de processus (Dejours, 2000), chez les policiers (Lhuillier, 1987 ; Chaumont, 2007), les surveillants de prison (Lhuillier, 1997 ; Demaegt, 2008), les douaniers (Dessors, 1997), ou encore les cadres d'entreprise (Dejours, 1998) cités par Molinier, 2010). Plus particulièrement, pour les ouvriers du bâtiment, les défenses se rigidifient souvent dans une sorte de déni collectif du risque perçu. Ainsi, les ouvriers résistent aux consignes de sécurité. Ils « fanfaronnent » en équilibre sur les poutrelles. Ils courent sur le toit sans garde-corps, et ne portent pas de casque. Ils manifestent, par leurs comportements et leur discours, une sorte d'inconscience collective du risque. Ce comportement vise en fait à exorciser la peur. Si la peur n'est pas neutralisée de cette façon, elle peut surgir à tout moment dans le travail et alors les ouvriers ne peuvent continuer leurs tâches plus longtemps.

Ainsi, les stratégies défensives permettent de structurer le déni de la vulnérabilité (ou le « *désaveu du réel* ») et de la souffrance masculine associée à un mépris des personnes qui incarnent la fragilité. Les valeurs viriles, peuvent s'exprimer car ils sont « entre eux », entre hommes. Cette non-mixité permet au mythe de l'union fraternelle de se développer (Lhuillier, 1987, p. 85). L'idéologie de la virilité est ainsi érigée en valeur, en lieu et place de toutes les autres et permet même de justifier la violence (Molinier, 2010). C'est notamment le cas des chirurgiens, dont la profession est essentiellement représentée par des hommes. Lorsque les stratégies collectives de défense se radicalisent, elles peuvent devenir une fin en soi, on parle alors d'« idéologie défensive de métier » (Dejours, 1993).

2.3.2.2 L'apparition d'une « idéologie défensive de métier » partagée par le collectif

L'idéologie défensive de métier se caractérise par un ensemble de comportements valorisés par le groupe de travailleurs et est considérée comme une norme de référence qu'on ne discute pas et à laquelle on se conforme sous peine d'être marginalisé ou exclu (Dejours, 1993). Elle a pour but de masquer, contenir et occulter une peur particulièrement forte. Pour les ouvriers du bâtiment qui ne respectent pas les consignes de sécurité, l'idéologie défensive a pour fonction de permettre la productivité de ces derniers.

D. Lhuilier (1987) qui a travaillé en qualité de psychologue au sein de la Police a mis en évidence la « culture policière » qui semble se rapprocher de celle des chirurgiens. Il s'agit « *d'un ensemble complexe qui comprend les connaissances, les croyances, les valeurs morales, les coutumes acquises lors de la socialisation professionnelle* » (Lhuilier, 2005). Ces deux professions, policiers et chirurgiens, se ressemblent à plusieurs points de vue. D'une part, le risque ou le danger auquel ils font face quotidiennement est l'une des caractéristiques de ces métiers. C'est une source de tensions émotionnelles : le danger de se faire tuer au cours de son travail dans un cas et celui de blesser ou pire, de donner la mort dans l'autre cas. Le danger est également un moyen de valoriser le métier car il participe de la représentation caricaturale de la profession (Lhuilier, 1987, p. 150). Cependant, la peur est un sujet tabou et dans les deux cas, sa reconnaissance est tout à fait exceptionnelle. En effet, il s'agit de métiers d'hommes au sein desquels peu de place est laissé aux émotions. L'aveu d'une vulnérabilité quelconque se confond avec un aveu de faiblesse qui suffit pratiquement à rendre celui qui s'en rend coupable inapte à l'exercice du métier (Chaumont, 2005).

Policiers et chirurgiens se distinguent également par le port d'« *attributs de pouvoir* » (Lhuilier, 1987). Il s'agit de l'uniforme pour les uns et de la blouse blanche pour les autres, qui marquent, dans les deux cas, une appartenance professionnelle. Au-delà de l'instrument de travail, la tenue professionnelle confère un pouvoir et une reconnaissance de la part du public. Elle distingue celui qui la porte et permet l'identification professionnelle. Plus spécifiquement, « *elle permet l'inscription corporelle des valeurs du corps social* » (Lhuilier, 2005, p. 54). D. Lhuilier ajoute que l'uniforme, telle une seconde peau, joue également le rôle « *de barrière assurant une protection contre l'extériorisation de l'intérieur du pulsionnel, contre la résonance émotionnelle de ce qu'il perçoit de l'extérieur* » (*id.*, p. 57). Par ailleurs, l'uniforme permet également de donner de l'assurance à celui qui le porte. Il procure à certain un sentiment de

supériorité. En outre, tout comme pour les chirurgiens, dans l'institution policière, l'entrée dans la profession est symbolisée par des rites, bizutages ou épreuves à relever (cérémonie de remise des attributs du pouvoir / baptême pour l'entrée des internes) qui ont pour but, dans les deux cas, de prôner une idéologie du métier et de s'endurcir. L'esprit de corps est donc une fonction essentielle de défense collective.

Enfin, l'idéologie défensive de métier permet de partager une valeur au sein du collectif de travail. Il s'agit de se convaincre qu'« *on est les plus forts* » afin de lutter contre la peur qu'engendre l'activité de travail, car la reconnaissance d'un sentiment de peur, surtout dans les collectivités masculines, est peu courante. Le respect des règles de sécurité serait interprété comme un aveu de faiblesse ou une preuve d'incompétence par les pairs : « *Culturally, there is often an assumption that the use of memory aids is an admission of weakness or lack of medical skill or knowledge, which can contribute to negative attitudes toward the implementation of these types of resources [the check-list]* » (Hales et Pronovost, 2006, p. 233). Le milieu chirurgical valorise ainsi des qualités réputées masculines comme le sport, la vitesse, la compétition dont les femmes seraient dépourvues (Cassell, 2000). La chirurgie est un domaine essentiellement machiste (Zolesio, 2009 ; Bercot et Horellou-Lafarge, 2010).

Les chirurgiens, tout comme les pompiers ou encore les sauveteurs secouristes qui sont amenés à prodiguer des soins en situation d'urgence, ont en commun de devoir se confronter aux questions de l'urgence, du risque et du danger. R. Bercot et *al.*, (2011, p. 113) rappellent que P. Katz (1999) montre « *que les chirurgiens se caractérisent par une tendance à prendre des risques et par une posture active, un système de valeurs favorisant l'interventionnisme, l'action rapide plutôt que l'inaction ou l'attente nécessitant ou autorisant une longue réflexion* ». R. Leriche (1951), ajoute que « *les vrais chirurgiens ont une âme spéciale, dotée du goût de l'action, et d'une réelle attirance pour le risque* ». Ou encore : « *La chirurgie ne saurait être l'affaire des âmes tièdes et soucieuses de leur repos. On ne peut pas être chirurgien si l'on n'a pas dans le sang l'amour d'un jeu grave où la maîtrise du caractère doit sans cesse dominer le hasard hostile, où l'on ne réussit qu'en se donnant tout entier* » (p. 165-185). Le métier de chirurgien (presque) exclusivement masculin, fait ainsi partie des métiers « héroïques ». D'où la boutade qui circule au bloc : « *Quelle est la différence entre Dieu et un chirurgien ? Dieu, lui, ne se prend pas pour un chirurgien !* ». En effet, l'individu qui a le pouvoir de modifier,

transformer et adapter cette « machine » qu'est le corps humain pourrait *légitimement* se prendre pour Dieu (Caillol, 2012, p. 170).

Les chirurgiens, dont le métier est construit socialement autour de l'héroïsme, cultivent ainsi le « mythe du héros » (Gernet et Jeantet, 2011). Ce prestige est dû au fait que l'activité chirurgicale permet, potentiellement et concrètement, d'accroître le bien-être des individus, voire d'allonger leur vie. Le chirurgien reste celui qui redonne la vie et qui construit un espoir nouveau pour le malade (Bercot et Mathieu-Fritz, 2007). F. Olmer (2009, p. 154) rappelle que « *les premiers médecins sont déjà des hommes très considérés, comme l'attestent les portraits et sculptures réalisés durant l'Antiquité. Ils forment, avec le législateur et l'architecte, une triade jouissant d'un statut particulier* ». Ainsi dans l'*Iliade* le médecin est défini comme « *un homme qui en vaut à lui tout seul beaucoup d'autres, lorsqu'il s'agit d'extraire des flèches ou de répandre sur les plaies des remèdes apaisants* » (Homère, *Iliade*, XI, 514-515).

La dimension héroïque de ce métier s'inscrit dans l'imaginaire social et est directement liée au risque, au danger, à la confrontation au réel de la mort et à l'urgence (Duarte et Gernet, 2016). D'après J. Cassel (1986) « *the image of the macho, martial hero, who combats disease and rescues patients from death, is affirmed by surgeons. « You couldn't have a good surgeon who didn't believe in the concept of the Hero » said a Chief of Surgery, « every surgical houseman and registrar who's worth his salt would like to be a hero* ». A.-L. Boch (2009, p. 53) souligne que le prestige dont jouit le chirurgien est intimement lié au risque inhérent à l'acte chirurgical lui-même : « *sans risque, pas de prestige, et sans prestige, pas de chirurgien* ». La pseudo-inconscience du danger qui permet de mépriser le risque afin de contrôler la peur, est un des critères principaux de l'idéologie défensive de métier, selon C. Dejours (1980). D'après M. C. Pouchelle (2013) ce sont les « *ambitions magiques qui viennent compenser l'anxiété engendrée par un geste qui, dans d'autres circonstances, pourrait être assassin* ». En effet, comme le rappelle R. Poma, 2009²⁰, les frontières entre la médecine et la magie n'ont pas toujours été bien claires.

²⁰ Depuis tout temps la pratique médicale est étroitement liée à la magie et aux oracles (Delphes). Au cours de l'Antiquité grecque, les consultations sont assurées par les prêtres médecins dans les Asclépiades. A titre d'exemple, la peste qui ravage l'armée hellène, est attribuée à la colère d'Apollon et aucun traitement rationnel n'est envisageable si l'on n'apaise pas les dieux. Il faudra attendre Hippocrate (460-377 avant J.C.) pour séparer

En construisant un déni de la réalité et en ayant recours à l'euphémisation du danger, l'idéologie défensive de métier permet ainsi de défendre une valeur professionnelle commune, partagée par l'ensemble des travailleurs. Il semble que celle du « héros » ou du « guerrier impavide » qui n'est, au moins en apparence, affectée par rien (Pouchelle 2004), corresponde, sans conteste aux valeurs professionnelles prônées par les chirurgiens. M. C. Pouchelle (2008) souligne que le travail du chirurgien, en effet, peut être assimilé à une scène de guerre : « *la guerre c'est d'abord trouer la peau de l'autre* » (*id.*, p. 27). La transgression des chirurgiens serait donc révélatrice de caractéristiques dignes d'un guerrier, caractéristiques nécessaires pour ouvrir les corps et ainsi s'introduire dans l'intimité des patients.

les maladies de leur appartenance religieuse (Dr Jean Pouillard, Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 18 juin 2005).

2.4 Discussion de la revue de la littérature et question de recherche

La littérature suggère deux réponses principales à la transgression des règles : soit sanctionner ou corriger les actes transgressifs car ils sont susceptibles de mettre en danger les acteurs. Il s'agit de la vision classique de la sécurité selon laquelle la transgression doit être supprimée afin d'assurer un haut niveau de sécurité. Soit tolérer ou encourager la transgression lorsque la règle n'est pas appropriée ou lorsqu'elles sont trop nombreuses.

Par ailleurs, des travaux issus de recherches en anthropologie ont montré que la transgression provenait du besoin de mettre en avant une culture professionnelle et des valeurs (Godeau, 2007 ; Pouchelle, 2013 ; 2015). Elle serait issue de dispositions socialement construites et transmises au cours de l'apprentissage du métier (Peneff, 1997 ; Zolesio, 2009 ; 2012 ; 2015). Les recherches en psychodynamique du travail suggèrent que la transgression permettrait de lutter contre la peur générée par le travail (Dejours, 1993 ; Molinier, 2000). Les acteurs se protègent de la souffrance au travail en adoptant un comportement transgressif.

Le bloc opératoire, de par son univers clos et soumis à de nombreuses règles, paraît être un cas exemplaire pour étudier le phénomène de transgression. Les chirurgiens semblent favoriser la transgression qui leur est, d'une part, transmise au cours de leurs études de médecine, et d'autre part, qui leur permet de faire face à la peur grâce à la construction de stratégies défensives de métier. Dans le tableau 6 ci-dessous sont synthétisées les différentes réponses pour agir sur la transgression, suggérées par les auteurs.

<i>La transgression doit être sanctionnée ou corrigée</i>		<i>La transgression doit être tolérée ou encouragée</i>		<i>Pas d'information sur le mode d'action à adopter</i>
SANCTIONNER	CORRIGER	TOLERER	ENCOURAGER	PAS DE REPONSE SUGGEREE
<p>Lorsqu'il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une règle élémentaire (qui ne nécessite pas d'interprétation) (Koenig et al., 2016), - de nuire à l'organisation ou à un individu (Clark et Hollinger, 1983 ; Robinson et Bennett, 1995 ; Robinson et Greenberg, 1998) ou pour se venger (sabotage, vandalisme, agression physique ou verbale) 	<p>Lorsque les règles sont mal conçues/ non adaptées ou trop nombreuses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconcevoir ou abroger la règle (Hale et Borys, 2013 ; De Saint Maurice et al., 2015), - Assimiler sécurité « réglée » et sécurité « gérée » pour atteindre la sécurité totale (Daniellou et al., 2010, Dicoccio, 2012), - Modifier la culture de sécurité en éduquant les acteurs, en les impliquant dans la mise en œuvre des règles (monitorage de la règle, Hale et Borys, 2013 ; Vacher, 2013 ; la « <i>fabrique de la sécurité</i> », de Terssac et Mignard, 2011), - Mettre en place des barrières de sécurité en amont pour limiter la « <i>migration des comportements</i> » (Rasmussen, 1997 ; Amalberti, 2001) ou la 	<p>Lorsqu'il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une adaptation du comportement par rapport à l'activité à réaliser (écart à la règle témoigne d'une appropriation), - De la nécessité de recourir à l'intelligence de l'acteur (de Montmollin, 1984 ; Wisner, 1995 ; Daniellou, 1996 ; Dejours, 2006) <p>Elle permet le fonctionnement de l'organisation, voire l'améliore et permet à l'acteur de se ménager des espaces de repos (usines Citroën, Linhart, 1978 ; Falzon, 2004).</p>	<p>Lorsqu'elle permet d'améliorer le fonctionnement et la performance de l'organisation (Honoré, 2006, p. 67),</p> <p>Le transgresseur est un innovateur qu'il ne faut pas contraindre (déviance ordinaire, Alter, 2000 ; transgression ordinaire, Babeau, 2005).</p> <p>Améliore la sécurité. La bannir augmenterait le risque lorsqu'elle est institutionnalisée (Amalberti et Vincent, 2015).</p>	<p>Lorsque la transgression provient d'un besoin de mettre en avant une culture professionnelle, des valeurs (Godeau, 2007 ; Pouchelle, 2003 ; 2008)</p> <p>Elle provient de dispositions socialement construites et transmises au cours de l'apprentissage du métier (Peneff, 1997 ; Zolesio, 2009 ; 2012 ; 2015).</p> <p>Selon la psychodynamique du travail, elle permet de lutter contre la peur générée par le travail grâce à la construction de stratégies défensives de métier (Dejours, 1993 ; Molinier, 2000).</p>

routinisation (Vaughan, 1996 ; Banja, 2010)

Dans les établissements de santé, lorsqu'il s'agit de comportements perturbateurs (« *disruptive behaviors* », Rosentein, 2011), de comportements inappropriés (conflit, agression, harcèlement...) qui compromettent la qualité des soins et la sécurité des patients.

Comportements non-professionnels des étudiants en médecine (*unprofessional behaviors*) : irrespect envers les patients et les collègues, manque d'honnêteté, manque d'engagement, (Mak Van Der Vossen et *al.*, 2017)

TABLEAU 6 : CLASSEMENT DES MODES D'ACTION SUGGERES PAR LA LITTERATURE POUR AGIR FACE A LA TRANSGRESSION DES REGLES

Cette section permet dans un premier temps, de revenir sur les principaux apports de la revue de la littérature réalisée sur la transgression des règles au sein des organisations. Puis, dans un second temps, de présenter ce qui apparaît être un « gap » théorique, permettant ainsi de construire la question de recherche, fil conducteur de ce travail.

2.4.1 Discussion de la revue de la littérature

La transgression des règles au sein des organisations a été étudiée dans de nombreux univers professionnels considérés comme étant à haut risque (notamment dans l'aviation (English et Branaghan, 2012 ; Wiggins et *al.*, 2012), le transport ferroviaire (Lawton, 1998), la fabrication pharmaceutique (Nyssen et Côte, 2010), l'administration des médicaments (Alper et *al.*, 2012)). Bien qu'une organisation soit considérée comme « ultra-sûre », du fait des activités qui y sont pratiquées et des risques qui en découlent, la transgression des règles demeure fréquente.

La revue de la littérature réalisée permet de recenser deux réponses principales pour savoir comment agir sur la transgression : la sanctionner ou la tolérer. En outre, d'autres auteurs en sociologie, en anthropologie et en psychodynamique du travail proposent une interprétation de la transgression intéressante sans pour autant suggérer de mode d'action à adopter. D'après ces recherches, la transgression provient de la difficulté liée au métier des acteurs qui les conduit à transgresser les règles établies afin, soit de contenir la peur suscitée par le travail, soit de valoriser et de perpétuer une culture professionnelle forte, transmise et apprise par leurs pairs.

Les deux réponses principales proposées par la littérature pour agir face à la transgression sont focalisées sur l'enjeu de la règle (son respect et sa validité). Cet enjeu est compréhensible au regard de la structure bureaucratique de nombreuses organisations. La question de l'arbitrage entre validité et utilité des règles d'un côté et acceptation ou sanction de la transgression de l'autre est donc centrale. Sans sous-estimer l'enjeu de la règle, la réponse gestionnaire nécessite de comprendre la signification des actes transgressifs qui ne sont pas uniquement des conduites positives ou négatives au sein d'un système. En effet, elles peuvent par exemple, être le fruit d'une négociation. J.-D. Reynaud (1997), dans la théorie de la régulation sociale, montre qu'au sein des organisations les règles se construisent à l'issue d'une négociation entre acteurs : « *la règle respectée est le fruit d'une négociation, implicite ou explicite, elle est un compromis* » (*id.*, p. 325). La règle est donc le résultat d'une *discussion*. J.-P. Bréchet ajoute que « *C'est dans l'action, qui est aussi interaction, que se créent et se transforment les règles* » (2008, p. 17).

L'hypothèse suivante est donc formulée : les actes transgressifs signifient quelque chose à quelqu'un, notamment une opposition à une règle ou une appartenance à une communauté professionnelle. Les gestionnaires doivent apprendre à « décoder » ces comportements afin de pouvoir y répondre de manière adaptée. Ainsi, chaque comportement transgressif, qui a été défini comme un « *acte ponctuel en contradiction avec la règle, intentionnel, adressé et motivé ayant pour but d'exprimer quelque chose* », est porteur d'une signification auquel le gestionnaire doit apporter un écho signifiant en retour. La mise en évidence des limites de la connaissance actuelle permet de construire notre question de recherche.

2.4.2 Question de recherche

Les modes d'actions proposés par la revue de la littérature pour agir sur la transgression des règles ne prennent pas en compte le caractère signifiant des actes transgressifs qui permettent d'exprimer quelque chose. Afin de savoir comment intervenir sur les comportements transgressifs, il convient de prendre en compte la signification de ces actes afin d'y apporter une réponse adaptée. Notre approche se distingue donc de celles abordées dans les travaux antérieurs en ce sens qu'elle s'intéresse avant tout à la **signification du comportement transgressif** afin de pouvoir y répondre. La mise en évidence de cette limite de la connaissance actuelle conduit à formuler la question de recherche qui guidera ce travail de la façon suivante :

Quelle(s) signification(s) est-il possible de donner aux actes transgressifs en milieu de travail, afin de permettre aux gestionnaires de pouvoir y répondre de manière adaptée ?

Les éléments de réponse à notre question de recherche permettront par la suite, de mettre en lumière les significations de la transgression, afin d'agir au mieux sur les comportements transgressifs des acteurs au sein des organisations.

CHAPITRE 3 –

Méthodologie de l'enquête de terrain et mise en œuvre de la méthode

CHAPITRE 3 –

Méthodologie de l'enquête de terrain et mise en œuvre de la méthode

Les deux premiers chapitres ont permis de présenter le contexte et le cadre théorique de la thèse. La revue de la littérature a mis en évidence l'existence de deux réponses principales pour agir face aux actes transgressifs au sein des organisations. La non prise en compte de la signification des transgressions dans les réponses proposées a permis ensuite, de formuler notre question de recherche.

Afin de répondre à notre question de recherche, la thèse prend appui sur une étude de cas au sein d'un hôpital privé, objet qui n'a été jusqu'ici que peu exploré dans le domaine des sciences de gestion (Claveranne et Piovesan, 2003). Les hôpitaux offrent, en effet, un champ particulièrement fécond pour étudier les comportements transgressifs, car les professionnels de santé sont soumis à un grand nombre de règles qui se matérialisent sous des formes telles que les recommandations de bonnes pratiques, les protocoles, les procédures et les consignes. En outre, la faible observance des règles est fréquente et connue en santé. Les protocoles et les recommandations de bonnes pratiques sont souvent perçus comme des guides plutôt que des règles strictes à appliquer. Ce constat est particulièrement vrai pour les activités qui sont menées au bloc opératoire. Ainsi, la recherche se focalise plus précisément sur le cœur opérationnel des établissements de santé et le lieu de travail privilégié des chirurgiens : le bloc opératoire. Celui-ci permet une observation « grandeur nature » du phénomène de transgression. C'est un service fermé et difficile d'accès où le « commun des mortels » n'entre pas facilement.

Pour ce faire, la méthode adoptée devait permettre d'identifier les actes de transgression habituellement peu visibles, sous peine d'être sanctionnés. Or, dans toute organisation l'accès à l'implicite et à l'informel est délicat (Bréchet, 2000). Notre choix s'est porté sur une méthodologie de type qualitative, la connaissance en matière de transgression, étant insuffisamment structurée pour donner lieu à une enquête quantitative. Notre parcours de recherche a été alimenté par la tenue d'un journal de bord afin de tracer l'ensemble de nos questionnements et remarques. Des observations *in situ* ont été réalisées afin de se familiariser avec le bloc opératoire et le travail des chirurgiens et surtout de se concentrer sur les transgressions de trois règles types prescrites concernant trois domaines différenciés : la traçabilité de l'information, l'organisation et le fonctionnement du bloc opératoire et, enfin l'hygiène et la sécurité. Puis, afin de déterminer les significations de ces transgressions, des observations systématiques ont été menées (au cours d'interventions chirurgicales diverses, de la vie quotidienne du bloc). Ces observations ont été réalisées à l'aide d'une grille d'analyse et

ont été couplées à des entretiens semi-directifs avec des chirurgiens et des personnels exerçant dans et en dehors du bloc opératoire. Ces entretiens avaient pour objectif de dégager les significations des actes transgressifs. Enfin, ajoutons que des données secondaires ont également été recueillies afin de compléter notre matériau. Afin de traiter l'ensemble des données l'analyse de contenu, puis à l'analyse de discours, ont été retenues.

Notons par ailleurs que, par souci de clarté et pour faciliter la lecture, la présentation est faite de façon linéaire alors qu'en réalité, il y a eu en permanence des allers-retours entre le terrain et la théorie, le recueil de données et l'analyse de celles-ci.

4.1 Une étude de cas

La plupart des travaux sur la transgression des règles ont été réalisés dans l'industrie, sur des métiers souvent manuels (ouvriers du bâtiment, sur les chaînes de montage...), excepté la thèse d'O. Babeau (2008) qui a étudié la « transgression ordinaire » des consultants en cabinet de conseil. Il apparaît donc pertinent de choisir des professionnels hautement qualifiés, tels que les chirurgiens, pour aborder le phénomène de la transgression.

Les professionnels diplômés se prêtent moins facilement au contrôle. En outre, le métier de chirurgien fait d'eux des « transgresseurs » (Caillol, 2012). En effet, bien qu'ils soient autorisés à entrer dans les corps pour le bien des patients, cet acte exceptionnel, n'en est pas moins contraire aux règles. Il paraissait important de choisir un métier qui est particulièrement soumis aux règles et qui exercent en milieu clos. C'est précisément le cas des chirurgiens qui doivent respecter diverses règles liées au fonctionnement, à la sécurité, à la qualité et à la traçabilité au sein des blocs opératoires.

Enfin, d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le bloc opératoire est un endroit particulièrement propice aux événements indésirables (le taux d'événements indésirables péri-opératoire est estimé à 3% et la mortalité associée à la chirurgie de 0,5%). L'OMS a estimé que chaque année, environ sept millions de patients souffriraient de complications de la chirurgie et un million décèderaient pendant ou immédiatement après un acte chirurgical (*World Alliance for Patient Safety*, 2009).

Malgré les quelques études réalisées sur les chirurgiens en anthropologie (Peneff, 1997 ; Pouchelle, 2003 ; 2008 ; Godeau, 2007 ; Zolesio, 2013 ; 2015), leurs comportements et leurs

pratiques au travail restent encore peu analysés dans le domaine des sciences de gestion. Notre ambition est d'élargir les connaissances sur les comportements de ces acteurs. En ce sens, notre recherche entre dans un cadre exploratoire.

D'après R. Yin (1994), le chercheur peut se référer à plusieurs stratégies pour mener à bien ses recherches. Il identifie l'expérimentation, l'étude de cas, l'enquête, l'analyse des archives et l'étude historique. L'étude de cas, qui permet de réaliser une étude approfondie, a été privilégiée. Très généralement, un cas est un objet, un événement ou une situation constituant une unité d'analyse (Leplat, 2002). R. Yin (2003) définit l'étude de cas comme une « *une étude empirique qui poursuit l'étude d'un phénomène empirique contemporain dans son contexte réel ; lorsque les frontières entre le phénomène et le contexte ne sont pas évidentes ; et dans laquelle des sources multiples de preuves sont utilisées* » (Yin, 2003, p. 13-14). L'étude de cas n'est donc pas un choix méthodologique, mais le choix d'un objet à étudier (Stake, 1994).

L'étude de cas est considérée comme **l'étude approfondie d'un ou de peu d'objets** de recherche, ce qui permet d'obtenir une **connaissance vaste et détaillée** de ces derniers. L'idée de base de l'étude de cas est que si toute unité d'un certain univers est étudiée avec attention, nous serons dans les conditions de connaître quelques aspects généraux de celui-ci ou nous aurons, au moins, une perspective qui orientera une recherche postérieure.

En s'intéressant à une situation empirique singulière (David, 2003), l'étude de cas doit permettre **d'observer l'unicité d'un phénomène et d'en préserver les particularités** (Giroux, 2003). C'est dans cette perspective qu'il a été retenu d'étudier un « cas unique » (« *single-case designs* ») et non une « multiplicité de cas » (« *multiple-case designs* »), selon la typologie proposée par R. Yin (1994, p. 39) (Cf. figure 4).

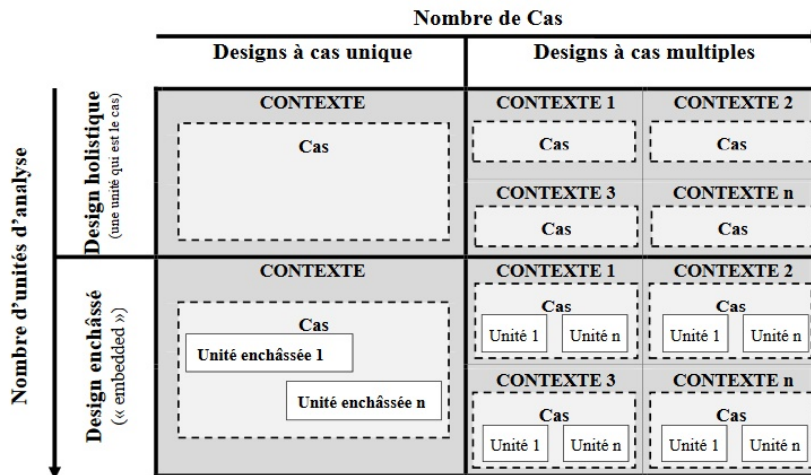


FIGURE 4 : LES DIFFERENTS TYPES D'ETUDES DE CAS (D'APRES YIN, 1994, P. 39)

En effet, compte tenu de la spécificité du cas étudié, il apparaissait difficile d'effectuer la comparaison avec un bloc opératoire d'un autre établissement. Comme N. Giroux (2003) l'indique, comparer différents cas entre eux suppose que ceux-ci présentent des similitudes et non seulement des différences. En outre, dans notre cas les chirurgiens ne sont pas salariés de l'établissement ; ils exercent en libéral. Dès lors, le cas s'apparente à un « cas exemplaire » (David, 2003 ; Giroux, 2003) voire « révélateur » (Yin, 1994, p. 40) puisqu'on recense aujourd'hui encore peu de recherches sur ces comportements au bloc opératoire (l'accès au terrain étant souvent délicat en raison de l'activité qui s'y déroule).

La place de la découverte est donc importante dans l'étude proposée (David, 2003). R. Yin (2009) précise également que l'étude de cas de type enchâssé est justifiée lorsque l'objectif n'est pas d'établir une vérité statistique mais de favoriser l'émergence de « résultats théoriques novateurs » (Yin, 2009, p. 25). Notre cas peut être qualifié d'inédit ou d'exemplaire dans le sens où les transgressions ont lieu régulièrement au bloc opératoire. Notre cas « permet d'étudier des phénomènes rares, inconnus jusqu'alors ou des situations particulièrement innovantes. Le cas constitue potentiellement une référence » (David, 2005, p. 9). L'analyse des comportements transgressifs au travail à un niveau micro devait ensuite permettre de remonter vers l'organisation. Le design le plus adapté à notre objet d'étude semblait alors être celui de **l'étude de cas de type enchâssé**, proposé par R. Yin (1994).

De notre point de vue, une méthodologie quantitative ne pouvait convenir car notre souhait n'était pas de se focaliser sur un objet mais sur la signification d'actes entre acteurs, qu'il fallait appréhender. En outre, l'étude de cas suppose de recourir à une méthode qualitative qui couvre un ensemble de « *techniques interprétatives qui cherchent à décrire, décoder, traduire et généralement percer le sens et non la fréquence de certains phénomènes* » (Coutelle, 2005). Il fallait donc adopter une méthode qui puisse donner accès à la subjectivité des acteurs. Or, lorsque ce n'est pas le cas et que l'information est « enfouie », il est préférable de recourir à une méthode qualitative. En effet, il convenait d'adopter une méthodologie qui puisse se saisir des « *pratiques non officielles* » (Arborio et al., 2008, p. 20) et recueillir des données qui vont au-delà du « simple » déclaratif. Une démarche qualitative semblait, à ce titre, plus adaptée à notre recherche. Afin de recueillir nos données, plusieurs outils complémentaires ont été utilisés, tels que le journal de bord, les observations, les entretiens et le recueil de données secondaires.

4.2 Les outils de recueil des données

Le recueil des données (« *collecting the evidence* », Yin, 1994) est une étape essentielle de l'étude de cas. Les sources des données peuvent être multiples selon R. Yin (1994, p. 80). Il en distingue six : documentation, archives, entretiens, observations directes, observations participante, artefacts techniques et culturels.

Compte tenu de notre objet de recherche, les sources de recueil de données devaient être diversifiées, permettant ainsi d'avoir accès à différents points de vue. Pour ce faire, cinq outils complémentaires ont été utilisés : un journal de bord, des observations *in situ* et systématiques, des entretiens semi-directifs et le recueil de données secondaires. Ils sont distingués dans le tableau 7 ci-dessous, puis détaillés ci-après.

Outils de recueil des données utilisés	Apports de l'outil pour la recherche
Journal de bord	Permet de tracer l'ensemble des remarques et questionnements du chercheur Sert de « mémoire vive » Permet de ne pas oublier le contexte d'interprétation et d'action des acteurs lors des observations

Observation <i>in situ</i>	Utilisation d'un bloc-notes Permet au chercheur d'être immergé sur le terrain et d'observer ce qui est mal connu (ethnographie) Facilite son acceptation auprès des acteurs Permet de formuler les premières hypothèses
Observation systématique	Utilisation d'une grille d'observation Permet de systématiser les observations et de quantifier les transgressions à la règle
Entretiens semi-directifs	Permettent d'avoir accès à l'univers mental conscient ou inconscient des acteurs De comprendre le sens de leurs actes
Recueil de documents internes à l'établissement : Fiches d'Événements Indésirables (FEI)	Permettent d'avoir accès à d'autres exemples de transgression, au vécu et au ressenti des acteurs face à différentes difficultés rencontrées durant leur travail (les fiches sont rédigées par les salariés ou les praticiens en personne sur un logiciel dédié)

TABLEAU 7 : OUTILS UTILISES POUR LE RECUEIL DES DONNEES

4.2.1 Le journal de bord

Notre parcours de recherche a été alimenté par la tenue d'un journal de bord entrepris avant de commencer la présente thèse, en mars 2015 et jusqu'à la fin du contrat CIFRE (novembre 2018), dans lequel étaient notés des comptes rendus d'évènements, des verbatims entendus et l'ensemble de nos questionnements et remarques à l'issue de chaque séance d'observation. Les difficultés rencontrées sur le terrain et notre ressenti y ont également été indiqués, tels que la relation à entretenir entre observateur et observé, comment éviter les biais. A. Proulx et *al.*, (2012) expliquent que « *ce journal* » est un support écrit ou informatique (ou les deux) dans lequel un [étudiant ou chercheur] consigne tout son travail intellectuel [y inclus ses réflexions] selon une structure thématique qui lui est propre » (Prégent, 2001, p. 44) à différents moments lors de la collecte, de l'analyse ou de l'interprétation des données (Charest, 1994 ; Prégent, 2001) ». En y traçant les évènements vécus et entendus au cours de la collecte des données, le journal de bord permet au chercheur de se souvenir et d'établir un dialogue entre ses données et lui-même, en limitant la perte d'informations (Baribeau, 2005, p. 108). De cette façon, il fonctionne comme un agent de liaison entre le processus de recherche et le développement du chercheur (Day, 2002).

Le journal de bord s'est révélé être particulièrement adapté au contrat CIFRE²¹ signé car l'immersion est longue (trois ans). Il permet ainsi de prendre du recul sur les données, afin de pouvoir ensuite les généraliser (Deum, 2004). La prise de recul au cours de la recherche est, en effet essentielle pour le chercheur. Le journal de bord sert ainsi de « mémoire vive » (Mucchielli, 2009). Il est d'autant plus utile lorsqu'il est impossible d'enregistrer les conversations. Le dictaphone n'était pas toujours à portée de main lors de nos déplacements au sein de l'hôpital. Or, les conversations entendues au cours des observations permettent de confronter les perspectives, de faire le tri de ce qui restera de l'observation (Peneff, 2009, p. 159). Il est donc loin d'être un « *document accessoire* » (Mucchielli, 2009).

Malgré le travail chronophage qu'impose la tenue d'un journal de bord au cours de la recherche (Arborio et Fournier, 1999 ; Baribeau, 2005), il a permis de ne pas oublier le contexte d'interprétation et d'action dans lesquels les acteurs évoluaient au moment des faits. En outre, le journal de bord a permis d'identifier certaines règles couramment transgressées au bloc opératoire, liée à la traçabilité, à l'hygiène et à la planification des opérations. Cependant, il fallait pouvoir l'observer en temps réel et en direct, car seuls les « propos rapportés » d'autres acteurs étaient accessibles (lors de réunions pour évoquées des problématiques au sein de l'établissement, de discussions entre acteurs au détour d'un couloir ou dans un bureau...). Afin d'y parvenir un second outil a été mobilisé : les observations *in situ*.

4.2.2 L'observation *in situ*

L'observation « *consiste en l'exercice d'une attention soutenue pour considérer un ensemble de faits, d'objets, de pratiques afin d'en tirer des constats permettant de mieux les connaître* » (Arborio et Fournier, 1999, p. 7). Observer est une stratégie qui permet de décrire un phénomène mal connu (Journé, 2008, p. 154). Ce mode de recueil des données permet au chercheur d'analyser des données factuelles dont les occurrences sont certaines, plutôt que des données verbales, dont l'inférence factuelle est sujette à caution (Ibert et *al.*, 1999).

²¹ Convention Industrielle de Formation par la Recherche. Une CIFRE a pour objet de cofinancer la formation d'un doctorant recruté par une structure établie sur le territoire français appartenant au monde socio-économique qui l'embauche pour lui confier une mission de recherche s'inscrivant dans sa stratégie de recherche et développement et qui servira de support à la préparation d'une thèse de doctorat, en conformité à l'arrêté du 7 août 2006 relatif à la formation doctorale (source : site ANRT).

Dans un premier temps, l'observation *in situ* (en situation) au sein d'un hôpital et différents blocs opératoires a été privilégiée. Ce type d'observation permet de collecter des données en temps réel, qui ne reposent pas sur le déclaratif. L'observation *in situ* permet au chercheur de se familiariser avec son terrain et son objet de recherche. Elle a également une fonction de socialisation et d'acculturation du chercheur qui facilite son acceptation sur le terrain (Journé, 2005).

Nous nous sommes inspirée des modes d'observation « visuelle » et « auditive » développés par la démarche ethnométhodologique. L'esprit de la démarche « ethnométhodologique » pensée par H. Garfinkel (1967) vise « à rendre visible des scènes banales » (2007, p. 99). Cette démarche permet de découvrir les méthodes que les acteurs utilisent pour ordonner leurs cours d'action en situation et rendre leurs comportements mutuellement intelligibles au fur et à mesure de leur configuration. L'observation de ces scènes « banales » permet au chercheur la construction de phénomènes sociaux. Cette stratégie de recherche a été utilisée par de nombreux auteurs en gestion afin de connaître l'activité de techniciens ou de managers au travail (Mintzberg, 1984). L'observation des détails du quotidien permet de travailler sur des phénomènes « micro » qui fondent ensuite les phénomènes organisationnels « macro ».

Les observations « visuelles » réalisées permettent ainsi au chercheur d'avoir accès à la composante lexicale du langage des acteurs en situation et donc de les comprendre. En effet, l'observation n'est pas que visuelle, elle est aussi « auditive ». Le chercheur doit écouter les interactions verbales. H. Garfinkel (2007) parle d'« *indexicalité* » des activités observées. L'*indexicalité* est une des composantes essentielles du langage qui permet à deux individus de se comprendre en fonction du contexte d'énonciation. D'après H. Garfinkel, cette caractéristique ne s'applique pas qu'au langage mais également aux activités humaines, ce qui exige « *une immersion du chercheur dans les situations vécues par les acteurs afin de voir et entendre pleinement* » (2007, p. 64).

En outre, les observations *in situ* ont permis de confirmer les trois règles fréquemment transgressées au bloc opératoire sur lesquelles la recherche se focalise. Ces trois règles, issues de la charte de bloc opératoire, sont complémentaires et permettront de mettre en évidence des différences dans leur application.

Focalisation sur trois types de règles prescrites au bloc opératoire

En général, les chartes de bloc opératoire sont constituées de plusieurs parties, notamment :

- les principes de fonctionnement (gestion et organisation du programme, gestion des personnels médicaux et non médicaux, respect du personnel et de la dignité des patients...);
- la prise en charge du patient (procédures accueil patient, traçabilité...);
- les précautions en matière d'hygiène (procédures de désinfections, bio-nettoyage, tenues, lavage des mains...).

Trois règles liées à la **traçabilité de l'information** (utilisation de la check-list sécurité du patient), à **l'organisation et au fonctionnement du bloc opératoire** (retards ou modifications de planning opératoire) et, à **l'hygiène et à la sécurité** (respect du bio-nettoyage des salles, lavage des mains, port de masques...) ont ainsi été retenues.

En s'intéressant à trois types de règles issues de domaines différenciés mais complémentaires de la charte du bloc opératoire, notre ambition était de permettre d'identifier l'ensemble des significations possibles des actes transgressifs. En outre, elles sont aisément observables pour un chercheur novice dans le milieu.

a) **Règle relative à la traçabilité de l'information : la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »**

La check-list sur laquelle notre intérêt s'est porté a été rendue obligatoire par la Haute Autorité de Santé (HAS) le 1^{er} janvier 2010, dans le cadre de la certification des établissements de santé. Plus particulièrement, notre attention s'est focalisée sur le respect du « *time out* » (ou « temps mort ») obligatoire avant l'incision en présence de toute l'équipe chirurgicale (chirurgien, anesthésiste, infirmier anesthésiste et infirmier de bloc opératoire). De nombreuses études (Gillespie, et al., 2006) ont cherché à identifier les facteurs qui contribuent à la non-utilisation de la check-list au sein des blocs opératoires. Il est intéressant de noter que les auteurs n'utilisent pas le terme de « *transgression* ». Bien que la check-list soit reconnue comme utile dans la gestion des risques par les acteurs, ces enquêtes pointent plusieurs difficultés à la mettre en œuvre. Celles-ci peuvent être d'ordre technique (variabilité des patients, documents supplémentaires, ralentissement de l'activité...), résulter du manque de compréhension de l'utilité de la check-list ou, encore, découler d'une communication déficiente entre les membres

de l'équipe (notamment, entre l'infirmier en charge du remplissage de la check-list et le chirurgien).

Le manque d'utilisation de la check-list avait déjà été identifié au cours d'un audit réalisé par le service qualité de l'établissement en décembre 2015 au bloc opératoire. Il mettait en avant des résultats peu satisfaisants lors de la préparation de la certification V2010 (fait relaté dans notre journal de bord). Puis, la volonté de s'intéresser à cette règle s'est confirmée lors des observations *in situ* lorsque des comportements transgressifs à l'égard de cette règle ont été constatés. Afin de connaître ses étapes de création et ses modifications ainsi que son principe d'utilisation, une « fiche d'identité » de cette check-list a été réalisée (Cf. annexe).

b) Règle relative à l'hygiène

Tout comme la règle de traçabilité, la règle d'hygiène revêt un enjeu important : celui de la sécurité du patient. Or, le compte rendu de la HAS indique que pour faire suite aux résultats de la certification V2010, l'utilisation de la check-list et le respect des règles d'hygiène font partie des activités qui ne sont pas encore suffisamment maîtrisés au sein des établissements de santé. La figure 5 ci-dessous est un extrait du compte rendu des situations à risques identifiées par la HAS.

SITUATIONS A RISQUES OBSERVEES EN V2010	
✓	Absence d'effectif suffisant (en nombre ou en compétences) au regard du programme opératoire au bloc et en SSPI
✓	Non disponibilité du médecin anesthésiste-réanimateur à tout moment au bloc et en SSPI
✓	Non-conformité des locaux ou équipements (dont DM)
✓	Non disponibilité des produits de santé (médicaments, produits sanguins...) au bloc et en SSPI
✓	Non-respect des règles en matière de fonctionnement de la SSPI (horaires de fonctionnement non compatibles avec le programme opératoire, sortie sans autorisation du médecin anesthésiste réanimateur, etc.)
✓	Dossier incomplet (pas de fiche de liaison...) ou non accessible en temps utile
✓	Non respect des règles de programmation (tableau de programmation établi non conformément, programme non accessible à tous, urgences non prises en compte)
✓	Non-respect des modalités de mise en œuvre de la check-list : renseignement en temps réel, vérifications partagées et croisées, en présence de tous les acteurs, traçabilité des vérifications et signatures des opérateurs, prescriptions post-opératoires
✓	Non-respect des règles de maîtrise du risque infectieux dans les secteurs interventionnels (en matière notamment de bionettoyage, hygiène des mains, tenues professionnelles, etc.)

FIGURE 5 : SITUATION A RISQUES OBSERVEES EN V2010 – ITEM « ORGANISATION DU BLOC OPERATOIRE » (HAS, SEPTEMBRE 2015, P. 32)

Plusieurs études ont montré que malgré l'importance de l'hygiène au sein des établissements de soins et les recommandations en vigueur, les acteurs n'appliquaient pas les règles élémentaires de nettoyage (Ledoux, 1999 ; Carricaburu et *al.*, 2008 ; Murgier et *al.*, 2016), notamment concernant l'hygiène des mains (Amiel, 2005 ; Withby et *al.*, 2006 ; Magnus et *al.*, 2015 ; Pendersen et *al.*, 2017). L'enquête de M. G. Lankford et *al.*, (2003) montre, par exemple, que l'observance des règles en matière d'hygiène des mains avant un contact avec le patient est beaucoup moins respectée qu'après un contact avec le patient.

M. Schindler (2013) propose une explication à la difficile application des règles par les soignants. Elle proviendrait de la gestion du temps disponible et du maintien du rythme du travail (p. 17). Les acteurs auraient recours à la transgression de la règle afin de gagner du temps dans leur travail. D'autres études ont montré que les acteurs ne portent pas de gants en raison d'une diminution de la sensation tactile (Adegboye et *al.*, 1997 ; Naing et *al.*, 2001) ou parce que les gants interfèrent avec leur dextérité (Henry et *al.*, 1994 ; Naing et *al.*, 2001 ; Taveira et *al.*, 2002).

M. C. Pouchelle (2008, p. 108) s'interroge quant à elle sur « *les aspects subjectifs des comportements* » qui échappent à la rationalité scientifique concernant la résistance des chirurgiens aux mesures préventives. D'après l'auteure, « *les médecins et chirurgiens ou d'autres professionnels, se comportent parfois comme si naturellement propres en raison de leur fonction, ils ne sauraient être eux-mêmes des vecteurs d'infections* » (*id.*). D. Carricaburu et *al.*, (2008) ajoutent que l'hygiène fait référence à un « *travail domestique d'entretien des corps et des espaces* » dans lequel les médecins sont peu investis. Ils « *sont d'ailleurs régulièrement critiqués par les autres professionnels pour les transgressions qu'ils s'autorisent* » (*ibid.*, p. 66). Cette perception de l'hygiène est héritée de « *l'ancien régime où la position hiérarchique des individus et leur appartenance à un corps prévalent sur les nécessités techniques concrètes* » (Pouchelle, 2008, p. 108). Ainsi, du fait de leur appartenance au milieu soignant et de leur position hiérarchique au sein de l'hôpital pour les chirurgiens, un grand nombre d'acteurs, « se sent protéger » face au risque infectieux. « *La perception du risque concerne moins le patient que le professionnel de santé lui-même. Le risque provient de l'Autre, c'est-à-dire le malade demeurant dans sa chambre* » (Amiel, 2005, p. 52). Bien que les médecins soient censés posséder un savoir sur les infections et les germes, leurs

comportements montrent souvent des pratiques qui s'éloignent des recommandations hygiéniques et relèguent cette tâche aux infirmières (*id.*, p. 48).

c) Règles de fonctionnement relatives aux retards et aux modifications de plannings

Enfin, notre intérêt s'est également porté sur les règles de fonctionnement du bloc opératoire. Elles ont été identifiées lors de la relecture de notre journal de bord (la direction de l'établissement évoquait la nécessité de mettre en place un outil afin de pouvoir planifier les opérations automatiquement). Elles ont ensuite été confirmées par le suivi d'événements indésirables déclarés par le personnel de l'établissement et lors des observations (retards de praticien en salle, par exemple).

Ces règles sont rappelées dans la charte du bloc opératoire qui constitue le règlement intérieur du bloc dont l'ensemble des personnels doit en prendre connaissance et l'appliquer. Cette charte précise par exemple que « *tout retard injustifié supérieur à 30 minutes d'un praticien, par rapport à l'heure prévue de prise en charge du patient, entraînera le retour du patient dans le service de soins. Le motif de ce report sera expliqué au patient par le praticien en cause* ». Or, R. Bercot (2009) explique que « *la mise en œuvre de la charte est toujours très difficile à réaliser car les acteurs ne donnent pas toujours les informations du programme aux dates demandées, les chirurgiens réclament des modifications dans la programmation des interventions une fois cette programmation arrêtée, ce qui est susceptible de perturber fortement le fonctionnement du bloc* ». En effet, il n'est pas rare que les chirurgiens ajoutent ou modifient les programmes opératoires la veille des interventions. Les retards et absences inopinées des praticiens en salle et les changements de planning opératoire de dernière minute (hors urgences) impactent directement l'organisation du bloc opératoire et entraînent un surcoût financier pour l'établissement (heures supplémentaires, augmentation du taux de débordement, sortie des patients retardée...).

La volonté de s'intéresser aux règles de traçabilité, d'hygiène et de fonctionnement du bloc opératoire s'est confirmée au cours des observations *in situ*. Cependant, ce type d'observations ne permet pas d'apprécier l'importance des transgressions, ni les conduites tenues par les divers professionnels de manière systématique. C'est pourquoi, afin de donner un caractère plus rigoureux, notre méthode de recueil des données a été complétée par des observations

systematiques qui nécessitent la construction d'une grille d'analyse qui « précise ce qui doit être observé systématiquement, comment, et éventuellement dans quel ordre » (Journé, 2008, p. 159). Cet outil est présenté dans la section suivante.

4.2.3 L'observation systématique

L'observation systématique a pour but d'explorer et de comprendre les processus de travail des opérateurs en temps réel et évite ainsi le biais de reconstruction *a posteriori* et de « décontextualisation » des données (Dekker, 2003), c'est-à-dire l'absence de restitution des contextes d'action et d'interprétation dans lesquels les acteurs ont été observés. A l'inverse de l'observation *in situ*, qui n'a pas pour vocation à canaliser l'attention du chercheur sur un phénomène en particulier, l'observation systématique vise à se concentrer sur un élément particulier au cours de l'action. Toutefois les observations *in situ* peuvent continuer à être réalisées en parallèle, afin de maintenir un niveau d'attention sur l'évolution du contexte observé. Dans ce cas, elles jouent un rôle de « veille » (Journé, 2008, p. 160).

Bien que les observations possèdent des avantages majeurs (diminution de la distance entre le chercheur et les observés, qualité des informations recueillies, oubli du statut de chercheur grâce à une présence continue...), plusieurs auteurs pointent également les biais potentiels de cette forme d'investigation. Il s'agit principalement de la relation entretenue entre l'observateur et l'observé. Ce biais est d'autant plus difficile à maîtriser lorsque le chercheur est continuellement sur le terrain de recherche. En effet, l'avantage du contrat CIFRE, signé entre l'entreprise d'accueil, l'université et le « salarié-doctorant », permet d'être proche des acteurs observés. F. Wacheux (1996) énumère trois principaux risques lorsque le chercheur a recours à l'observation : la prééminence du rôle d'acteur sur celui de chercheur, les aléas du regard entraînant une sélection des faits, ainsi qu'une interaction et une participation impliquées risquant de déformer les perceptions du chercheur. Il existe une méfiance de la part des individus qui se sentent observés due notamment à la prise de notes. Dans le cas du bloc opératoire, la situation d'observation est également déstabilisante pour le chercheur : il entre pour la première fois dans un endroit hyper-sécurisé, il n'en connaît pas les règles de sécurité et de fonctionnement et il peut se montrer intrusif par son questionnement. En outre, le chercheur peut introduire également un biais affectif ou d'empathie dans le sens où l'attirance ou la répulsion de certains acteurs le conduisent à se tourner davantage vers certains. De même,

le chercheur peut accorder de l'importance à un acteur en raison du charisme qu'il lui reconnaît (Journé, 2008, p. 171).

Le chercheur se doit donc de respecter une certaine « distance » (Matheu, 1986) vis-à-vis de son terrain afin de limiter les biais de la situation d'observation. Cette distance est difficile à fixer clairement, d'après M. Matheu (1986, p. 94) car « *il faut trouver la place juste et la bonne distance* ». Or, en contrat CIFRE cette distance est d'autant plus difficile à maintenir que le salarié-doctorant travaille de manière quotidienne avec les acteurs observés. Il faut ainsi prendre en compte le fait que le chercheur puisse être lui-même influencé par les relations qu'il noue sur le terrain. Le chercheur doit ainsi s'attacher à ne pas émettre des jugements de valeurs, seulement des jugements de faits (démarche de neutralité axiologique de Weber, 1919). Ce principe est délicat à respecter, car comme le rappelle M. Weber, les faits dépendent du chercheur (vision des faits, personnalité, vécu personnel...). Le chercheur doit se positionner de manière neutre afin de ne pas influencer les acteurs. Il ne juge pas, ni ne compare. Il doit comprendre sans pour autant adhérer aux opinions. Il est donc souvent reproché aux thèses en CIFRE de n'être que le reflet de la réalité perçue par le chercheur immergé dans son terrain depuis plusieurs années (Rasofo-Distler et Zawadski, 2011).

Afin de limiter les biais, une certaine distance avec les acteurs a été respectée, ainsi qu'une neutralité. *In fine*, c'est avec cet état d'esprit que les observations et les entretiens ont été conduits.

4.2.4 Les entretiens semi-directifs

Si les observations permettent de constater la transgression des règles par les acteurs, elles ne permettent pas de saisir leur signification. Le recours aux entretiens a donc semblé nécessaire pour compléter notre méthode de recueil de données et avoir accès à la subjectivité des acteurs préalablement observés. La conduite d'entretiens permettait ainsi d'accéder au sens et à la compréhension des comportements qui avait pu être observés (Baumard et al., 1999).

En conséquence, l'objectif de l'entretien « *est de saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants et le chercheur dans une dynamique de co-construction du sens* » (Imbert, 2010, p. 25). Il peut être individuel ou de groupe. L'entretien de groupe ne convenait pas à notre sujet de recherche. En effet, compte tenu des informations recherchées (actes transgressifs, actions habituellement non-avouées ou cachées), l'interaction entre les

interviewés aurait pu constituer un obstacle à leur libre parole. L'entretien individuel défini comme « *un dispositif de face à face, où un enquêteur a pour objectif de favoriser chez un enquêté la production d'un discours sur un thème défini dans le cadre d'une recherche* » (Freyssinet-Dominjon, 1997) a donc été privilégié.

On distingue traditionnellement deux méthodes d'entretien individuel : l'entretien semi-directif (ou entretien centré, selon Merton et *al.*, 1990, ou encore semi-dirigé, Savoie-Zajc, 1997) et l'entretien non-directif. Cette dernière méthode ne convenait pas, car le but était d'orienter notre questionnement et les thèmes à aborder afin de collecter des données précises. Les acteurs ne parlent pas spontanément de ce qui relève du non-conscient ou du non avouable. Le chercheur doit l'y « amener » en guidant le répondant. Notre choix s'est donc porté sur l'entretien semi-directif qui permet d'aborder plusieurs thèmes grâce à un guide d'entretien, mais l'ordre de discussion des différents thèmes n'est pas imposé. Le principe de « non directivité » est respecté. Comme le soulignent Y. Evrard et *al.*, (1993, p. 91), le principe de la non-directivité repose sur une « *attention positive inconditionnelle* » de l'investigateur : le sujet peut tout dire et chaque élément de son discours a une certaine valeur car il renvoie de façon directe ou indirecte à des éléments analytiques de l'objet de recherche (Ibert et *al.*, 1999).

Cette flexibilité permet de laisser une relative liberté au répondant. Le guide d'entretien permet d'orienter les questions ou relances du chercheur, mais il n'est pas limitatif. D'autres questions peuvent venir s'ajouter au cours de l'entretien (Baumard et *al.*, 2003, p. 325). Par ses relances, le chercheur reformule les propos de l'interviewé. Les questions générales permettent d'orienter le répondant sans influencer ses réponses. « *Par ses relances, l'intervieweur paraît ne rien dire qui n'ait déjà été dit : il souligne, synthétise, reformule, demande une précision et semble laisser à l'interviewé la part essentielle de la construction discursive* » (Blanchet, 1991, p. 17).

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec 15 chirurgiens exerçant différentes spécialités (chirurgie orthopédique, vasculaire, digestive/ viscérale, gynécologique, urologique) afin de se saisir de la signification qu'ils donnent à leurs comportements ; et 6 personnels de l'hôpital (cheffe de bloc, IDE²², AS²³, responsables qualité, chargé de régulation) afin de colliger

²² Infirmière Diplômée d'Etat

²³ Aide-soignante

différents points de vue sur la manière d'agir des chirurgiens. Le tableau 8 ci-dessous précise les considérations opérationnelles de l'entretien individuel.

Qui ?	Combien ?	Où ?
Chirurgiens, Personnels soignants, Personnels administratifs. Pour favoriser la diversité des profils, des points de vue pour trianguler les données issues des entretiens et des observations.	Pas de norme précise. Optimum quand la saturation est atteinte Au total, 21 entretiens ont été réalisés.	De préférence en lieu neutre, calme (bureau isolé), domicile de l'interviewé (chargé de régulation) afin de le rassurer, le mettre en confiance, mais distraction possible lié au quotidien, à l'environnement connu.

TABLEAU 8 : CONSIDERATIONS OPERATIONNELLES DE L'ENTRETIEN INDIVIDUEL

Pour finir, des données secondaires ont également été collectées tout au long de la recherche.

4.2.5 Les fiches d'événements indésirables (FEI)

Les données secondaires sont des données qui existent déjà. D'après P. Baumard et *al.*, (2014, p. 290), elles ont une valeur historique et sont utiles pour établir des comparaisons et évaluer les données primaires. Le recueil de ses données a relevé de l'opportunité de participer à des réunions de suivi d'indicateurs et l'analyse de documents internes, comme le suivi des fiches d'évènements indésirables (FEI) recensées dans l'établissement entre les mois d'août 2015 et décembre 2017. Sur l'ensemble des FEI colligées (201 au total), 13 FEI particulièrement pertinentes ont été recensées pour notre recherche. Ces FEI ont été sélectionnées car elles font état de comportements transgressifs au regard des règles applicables au sein de l'hôpital. La source de ces données est la Direction qualité de l'établissement confirmant l'authenticité des documents recueillis et l'exactitude des informations qu'ils contiennent. Ces documents ont permis de guider nos premières hypothèses de recherche, de compléter nos données et d'illustrer d'autres exemples de transgression des règles qui n'avaient pas pu être observés (car non présente sur le terrain au moment des faits).

Les FEI sont communément implantées dans tous les établissements de santé. C'est un élément important de la démarche qualité. Le but de ces fiches est d'identifier les risques ou les problèmes survenus au sein de l'établissement afin de pouvoir ensuite les analyser. La HAS définit un événement indésirable associé aux soins (EIAS) comme « *un évènement inattendu*

qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet évènement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie » (source : site Internet HAS, consulté le 02/07/2018). Tous les EIAS doivent être signalés par les acteurs de l'établissement afin qu'ils puissent être analysés. Quand l'évènement est particulièrement grave il fait l'objet d'un signalement à l'Agence régionale de santé compétente²⁴.

Les EI sont déclarés par les salariés de façon anonyme ou non via un logiciel disponible sur chaque ordinateur (nommé « *Gerimed* ») de l'établissement et sont centralisés par le Responsable qualité afin d'assurer leur suivi. Les événements indésirables déclarés ne peuvent donner lieu à sanction. L'EI ne doit pas viser une personne mais chercher à comprendre l'origine de l'incident, afin de pouvoir répondre à la question « *qu'est-ce que cela nous dit sur notre système ?* » (Vincent, 1997 ; Khon et al., 2000). Ils sont étudiés au cours de la réunion de l'équipe opérationnelle des risques (EOR) dont je faisais partie en tant que membre de la DRH, afin de pouvoir apporter une réponse au déclarant. L'analyse des risques a pour but de faire évoluer les pratiques. « *Ces systèmes déclaratifs constituent donc de véritables mines d'information pour les managers* » (Martineau, 2012). L'EOR peut être une cellule de crise mobilisable à tout moment ; et est compétente pour traiter tous les risques auxquels l'établissement peut être confronté (financier, informatique, logistique...).

Les FEI sélectionnées sont particulièrement pertinentes pour la recherche car elles sont rédigées par les salariés ou les praticiens et permettent donc d'avoir accès aux situations relatées. D'après J. Husson (2009), « *c'est un moyen légitime d'entrer dans les processus de l'organisation hospitalière* ». Elles ont une portée démocratique forte car elles sont utilisables par l'ensemble des acteurs de l'organisation. La figure 6 ci-dessous synthétise les différentes phases de notre choix de méthode de recueil des données (cases bleues).

²⁴ Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

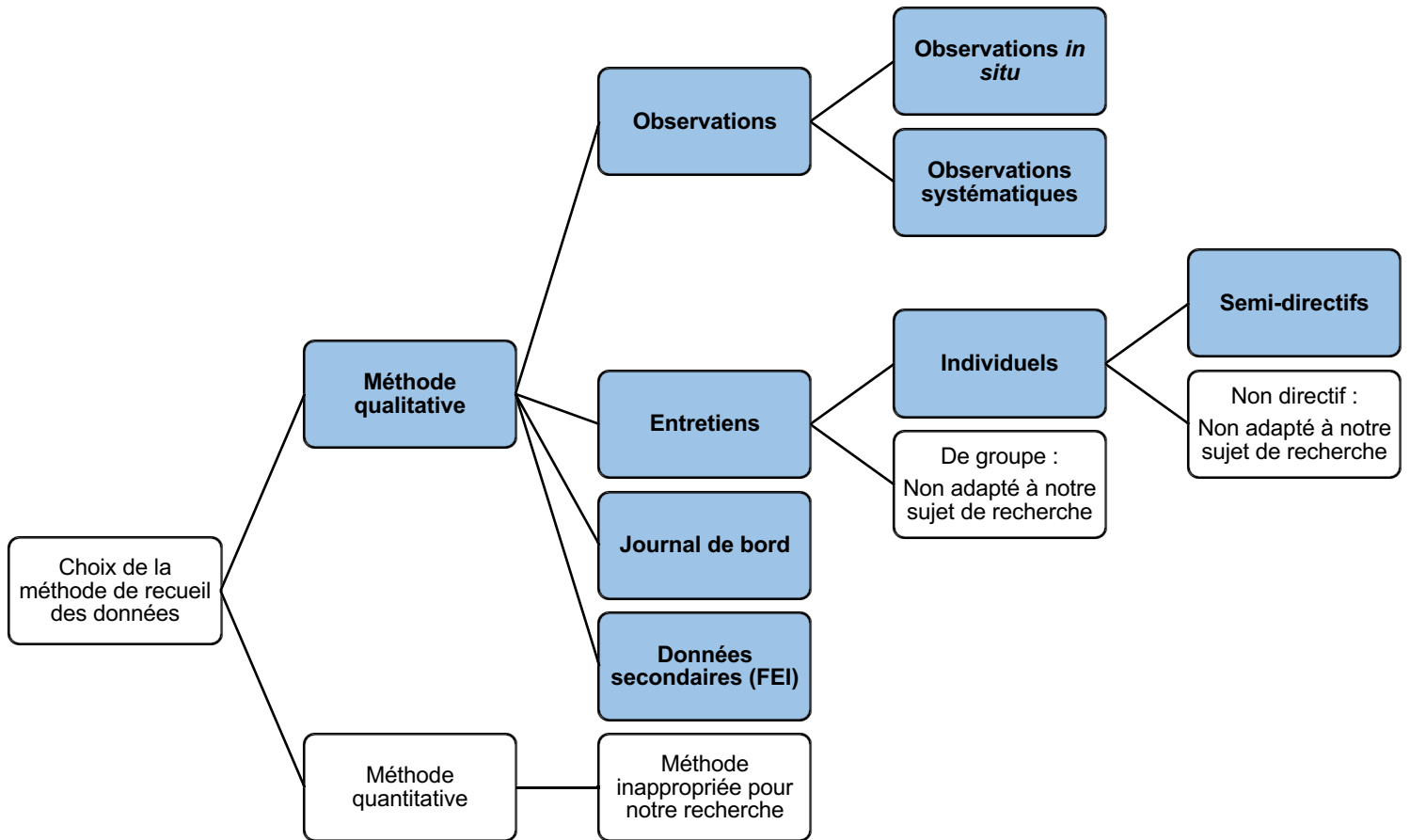


FIGURE 6 : SYNTHÈSE DU CHOIX DE LA MÉTHODE DE RECUEIL DES DONNÉES

Après avoir présenté les outils de recueil des données, les outils de traitements utilisés sont présentés dans la partie suivante.

4.3 Les outils de traitement des données

Une fois les données recueillies, il convient de les interpréter selon une méthode afin qu'elle donne lieu à une critique. Dans un premier temps, l'analyse de contenu a été privilégiée, en codant, hiérarchisant et comparant les données. Le but n'est pas ici la recherche du nombre d'occurrences mais l'importance d'une catégorie et sa présence ou absence dans les données

(Grawitz, 1993). Dans un second temps, les données ont été analysées selon la méthode de l'analyse de discours.

4.3.1 L'analyse de contenu

L'analyse de contenu semble trouver ses racines dans les analyses de presse et d'articles de propagande du début du XX^{ème} siècle. Elle consiste à analyser des données (journal de bord, entretiens, notes d'observation de terrain...) à travers le vocabulaire utilisé, la syntaxe des phrases ou encore les formules rhétoriques. Selon L. Bardin, elle peut être définie comme un ensemble de techniques « *systématiques* » (2003, p. 47) visant à produire une connaissance sous forme d'« *indicateurs* » (*id.*) sur les « *conditions de production / réception* » (*id.*) des messages. Cette définition spécifie l'analyse de contenu au regard de l'analyse de discours. Elle produit des indicateurs obtenus à partir de l'étude systématique d'un matériau et non des interprétations de ce dernier comme le fait l'analyse de discours. De ce fait, elle porte, en premier lieu, sur les conditions de production des messages et de manière indirecte sur leur signification.

L'analyse de contenu permet de répondre à de nombreux objectifs comme identifier les attitudes, les intentions, les croyances, les stéréotypes d'employés, de dirigeants, comparer les réponses en termes de centres d'intérêts, d'opinions de groupes différents, construire des typologies sur la base de différences / points communs... (Gavard-Perret et *al.*, 2008, p. 253). Dans le cadre de notre recherche, l'analyse de contenu est destinée à identifier les significations des transgressions. Pour ce faire, la catégorisation des données constitue la première étape.

4.3.1.1 La catégorisation (ou codage)

« *Le codage correspond aux processus analytiques par lesquels les données sont fractionnées, conceptualisées et intégrées pour produire de la théorie* » (Strauss et Corbin, 2004, p. 19). Il s'agit d'une étape de « *mise en boîte* » (Ruillé, 2015, p. 207) dans le sens où les catégories sont créées dès le départ. Au fur et à mesure de l'analyse, les données sont « rangées » dans les catégories. L'ensemble des données collectées a été codé.

Parmi les différentes méthodes permettant de coder des données qualitatives, l'analyse de contenu se spécifie par une procédure codifiée de réduction du matériau initial qui amène le chercheur à classer les données dans des catégories préalablement fixées. Les « *catégories sont les rubriques significatives, en fonction desquelles le contenu sera classé (...)* Elles doivent être

exhaustives, c'est-à-dire que l'ensemble du contenu que l'on a décidé de classer doit l'être en entier » (Grawitz, 2001, p. 616-617).

La catégorisation a pour objectif de donner une représentation simplifiée des données brutes. D'après L. Bardin (2013, p. 151), elle comporte deux étapes :

- *première étape : l'inventaire*. Il consiste à isoler les éléments,
- *deuxième étape : la classification*. Elle vise à répartir les éléments, donc à chercher ou à imposer une certaine organisation aux messages. Classer des éléments en catégories suppose donc de rechercher leurs points communs.

Les catégories doivent être construites dans le but de donner du sens et non pas seulement de décrire l'extrait. Elles sont dites « *conceptualisantes* » (Paillé et Mucchelli, 2003). Dans ce sens, on peut considérer que le « *travail de catégorisation s'apparente ainsi au travail de construction de concepts* ». Lors de cette étape, il est nécessaire de définir les règles de « découpage » du corpus afin de préciser les unités à prendre en considération (Allard-Poesi, 2003). L'étape préalable au codage implique le choix d'une unité de codage (Allard-Poesi et al., 2007). Le chercheur a le choix entre le mot, la ligne, la phrase, le paragraphe de sens ou encore le texte dans son intégralité. Le « *paragraphe de sens* » est l'unité d'analyse qui a été considérée (ou « *unité de contexte* », Bardin, 2013, p. 138). Un paragraphe de sens est une phrase ou un groupe de phrases qui fait référence à une idée principale. Cette unité d'analyse semblait être la meilleure option pour coder les données, tout en comprenant le contexte car sa taille est optimale pour saisir la signification exacte de l'unité d'enregistrement. La relecture des données pertinentes a permis de dégager les paragraphes de sens.

L'ensemble des données a été retranscrit afin de pouvoir faciliter le codage. Souvent la retranscription des données permet déjà de réaliser une première pré-analyse. Puis, une lecture « flottante » permet de préparer l'analyse. Commencer l'analyse durant la collecte des données est fortement recommandée par M. B. Miles et A. M. Huberman (2003). Elle permet au chercheur de commencer le travail de réflexion tout en étant encore sur le terrain. Les idées intéressantes venant à la lecture de chaque phrase ont été consignées. Sur le moment, nos commentaires étaient notés en marge du verbatim de l'entretien. Chaque passage ainsi remarqué était surligné en jaune. Cette étape permet de déterminer les règles de découpage du corpus,

puis de catégorisation et de codage des unités constituées (Gavard-Perret et Helme-Guizin, 2008).

Dans un premier temps, le codage « formel » des données a été entrepris sur le logiciel « Nvivo ». Cependant, le logiciel Excel s'est révélé être plus facile à manier. Ce dernier présentait une plus grande simplicité de maniement pour ce type de travail. Ainsi, après avoir extrait les données encodées dans Nvivo, un tableau à plusieurs colonnes (initiales de l'acteur, paragraphe de sens, catégories) a été construit sur Excel afin de pouvoir organiser l'analyse et présenter l'ensemble des catégories de manière lisible (Cf. extrait du tableau en annexe).

La section suivante présente la façon dont ont été, à proprement dit, analysés les données collectées.

4.3.1.2 L'analyse des données

Les données collectées ont été analysées selon une technique de codage « *a priori* » (Allard-Poesi, 2003). Les unités identifiées s'appuient sur une liste de catégories préalables plus ou moins précises, construites à la fois à partir de la littérature et évoluant au cours du processus pour s'adapter aux données codées. En effet, A. M. Huberman et M. B. Miles (1991, p. 103) soulignent le fait que certaines catégories sont susceptibles de se « détériorer » au cours de l'analyse, car la façon de découper le phénomène ou le processus étudié ne correspond pas à son mode d'apparition empirique.

La liste de catégories créées sert ensuite au chercheur à repérer les indices, les indicateurs ou les descripteurs au sein du corpus qui lui permettront de procéder au codage systématique de ce dernier (Gavard-Perret et Helme-Guizin, 2012, p. 259). Il s'agit de la procédure par « boîtes » (Bardin, 2013). L'organisation du matériel découle directement des fondements théoriques hypothétiques à l'inverse d'une démarche inductive « *où les sous-catégories émergent du terrain et sont progressivement comparées et regroupées par le chercheur pour constituer des catégories d'un niveau d'abstraction supérieure* » (Gentil, 2012, p. 158). Les unités du corpus sont ensuite affectées dans les catégories dont le sens est le plus proche de leur contenu. Par exemple, ont été définies les catégories suivantes : nuire, résistance/ opposition, négligence, peur, stress, souffrance, apprentissage, perception du risque, conditions de travail, adaptation au réel...

En plus des catégories préalablement établies à partir de la littérature, d'autres catégories ont émergées des données. Leur définition s'est faite, dans un premier temps, par un processus d'essai-erreur. Ont par exemple émergé les catégories supplémentaires suivantes :

- la catégorie « défiance/ mépris » regroupait les unités d'analyse ayant trait aux transgressions ayant pour but de signifier l'absence de confiance, un mépris, un manque de légitimité de la règle, à l'utilisation accusatoire de la démarche qualité, ou encore à des actes et à des pratiques contrôlées, bridées ;
- la catégorie « reconnaissance » contenait tout ce qui se référait au manque de reconnaissance du travail, au manque de soutien de la direction, à la baisse de motivation ;
- la catégorie « manque intérêt » rassemblait les références au manque d'intérêt, au désintérêt, à l'ennui, au manque d'implication.

Cependant, en fonction de l'interprétation du chercheur le codage des transgressions pouvait être amené à varier. En effet, la signification de certaines transgressions pouvait paraître ambiguë. L'unité était alors difficilement « classable ». Un même comportement transgressif pouvait être interprété de plusieurs manières.

Une fois le codage « formel » réalisé, les résultats peuvent être analysés de différentes façons. Les analyses quantitatives cherchent essentiellement à compter les unités ou à utiliser les statistiques, alors que les analyses qualitatives permettent « *d'interpréter l'agencement de ces unités en les replaçant dans un contexte plus global* » (Blanc et al., 2014, p. 559). L'analyse qualitative, qui permet d'apprécier l'importance des thèmes dans le discours plutôt que de les mesurer et de les compter, a été privilégiée. C'est donc la « valeur du thème » plutôt que le « nombre de fois » qui semblait pertinent à retenir pour la recherche. « *En révélant l'importance de certains thèmes dans les discours, l'analyse de contenu suggère des explications aux comportements des auteurs des discours analysés ou à leurs stratégies* » (Blanc et al., p. 561). La figure 7 ci-dessous présente une synthèse de la démarche d'analyse de contenu adoptée.

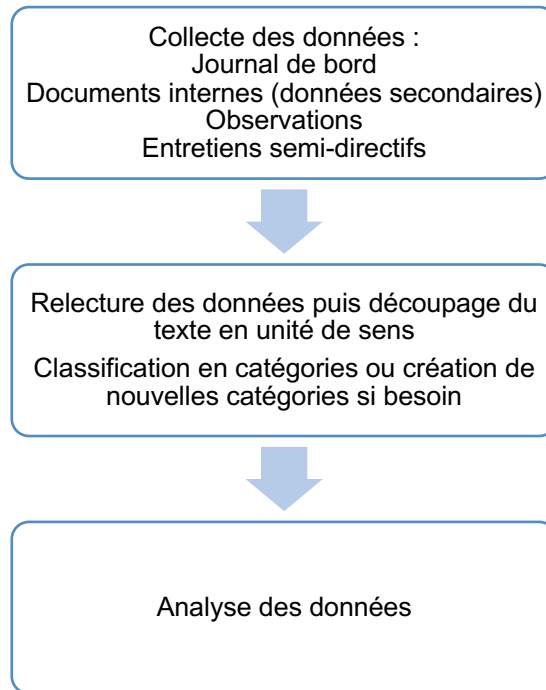


FIGURE 7 : DEMARCHE DE L'ANALYSE DE CONTENU DES DONNEES (BARDIN, 2001, P.33)

L'analyse de contenu a été couplée avec une analyse de discours des données, afin de prendre en compte le contexte et les effets de langage des discours étudiés.

4.3.2 L'analyse de discours

De nombreux auteurs s'accordent sur l'importance fondamentale du discours comme objet d'étude. On retrouve de multiples définitions du discours dans la littérature (en linguistique, sociologie, management...). Selon A. Blanc et *al.*, 2014 (p. 563) « *l'approche dominante consiste à appréhender le discours non pas comme un ensemble de textes, mais comme une pratique* ». Il est donc important d'entendre le discours comme une pratique ou comme un ensemble d'actions exercées plus ou moins intentionnellement par des personnes sur d'autres personnes et non pas comme un ensemble de textes.

Ce type d'analyse incite le chercheur à s'interroger sur les significations du contenu du texte, afin de mettre en évidence le sens « caché » des propos des acteurs et d'accéder à des « réalités » hors du langage explicite. A l'inverse de l'analyse de contenu, « *le rôle de l'analyse de discours n'est pas d'appliquer des catégories aux propos des participants, mais plutôt d'identifier les moyens par lesquels ces participants construisent activement et emploient ces catégories dans leur discours* » (Wood et Kroger, 2000, p. 29-30). En ce sens, l'analyse de discours permet

d'identifier les éventuels sous-entendus, et ainsi compléter les résultats issus de l'analyse de contenu. Les retranscriptions de nos phases d'observations et d'entretiens ont été analysées afin de mener l'analyse de discours.

Dans un premier, c'est sur la méthodologie de l'analyse de discours d'A. Seignour (2011, p. 34) que notre intérêt s'est porté. Elle propose une grille de lecture fondée sur l'étude des indicateurs énonciatifs, référentiels et organisationnels pour analyser les discours. Par ailleurs, en guise de synthèse, l'auteure propose une quatrième rubrique intitulée « *le fonctionnement global du discours* » (*id.*). Les indicateurs énonciatifs permettent d'analyser la façon dont l'acteur s'inscrit et inscrit son allocataire dans son discours. Pour ce faire, il faut relever les « déictiques » (pronoms personnels (je, tu, il, etc.), les démonstratifs (ce, cette, ces) et les indicateurs spatiotemporels (ici, hier, demain, etc., ainsi que les temps des verbes)); et les « modalisateurs » qui montrent le degré d'adhésion de l'énonciateur aux contenus énoncés (adverbes, les italiques, guillemets, conditionnels...). L'auteure préconise également de relever les « champs sémantiques » (ensemble des mots utilisés pour caractériser une notion) et la nature des arguments (émotions que le locuteur cherche à provoquer chez ses interlocuteurs ou argumentation logique) qui permettent de révéler les représentations de l'énonciateur qu'il souhaite « imposer » à son destinataire. Les indicateurs organisationnels correspondent aux « connecteurs » (pour, afin, car...) et la « progression thématique » analyse la structuration de l'énoncé à travers la chronologie des arguments. Enfin, au cours de la dernière étape qui correspond à l'analyse globale du discours, le chercheur doit interpréter véritablement le texte.

Bien que cette proposition de grille de lecture soit précise et permette de guider le chercheur, comme l'indique A. Seignour, elle ne correspond pas à l'analyse de discours qui était ambitionnée. L'analyse de discours d'A. Seignour s'inscrit dans une approche des discours de « l'homme communicant ». Cette grille va lui permettre d'analyser le discours « officiel » d'un dirigeant de la SNCF, d'un manager au cours d'une allocution. Ainsi, cette grille ne semblait pas pertinente pour l'analyse de nos données qui constituent pour la plupart des entretiens retranscrits menés avec des chirurgiens et salariés de l'hôpital, des observations, et non pas des discours officiels rédigés et préparés en amont par des dirigeants habitués à s'exprimer en public.

A l'inverse, A. Blanc et *al.*, (2014, p. 572) s'accordent sur le fait que l'analyse des discours appartient davantage à une tradition herméneutique qu'à une traduction déductive. Les auteurs

invitent le chercheur à se poser plusieurs questions : *Qui produit ce discours ? Quelles sont les motivations ? Comment le discours est-il construit pour atteindre certains objectifs ?...* Afin de ne pas favoriser l'utilisation de certaines catégories prédéfinies lors de l'analyse, certains auteurs préconisent de ne pas adopter une démarche trop systématique (Philips et Hardy, 2002), voire même, de recourir à du « bricolage ». C'est là toute la difficulté de l'analyse de discours qui ne relève pas d'une recette magique. A. Blanc et *al.*, (2014) préconisent de suivre deux phases au cours de l'analyse de discours. La première consiste à étudier le sujet évoqué par les acteurs ; les motivations de production de leur discours et les idéologies sociales. La seconde, consiste à se concentrer sur une analyse plus fine, afin d'approfondir les éléments suivants : les sujets ; le registre de langage utilisé ; les connotations, les insinuations ; la référence à certains acteurs ou à certains sujets... C'est la méthode proposée par A. Blanc et *al.*, (2014) qui a été suivie pour réaliser l'analyse de discours. À l'issue de la relecture de chaque matériau, un résumé était réalisé afin de synthétiser les éléments importants du discours des acteurs.

Certains chercheurs considèrent l'analyse de contenu et de discours comme des méthodes potentiellement complémentaires et encouragent à les utiliser dans des méthodologies de recherches mixtes, en particulier à des fins de triangulation (Neuendorf, 2004 ; Hardy et *al.*, 2004). La triangulation des données recueillies permet d'accroître la validité et la fiabilité de la recherche (Coutelle, 2005).

4.3.3 La triangulation des données

Il convient de recourir à plusieurs techniques de recueil de données afin de vérifier la cohérence des différentes sources et de limiter les biais. Les entretiens réalisés ont été nécessaires pour trianguler les observations, le journal de bord et les FEI recensées. En effet, les observations préservent le contexte des phénomènes étudiés et permettent d'observer ce qui se passe en temps réel. B. Journé (2008) suggère alors de réintroduire de « l'épaisseur temporelle » à l'étude par des entretiens et des analyses documentaires.

S. Gentil (2012, p. 133) indique que la triangulation est également le moyen de se saisir du « *non visible* » au sein de chacun des dispositifs mis en place. En effet, les observations permettent par exemple, d'avoir accès aux comportements routiniers des acteurs qu'ils ne mentionneraient pas en entretien, persuadés qu'ils ne sont pas importants. Les observations devaient permettre de se familiariser avec le fonctionnement du bloc pour la recherche. En

outre, ce sont les entretiens qui ont permis de comprendre certains comportements des acteurs qui n'avaient pas été saisis, dans un premier temps, sur le terrain (comme le fait de ne pas porter de tablier de plomb lors de l'utilisation de l'amplificateur de brillance au bloc). L'entretien va également permettre d'accéder au sens, à la signification octroyée par les acteurs à leurs actions, des éléments « *invisibles* » à l'observation et qui appellent ainsi à la verbalisation (*id.*). Les éléments relatés dans notre journal de bord étaient vérifiés, quand cela était possible lors des observations et au cours des entretiens.

Il convient également d'adopter une approche de triangulation des sujets qui consiste à interroger des personnes de métiers et de niveaux hiérarchiques différents afin que l'interprétation et le sens donné à l'objet étudié soient triangulés (Stake, 1995). C'est pourquoi, des chirurgiens exerçant différentes spécialités mais également le personnel travaillant au sein du bloc opératoire auprès de ces derniers et dans différents services (comme des IDE, AS, Cheffe de bloc...) ont été interviewés.

Après avoir présenté la méthode de recherche, ainsi que les outils de recueil et de traitement des données, la partie suivante présente la mise en œuvre de la méthode de recherche.

4.4 Mise en œuvre de la méthode

4.4.1 Les observations *in situ*

Une observation *in situ* du mode de fonctionnement quotidien d'un bloc opératoire a été menée en réalisant 17 séquences d'observation de type préparatoire entre les mois de novembre 2015 et janvier 2016 (soit une soixantaine d'heures), au sein de plusieurs salles d'opération d'hôpitaux privés de la région parisienne. Ces observations ont été réalisées au cours de différentes opérations chirurgicales (orthopédiques, viscérales et digestives, cardiaques, gynécologiques...) et en suivant une infirmière de bloc tout au long de sa journée de travail.

4.4.1.1 Présentation du terrain de recherche

Le choix du terrain de recherche a résulté de l'opportunité de signer un contrat de type CIFRE au sein de la Direction des Ressources Humaines d'un hôpital privé, afin de poursuivre les recherches initiées en master management des établissements de santé. Ce contrat permet une immersion sur la durée (3 ans) et permet au chercheur de ne pas fonder ses hypothèses sur la

seule perception des acteurs (entretiens, questionnaires...) mais de les recouper aux pratiques des acteurs en action.

L'hôpital est implanté au nord-est de la région Ile-de-France dans le département de la Seine-Saint-Denis (93). Il a été construit en 1967 par un chirurgien orthopédiste et fait partie d'un groupe d'hospitalisation privé depuis 2006. C'est un établissement MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) de taille moyenne qui recense 15 000 hospitalisations dont 9000 sont réalisées en ambulatoire. Il possède une capacité d'accueil de 180 lits avec plus de 300 salariés fixes et 50 praticiens libéraux. Le statut des praticiens n'est pas sans conséquence sur la gestion de l'hôpital. En effet, il n'y a pas de lien hiérarchique entre ces derniers et la direction de l'établissement qui leur met à disposition le matériel et le personnel, en contrepartie du versement d'une redevance, préalablement négociée dans leur contrat.

Le bloc opératoire est situé au dernier étage du bâtiment et est composé de sept salles. Cinq salles sont dédiées à l'activité chirurgicale, une salle est réservée à l'endoscopie digestive et bronchique et une salle accueille en permanence un lithotriporteur qui permet de traiter les calculs rénaux sans intervention chirurgicale. L'accès se fait par les vestiaires et est contrôlé par la reconnaissance d'une empreinte digitale. Plusieurs chirurgies y sont pratiquées, notamment la chirurgie bariatrique, urologique, carcinologique, vasculaire et orthopédique des membres supérieurs et inférieurs. Depuis 2014 l'hôpital est le seul centre « SOS Main » du département de la Seine-Saint-Denis, ce qui a permis d'augmenter considérablement l'activité orthopédique.

4.4.1.2 L'entrée sur le terrain

Un fois le contrat signé, il s'agit d'obtenir une autorisation d'entrer au bloc opératoire et un accord pour y travailler sur un objet déterminé. Le poste obtenu à la Direction des Ressources Humaines s'est révélé être un endroit stratégique au sein de l'établissement car il m'a permis de rencontrer préalablement les acteurs salariés, et ainsi de me présenter. J'ai pris contact avec la Cheffe de bloc opératoire afin d'organiser ma première venue. Rapidement, j'ai eu l'accès au bloc opératoire grâce à l'enregistrement de mon empreinte digitale afin de pouvoir m'y rendre « à ma guise ». L'entrée au sein du « huis clos » était désormais possible et je pouvais alors débiter les observations, pour me familiariser avec le fonctionnement du bloc opératoire.

Deux types d'observations doivent être distingués. Soit le chercheur adopte un point de vue interne et son approche relève de l'observation participante, soit il adopte un point de vue

externe, il s'agira alors d'une observation non-participante. Dans le cadre d'une thèse réalisée en CIFRE, il semble *a priori* difficile de s'orienter vers une démarche d'observation non-participante car le « salarié-doctorant » signe une convention tripartite avec l'Université et l'entreprise d'accueil qui lui offre une place en son sein, et lui permet ainsi de participer au fonctionnement de celle-ci.

Le contrat CIFRE constitue une approche terrain qui permet d'observer et d'analyser l'entreprise d'accueil (Sabatier, 2011). C'est le statut de « *l'observateur qui participe* » (Groleau, 2003) qui a été opté. Ainsi, j'étais identifiée comme une salariée encore en études par les acteurs de l'organisation ce qui me permettait de circuler librement dans la structure, sans pour autant prendre part à leurs activités. « *Les apports de l'observation participante peuvent ainsi être qualifiés de « conceptuels, théoriques et managériaux » en ce sens où le chercheur-observateur analyse son terrain de recherche tout en participant à son fonctionnement. Le chercheur doit donc faire preuve de capacités de sociabilité, d'attention, de mémoire et d'interprétation (Grawitz 2001) »* (Rasolofo-Distler et Zawadski, 2013). En effet, en plus de faire preuve de mémoire et d'adaptabilité, le salarié-chercheur est constamment en « veille », afin de saisir les événements susceptibles d'être intéressants pour la recherche.

4.4.1.3 « Devenir » observateur

Le travail d'observation doit être préalablement préparé en amont : le chercheur doit-il dire aux acteurs ce pourquoi il vient les observer ? Doit-il se présenter en tant que chercheur ? Dans ce cas se pose la question de l'éthique. Autant de questions auxquelles il faut avoir préalablement réfléchi, afin d'anticiper les questions, légitimes, des acteurs. A ce sujet, C. Groleau (2003, p. 239) parle de « contrat moral » : « *du recueil des données à la diffusion des résultats, la démarche de recherche repose sur un contrat moral entre le chercheur et les membres de l'organisation qui contient plusieurs clauses implicites aux rapports que le chercheur entretiendra avec eux* ».

Les observations ont été réalisées en « simple aveugle ». Le personnel rencontré n'était pas informé que l'observation s'intéressait à leurs comportements face aux règles. Le motif exact

n'a pas été donné afin d'éviter l'effet d'Hawthorne²⁵. Nos observations ont débuté dans le couloir du bloc afin d'avoir une vision globale et un visuel sur l'accès aux différentes salles d'opération. Puis, elles ont été menées au sein des salles d'opération. Dans ce cas, j'étais positionnée dans un coin de la salle, souvent près de la paillasse. J'étais tenue à distance des champs stériles, afin de ne pas les toucher. J'ai également eu l'autorisation de me positionner à la tête du patient, derrière les champs stériles, afin d'avoir une vue « imprenable » sur le déroulé de l'intervention. Cette position d'observation était particulièrement intéressante à tenir car j'étais au plus près de l'action et donc du chirurgien, mais il m'était relativement difficile de prendre des notes. Le tableau 9 ci-dessous synthétise les observations *in situ* réalisées.

N° observation	Date	Bloc opératoire	Durée
1	17/11/2015	BLOC A	3 heures
2	25/11/2015	BLOC A	3,5 heures
3	25/11/2015	BLOC A	2 heures
...
17	25/01/2016	BLOC B	8 heures
TOTAL	-	-	57 heures

TABLEAU 9 : DETAILS DES OBSERVATIONS *IN SITU* REALISEES

Je me suis muni d'un bloc-notes afin de pouvoir y consigner le contexte de l'action et les verbatims entendus. Les notes ont rapidement été retranscrites après les observations afin d'éviter les omissions mais également de limiter un biais *a posteriori* : « établi[ssant] après coup des liens de causalité évidents entre des faits qui en étaient dépourvus (aux yeux des acteurs concernés) au moment où l'action se déroulait » (Journé, 2012, p. 170). D'après J. Peneff (2009, p. 154), « les accumuler [les notes] ne trahit pas seulement l'obsession de ne rien oublier mais donne l'obligation de réfléchir, de donner un sens à la recherche de cas et de significations données par les acteurs ». En outre, le bloc-notes a souvent fait l'objet de

²⁵ L'effet Hawthorne décrit la situation dans laquelle les résultats d'une expérience ne sont pas dus aux facteurs expérimentaux mais au fait que les sujets ont conscience de participer à une expérience dans laquelle ils sont testés, ce qui se traduit généralement par une plus grande motivation. Cet effet tire son nom des études de sociologie du travail menées par Elton Mayo, Fritz Roethlisberger et William Dickson dans l'usine Western Electric de Cicero, la *Hawthorne Works*, près de Chicago de 1924 à 1932.

questionnement de la part des acteurs qui étaient intrigués qu'un personnel « *administratif s'intéresse à ce qu'ils font* ».

Pour des raisons évidentes d'ordre éthique, il m'a été impossible de filmer les observations. D'une part, la vidéo sous-entend un nombre important d'autorisations de la part de l'ensemble des acteurs et des patients qu'il était difficile d'obtenir. D'autre part, cette technique peut être vécue comme intrusive par les acteurs qui peuvent modifier leurs comportements devant la caméra. L'image restitue une foule de petits détails sur les comportements physiques et verbaux que les personnes filmées ne contrôlent pas toujours (Journé, 2012, p. 169). En outre, dans le cadre de notre recherche, les vidéos montrant des comportements transgressifs des acteurs auraient pu faire l'objet de sanctions. L'enregistrement des conversations informelles a été favorisé lorsque cela était possible (dictaphone à portée de main, conversation audible, absence de bruitage de machine couvrant les voix...).

En plus des observations flottantes réalisées au sein des blocs opératoires, mon expérience précédente et le contrat CIFRE m'ont permis d'être en contact de manière quotidienne avec les équipes de soins pendant près de cinq ans. Ainsi, de multiples occasions se sont présentées pour échanger avec le personnel, lors de réunions, au cours du repas au réfectoire, dans l'office d'un service... Des entretiens relativement courts (souvent entre 10 et 15 minutes) ont ainsi été réalisés, en dehors de tout cadre prévu. Ce type d'entretiens informels permet de contribuer à neutraliser un certain nombre de biais. D'après P. Bruneteau et C. Lanzarini « *ils s'appuient sur des rôles variables destinés à neutraliser autant que possible les effets de position de l'enquêteur issu du monde ordinaire* » (1998, p. 166). L'observation participante permet donc de réduire la distance avec les sujets observés, une qualité des informations et l'oubli du statut de chercheur du fait de sa présence quotidienne sur le terrain.

L'entrée sur le terrain fut aisée car les personnels s'adressaient à une personne non totalement inconnue. Il m'était ainsi plus simple et plus rapide d'aborder d'autres sujets que celui des présentations « conventionnelles ». Le lien de confiance que j'avais tissé avec le personnel m'a également permis d'entrer en contact avec les chirurgiens assez rapidement, bien que je ne les connusse pas, étant donné leur statut de libéraux. A l'inverse, l'entrée au sein des autres blocs opératoires observés fut plus longue car il m'a fallu prendre le temps d'organiser ma venue et d'expliquer aux individus la raison de ma présence sur le terrain. Dans ce cas, la présentation de soi et celle de la recherche étaient primordiales. Je me suis présentée en tant qu'étudiante

travaillant en parallèle au sein de la Direction des Ressources Humaines d'un établissement du groupe, dans le cadre de mes études à l'Université. Ce statut de « salariée-étudiante » me permettait d'asseoir ma légitimité et ma présence au sein du bloc. D'une part, je n'étais pas véritablement « inconnue » car j'appartenais au même groupe ; d'autre part, je me présentais dans une posture d'apprentissage et non d'expert, ce qui me permettait de poser toutes sortes de questions. J'étais parfois confondue avec une élève infirmière en stage. Le bloc opératoire a en effet l'habitude d'accueillir de nombreux stagiaires dans le cadre de leurs études.

Comme toute méthode de collecte des données, l'observation pose des questions d'ordre éthique. La présentation de mon objet de recherche a constitué un enjeu important car il était essentiel de pouvoir observer les acteurs sans que ceux-ci modifient leurs comportements. Le chercheur doit donc communiquer avec prudence. Malgré la sensibilité du sujet traité, d'un point de vue éthique, il me paraissait essentiel de ne pas mentir aux acteurs. J'ai donc présenté mon sujet en utilisant d'autres termes que celui de « transgression » afin de ne pas influencer le comportement des acteurs, ni de les froisser tout en rappelant que le but était de comprendre leurs pratiques de travail face aux nouvelles règles imposées par la démarche qualité et la volonté de réduire les dépenses de santé. Une explication trop précise aurait pu être contre-productive dans la mesure où elle amène les acteurs à (trop) calibrer leur propos de manière à répondre aux attentes qu'ils croient être celles du chercheur (Derèze, 2009, p. 82).

Afin de contenir les effets de calibrage il est important que le chercheur reste assez large dans l'exposé des motifs de la recherche. Mes explications devaient rassurer les acteurs et justifier ma présence dans un endroit d'ordinaire peu accessible et peu fréquenté par les personnels administratifs. Finalement, la recherche a été présentée sous les traits d'une interrogation sur leurs pratiques et leurs conditions de travail au regard de l'évolution de la législation en matière de qualité et de sécurité des soins. De cette façon, les règles encadrant leurs pratiques, la démarche qualité, l'accréditation des médecins, etc... pouvaient être abordés par les acteurs.

4.4.2 Les observations systématiques

Seize séquences d'observations systématiques ont été réalisées entre les mois d'avril et de juillet 2017 (soit une trentaine d'heures d'observation) au sein de deux blocs opératoires, qui ont toutes été réalisées en salle d'opération. Le tableau 10 ci-dessous synthétise les observations systématiques réalisées.

N° observation	Date	Bloc opératoire	Durée
1	07/04/2017	BLOC A	2,5 heures
2	07/04/2017	BLOC A	2 heures
3	19/05/2017	BLOC A	7 heures
...
16	04/07/2017	BLOC C	5 heures
TOTAL	-	-	28,5 heures

TABLEAU 10 : DETAILS DES OBSERVATIONS SYSTEMATIQUES REALISEES

4.4.2.1 Stratégie d'observation adoptée

Dans le cadre de son étude du management de l'imprévu dans le contexte de sûreté nucléaire, B. Journé (2008) propose un système d'observation dynamique composé de quatre types de « stratégies » d'observation afin que le chercheur soit « en phase » avec son objet de recherche. Ces stratégies ont pour but d'« éclairer » les phénomènes observés. B. Journé (2008) distingue :

- la stratégie du « lampadaire » : le chercheur est fixe et observe en continu pendant un temps donné, sans savoir ce qu'il va se passer ;
- la stratégie du « flash » ou du coup de projecteur : vise à collecter des données plus fines au cours d'une phase d'observations données, en fonction d'un type de situation à privilégier ;
- la stratégie « lampe frontale » : est concentrée sur l'acteur et vise à comprendre les différentes facettes de son activité et de comprendre son point de vue ;
- la stratégie « lampes de poche » : consiste à observer plusieurs acteurs afin de saisir les évolutions d'une situation problématique en temps réel et vécue par les acteurs de terrain.

Les observations ont débuté en adoptant la stratégie du « lampadaire ». J'étais positionnée dans un coin de la salle d'opération, près de la paillasse, qui pouvait me servir de support pour prendre des notes. Une fois installée, je pouvais utiliser les « flashes » ou « coups de projecteur » sur les éléments qui m'intéressaient (remplissage de la check-list, heure d'arrivée du praticien...).

Les données ont été recueillies par la méthode « papier-crayon », puis ont été compilées dans un tableau (Cf. annexe) afin de pouvoir être comptabilisées et analysées. La durée de

l'observation variait en fonction de la durée de l'intervention observée. Les interventions de courte durée permettaient ainsi de pouvoir observer un certain nombre d'opérations au cours d'une même matinée. J'ai également assisté à des interventions de plusieurs heures, jusqu'à sept heures pour des opérations de chirurgie cardiaque et digestive. Des notes ont également été prises sur un carnet tout au long des observations, en plus de notre grille. Il m'a été possible d'enregistrer certaines séquences d'observation.

4.4.2.2 Utilisation d'une grille d'observation

La grille d'observation « *est la déclinaison en indicateurs observables des hypothèses faites sur les relations entre plusieurs variables* » (Journé, 2008, p. 159). Fondée sur les concepts théoriques, elle permet au chercheur de se focaliser sur ce qu'il souhaite véritablement observer (les comportements transgressifs) à l'inverse des observations flottantes qui sont réalisées au « fil de l'eau ». D'après Y. Evrard et *al.*, 2009, une grille d'observation systématique doit comporter :

- un système de catégories respectant des règles d'attribution exclusive, d'exhaustivité, d'homogénéité et de pertinence ;
- des unités de découpage et d'enregistrement ;
- un plan d'échantillonnage ;
- un plan d'analyse des données.

La grille d'observation réalisée (Cf. annexe) s'inspire des méthodes utilisées par les ergonomes²⁶, dont le but est d'étudier l'activité des acteurs au travail. L'objectif n'était pas de pointer le respect ou non des modes opératoires, mais de préciser les conditions d'exécution et de comprendre pour quelles raisons les acteurs transgressent la règle. Elle est composée de quatre parties qui permettaient de suivre l'utilisation de la check-list par l'ensemble des individus avant, pendant et après l'intervention. Enfin, la dernière partie permettait d'observer la présence de la signature de l'ensemble des membres sur le document et si le « *time out* » avait été réalisé. Elle permettait également de noter l'heure d'arrivée des praticiens et ainsi de prendre connaissance de leur retard éventuel ou de la modification du planning opératoire.

²⁶ Je remercie Justine Arnoud pour son aide précieuse dans l'élaboration de la grille d'observation.

Une dernière partie permettait de noter les écarts aux règles d'hygiène et de sécurité, lorsqu'ils étaient constatés.

4.4.2.3 Quelques difficultés rencontrées durant l'observation

Quelques difficultés ont été notées lors des phases d'observation. D'une part, il était délicat d'aller et venir seule au sein du bloc opératoire compte tenu des mesures d'hygiène et de sécurité à respecter que je ne maîtrisais pas (savoir à quel moment et où porter le masque, quand le changer, respecter les champs stériles, quand utiliser la solution hydro alcoolique, ne pas faire d'aller-retours inutiles entre la salle et le couloir pour éviter la propagation des microbes...). En outre, certains chirurgiens pouvaient être dérangés par les chuchotements que j'avais parfois avec les personnels présents en salle durant l'opération. Ma principale interrogation était de me demander si je n'étais pas en train de les déranger. A l'instar de S. Gentil (2012) et lors de situations inhabituelles, il fallait « *identifier le moment adéquat pour interroger les acteurs* » (p. 145). En effet, les acteurs ne sont pas toujours disponibles pour répondre aux questions du chercheur. Il convenait de noter les interrogations afin de pouvoir les poser ensuite aux acteurs, une fois que la situation était plus propice aux échanges.

D'autre part, les enregistrements des conversations n'ont pas tous donnés de bons résultats. Souvent les enregistrements étaient inaudibles du fait du port des masques et du chuchotement qui était requis dans la salle d'opération et du bruit des appareils en fonctionnement. J'ai donc eu recours à un carnet dans lequel je notais l'ensemble des éléments qui retenaient mon attention ainsi que les verbatims à la suite d'échanges avec les acteurs.

J'ai été agréablement surprise par la disponibilité des personnels et de leur envie de me faire partager leur travail. J'ai créé des relations privilégiées avec certains d'entre eux ce qui a contribué à favoriser l'avancée de la recherche et facilité le travail d'investigation. D'après M. Dulaurans (2012), dont la thèse a été réalisée dans le cadre d'un contrat CIFRE, « *ces contacts privilégiés peuvent s'avérer des ressources vives pour avoir accès à une autre forme d'information sur le terrain, beaucoup moins accessible par un seul rôle d'observateur direct* » (p. 206). M. Dulaurans qualifie ces témoins-clés d'« *alliés* » (*id.*) car ils peuvent aider le chercheur pour éclairer des évènements complexes.

4.4.3 Les entretiens

Avant de commencer à mener les entretiens, il faut en premier lieu contacter les acteurs afin de leur expliquer la démarche et le sujet sur lequel porte l'entretien.

4.4.3.1 Prise de contact avec les acteurs

La prise de contact avec l'acteur « *est un moment stratégique dans la mise en confiance de l'interviewé et représente un véritable impératif de méthode (Coenen-Huther, 2001)* » (Pierret, 2004). La prise de contact avec les personnels a été réalisée à notre demande sur la base du volontariat au détour d'un couloir ou d'un échange au sein du bureau des Ressources Humaines. A l'inverse, les chirurgiens, ne faisant pas partie du personnel (libéraux), donc moins facilement accessibles, ont été contactés par courriel afin de leur expliquer succinctement le but de l'échange. Ce courriel était le moment d'établir « *la convention* » (Dubar, 1990), « *le cadre contractuel de la communication* » (Blanchet, Gotman, 1992), « *le contrat de communication* » (Demezière, Dubar, 1997), « *le pacte* » (Lecler-Olive, 1998) et qui, quelle que soit la dénomination, définit le cadre et les conditions de la situation d'entretien » (Pierret, 2004). Or, le « pacte » passé avec l'interviewé en début d'entretien est primordial afin d'obtenir une parole libérée.

Le courriel envoyé permettait de me présenter comme étant salariée de l'établissement et encore en études à l'Université et de présenter la recherche et les enjeux. Le sujet de ma recherche n'était pas clairement mentionné dans le courriel car il aurait pu susciter un mouvement de rejet. La simplification de la présentation de ma démarche sous les traits d'une interrogation sur leurs pratiques et conditions de travail devait le rassurer afin de maximiser les chances d'obtenir des réponses positives. En outre, en masquant le sujet réel de la recherche je souhaitais éviter les biais. Demander un entretien pour aborder les transgressions des acteurs aurait pu susciter chez eux un comportement de défense afin de se protéger d'éventuelles sanctions, par exemple.

Cette approche « dissimulée » (« *covert* ») qui consiste à cacher le sujet sur lequel travaille réellement le chercheur offre l'avantage de ne pas permettre aux acteurs de cacher ou de déformer les informations cruciales vis-à-vis du chercheur (Douglas, 1976). Cependant, elle pose des questions d'ordre moral (Holdaway, 1982 ; Bulmer, 1982 ; Baumard et al., 2003). Mais la présentation de notre sujet aurait présenté des biais trop importants. En outre, je me suis

attachée à respecter l'anonymat que j'avais garanti aux répondants. Le tableau 11 ci-dessous présente une synthèse des avantages et des limites de la démarche dissimulée qui a été adoptée.

AVANTAGES	LIMITES
Accès au terrain protégé ; Accès à des informations non troublées par l'intervention du chercheur (révélation des tabous, des non-dits, restitution de la dynamique du réel...); Liberté dans la collecte des données ; Profondeur de l'analyse.	Communication ouverte (pendant et après) ; Questions d'ordre moral ; Ethique du chercheur à contrôler.

TABLEAU 11 : AVANTAGES ET LIMITES DE L'APPROCHE DISSIMULEE (LAMARQUE ET MAYMO, 2007, P. 14)

J'avais fait en sorte de proposer des plages horaires de rencontre relativement « larges » (tôt le matin ou tard le soir) afin d'organiser les rendez-vous et d'avoir un maximum de réponses positives. Les entretiens se sont principalement déroulés dans le bureau de l'interviewé, dans le bureau du service des ressources humaines (bureau fermé) ou encore directement au bloc opératoire. Les entretiens, de nature semi-directive, permettent de laisser la personne s'exprimer à propos d'une thématique. Aussi, nos interventions avaient généralement pour but de proposer des reformulations ou des relances, si besoin.

4.4.3.2 Utilisation d'un guide d'entretien

Même si l'entretien est fortement utilisé dans les démarches qualitatives, il est également assez fréquemment critiqué. En effet, ce qui est dit en entretien ne correspond pas forcément à la perception réelle des acteurs (ce qu'on ne veut pas dire, ce qu'on ne doit pas dire, ce qu'on ne sait pas...). Il est donc important pour le chercheur de « gagner » la confiance de l'interviewé. Le chercheur a également ses habitudes de « tri » et interprète ce qu'il entend par rapport à ses cadres de pensée. Il a tendance à juger, à approuver ou désapprouver ce que dit l'interlocuteur. Ces habitudes doivent disparaître le plus possible pendant l'entretien (Grawitz, 2001, p. 658).

Afin de recueillir le maximum de données, un guide d'entretien a été utilisé selon la méthode classique de l'entonnoir. Il était adapté en fonction de l'interviewé. D'après G. Jumel et J. Guibert (1997, p. 103), un guide d'entretien doit être construit en trois parties :

- *qui est l'interviewé ?* (Identité de la personne) ;

- *que fait-il ?* (Les pratiques dans le domaine considéré) ;
- *que pense-t-il ?* (Ses rapports aux pratiques, son opinion...).

C'est la structure qui a été adoptée pour l'ensemble des entretiens réalisés. Après avoir présenté l'objet de notre recherche, chaque entretien commençait par une présentation plus ou moins succincte de l'interviewé (choix de sa carrière professionnelle, expérience au sein de l'hôpital...) afin de le mettre en confiance et de le laisser parler de sujets qu'il maîtrise. Une fois mis à l'aise, cette première question permettait ensuite de rebondir sur ses pratiques, sa manière de travailler, les éventuelles difficultés qu'il rencontrait dans son métier et son rapport à la « démarche qualité » en général. Cette stratégie de début d'entretien permet au chercheur de voir si l'acteur aborde spontanément son rapport au respect des règles. H. J. Rubin et I. S. Rubin (1995) définissent trois types de questions à poser au cours d'un entretien dont nous nous sommes inspirée :

- les « *questions principales* » qui servent d'introduction ou de guide dans l'entretien ;
- les « *questions d'investigation* » destinées « *à compléter ou à clarifier une réponse incomplète ou floue, ou à demander d'autres exemples ou preuves* » (cité par P. Baumard et al., 2014, p. 275) ;
- et les « *questions d'implication* » qui font suite aux réponses aux questions principales ou visent à élaborer avec précision une idée ou un concept.

Les questions d'investigation et d'implication ne peuvent être préparées à l'avance. Elles doivent être aménagées par le chercheur au fur et à mesure de l'entretien (Baumard et al., 2014, p. 296). Le guide d'entretien a été conçu comme un fil conducteur et non pas comme un interrogatoire afin que l'acteur puisse s'exprimer « librement », sans qu'il ne se sente contraint. Les thèmes n'étaient pas abordés dans un ordre imposé mais en fonction du déroulé de la conversation afin de s'adapter à l'interlocuteur.

4.4.3.3 Conduite de l'entretien

Des entretiens d'une durée de 30 minutes à 1 heure 30 ont été menés principalement dans les bureaux au sein de l'hôpital ou au bloc opératoire. A chaque début d'entretien le projet de recherche était rappelé à l'acteur en essayant d'être le moins théorique possible. J'ai également rappelé à chacun que leurs propos resteraient confidentiels et que je garantissais leur anonymat. Aucun acteur n'a refusé d'être enregistré.

Les entretiens, de nature semi-directive, permettent à l'acteur de s'exprimer sur une thématique. Je n'intervenais que pour des relances ou des reformulations. Afin d'éviter les incompréhensions ou les contre-sens, je faisais préciser certains points à mon interlocuteur afin d'effectuer des relances sur des sujets qui me semblaient importants ce qui permettait également de « lancer » la discussion. En fin d'entretien, je terminais en demandant à l'acteur s'il avait quelque chose à ajouter qui n'avait pas été abordé et qui lui semblait important. Ceci permettait à l'acteur de rebondir sur un sujet qui lui tenait à cœur, sur lequel il souhaitait insister ou donner son point de vue global (Grawitz, 2001, p. 671).

La durée entre l'entretien et sa retranscription n'a pas excédée une semaine en général, afin que les verbatims restent « frais » dans notre esprit. La retranscription de l'ensemble des entretiens permet ainsi une première réflexion « à chaud » des textes avant d'être analysés. L'ensemble des entretiens ont été enregistrés (sauf un, suite à une mauvaise manipulation du dictaphone de notre part) afin qu'il n'y ait pas de perte d'informations. La retranscription intégrale des entretiens a été réalisée au fur et à mesure. L'ensemble des entretiens et enregistrements représente 142 pages de retranscription et plus de 23 heures d'enregistrement. Le détail des entretiens réalisés (date, profession de l'interviewé, durée et lieu de l'entretien...) est synthétisé dans le tableau 12 ci-dessous (Cf. annexe pour tableau complet). En outre, si le lecteur souhaite se faire une idée de ce que représente un entretien retranscrit, il est invité à se reporter en annexe du présent document.

Référence entretien	Date de l'entretien	Profession	Âge	Durée de l'entretien en minutes	Nombre de pages de retranscription	Lieu de l'entretien	Remarques
E.1	29/09/2015	Responsable Qualité	30	40,00	1,5	Bureau Qualité	Pas d'enregistrement
E.2	08/10/2015	Cheffe de bloc	49	30,00	1	Bureau Bloc opératoire	Pas d'enregistrement
...
E.21	19/12/2017	Chargé de régulation	27	40		Domicile	
TOTAL		En minutes		1 388,00	142,50		
		En heures		23,13			

TABLEAU 12 : EXTRAITS DÉTAILS DES ENTRETIENS RÉALISÉS

4.5 Synthèse du Chapitre 3 - Méthodologie de l'enquête de terrain et mise en œuvre de la méthode

Cette partie a permis d'une part, de présenter le design de la recherche élaboré ; et d'autre part, de démontrer la cohérence de notre méthodologie avec l'objet de notre recherche et le cadre théorique mobilisé dans la thèse et dans la partie revue de la littérature.

Les choix empiriques réalisés ont été présentés et justifiés. L'**étude de cas enchâssé** (Yin, 1994) a été retenue car elle permet **l'étude approfondie d'un ou de peu d'objets** de recherche, ce qui permet d'obtenir une **connaissance vaste et détaillée du sujet**. Notre cas s'apparente à un « *cas exemplaire* » (David, 2003 ; Giroux, 2003) voire « révélateur » (Yin, 1994, p. 40) car peu de recherches ont été recensées aujourd'hui sur les questions de comportements transgressifs au bloc opératoire. La tenue d'un **journal de bord** tout au long de la recherche a permis de tracer l'ensemble de nos questionnements et remarques et de ne pas oublier les situations vécues et les discussions entendues qui pouvaient se révéler importantes pour la recherche. Afin de se familiariser avec l'environnement du bloc opératoire, **des observations *in situ*** ont été réalisées. Elles ont permis d'axer la recherche sur trois types de règles particulièrement transgressées, relatives à l'hygiène et la sécurité, la traçabilité et le fonctionnement du bloc. Les observations *in situ* ont été complétées par des **observations systématiques** afin de se concentrer sur les transgressions de ces trois règles. Pour ce faire, une grille d'observation a été élaborée. Le recours à des **entretiens semi-directifs** avec des chirurgiens et des personnels de l'établissement (21 au total) a été nécessaire afin de compléter notre méthode de recueil de données et avoir accès à la subjectivité des acteurs préalablement observés. Enfin, le **recueil de données secondaires : les fiches d'événements indésirables** a permis de guider nos premières hypothèses de recherche, de compléter nos données et d'avoir accès à d'autres exemples de transgression des règles qui n'avaient pas pu être observées (car non présente sur le terrain au moment des faits). Il s'agit, par cette méthodologie, d'étudier en profondeur le phénomène de transgression à partir d'un matériau empirique riche et varié.

La mise en œuvre de la méthode de recherche a été détaillée afin de faire preuve de transparence en exposant les difficultés rencontrées et la façon dont les biais ont été limités. Dans cette perspective, la **grille d'observation** élaborée ainsi que les différentes réflexions suscitées par les périodes de recueil des données sur le terrain, notamment concernant la relation observateur-

observé, ont été présentées. Enfin, les **méthodes d'analyse des données retenues (de contenu et de discours)** et la démarche de codage ont été présentées. Le tableau 13 ci-dessous synthétise le design de recherche adopté. Dans la partie suivante, les résultats de notre enquête seront dévoilés. Cette partie constituera le dernier volet de notre démarche.

<p>Stratégie de recherche</p>	<p>Etude de cas unique « enchâssé » (Yin, 1994)</p>
<p>Méthodologie de recueil de données</p>	<p>1^{ère} étape, pour accéder aux actes transgressifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tenue d'un journal de bord, - Recueil des fiches d'évènements indésirables de l'établissement, - Observations <i>in situ</i> / « flottantes », dans deux blocs opératoires d'hôpitaux privés. <p>2^{ème} étape, pour se saisir de la signification des transgressions face à trois règles prescrites de fonctionnement, d'hygiène et de traçabilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observations systématiques dans deux blocs opératoires. Plan d'observation établi en amont puis utilisation d'une grille d'observation dans le but de mesurer et donc de mettre en évidence les écarts existants entre le travail prescrit et le travail réel, - Entretiens semi-directifs avec des personnels et des chirurgiens dans le but d'approfondir les observations réalisées, 21 entretiens au total d'une durée de 30 minutes à 1,5 heure.
<p>Terrain de recherche</p>	<p>Focalisation sur des professionnels hautement diplômés et en possession d'un pouvoir : les chirurgiens.</p> <p>Bloc opératoire de l'établissement d'accueil (en contrat CIFRE) + deux blocs opératoires de la région parisienne (hôpitaux privés).</p>
<p>Méthodologie d'analyse des données</p>	<p>Analyse qualitative de contenu des données :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} étape : codage des données « <i>a prio-steriori</i> » (Allard-Poesi, 2003). Les codes sont, en partie, issus de la littérature, mais d'autres peuvent émerger au cours de l'analyse des données ; - 2^{ème} étape : analyse de discours des chirurgiens pour comprendre le sens caché et ainsi pouvoir identifier les significations des transgressions auxquelles ils ont recours dans leurs pratiques professionnelles face aux trois types de règles.

TABLEAU 13 : DESIGN DE RECHERCHE

CHAPITRE 4 – Résultats de la recherche

*CHAPITRE 4 –
Résultats de la recherche*

5.1 Résultats issus du journal de bord

Tout au long de notre recherche un journal de bord a été tenu au sein duquel ont été consignés l'ensemble des éléments marquants vu ou entendu mais également les scènes vécues, les discussions entre acteurs qui semblaient être pertinentes pour la recherche. Le journal de bord a permis d'identifier plusieurs types de transgression et également de se focaliser sur des règles pertinentes pour la suite de la recherche.

Notre journal de bord est organisé de façon chronologique. Chaque événement ou situation vécue a été ajouté et daté au fur et à mesure de notre recherche. Afin d'organiser la présentation des résultats de la manière la plus lisible possible, les extraits ci-dessous sont présentés en fonction du thème dont il est fait référence ou du type de règle transgressée (relative à l'hygiène, à la check-list, à la qualité, à la planification opératoire...). La présentation des événements de manière chronologique ne paraissait pas pertinente, car elle n'apportait pas de valeur ajoutée aux résultats et s'assimilait plus à un pêle mêle d'idées sans lien.

5.1.1 Une certification « mise en scène » pour répondre aux demandes des experts

Extrait du journal de bord - avril 2015 :

Afin de préparer au mieux le personnel de l'établissement, le service qualité vient d'adresser un email à l'ensemble des responsables de service afin de leur rappeler les dates de la certification et le planning des experts HAS ainsi que les **comportements à tenir durant la visite des experts**. Ce que redoute le plus la direction, c'est qu'un expert interroge un agent qui ne sache pas répondre aux questions de base, comme « *Savez-vous si telle procédure existe ? où se trouve telle procédure ?* ». Des réunions d'informations sont également organisées par le service qualité à l'attention du personnel et des médecins, afin de les sensibiliser sur l'importance de la certification pour l'établissement.

La direction organise une « répétition » afin de s'assurer que chaque personnel connaît le rôle qu'il aura à jouer face aux experts de la HAS lors de la certification. Cette répétition est vécue comme une mise en scène par le personnel qui doit apprendre ses « répliques » afin de ne pas commettre d'erreurs face aux experts.

La certification est une étape importante pour un établissement de soins qui doit prouver sa performance par rapport à ses « concurrents », d'autant plus dans le secteur privé au sein duquel la concurrence est rude. Le but est ainsi de soigner les apparences afin qu'aucun point négatif ne puisse être soulevé par les experts visiteurs. Ce moment est extrêmement stressant pour l'ensemble du personnel et surtout pour les membres de la direction, qui sont challengés sur les résultats de la certification de l'établissement.

5.1.2 Une check-list sécurité appliquée partiellement

L'extrait suivant met en avant la transgression de la règle de traçabilité.

Extrait journal de bord – décembre 2015 :

Synthèse des résultats de l'audit réalisé par le service qualité sur l'utilisation de la check-list sécurité du patient au bloc opératoire afin de préparer la certification V2010 :

- Temps de pause (*time out*) difficiles à mettre en œuvre ;
- Tous les professionnels ne sont pas présents dans la salle en même temps aux trois temps ;
- Pas de temps dédié pour le remplissage de la check-list ;
- Redondance avec d'autres supports ;
- Difficultés d'exposer oralement les questions relatives à l'installation du patient, au matériel, ... :
 - Redondance avec les documents existants ;
 - « Remise en cause » des compétences professionnelles.

Pour la plupart des chirurgiens, **la check-list n'est pas utilisée ou seulement partiellement** (le document est déjà pré-rempli par l'infirmière alors que l'opération n'a pas débutée, le chirurgien signe parce qu'on lui demande mais ne vérifie pas les items cochés ou ne signe pas).

Cet extrait met en lumière les résultats issus de l'audit réalisé par le service qualité sur l'utilisation de la check-list par les personnels et les chirurgiens au bloc opératoire. Les résultats ne sont pas satisfaisants car un certain nombre de chirurgiens ne l'utilise pas ou seulement partiellement. Les résultats de cet audit doivent faire l'objet d'une présentation en comité de bloc, en présence des chirurgiens.

L'audit permet de faire le constat que la règle de traçabilité qui impose l'utilisation de la check-list pour chaque intervention est fréquemment transgressée sans pour autant en connaître les raisons. Cette règle emblématique de la démarche qualité semble pertinente à observer. Bien

qu'elle soit obligatoire dans le cadre de la certification, elle est encore trop peu adoptée par les chirurgiens au bloc. Les extraits suivants mettent en avant la transgression des règles liées à l'hygiène au sein de l'établissement.

5.1.3 Une minimisation du risque infectieux

Extrait journal de bord - novembre 2016 :

L'IDE hygiéniste qui a récemment pris ses fonctions, me fait part des difficultés qu'elle rencontre pour faire adhérer les chirurgiens aux problématiques de l'hygiène. Ils ne suivent pas les indicateurs. Ils lui soutiennent : « *On n'a pas d'infection nosocomiale ici !* ».

Bien qu'elle soit « soignante » également (car IDE de formation) elle est confrontée au refus des médecins de dévoiler leurs éventuelles erreurs quant au suivi des infections nosocomiales.

Cet extrait tend à montrer que certains praticiens minimisent le risque des infections nosocomiales, pourtant présent au sein de l'établissement, d'après l'IDE hygiéniste. Rattachée hiérarchiquement au directeur des soins et en liaison fonctionnelle avec le Président du comité de lutte des infections nosocomiales (CLIN), l'IDE hygiéniste possède un rôle transversal au sein de l'établissement. Elle intervient en qualité d'expert et de conseil sur tous les sujets concernant l'hygiène et la prévention des risques infectieux. Elle a entre autres pour mission de surveiller les infections nosocomiales et de mettre en œuvre la politique de prévention des risques infectieux auprès du personnel et des praticiens.

Elle confie être régulièrement confrontée au déni du risque des praticiens. Les médecins tentent de se protéger en niant la présence d'infection nosocomiale, ce qui peut avoir des conséquences graves sur la santé des patients. Cependant, la nature « intéressée » de ce comportement transgressif est également interrogée. En effet, les praticiens pourraient agir ainsi par négligence ou laxisme. En prétextant l'absence d'infection nosocomiale, ils évitent ainsi de traiter le sujet.

Extrait journal de bord - juin 2017 :

L'obstétricien sort sur le parking de l'hôpital en tenue et sabots de bloc régulièrement pour rejoindre sa voiture lors de sa pause déjeuner.

L'IDE hygiéniste présente dans le hall d'accueil le regarde passer, incrédule. « *Qu'est-ce que je peux faire ? personne [la direction] ne lui dit rien !* ».

La transgression de la règle d'hygiène est prohibée par la charte du bloc opératoire qui précise que : « *La tenue de bloc est interdite en dehors du bloc. Aucune exception (autorité, urgence...) n'est tolérée* ». Elle semble cependant être tolérée par la direction, qui n'intervient pas pour recadrer le comportement de ce médecin (d'après l'IDE hygiéniste). Là encore, l'interprétation de ce comportement transgressif est interrogée. Peut-on le qualifier d'intéressé ou est-il lié à la culture du chirurgien ? Le médecin agit-il par laxisme (facilité de conserver sa tenue de bloc plutôt que de la changer à chaque fois qu'il sort) ou par déni du risque (nier le fait de transporter des germes) ?

5.1.4 Une volonté de la direction de réduire l'autonomie des médecins dans l'élaboration du planning opératoire

Plusieurs extraits sont présentés ci-dessous mettant en avant la transgression des règles de fonctionnement du bloc opératoire.

Extrait journal de bord – janvier 2017 :

Un nouvel outil de gestion informatique va être mis en place d'ici un mois afin de planifier les opérations au bloc, d'assurer le suivi du patient au sein de l'établissement et de gérer les lits de manière optimale au sein des services. Cet outil permettra, d'une part, de **gérer le planning du bloc opératoire en laissant moins d'autonomie aux chirurgiens**, lesquels planifient souvent des « urgences » dans le planning froid alors que dans les faits il ne s'agit pas réellement d'urgences (car l'intervention peut attendre quelques jours).

D'autre part, cet outil a également pour but d'obtenir une vision des lits disponibles dans les services en temps réel.

L'établissement souhaite s'engager dans un processus de gestion des lits qui implique une organisation des interventions au bloc opératoire plus rigoureuse. Afin de palier le problème des interventions planifiées « à la carte » qui entraînent des débordements au bloc et des heures supplémentaires pour le personnel, le nouveau logiciel permettra de « contrer » la stratégie des chirurgiens qui ne pourront plus ajouter d'interventions supplémentaires si leur vacation opératoire ne le permet pas. En effet, il semble que les chirurgiens cherchent à planifier un maximum d'opérations pour augmenter leur activité et optimiser leur planning. De cette façon, la direction a pour ambition d'empêcher les transgressions de règles de fonctionnement. L'autonomie des chirurgiens sera donc diminuée car ils devront demander l'accord de la cheffe

de bloc avant de pouvoir ajouter des interventions. La direction témoigne ainsi de sa volonté de reprendre le contrôle sur la planification opératoire qui était jusque-là laissée à la main des praticiens.

Extrait journal de bord – juin 2017

La responsable de chirurgie s'est aperçue ce lundi matin, que vendredi l'infirmière des pansements d'orthopédie n'a pas été prévenue que le chirurgien avec qui elle travaille habituellement devait assister à une cérémonie familiale et donc qu'il ne serait pas présent le vendredi après-midi.

La responsable est énervée : « *Ils [les chirurgiens] font leur planning tous seuls ! Quand ils leur manquent une infirmière ils savent bien venir me trouver, par contre quand c'est à eux d'être absents ils ne préviennent personne !* ».

Chercheur : « *Et ça arrive souvent ? Ils n'ont pas pour habitude de prévenir la direction qu'il va y avoir un changement de planning ?* »

Responsable : « *Pfff tu parles ! Tu crois qu'ils vont faire une petite feuille de demande d'absence comme tout le monde ?!* »

Les responsables de services de soins ont pour mission d'organiser les plannings de leurs équipes (aides-soignants, IDE et brancardiers) en fonction de l'activité et de la présence des chirurgiens au bloc opératoire. Le personnel doit être en nombre suffisant pour accueillir les patients et prodiguer des soins en toute sécurité. A l'inverse les chirurgiens, qui exercent en libéral au sein de l'établissement, ne sont pas concernés par la gestion des plannings du personnel. Leur statut leur confère une indépendance vis-à-vis de l'établissement, ce qui leur permet d'organiser leur emploi du temps comme ils le souhaitent. Cependant, la charte du bloc opératoire spécifie que les absences programmées doivent être transmises à la cellule de régulation afin d'organiser les plannings en fonction des absences des praticiens : « *Les absences médicales égales à un jour doivent être connues au moins une semaine à l'avance* » (extrait charte de bloc).

Nous ne pensons pas que le chirurgien en question dans cet extrait transgresse une règle de fonctionnement avec pour volonté de nuire à la cadre du service ou pour la mettre en difficulté. Simplement, son statut de libéral lui permet de ne pas avoir de compte à rendre sur sa présence ou non au sein de l'établissement. Il aurait omis de prévenir la cadre.

Extrait journal de bord – novembre 2017

Discussion entre la responsable de chirurgie ambulatoire et le chargé de gestion des lits :

Encore une programmation de quatre IVG²⁷ la veille pour le lendemain par le Dr A. qui n'a prévenu personne. Résultat : il manque deux lits pour les patientes. Les services sont pleins. Le gestionnaire de lit cherche des lits disponibles en appelant chaque cadre de service pour savoir si elles peuvent accueillir les patientes.

« C'est compliqué, c'est des IVG, alors elles [les patientes] elles restent que la journée mais je ne peux pas les mettre dans une chambre avec une femme qui vient d'accoucher... ça ne le fait pas » (chargé de gestion des lits).

La cellule de régulation du programme du bloc n'a pas été informée de la planification de ces interventions.

« Il [le praticien] s'en fiche de la logistique qu'il y a derrière et qui retombe sur nous, tout ce qui compte pour lui c'est d'opérer, opérer ! » (Responsable de soins).

La cellule de régulation du bloc opératoire est régulièrement confrontée à l'ajout d'interventions de dernière minute de la part de praticiens qui décident d'imposer leurs interventions. Ces ajouts entraînent des retards de planning, des débordements au bloc et des insatisfactions de patients qui attendent avant de pouvoir être pris en charge (souvent à jeun pendant plusieurs heures, voire non opérés pour cause d'absence de lit disponible dans le service). Il est donc demandé aux praticiens d'avoir l'accord de la cellule de régulation avant d'ajouter une intervention et de convoquer le patient (règle de fonctionnement). En cas de désaccord entre la cellule et le praticien sur la programmation, ce dernier ne peut aller à l'encontre de la décision (disposition prévue dans la charte de bloc opératoire). Dans les faits, la cellule de régulation doit jongler entre les ajouts d'interventions et la programmation d'opérations dites « urgentes », mais qui peuvent en réalité attendre. Le praticien qui ajoute les interventions dans l'extrait ci-dessus ne tient pas compte de l'organisation logistique qu'impose la prise en charge de ces quatre patientes supplémentaires. Dans ce cas, il agit dans son propre intérêt sans tenir compte des autres acteurs, afin de pouvoir opérer ses patientes. S'il avait demandé l'autorisation de la cellule de régulation pour planifier ses interventions il aurait peut-être été confronté à un refus. C'est un risque qu'il n'a pas souhaité prendre.

²⁷ Interruption Volontaire de Grossesse

5.1.5 Synthèse des résultats issus du journal de bord

L'analyse du journal de bord met en lumière la **transgression quotidienne des règles** qui a lieu au sein de l'établissement. Ces transgressions semblent provenir d'un certain **laxisme ou d'une volonté d'agir dans son propre intérêt**. Dans d'autres cas, les transgressions semblent permettre de **minimiser le risque** auquel sont confrontés les chirurgiens dans leurs pratiques, c'est notamment le cas face aux infections nosocomiales. En outre, l'analyse de cet outil de recueil de données a permis d'identifier plusieurs règles régulièrement transgressées par les chirurgiens au cours de leur activité professionnelle (liées à l'hygiène, au fonctionnement du bloc opératoire et à l'utilisation de la check-list). Les résultats issus du journal de bord sont synthétisés dans le tableau 14 ci-dessous.

Transgressions identifiées dans le journal de bord	Type de règle transgressée	Signification de la transgression
Le compte rendu de l'audit qualité montre une utilisation seulement partielle de la check-list	Traçabilité / Sécurité	Transgression par facilité, par manque d'intérêt pour la règle ?
Oubli d'une compresse dans le corps d'une patiente à l'issue d'une intervention : le chirurgien n'a pas voulu rouvrir le corps, persuadé que l'IDE avait mal compté	Traçabilité / Sécurité	Transgression par facilité ?
Les chirurgiens ne participent pas au suivi des enquêtes des infections nosocomiales	Hygiène	Transgression par manque d'intérêt pour la règle, par déni du risque ?
Non-respect des temps de vacations opératoire par les chirurgiens au bloc	Fonctionnement	Transgression par intérêt ?
Utilisation du bloc par deux nouveaux chirurgiens sans prévenir la Direction au préalable	Fonctionnement	Transgression par intérêt ?
Les chirurgiens opèrent sans vérifier l'identité du patient, ne posent pas les « <i>bonnes questions</i> » (de la check-list)	Traçabilité / Sécurité	Transgression pour adapter la règle à l'activité, par manque d'intérêt de la règle

TABLEAU 14 : TRANSGRESSIONS IDENTIFIEES AU SEIN DU JOURNAL DE BORD

Les extraits présentés font références à des situations vécues durant notre expérience au sein de l'établissement ou correspondent à des propos rapportés par d'autres acteurs. Bien qu'ils

constituent un matériau riche, ils ne permettent pas de qualifier chaque comportement transgressif, mais simplement de les identifier et de supputer leur signification. Les résultats du journal de bord restent donc partiels et imposent d'avoir recours à d'autres méthodes de recueil des données afin de compléter nos matériaux.

Parallèlement à la tenue du journal de bord, des fiches d'évènements indésirables ont été extraites du logiciel « *Gerimed* » disponible sur l'ensemble des postes informatiques de l'hôpital. Les FEI semblaient pertinentes pour notre recherche car elles sont rédigées par le personnel et / ou les praticiens de l'établissement et permettent d'illustrer d'autres exemples de transgression qui n'étaient pas accessibles.

5.2 Résultats issus des Fiches d'Évènements Indésirables (FEI)

Les fiches d'évènements indésirables retranscrites ci-dessous ont été rédigées par des personnels de l'établissement (Cf. exemple en annexe). La syntaxe et le message tel qu'il a été saisi dans le logiciel ont été conservés. Elles illustrent les problèmes rencontrés par le personnel du bloc opératoire qui travaille avec les chirurgiens. Tout comme les extraits du journal du bord, les FEI sont présentées par thématique.

5.2.1 Mise en lumière de retards répétés au bloc opératoire

FEI du 22/09/2015 :

« Chirurgie programmée de l'épaule induction²⁸ à 21h !!!!!!! Demandez aux praticiens d'arriver à l'heure pour commencer à l'heure. Ne jamais faire du programme froid²⁹ après 20 h » (Anesthésiste, bloc opératoire)

FEI du 15/10/2015

« DEBUT DE PROGRAMME À 9 H 40 A LA PLACE DE 8 H. DEMANDE ARRIVEE DES PRATICIENS À L'HEURE. RESPECT DES PLAGES HORAIRES POUR CHAQUE VACATION SAUF URGENCES. NE PAS ENDORMIR LE PATIENT SI LE PRATICIEN N'EST PAS AU BLOC. » (Anesthésiste, bloc opératoire)

²⁸ Début de l'endormissement du patient.

²⁹ Patients programmés, hors urgences.

FEI du 23/11/2015 :

*« Personnel d'astreinte présent à 13h30 au bloc, le chirurgien est arrivé à 15h00. »
(Seconde de bloc, bloc opératoire)*

Ces extraits de fiches d'évènements indésirables illustrent toutes la transgression d'une règle de fonctionnement : l'arrivée des praticiens au bloc à l'heure. Les retards de plusieurs praticiens au bloc opératoire entraînent le mécontentement du personnel et des anesthésistes pour qui ces comportements sont intolérables car leur travail dépend de l'arrivée du chirurgien. Le planning est normalement établi pour que le personnel commence à 08h00 et quitte le bloc à 20h00 (hors astreintes). Ces FEI permettent de mettre en lumière la transgression de la règle de fonctionnement du bloc opératoire qui impose un début des programmes à l'heure afin de ne pas entraîner de temps de débordement³⁰ et le paiement d'heures supplémentaires au personnel contraint de rester pour terminer l'intervention. Cependant, elles ne permettent pas d'identifier la cause des retards des praticiens. Est-ce une pratique courante relevant d'un certain laxisme de la part des praticiens ou bien d'un cas exceptionnel lié à une urgence à gérer ailleurs ?

5.2.2 Recours au chantage

FEI du 04/04/2017 :

« Cela fait plus de trente années que je réalise mon programme opératoire prévu le vendredi matin avant mes consultations qui démarrent à 13h00. On me fait savoir que je devrais dès maintenant changer mon jour opératoire pour le vendredi après-midi lors de mes consultations ou bien le lundi ou mardi, jours où je suis de garde et assume toutes les urgences gynéco, notamment obstétricales. Je suis à quelques mois d'arrêter mon activité professionnelle et je n'entends pas modifier mon planning. En cas de désaccord, je me verrai dans l'obligation de signifier aux patientes d'aller se faire opérer « ailleurs ». Je sais que le service Maternité pose quelques problèmes à l'établissement actuellement... » (Obstétricien)

Dans cet extrait, le praticien tente d'exercer une pression sur la direction afin de conserver sa vacation opératoire le vendredi matin, avant ses consultations, comme c'est le cas depuis plusieurs années. Il fait du chantage en menaçant la direction de transférer son activité

³⁰ Le « temps de débordement » est le temps d'intervention qui déborde au-delà de la fin du temps de mise à disposition de la salle.

« *ailleurs* ». La maternité de l'établissement est dans une posture délicate depuis plusieurs années car elle n'enregistre pas suffisamment de naissances par an. Elle risque la fermeture. L'obstétricien conscient de l'activité de la maternité y fait référence et joue sur cet aspect pour faire valoir ses droits et son pouvoir. Il utilise sa notoriété pour faire pression sur la direction. En insinuant qu'il peut entraîner une baisse d'activité, il semble vouloir nuire à l'établissement dans le cas où il n'obtiendrait pas ce qu'il souhaite.

5.2.3 Synthèse des résultats issus des FEI

Les FEI sélectionnées mettent en lumière les problématiques de dépassement de temps de travail suite à des **retards de praticiens** et le mécontentement des personnels qui souhaitent en faire part à la direction. C'est également un moyen de pression pour le praticien qui **souhaite faire valoir ses droits** en faisant passer un message à la direction. Elles permettent ainsi d'avoir accès à d'autres exemples de transgression de règles qui n'avaient pas été relevés et complètent ainsi nos données (Cf. tableau des FEI en annexe). Cependant, là encore les FEI permettent d'avoir accès à des propos rapportés par d'autres acteurs, sans pouvoir identifier les transgressions par nous-même. Afin de constater les transgressions des règles en direct, le recours à l'observation semblait incontournable pour colliger des matériaux complémentaires. En outre, c'est le seul moyen d'être totalement immergé dans le terrain de recherche et ainsi d'être au plus près des acteurs.

5.3 Résultats issus des observations *in situ*

Les périodes d'observation *in situ* menées au sein de deux blocs opératoires d'hôpitaux privés entre les mois de novembre 2015 et de janvier 2016, ont permis de relater 17 séquences d'observation. Le but de ces observations était de se familiariser avec l'environnement du bloc opératoire et de comprendre comment s'organisait le travail des acteurs. En outre, c'était également le moyen de confirmer notre choix de se focaliser sur trois règles prescrites au bloc et pourtant fréquemment transgressées.

Au cours des phases d'observations je m'étais équipée d'un bloc-notes afin de pouvoir y consigner les éléments qui me paraissaient pertinents et éventuellement les conversations entendues. Je pouvais ainsi retranscrire le soir même ce que j'avais observé au cours de la journée afin de ne pas oublier les détails et mon ressenti. Au sein d'un bloc opératoire, les

interventions sont planifiées par salle (en fonction des besoins en matériel et en place). En général, le personnel est formé sur l'ensemble des spécialités pratiquées car il peut être amené à changer de poste en fonction des opérations à réaliser et des absences de chacun. Ce n'est pas le cas lorsque le chirurgien emploie son aide-opérateur. Dans ce cas, elle est formée sur l'ensemble des opérations pratiquées par le chirurgien et n'est pas amenée à travailler avec d'autres praticiens. La plupart des interventions observées peut être synthétisée de la façon suivante :

Le patient attend dans le couloir du bloc. Il s'apprête à entrer dans la salle. L'IDE circulante fait l'interrogatoire (questions issues de la check-list).

Le patient est ensuite installé dans la salle sur la table d'opération. Pendant que l'anesthésiste l'endort, l'aide opératoire dispose les champs stériles autour du patient et l'IDE prépare le matériel qui va être utilisé durant l'opération. Le chirurgien (lorsqu'il est déjà dans la salle, car ce n'est pas toujours le cas) reprend le dossier médical du patient (les antécédents, l'histoire de la maladie, les radios...).

Une fois les vérifications effectuées (présence des radios dans le dossier, la façon dont il a prévu de mener l'intervention...), il prépare le compte rendu opératoire et le compte rendu d'hospitalisation sur HM (logiciel « Hôpital Manager »). Puis, il ouvre un second logiciel (CORA) pour faire la cotation des actes après l'intervention. S'il est en retard, il notera les cotations dans un carnet pour les enregistrer plus tard dans la journée.

Il lave les mains dans les lavabos situés dans le couloir du bloc. Pendant ce temps, l'aide opératoire prépare le patient sur la table (disposition des jambes, des bras pour l'opération, retrait du pyjama en papier, application de la Bétadine...).

Le chirurgien revient et s'habille pour l'intervention avec l'aide de l'IDE.

Déroulement de l'intervention.

Une fois l'intervention terminée, il se déshabille, complète le compte rendu opératoire sur HM et imprime les papiers pour la sortie du patient, remplit l'arrêt de travail, afin de les classer dans le dossier. Puis, il sort de la salle.

Pendant ce temps, l'aide nettoie le patient et fait les derniers pansements. L'IDE circulante compte les compresses, les aiguilles et jette les débris non réutilisables. Les instruments sont déposés dans la boîte en plastique à destination de la stérilisation pour les laver. Un brancardier est appelé afin de transférer le patient en salle de réveil sur le brancard.

Les agents de service hospitalier (ASH) sont appelés afin de réaliser le bio-nettoyage de la salle avant la prochaine intervention.

Cette présentation « élémentaire » des différents temps opératoires peut présenter des variations en fonction de la présence du chirurgien ou non pendant l'installation et la préparation du patient, en fonction du type d'intervention à réaliser et de la survenue d'un aléa (manque examen, patient mal préparé, manque d'un instrument...). Elle présente déjà des « écarts » aux règles. En effet, l'IDE complète seule la check-list pendant que le chirurgien relit le dossier. En outre, il ne réalise pas le « *time out* » avant l'incision et ne signe pas le document à la fin de l'intervention. Quelques extraits d'observation sélectionnés sont livrés ci-dessous, afin d'étayer notre propos. Les extraits sont présentés en fonction des thématiques dont il est fait référence dans l'observation.

5.3.1 Des retards expliqués par une non prise en compte du temps de bio-nettoyage dans le planning opératoire

Extrait observation n°1 - Salle d'opération viscérale, Bloc A :

J'entre dans la salle d'opération. L'IDE m'invite à me placer dans un coin de la salle, pour ne pas déranger les va-et-vient. Elle prépare le matériel pour l'intervention et l'aide opératoire dispose les champs stériles autour du patient. Leurs mouvements sont rapides mais paraissent contrôlés. L'IDE ne doit pas toucher les champs et le matériel stériles. Je comprends qu'ils sont en retard sur le programme prévu. L'IDE me montre le planning : « *Le problème c'est que le **programme opératoire est fait sans se soucier du temps de bio-nettoyage entre chaque intervention, donc forcément on est toujours en retard*** ».

L'équipe composée ici de l'aide opératoire et de l'IDE (comme c'est souvent le cas), est obligée de travailler plus rapidement et de négliger certaines règles considérées comme « accessoires » afin de rattraper le retard lié au temps de bio-nettoyage de la salle d'opération, obligatoire après une intervention, qui ne semble pas avoir été comptabilisé dans le planning. Ce temps peut être amené à varier entre 5 et 30 minutes en fonction de l'intervention (plus long pour les chirurgies dites « sales ») et de l'état de la salle et du sol. Le bio-nettoyage est réalisé par un agent de service hospitalier (ASH) qui doit respecter un protocole, pour lequel il a été formé, et utiliser du matériel spécifiquement adapté au bloc opératoire.

5.3.2 Interrogation sur le sens de la règle à respecter

Extrait observation n°10 – Intervention : remplacement de valve aortique, Bloc B :

Fin de l'intervention : le chirurgien a quitté la salle. L'IDE appelle le service de réanimation pour prévenir qu'elle va faire monter le patient. La personne à l'autre bout du fil lui explique que le patient ne peut pas être transféré tout de suite en réanimation. Il semble y avoir un problème de place. **Les lits ne sont pas disponibles pour accueillir le patient. Il est obligé de rester en salle d'opération,** le temps qu'une place se libère. Cela entraîne un retard sur le planning du bloc car la salle reste occupée par le patient. L'IDE s'agace. Elle ne peut pas prendre sa pause pour aller manger. Elle est obligée de rester dans la salle, avec l'anesthésiste, pour surveiller le patient.

Discussion entre l'IDE et l'anesthésiste :

IDE (en rangeant les documents du dossier patient) : « *c'est bon, tu as signé la check-list ?* »

Anesthésiste : « *ah je peux tuer 15 personnes, tout le monde s'en fout, par contre si j'ai pas signé la check-list... !* ».

A l'inverse de l'extrait précédent, celui-ci montre, d'une part, que le retard sur le planning du bloc opératoire peut également provenir d'un manque de *turn over* de patients au sein des services d'accueil après une intervention, ici le service de réanimation. D'autre part, un autre élément important apparaît. D'après l'anesthésiste, la check-list est devenue plus importante que le résultat de l'opération. Si les praticiens sont soumis à une obligation de moyen et non de résultat dans l'exercice de leur art, il semble normal qu'il puisse y avoir des conséquences néfastes au cours d'un traitement ou d'une intervention chirurgicale, car tout acte comporte des risques. Cependant, l'obligation de signer la check-list ne semble pas avoir de sens pour lui. Sans rappel de la part de l'IDE, il ne l'aurait sans doute pas signée. Le respect des règles a pris le pas sur le véritable travail des praticiens. Il insinue que ces nouvelles règles, mises en place pour assurer la sécurité des patients, n'existaient pas quand il a commencé à exercer son métier. Son intervention montre qu'il ne comprend pas l'utilité de la règle et qu'il s'interroge à son sujet. Cette règle lui rappelle qu'il est susceptible de commettre une erreur et qu'elle est là pour le lui rappeler. D'une certaine manière, la règle de traçabilité a tendance à renverser l'image du médecin « tout puissant » qui ne se trompe pas, en lui rappelant qu'il peut être amené à commettre des erreurs.

5.3.3 Un manque de temps pour appliquer la règle de sécurité

Extrait observation n°8, entrée au Bloc B :

Rencontre avec la cheffe de bloc qui me fait visiter le bloc opératoire.

Elle m'accompagne dans une salle d'opération où le patient est déjà installé, le personnel est en train de préparer le genou sur lequel va intervenir le chirurgien.

Elle m'explique rapidement ce qu'est en train de faire l'équipe autour du patient.
« Bon alors tu vas voir, le « time out » n'est jamais respecté, on n'a pas le temps. »
(Cheffe de bloc)

Cet extrait montre à nouveau le manque de temps des équipes face à la difficulté de respecter la règle de sécurité : réaliser le « time out » qui constitue une partie centrale de la check-list. Il s'agit de rassembler l'ensemble de l'équipe opératoire (IDE, chirurgien, anesthésiste) avant la première incision pour vérifier une dernière fois l'opération à réaliser ainsi que les éventuels points critiques. La transgression de cette règle de sécurité est totalement assumée par la cadre qui m'explique que pour respecter les règles, il faudrait avoir plus de temps. La règle ne semble pas être adaptée à l'activité. En transgressant cette règle, les acteurs rattrapent le retard qui s'est accumulé ou s'attardent sur d'autres tâches (la recherche d'examens complémentaires, par exemple). Le manque de temps est soulevé à plusieurs reprises par les acteurs. L'absence de « time out » permet également au chirurgien de gagner du temps sur le planning. Enfin, cette règle qui constitue un « pense bête » pour le chirurgien (une vérification ultime), va à l'encontre de l'« ethos » chirurgical qui prône des valeurs viriles et de toute puissance dont le chirurgien doit faire preuve pour être reconnu par ses pairs. Réaliser le *time out* sous-entend qu'il peut être sujet aux erreurs.

5.3.4 Un mépris de la règle de sécurité

Extrait observation n°6 - Salle d'opération urologie, Bloc A :

L'équipe prépare le matériel pour l'intervention. Le chirurgien est dans la salle, il relit le dossier de la patiente. L'IDE pose les questions de la check-list « sécurité du patient » à la patiente qui vient d'entrer en salle sur le brancard : « *Bonjour Madame, comment vous appelez vous ? De quoi on vous opère aujourd'hui ? Avez-vous des allergies connues ?* ».

Le chirurgien à l'attention de l'IDE : « *T'as d'autres questions à la con comme ça ?* ». L'IDE ne répond pas et continue la procédure.

Bien que la check-list soit utilisée par le personnel soignant, ici l'IDE (coordonnateur de la check-list), elle ne semble pas être prise au sérieux par le chirurgien, qui intervient en la coupant et discrédite ainsi son travail. « *Questions à la con* » sous-entend que les questions posées par l'IDE (celles de la check-list) sont sans intérêt, superfétatoires. La réaction du chirurgien semble révéler un mépris de la règle, considérée comme inutile. En interrompant l'IDE au cours de la procédure, il montre une volonté de résistance vis-à-vis de la règle de traçabilité.

A l'inverse, l'intervention du chirurgien pourrait permettre de détendre l'atmosphère ou de rassurer la patiente avant l'opération afin de montrer qu'il « maîtrise » la situation et qu'il n'a pas besoin de ces vérifications supplémentaires. De cette façon, il se rassurerait également en minimisant les risques liés à l'intervention qui peuvent survenir (erreur de côté, allergies de la patiente...). Ce comportement lui permettrait de pouvoir opérer tout en contrôlant un stress naissant.

5.3.5 Une transgression de la règle de traçabilité nécessaire pour « rassurer » le patient avant l'intervention

Extrait observation n°7, Bloc A :

L'aide opératoire prépare le patient pendant que l'IDE circulante installe le matériel pour la prochaine intervention. Sur la paillasse, elle dépose la fiche de traçabilité des matériels pour y coller les étiquettes ainsi que la check-list « sécurité du patient ». Elle coche seule les cases.

Elle m'explique : « *Nous on utilise la check-list mais pas forcément comme il le faudrait, on la fait tout en discutant, en installant le patient. Ce n'est pas rassurant pour le patient de lui demander « qui êtes-vous ? De quoi vous faites-vous opérer ? » Il faut montrer au patient qu'on connaît notre métier, qu'on sait pourquoi il vient et qu'il sera bien pris en charge. Quinze ans après une opération, une patiente s'est souvenue de mes premières paroles. Et puis c'est un rituel trop scolaire.* »

L'IDE complète seule la check-list. Elle ne fait pas l'objet d'une vérification partagée. Le chirurgien n'est pas encore dans la salle. Adapter la règle à la situation lui permet de rassurer le patient, du moins de ne pas l'angoisser à l'approche de l'intervention. Pour les IDE, reconforter les patients avant l'opération est une mission importante de leur travail.

5.3.6 Une transgression de la règle d'hygiène par facilité

Extrait observation n°9 - Intervention arthroscopie du genou, Bloc B :

Un chirurgien est en train d'opérer un patient.

Un anesthésiste entre dans la salle d'opération, sans masque, avec son bras sur la bouche. Il fait l'aller-retour pour aller chercher un matériel dont il a besoin et qui se trouve dans la salle. Il me voit dans un coin de la salle, bloc-notes à la main : « *Vous ne l'écrivez pas dans votre rapport ça !* ».

Cet extrait illustre la transgression d'une règle élémentaire d'hygiène : le port du masque en salle d'opération. La charte de fonctionnement du bloc opératoire précise : « *Le masque chirurgical est porté dans les salles d'opération :*

- *Il recouvre le nez et la bouche ;*
- *Il est changé au moins toutes les 3 heures (et dès qu'il est mouillé ou souillé) ;*
- *Il est jeté après chaque retrait ;*
- *Une hygiène des mains est requise avant de le mettre et après retrait. »*

L'anesthésiste sait qu'il est en faute car il me demande expressément de ne pas relater son acte, comme pour éviter de dévoiler le « flagrant délit ». Il était de passage dans la salle d'opération pour aller chercher un matériel qui lui manquait dans une autre salle. Il n'a fait qu'un aller-retour et n'est resté que quelques instants dans la salle. Il semble avoir agi par facilité. L'ensemble des acteurs présents dans la salle (chirurgien, aide et IDE) n'a pas réagi devant le comportement de l'anesthésiste. Il semble être toléré. En transgressant cette règle d'hygiène élémentaire, il a économisé ses efforts, celui de mettre un masque. Ce type de comportement a été observé à plusieurs reprises.

5.3.7 Synthèse des résultats issus des observations *in situ*

Les observations *in situ* ont permis d'avoir accès à l'univers de deux blocs opératoires de cliniques privées de la région parisienne et de se familiariser avec le travail quotidien des acteurs. Malgré la diversité des chirurgiens et des opérations observées, les pratiques de travail sont similaires entre les deux blocs. Bien que chaque chirurgien possède ses propres habitudes en entrant en salle (relecture du dossier, règlement du volume de la musique dans la salle, entretien rapide avec le patient...), chaque personnel sait exactement ce qu'il doit faire et à quel

moment. Il a ainsi été intéressant de pouvoir observer le ballet des personnels du bloc autour du patient. Le chirurgien revêt son costume stérile et « entre en scène » à chaque nouvelle opération.

Les observations permettent de confirmer la véracité des matériaux recueillis dans le journal de bord en montrant que les règles sont fréquemment transgressées au bloc opératoire et en outre, de les enrichir. Le **manque de temps** au cours du planning opératoire et le rythme du travail soutenu semblent être à l'origine de la transgression des règles de sécurité. La transgression réalisée aurait pour but de **satisfaire les objectifs « de production » tout en veillant à ne pas prendre du retard**. Les acteurs transgressent les règles dans le but de mener à bien leur travail, c'est-à-dire d'opérer le patient pour les chirurgiens, et assurer sa sécurité et son confort pour les IDE. Cependant, le comportement de certains chirurgiens semble **exprimer un mépris ou un manque de compréhension des règles** de sécurité et de traçabilité. Le tableau 15 ci-dessous synthétise les transgressions observées au cours des observations.

Transgressions identifiées au cours des observations <i>in situ</i>	Type de règle transgressée	Signification de la transgression
Le chirurgien ne signe pas la check-list. L'IDE le lui rappelle.	Traçabilité / Sécurité	Transgression par manque d'intérêt, recherche du moindre effort
Le chirurgien demande à l'IDE de lui tenir le combiné de téléphone non stérile à l'oreille pour commander son déjeuner pendant une intervention	Hygiène	Transgression par facilité, par négligence
Le chirurgien interrompt l'IDE au cours de la réalisation de la check-list afin de lui demander si elle n'a pas « <i>d'autres question à la con</i> »	Traçabilité / Sécurité	Transgression par mépris de la règle, remise en cause
La check-list est utilisée partiellement par l'IDE afin de rassurer / ne pas effrayer le patient	Traçabilité / Sécurité	Transgression pour réaliser le travail, favoriser le travail
Le « <i>Time out</i> » n'est pas réalisé par « manque de temps », selon la cheffe de bloc	Traçabilité / Sécurité	Transgression par manque d'intérêt, par facilité ? pour remettre en cause la règle ?
L'anesthésiste ne porte pas de masque en salle d'opération au cours d'une intervention	Hygiène	Transgression par intérêt, recherche du moindre effort

TABLEAU 15 : TRANSGRESSIONS IDENTIFIEES AU COURS DES OBSERVATIONS *IN SITU*

Afin de concentrer notre attention sur l'utilisation de la check-list sécurité du patient, sur les retards et les modifications de planning opératoire, ainsi que sur le respect des procédures d'hygiène, les observations *in situ* ont été complétées par des observations systématiques. Pour chaque opération, une grille était complétée afin de systématiser les observations. Le déroulé de l'intervention et les échanges entre les acteurs étaient consignés dans un carnet. Afin d'assurer la fiabilité de la retranscription des verbatims, certaines observations ont été enregistrées.

5.4 Résultats issus des observations systématiques

Seize d'observations systématiques ont été menées au sein de deux blocs opératoires d'hôpitaux privés entre les mois d'avril et de juillet 2017, à l'aide d'une grille d'observation. Ces observations ont été retranscrites et les résultats ont été consignés dans un tableau (Cf. annexe). Sur l'ensemble des observations le *time out* n'a pas été réalisé par les acteurs. La signature du chirurgien intervient dans quatre cas sur les seize observés (dont une fois car l'IDE a rappelé le chirurgien). Quelques retards sur le planning ont également été observés (dans cinq cas sur seize observés). Enfin, les procédures d'hygiène sont suivies une fois sur deux (huit cas sur seize). Les résultats sont présentés dans le tableau 16 ci-dessous.

ITEMS OBSERVES	RESULTATS
REGLE DE TRACABILITE	
Remplissage de la check-list par l'IDE	16/16
Présence de l'ensemble des participants (chirurgien, anesthésiste et IDE) au moment du remplissage	0/16
Réalisation du "Time Out"	0/16
Signature de la check-list par le chirurgien	4/16
REGLE DE FONCTIONNEMENT	
Respect des horaires	5/16
REGLE D'HYGIENE	
Respect des temps de bio-nettoyage	8/16

TABLEAU 16 : RESULTATS ISSUS DES OBSERVATIONS SYSTEMATIQUES

5.4.1 Une transgression de la règle de traçabilité par négligence

Extrait observation systématique n°1, Bloc A – 07/04/2017

Intervention : Ablation de matériel, membre supérieur

14H40 : Le chirurgien est encore en consultation au rez-de-chaussée. L'équipe attend qu'il monte au bloc.

En attendant, l'IDE coche les cases de la check-list sur la paillasse pendant que l'aide installe le patient. La check-list ne fait pas l'objet d'échange. Elle m'explique que « *tout ça* » (en me montrant les cases à cocher), elle l'a déjà demandé au patient lorsqu'il attendait dans le couloir du bloc.

L'aide parle au patient, elle lui explique ce qu'elle fait. Elle pose les champs stériles. Elle installe le bras du patient sur la table et pose le garrot afin d'éviter que le sang ne circule dans l'avant-bras. Elle commence à le badigeonner de Bétadine.

14H55 : Le chirurgien arrive, il se connecte sur le logiciel de l'ordinateur présent dans la salle. Le logiciel permet de tracer l'intervention et les observations afin que les infirmières des étages puissent savoir ce qui a été fait et quand le patient retournera dans le service.

15H00 : première incision.

15H30 : fin de l'intervention. L'IDE circulante interpelle le chirurgien qui se déshabille : « *Vous venez signer Docteur ?* » elle lui montre la check-list posée sur la paillasse près d'un stylo. Il s'approche et signe la fiche sans la relire, avant de quitter la salle.

IDE : « ***Il remplit la check-list parce que vous êtes là, sinon il ne le fait jamais. C'est nous qui lui demandons de la signer à la fin de l'intervention. Il s'en fiche ou alors il oublie tout simplement, je ne sais pas...*** ».

Le chirurgien en consultations le matin dans l'établissement devait ensuite monter au bloc opératoire pour réaliser sa vacation qui a lieu l'après-midi à partir de 14 heures. D'une part, cette observation montre que cette organisation semble difficile à tenir pour le chirurgien car les rendez-vous de consultations débordent régulièrement sur le planning du bloc (ce point sera confirmé en entretien). Il est en retard. L'équipe sait que le matin il est en consultations et semble avoir l'habitude de l'attendre. Afin d'anticiper l'arrivée du chirurgien, l'équipe prépare le matériel et le patient (la check-list est préalablement remplie, les champs stériles sont disposés, le patient est déjà anesthésié...) de façon à ce que lorsqu'il arrive, le patient soit prêt pour débiter l'intervention. D'autre part, à la fin de l'intervention, l'IDE rappelle au chirurgien

de venir signer la check-list. Elle me confirme qu'exceptionnellement il consent à venir la signer avant de sortir de la salle (biais d'ajustement du fait de notre présence). Le chirurgien n'est pas habitué à signer la check-list ce qui indique que la transgression de cette règle est fréquente. Cependant, il n'oppose pas de résistance lorsque l'IDE lui rappelle de signer le document. Il n'agit donc pas de cette manière afin d'exprimer un désaccord avec la check-list. Son comportement peut être assimilé à un certain laxisme. Il ne signe pas le document par facilité ou par manque d'intérêt. Les extraits des observations n°3 et n°4 ci-dessous vont confirmer la transgression de cette règle de traçabilité par l'IDE et le chirurgien.

L'extrait suivant est le compte rendu d'une observation d'une ablation d'un cancer du rectum, qui a duré presque sept heures. L'intervention consiste à retirer une partie ou la totalité du rectum malade avec son méso (graisse contenant les ganglions), puis à rétablir la continuité digestive en pratiquant une anastomose entre le colon et le moignon de rectum restant ou l'anus.

Extrait observation systématique n°3, Bloc A - 19/05/2017 :

Intervention : ablation d'un cancer du rectum

13h41 : Incision

14h00 : Le chirurgien est tendu, il « s'attaque » à une partie difficile de l'opération. L'IADE³¹ met de la musique sur son portable, pour « détendre l'atmosphère ».

15h15 : l'intervention dure depuis plus d'une heure, le **chirurgien semble fatigué, il a soif, il demande à faire une pause**. Il tourne en rond dans la salle. **La position debout semble difficile à tenir**. Il faut rester debout tout en manipulant les bistouris à l'intérieur du ventre du patient qui est gonflé à l'aide de CO², à travers un écran de TV, depuis un marchepied. L'intervention se fait d'abord sous coelioscopie.

17h40 : tout s'accélère, la partie du rectum malade a été sectionnée. Le chirurgien : « *on ouvre, on ouvre !* ». L'IDE court en stérilisation chercher le matériel manquant. L'appareil qui insuffle du CO² dans le ventre du patient se met à sonner. Le chirurgien ouvre le ventre pour récupérer la partie cancéreuse du rectum qu'il vient de découper. Il la pose sur la table : « *C'est une belle pièce !* ».

17h55 : Il faut maintenant rattacher les deux « morceaux ». Le chirurgien à l'attention de la circulante : « ***Passe-moi le sodomiseur, on va le violer*** ». **Pour coudre l'intestin au rectum, il faut passer par la voie anale**, m'explique l'IADE.

³¹ Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

19h05 : L'intervention se termine. Les compresses sont recomptées avant de fermer le patient. La circulante à l'aide opératoire : « *tu en as combien ?... Et dans la poubelle ?* » **Le chirurgien** : « *le compte est bon ? Parce que je rouvre pas (le patient), moi j'ai fini, je m'en vais !* »

19h26 : le patient est refermé. Le chirurgien : « *Ah on peut se détendre maintenant* ». Il dégante et se déshabille. La pression est redescendue à partir du moment où il a commencé à refermer le patient. Il laisse son aide opératoire terminer les points de sutures, mettre les pansements et nettoyer le patient qui va être transféré en réanimation. **Il paraît épuisé, il est 20h00, l'opération a duré presque sept heures.** Il ne s'attarde pas. **Il ne passe pas signer la check-list sur l'ordinateur**, c'est l'IDE qui s'occupe de cocher les cases et de compléter les différentes fiches de traçabilité. Elle indique l'heure de fermeture du patient et de sortie de la salle sur le logiciel. Elle coche les cases correspondantes sur la check-list informatisée. Elle m'explique : « *tu vois, là je coche pour valider et là il y a mon nom, celui du chir[urgien] et de l'anesth[ésiste] aussi. Tout est dans le dossier patient informatisé on a même plus besoin d'imprimer !* ».

Je lui demande : « *mais alors le chirurgien, ne signe pas vraiment ? Il ne coche même pas la case lui-même ?* »

IDE : « *Ah non, c'est moi qui fais tout !* »

D'une part, cette observation met en lumière les **conditions de travail physiquement éprouvantes** vécues par le chirurgien et son aide opératoire au cours de l'intervention qui a été particulièrement longue (postures à tenir, durée de l'intervention, fatigue, faim...). A l'issue de l'intervention, il s'empresse de se déshabiller pour quitter le bloc. Après avoir retiré un cancer à son patient, le reste semble insignifiant. Il a fait ce qu'il estime être « son travail » et ne prendra pas le temps de signer la check-list avant de partir. L'IDE ne le rappellera pas non plus, elle va cocher seule les items. La check-list informatisée facilite le stockage des données et le remplissage grâce aux « clics ». Le document est ainsi inséré directement dans le dossier patient mais ne fait pas l'objet d'un contrôle particulier par le chirurgien ou l'anesthésiste.

D'autre part, on relève également **l'humour à caractère sexuel** auquel ce chirurgien a eu recours durant l'intervention et qui a été observé dans d'autres situations. L'humour auquel à recours le chirurgien est hérité de la culture des carabins. Il permet de détendre l'atmosphère au cours d'une situation tendue et de créer une certaine distance avec le patient.

5.4.2 Une adoption « cérémoniale » de la règle de traçabilité

L'extrait suivant montre à nouveau une transgression de la règle de sécurité par l'IDE et le radiologue. La check-list est uniquement complétée afin qu'elle apparaisse dans le dossier du patient.

Extrait observation systématique n°6, Bloc C – 04/07/2017

Intervention : fistulographie³², salle de radiologie interventionnelle

L'une des IDE derrière la vitre prépare le dossier du patient qui vient d'arriver.
« Bonjour Monsieur [nom du patient] ».

Elle pré-remplit la check-list, seule en lisant les questions « de tête » et classe ensuite la check-list dans une bannette sur la paillasse.

Elle m'explique, tout en la remplissant, comment elle remplit la check-list : « Alors la check-list c'est pareil, tu vas voir je la remplis pas du tout... je la fais bien quand y'a l'audit. Mais sinon... parce que le nom du patient, bah les ¾ des patients je les connais, ils reviennent souvent. Tu vois Monsieur [nom du patient] je savais qu'il était déjà venu, donc en règle générale les allergies je les connais, ou je vais voir dans son dossier et puis comme ça fait déjà 20 fois qu'il est venu je sais qu'il n'est pas allergique sinon... on le saurait. Donc je sais que là je m'en fous. Là, c'est moi qui vais le mettre en place, donc comme c'est moi qui vais le mettre en place je sais qu'il va être en place, là le nom de l'intervention bah c'est une fistulographie donc je remplis et les personnes présentent c'est Didier [radiologue] et moi donc j'ai pas besoin d'attendre la confirmation verbale avec le radiologue pour savoir où est sa fistule... les complications, bah ça c'est si y'a des complications... après « procédure finale » bah il est venu pour une fistulographie donc il est venu pour ça. « Matériel utilisé » c'est moi qui le donne, donc de toute façon je sais ce que je donne, les traitements administrés, nous on en donne pas, les constantes c'est moi qui les notes, CD gravé : il n'a pas de CD, les images : on n'a pas « i site » donc ça sera non, la radiation c'est moi qui le note... enfin tu vois... y'a certaines interventions qui sont critiques, mais bon là ça roule ».

La salle de radiologie interventionnelle est différente des autres salles du bloc opératoire. Elle est appelée salle « hybride » car elle réunit dans une salle, un bloc opératoire et une salle de radiologie interventionnelle. Elle est composée de deux salles séparées par une vitre. Le

³² Examen radiologique qui consiste à visualiser une fistule artério-veineuse en vue de corriger certaines anomalies détectées à l'examen angiologique. Elle est réalisée par un médecin radiologue.

médecin, qui est un radiologue, réalise une opération mini-invasive qui consiste à passer une gaine dans l'artère du patient, pour ensuite injecter un liquide coloré qui va permettre de distinguer les vaisseaux à la radio. L'ensemble du personnel porte un tablier plombé en raison des rayons X (il permet de réduire l'intensité du rayonnement diffusé). L'IDE m'a donné le mien dès mon arrivée dans la salle. Cette règle de sécurité semble être scrupuleusement respectée par l'ensemble des acteurs.

Les interventions observées sont réalisées rapidement (une vingtaine de minutes à chaque fois). Une dizaine de patients vont se succéder ce matin dans la salle. Le personnel semble connaître la plupart des patients qui vont être opérés. Ils les accueillent par leur nom. L'équipe semble particulièrement entraînée, chacun sait ce qu'il a à faire, leurs gestes sont rapides. En raison de la particularité des interventions, la check-list sécurité du patient est quelque peu modifiée par rapport à celle utilisée dans les autres salles du bloc opératoire. C'est une check-list spécifique à la radiologie interventionnelle réalisée par la HAS (Cf. annexe). La plupart des items sont les mêmes que pour celle du bloc opératoire mais des questions spécifiques à la radiologie interventionnelle ont été ajoutées (médications utilisées, recueil de l'irradiation délivrée, l'enregistrement des images...).

Dans cet extrait, l'IDE transgresse la règle de traçabilité en complétant seule l'ensemble des check-lists sans se concerter avec le radiologue qui ne signera aucun document. Les check-lists sont complétées de façon protocolaire afin qu'elles apparaissent dans le dossier des patients, mais le personnel n'adhère pas véritablement à la démarche. On peut parler d'adoption cérémoniale de la règle³³. Les acteurs ne reconnaissent pas son utilité et ne peuvent donc pas développer une attitude positive à son égard. La règle de sécurité, qui vise à éviter les erreurs, perd alors tout son sens et devient une fin en soi. L'IDE explique que les opérations ne constituent pas un risque (« *ça roule* ») car elle connaît déjà les patients. Cette transgression permet ainsi de ne pas perdre de temps et de pouvoir passer rapidement aux tâches considérées comme plus importantes (préparation du matériel, guidage du radiologue par imagerie...).

³³ Adoption formelle d'une pratique par les acteurs pour des raisons de légitimité sans qu'ils ne croient à sa valeur réelle pour l'organisation (Meyer et Rowan, 1977 ; Kostova et Roth, 2002).

5.4.3 Une règle de traçabilité non-adaptée à la spécialité chirurgicale

L'extrait suivant montre à nouveau que la check-list est complétée hâtivement afin de passer à une autre tâche, plus préoccupante pour l'équipe :

Extrait observation n°10, Bloc C – 04/07/2017

Salle urologie

L'anesthésiste à l'attention du patient : « *Vous l'avez fait quand votre ECBU³⁴ ? Vous n'avez pas les résultats ? (...) Bah ça ne sert à rien de le faire alors si vous n'allez pas chercher les résultats. (...) Ah, il est en haut ?* [Dans le service] »

L'IDE appelle le service. Ils n'ont pas l'ECBU. Sans ce document, l'opération ne peut pas avoir lieu. Il faut vérifier qu'il est négatif. L'IDE continue de préparer le matériel pour l'intervention.

Le service rappelle quelques minutes plus tard. L'examen était resté dans la chambre du patient. Ils confirment qu'il est négatif. Le patient va pouvoir être opéré.

La check-list est remplie par l'IDE durant l'anesthésie du patient. Elle la signe, puis la range dans le dossier patient.

L'IDE appelle le chirurgien qui était parti prendre un café entre les deux interventions : « *C'est bon Vincent on attend plus que toi !* »

A l'instar de l'extrait précédent, celui-ci montre que la check-list est également complétée par l'IDE seule de son côté, sans se concerter avec le reste de l'équipe présente dans la salle alors que la recherche de l'examen (l'ECBU) semble être nécessaire pour commencer l'opération. La check-list est négligée au profit de la recherche de l'examen qui fait l'objet d'une attention particulière de la part de l'anesthésiste et de l'IDE. La recherche d'examens complémentaires juste avant l'opération arrive fréquemment et entraîne une perte de temps et un retard pour l'équipe qui ne peut commencer l'opération sans. En effet, le chirurgien me confiera par la suite que « *ça [la check-list] n'améliore pas la sécurité parce que d'une certaine façon, peut être que ça peut l'améliorer, mais ça l'améliore pas totalement parce que la **check-list, elle est mal faite. En urologie les problèmes qu'on peut avoir c'est les problèmes de vérification d'examens complémentaires, la préparation du patient... La check-list elle devrait être faite à l'étage** [dans le service]* » (Urologue).

³⁴ Examen cyto bactériologique des urines.

La transgression de la règle de traçabilité s'explique ici par le fait que la check-list n'est pas adaptée à l'urologie. Le chirurgien ne remet pas en cause la règle, mais indique qu'elle est réalisée au mauvais moment. Ainsi, elle est complétée rapidement par l'IDE afin de passer plus de temps à vérifier la préparation du patient (port de dentier, de montre, de bas de contention, présence ou non d'examen complémentaires...) pour être certaine que l'opération pourra avoir lieu. Cette transgression permet de mener à bien une tâche considérée comme essentielle par l'équipe : l'opération du patient.

5.4.4 Des retards de plannings expliqués par la survenue d'aléas

L'extrait suivant met en lumière les difficultés rencontrées par les acteurs à respecter les règles de fonctionnement du bloc opératoire :

Extrait observation n°10, Bloc C – 04/07/2017

Salle urologie

Sur le logiciel, on peut suivre le déroulé des opérations en cours. L'IDE m'explique que le logiciel ne reflète pas vraiment la réalité.

« Tu vois le trait rouge sur le planning c'est là où on devrait être au vu de l'heure qu'il est, mais c'est pas vraiment le cas ! (Rires) L'heure de commencer c'est jamais ça, c'est bien gentil de compter l'heure d'intervention mais le temps de ménage n'est pas compté, le temps que le malade arrive, que le brancardier aille le chercher. Il y a toujours un aléa entre deux malades. C'est jamais ça. C'est pas parce qu'il est à peine sorti que l'autre va rentrer. Nous on devrait être là [elle me montre sur l'écran d'ordinateur] alors que le malade est même pas encore endormi. Mais bon ça donne un aperçu de la journée. Par exemple, si je prends la journée d'hier on devait finir à 12H45 d'après le programme, on a fini à 13H30. Ce chirurgien devait finir à 14H00, ils [l'équipe] ont fini à 15H30. Et puis là pareil ça n'a pas terminé avant 15H00-15H30 et ainsi de suite. Donc on sait bien que les horaires ne correspondent pas à la réalité. C'est de la théorie. »

Les retards sont inévitables au sein du planning opératoire car les aléas ne sont pas pris en compte. L'aléa pouvant être la recherche d'un examen complémentaire pour réaliser l'intervention ou attendre qu'un brancardier soit disponible afin de transférer les patients en salle. Le temps de bio-nettoyage de la salle, obligatoire entre deux interventions, n'est pas non plus pris en considération dans le planning et entraîne ainsi des retards.

5.4.5 Synthèse des résultats issus des observations systématiques

Les résultats issus des observations systématiques permettent de se concentrer sur les trois règles sélectionnées et de consigner les observations de manière plus précise. Les résultats montrent que les check-lists sont remplies par les IDE, en une seule fois avant l'intervention. Très peu d'items sont partagés oralement avec le reste de l'équipe. Elles le font seules, sans la présence des autres acteurs, de façon à être « en conformité » avec la règle sans pour autant y adhérer. Cette transgression permet à l'IDE de mener à bien son travail, ainsi elle peut passer plus de temps à s'occuper du patient et à préparer le matériel pour l'intervention.

La réalisation du *time out* et la présence de l'ensemble des acteurs au moment du remplissage de la check-list n'ont pas été observées. La signature de la check-list par le chirurgien a été observée quelques fois, souvent car l'IDE le lui rappelait. Les retards identifiés relèvent principalement d'aléas imprévisibles (recherche d'examens complémentaires, mauvaise préparation du patient...), à la présence de praticiens en consultations ou encore à la non prise en compte du temps de bio-nettoyage entre deux interventions, au cours du planning. Dans ces cas précis, la transgression de la règle de fonctionnement ne peut pas être retenue car elle ne relève pas de la volonté de l'acteur. Enfin, les transgressions des règles d'hygiène, notamment le nettoyage de la salle avec les portes ouvertes et en présence d'autres acteurs et son utilisation alors que le sol est encore humide, ont également été observées à plusieurs reprises. Ces transgressions permettent de réduire le temps d'attente entre deux opérations ou de satisfaire des objectifs de production. Elles ne semblent pas avoir pour intention de nuire à leur patient ou de faire acte de résistance. Le tableau 17 ci-dessous synthétise les transgressions observées.

Transgressions identifiées au cours des observations systématiques	Type de règle transgressée	Signification de la transgression
Le chirurgien ne signe pas la check-list, l'IDE circulante le lui rappelle	Traçabilité / Sécurité	Transgression par manque d'intérêt de la règle, par négligence ?
Les personnels entrent dans la salle d'intervention en cours de nettoyage	Hygiène	Transgression pour ne pas ralentir l'activité, par intérêt ?
L'IDE complète seule la check-list informatisée sur l'ordinateur	Traçabilité / Sécurité	Transgression par manque d'intérêt, par facilité ?
L'IDE remplit seule la check-list papier	Traçabilité / Sécurité	Transgression pour ne pas ralentir l'activité, par manque

		d'intérêt ou par manque de sens de la règle ?
Le chirurgien à recours à l'humour à caractère sexuel durant l'intervention	Fonctionnement	Transgression pour détendre l'atmosphère, pour témoigner sa virilité ?

TABLEAU 17 : TRANSGRESSIONS IDENTIFIEES AU COURS DES OBSERVATIONS
SYSTEMATIQUES

Au regard de ces résultats, la signification de l'ensemble des transgressions observées ne peut pas être défini avec certitude, certains comportements restent ambigus. Le chirurgien ne réalise par le « *time out* » car il n'a pas appris à le faire, cette règle ne fait pas partie de ses pratiques ? Il ne le réalise pas car il considère que cette règle de sécurité n'est pas utile et remettrait en causes ses compétences ? Nous ne pensons pas qu'il agisse ainsi pour nuire à son patient, ce qui serait contraire à ses valeurs. Enfin, agit-il ainsi par facilité, pour gagner du temps ? Les observations réalisées ne permettent pas de répondre à ces questions. Il convient alors de poursuivre la recherche par le biais d'entretiens avec les acteurs afin d'éclaircir les raisons qui guident leurs actes et la signification des transgressions.

Les résultats issus des entretiens réalisés avec les personnels de l'établissement et plusieurs chirurgiens sont présentés dans la section suivante. Les entretiens menés avaient pour but de donner accès aux significations indigènes de la transgression des règles.

5.5 Résultats issus des entretiens

Au total, 21 entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des chirurgiens de plusieurs spécialités (précédemment observés au bloc opératoire ou non) et des personnels travaillant au sein de l'établissement (Cf. annexe, détails des entretiens réalisés). Dans un premier temps, seront présentés les résultats issus des entretiens menés avec les personnels travaillant auprès des chirurgiens. Puis dans un second temps, seront présentés les résultats issus des entretiens avec les chirurgiens.

5.5.1 Les personnels travaillant avec les chirurgiens

Les entretiens réalisés avec des personnels travaillant avec les chirurgiens mettent en avant la difficulté à faire appliquer les règles par les praticiens.

5.5.1.1 Des difficultés à leur faire appliquer les règles

Lors de la réalisation de différents audits au bloc opératoire, la Responsable qualité explique qu'elle est régulièrement confrontée à la transgression des règles d'hygiène et de sécurité. « *Le port du masque en salle qui des fois n'est pas mis alors que le patient est encore ouvert ou le chirurgien qui téléphone au-dessus du malade pendant qu'il opère, le téléphone peut tomber dans le ventre, il n'est pas stérile... les gants qui ne sont pas changés systématiquement, l'instrument qui tombe par terre et qui est ramassé par l'aide... ça arrive* ». Les résultats des audits réalisés par le service qualité sont restitués aux acteurs afin de leur faire prendre conscience de leurs comportements et leur rappeler l'importance de respecter les règles. Malgré cela, la responsable qualité explique qu'elle « *voit rarement un chirurgien se laver les mains plus de trois minutes alors que normalement c'est cinq minutes le lavage des mains !* » (Responsable qualité).

5.5.1.2 Un manque d'intérêt pour la règle

D'une part, la transgression de la règle de traçabilité s'explique par le désintérêt du travail administratif par les praticiens qui sont davantage investis dans la recherche de la guérison de leurs patients. Une IDE du bloc confie : « *On a encore reparlé de cette check-list, de la difficulté à ce qu'il la contresigne. C'est pas qu'ils ne se sentent pas concernés. Ils sont concernés par leurs patients mais pas par l'administratif* ». D'autre part, le manque d'implication proviendrait du fait que les chirurgiens exercent en libéral dans l'établissement. Ainsi, le temps passé à participer aux instances et à s'impliquer dans la démarche qualité se fait sur leur temps de travail ou à défaut sur leur temps personnel. « *Lorsqu'un chirurgien est élu président de CME³⁵ ou encore président du CLIN, il le fait sur son temps personnel. C'est compliqué de les motiver à participer et à s'investir dans le suivi de la qualité. D'autant plus, que souvent ils opèrent dans plusieurs blocs opératoires différents* » (Cheffe de bloc).

5.5.1.3 Des personnels confrontés au déni du risque des chirurgiens

Les règles sont d'autant plus difficiles à faire appliquer que certains praticiens semblent être dans le déni du risque, notamment concernant les risques d'infections nosocomiales. « *Ils*

³⁵ Comité Médical d'Etablissement

pensent que eux, les chirurgiens, ils n'ont pas d'infections » (Responsable Qualité). Si le risque n'est pas pris au sérieux, les règles n'ont aucune raison d'être appliquées. Il est donc difficile de les faire travailler sur la prévention des risques et de les sensibiliser. Certains chirurgiens agissent ainsi pour minimiser le risque auquel ils sont confrontés.

5.5.1.4 L'existence d'un rapport de pouvoir entre chirurgiens et Direction et face à la recherche de rentabilité

Les praticiens, du fait de leur statut libéral, sont rémunérés à l'acte dans le privé (principe de la T2A). Ils sont donc intéressés à l'activité, tout comme la direction qui cherche à maximiser le temps de vacation disponible au bloc opératoire et à réaliser des bénéfices. « *Y'a un flux important [de patients] et la direction qui cherche la rentabilité ne peut pas aller dans le sens contraire* » (Responsable Qualité). Alors que le service qualité cherche à développer une culture de la sécurité et de la gestion des risques, qui passe, notamment par le respect des règles, la direction ferme les yeux sur certaines pratiques transgressives afin de ne pas « contrarier » les chirurgiens qui réalisent une activité importante et risquer de les perdre. « *C'est des Dieux, on leur cède tout ce qu'ils veulent* » (aide-soignante). Les acteurs se retrouvent confrontés aux besoins de rentabilité de l'établissement tout en essayant de faire appliquer les règles par les praticiens pour assurer une sécurité des soins. Ainsi, le chargé de régulation des programmes du bloc opératoire explique « *On est en train d'essayer de vraiment réguler, au sens propre du terme, mais c'est compliqué de restreindre les chirurgiens dans leur activité qui est en pleine expansion et que nous même en tant qu'établissement on a envie que l'activité augmente* ». Dans ce contexte, il devient moins aisé de sanctionner les chirurgiens lorsqu'il y a transgression de la règle. « *On sait tous que certains praticiens ont une sorte de pouvoir dans l'établissement du fait qu'ils ramènent énormément d'activité, donc la Direction a du mal à leur mettre des bâtons dans les roues* » » (Chargé de régulation).

5.5.1.5 Une collaboration facilitée avec les chirurgiens les plus jeunes

Malgré les difficultés rencontrées pour collaborer avec certains chirurgiens, la Responsable qualité remarque que les médecins les plus jeunes paraissent davantage concernés par les problématiques de l'établissement que les générations précédentes. « *J'ai l'impression que les jeunes médecins comprennent car ils sont formés à ça mais les plus anciennes générations, ça leur passe carrément au-dessus* » (Responsable qualité). Les médecins les plus jeunes

seraient plus enclins à travailler sur la démarche qualité et à respecter les différentes règles (hygiène, sécurité, traçabilité...) car ils sont davantage sensibilisés à ces problématiques au cours de leurs études que les générations précédentes. En outre, la judiciarisation de la médecine ces dernières années a entraîné les praticiens, notamment ceux exerçant en libéral, à être particulièrement rigoureux dans leurs pratiques et dans l'application des règles mises en place par l'établissement, afin de ne pas faire l'objet de procès. « *La judiciarisation à un impact sur la mise en place des procédures et la traçabilité* » (Responsable qualité). Les jeunes chirurgiens sont donc conscients que les risques existent et tentent de les réduire en respectant les règles mises en place.

5.5.1.6 Synthèse des résultats des entretiens menés avec le personnel travaillant avec les chirurgiens

Les entretiens réalisés avec les acteurs travaillant auprès des chirurgiens mettent en lumière la difficulté à faire respecter les règles par les praticiens et ce d'autant plus qu'ils exercent en libéral au sein de l'établissement. Ce statut leur permet ainsi de disposer d'une certaine « liberté » d'agir et une indépendance vis-à-vis de l'établissement. En outre, il semble exister un rapport de pouvoir entre les chirurgiens et la direction. Il est délicat pour la direction, qui cherche la rentabilité, de contraindre les chirurgiens par des règles qui ralentissent, voire arrête, l'activité opératoire. Cette recherche de gains conduit la direction à fermer les yeux sur certaines pratiques transgressives de peur que le chirurgien quitte l'établissement pour un autre, ce qui pourrait entraîner la perte de l'activité et donc de rentabilité. Malgré la volonté de la direction de réguler l'activité des chirurgiens (par la planification opératoire, notamment) et la judiciarisation de la médecine qui contraint les chirurgiens à tracer les informations, ces derniers restent dans l'ensemble réfractaires au contrôle de leur activité et à l'application de certaines règles.

Cependant, une plus grande facilité à coopérer avec les chirurgiens plus jeunes qu'avec ceux plus âgés apparaît. D'après les personnels interrogés, les praticiens plus jeunes seraient sensibilisés à la démarche qualité et à ses enjeux. Il est ainsi plus aisé de communiquer et de travailler avec eux sur ces sujets. Existerait-il une différence de point de vue sur les règles à respecter entre les générations de médecins, ce qui entraînerait des comportements divergents ? Bien que les jeunes générations suivent les mêmes études que leurs aînés, le nouveau contexte de travail semble les contraindre à s'adapter aux nouvelles règles (« *procéduralisation* »),

volonté de réduire les dépenses liées aux soins, augmentation de la judiciarisation de la médecine...). Cette nouvelle hypothèse semble pertinente à étudier au regard des entretiens menés avec des chirurgiens de tout âge au cours de notre recherche.

Les entretiens menés avec le personnel permettent de confirmer la fréquence des transgressions des règles par les chirurgiens au sein de l'établissement mais ne donnent pas accès aux significations indigènes. Les résultats issus des entretiens réalisés avec les chirurgiens sont présentés ci-après.

5.5.2 Les chirurgiens

A la lecture de la retranscription des entretiens, et comme le suggéraient les résultats issus des entretiens présentés précédemment, il semble que le discours des plus jeunes chirurgiens rencontrés diverge, quelque peu, du discours des chirurgiens les plus âgés. Cette nouvelle hypothèse apparue au cours de la relecture des entretiens a conduit à les classer en fonction de l'âge des praticiens, afin de réaliser une analyse par tranche d'âge. L'âge des chirurgiens rencontrés s'étendait de 36 à 57 ans, pour une moyenne d'âge de 46,6 ans. L'âge des chirurgiens rencontrés a permis de définir trois tranches d'âges de dix ans chacune :

- [30 – 39 ans] ;
- [40 – 49 ans] ;
- [50 – 59 ans].

Le tableau 18 ci-dessous synthétise la date de l'entretien, l'âge du chirurgien et la spécialité pratiquée.

Référence entretien	Date entretien	Âge chirurgien	Spécialité exercée	Tranche d'âge
E.19	27/06/2017	36	Orthopédie	[30 - 39 ans]
E.5	21/04/2016	36	Orthopédie	
E.14	13/06/2016	37	Orthopédie	
E.12	30/05/2016	40	Urologie	[40 - 49 ans]
E.20	04/07/2017	40	Urologie	
E.9	28/04/2016	46	Orthopédie	
E.13	06/06/2016	47	Digestif	
E.15	22/06/2016	49	Orthopédie	
E.17	22/06/2017	49	Digestif	

E.11	18/05/2016	50	Vasculaire	[50 - 59 ans]
E.3	20/04/2016	52	Urologie	
E.8	28/04/2016	52	Urologie	
E.14	01/06/2016	52	Orthopédie	
E.4	21/04/2016	56	Viscérale	
E.10	11/05/2016	57	Orthopédie	

TABLEAU 18 : REPARTITION DES ENTRETIENS AVEC LES CHIRURGIENS PAR TRANCHE D'AGE ET SPECIALITE

La présentation des résultats est subdivisée en tenant compte des âges des praticiens, bien que les « frontières » entre les classes d'âges restent floues. Cette présentation des résultats des entretiens par tranche d'âge semblait cependant pertinente afin de mettre en lumière les **différences de point de vue entre les générations** au sujet du respect des règles dans leurs pratiques professionnelles et ainsi pouvoir vérifier une nouvelle hypothèse : l'âge du praticien pourrait influencer sur son rapport aux règles.

Dans un premier temps, sont présentés les résultats issus des entretiens avec des chirurgiens âgés de 30 à 39 ans, puis dans un second temps, seront présentés les résultats issus de ceux âgés de 40 à 49 ans ainsi que ceux âgés de 50 à 59 ans, car les résultats sont sensiblement les mêmes.

5.5.2.1 Résultats issus des entretiens avec les chirurgiens appartenant à la tranche d'âge [30 – 39 ans]

Trois chirurgiens orthopédistes âgés de 36 à 37 ans ont été rencontrés. Les entretiens devaient permettre d'identifier la signification de leurs actes transgressifs. Ils montrent que les chirurgiens sont demandeurs de l'informatisation des procédures et de la traçabilité de leurs actes. Du fait de leur âge, ils sont habitués à utiliser les outils informatiques.

Des chirurgiens sensibilisés à l'intérêt de la traçabilité de l'information...

Les chirurgiens accordent une certaine importance à l'informatisation de leurs pratiques et donc à la traçabilité des informations. « *L'informatisation complète est hyper importante alors que nous on ne l'a pas là. On fait encore les « ordo » à la main. (...) A Rouen on a commencé à la main et on est passé à l'ordi, alors comme d'habitude « oh c'est compliqué » mais après c'était le rêve parce que tout est fait, standardisé, on gagne du temps* ». Dans ce cadre, le principe de traçabilité des actes n'est pas remis en question. Ils considèrent certes, que la démarche est plus

contraignante mais que « *ça va avec le métier* » et reconnaissent qu'une différence de point de vue existe entre les pratiques professionnelles des jeunes et des plus anciennes générations de médecins. « *Y'a eu des générations où on ne contrôlait rien, ils prescrivaient ce qu'ils voulaient, ils faisaient ce qu'ils voulaient... mais ça c'est la génération qui a conduit le système... pas vraiment dans la crise mais c'était la génération à qui on ne posait pas de question.* » Ils ont conscience des enjeux auxquels sont confrontés les hôpitaux en matière de qualité et de sécurité des soins et se montrent davantage responsables que les générations antérieures.

Les chirurgiens assurent également être impliqués dans la démarche qualité et participer aux diverses instances mises en place dans l'établissement. « *Je suis déjà impliqué [dans la démarche qualité] parce que je suis président du CLIN. Donc ça fait partie, c'est très important pour la démarche qualité donc j'y prends déjà part.* » Ils ne sont pas réfractaires à l'idée de travailler pour l'établissement sur la démarche qualité. « *Je fais ce que je dois faire, ce qu'on me demande de faire je le fais* ».

... Mais qui adaptent certaines règles en fonction de leur spécialité

Les jeunes chirurgiens pointent le fait que toutes les règles ne sont pas adaptées à leur spécialité (chirurgie de la main), tel que le temps de lavage des mains « *On adapte. Par exemple, pour la chirurgie de la main, on sait que ça ne s'infecte pas* » ou la check-list sécurité du patient au bloc opératoire. « *On n'a pas une spécialité qui s'y prête très bien, parce qu'on a beaucoup d'opérations qui sont faites en séquence rapide* ». En effet, les opérations de la main sont souvent réalisées de façon rapide, en ambulatoire, ce qui permet aux praticiens de réaliser une succession d'interventions sur une même plage horaire. La réalisation totale de la check-list à chaque nouvelle intervention apparaît alors comme longue et répétitive et ralentit le déroulé des interventions. « *C'est typiquement le truc pas adapté, trop long, nous on opère beaucoup* ». Au sujet du « time out », un chirurgien confie : « *Je m'arrête pas pour faire la prière pendant une minute* ». Cette règle est transgressée car elle est considérée comme superfétatoire. « *On adapte. Par exemple, pour la chirurgie de la main, on sait que ça ne s'infecte pas* ».

Une stratégie « gagnant - gagnant »

L'adaptation de la règle qui permet de gagner du temps sur le déroulé du planning opératoire et donc de réaliser plus d'interventions, est une stratégie « gagnant – gagnant » d'après les

chirurgiens car elle va dans le sens de l'établissement qui recherche la rentabilité. « *La clinique il faut qu'elle en fasse 10 au lieu de 7 [opérations] donc toutes les équipes sont motivées pour aller plus vite* ». Mais elle va également dans le leur : « *Si vous opéreriez moins avec plus de procédures faudrait que ça soit payé pareil* ». Les jeunes chirurgiens qui exercent en libéral, pensent également à la rentabilité de leur activité. Pour être certain de réaliser un grand nombre d'intervention sur la plage opératoire qui leur est réservée, ils transgressent les règles qu'ils considèrent chronophages afin de gagner sur le temps opératoire. « *Quand t'es en privé t'es obligé de penser à la rentabilité de ton activité aussi. Donc c'est sûr que si tu fais que des opérations qui durent quatre heures tu vas en faire qu'une par jour* ».

Synthèse des résultats des entretiens avec les chirurgiens âgés de 30 à 39 ans

Les résultats montrent que les chirurgiens appartenant à la tranche d'âge 30 – 39 ans sont demandeurs de l'informatisation de leurs pratiques professionnelles et considèrent que pour le moment, l'établissement n'a pas encore été assez loin dans l'atteinte de l'objectif « zéro papier ». Ils semblent avoir été **accoutumés au respect des règles de traçabilité** des informations. Certaines règles de sécurité (comme la check-list) ou encore d'hygiène (le lavage des mains) sont transgressées afin d'être adaptées à la chirurgie pratiquée et pour optimiser le temps opératoire. En outre, les praticiens paraissent relativement impliqués dans la démarche qualité, bien qu'ils reconnaissent que la participation aux instances leur prend du temps et expliquent comprendre leurs confrères qui ne s'investissent pas.

5.5.2.2 Résultats des entretiens avec les chirurgiens appartenant à la tranche d'âge [40 – 49 ans] et [50 – 59 ans]

Au total 12 chirurgiens âgés de 40 à 59 ans ont été interviewés. Leur vision de la démarche qualité et des règles qui leur sont imposées se différencie de celle des chirurgiens appartenant à la tranche d'âge précédente (30 – 39 ans). Si certains chirurgiens sont persuadés de l'utilité des règles de traçabilité et de sécurité dans leurs pratiques professionnelles, les autres semblent plus méfiants ou encore totalement réfractaires à leur application.

Des règles reconnues comme essentielles mais non adaptées à l'activité

Pour les chirurgiens, les règles de traçabilité et de sécurité sont essentielles pour « formaliser » leurs pratiques professionnelles et éviter les erreurs. « *Ça formalise à mon sens, moi ça fait des années que je bosse dans cette optique donc ça formalise des pratiques que je faisais déjà et*

ça permet de rattraper des petites choses » (Chirurgien orthopédique). Ils sont donc conscients de l'utilité de la règle. Cependant, à l'instar des chirurgiens plus jeunes, pour d'autres spécialités telles que l'urologie, la check-list n'apparaît pas utile aux chirurgiens, qui invoquent d'autres tâches à réaliser bien plus importantes au moment de la préparation du patient au bloc opératoire. « *Au bloc on a d'autres trucs à vérifier que cette check-list, les panseuses elles ont le matériel, l'identité du patient, les examens complémentaires, la préparation du patient. Donc on n'a pas le temps de s'arrêter* » (Chirurgien urologue). En urologie, il convient de vérifier que le patient n'est pas porteur d'une infection avant l'opération. Cette étape est plus importante à réaliser que la check-list et mérite toute l'attention de l'équipe car le chirurgien ne peut pas opérer le patient sans vérifier les examens, au risque de propager l'infection.

Un nombre de règles trop important

Bien que certains chirurgiens ne remettent pas en cause le principe de la démarche qualité, ils estiment que « *trop de qualité, nuit à la qualité, (...)* » et que « *ça n'a plus de sens* » : « *Exprimer qu'il y a un risque [information obligatoire à donner au patient avant une opération³⁶] c'est une bonne chose, après, faire tout le listing et on va être condamné parce qu'on a pas dit qu'il y avait un risque d'ongle incarné... enfin ça n'a pas vraiment de sens tout ça* » (Chirurgien digestif). Ils accusent une surenchère de règles. « *L'usine à gaz qui a permis d'améliorer nos pratiques c'est tellement monstrueux... c'est bien, mais il y en a trop* » (Chirurgien orthopédiste).

En outre, le respect des règles de sécurité bride les chirurgiens habitués à développer leurs techniques et leurs compétences, même si cela implique une prise de risque. « *Après ceux qui sont dans le respect machin ils sont dans la trouille du patient. Fallait faire avocat pas médecine. Si tu raisones en fonction de ça, tu es bridé quelque part* » (Chirurgien digestif). En effet, les chirurgiens sont de plus en plus contraints au regard du nombre croissant de règles à respecter. Le travail administratif, peu valorisé par les chirurgiens, représente une part importante de leur activité qui n'est pas considérée comme essentielle. « *On nous a imposé de faire la cotation des actes sur informatique. C'est encore du temps qu'on nous pique à nous.*

³⁶ La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé consacre dans le chapitre 1^{er} « *Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté* » le droit du patient à l'information.

Moi j'étais le dernier à le faire mais j'étais obligé il n'y avait plus que moi. C'est encore du travail administratif qu'on nous oblige à faire c'est chronophage on nous pique du temps libre sans arrêt » (Chirurgien orthopédiste).

Le manque de temps, un problème récurrent dans l'activité professionnelle des chirurgiens

Le manque de temps est souvent invoqué pour expliquer la transgression de certaines règles. « *Moi je vous avoue qu'en terme de planning c'est juste pas possible. Je suis les recommandations je participe à ce qu'il faut faire mais j'ai pas un rôle actif ni dans la préparation ni dans la validation de la certification. Je fais ce qu'il faut faire mais j'ai pas dégagé de temps pour faire plus que ce que je fais* » (Chirurgien orthopédiste). Le manque de temps semble être récurrent dans l'activité professionnelle des chirurgiens. « *Le seul souci de notre métier, si on peut résumer, parce qu'il y a plein de petits soucis, c'est le manque de temps* » (Chirurgien orthopédiste). Cependant, lorsque l'on insiste auprès des chirurgiens, le manque de temps invoqué pour justifier la transgression de la règle semble être un prétexte pour masquer un mépris de celle-ci. « *Manque de temps certainement après... il y a un petit côté hypocrite dans tout ça !* » (Chirurgien orthopédiste).

Des règles qui éloignent du soin

La mise en place de plus en plus de règles contribue non pas à améliorer la qualité des soins prodigués au patient, mais à la diminuer. Le respect des règles de qualité et de sécurité serait donc délétère pour l'activité. Ce chirurgien explique : « *Là, par exemple, elle [l'infirmière] n'a pas le temps de venir parce qu'elle est obligée de tout noter. Elle ne peut pas suivre avec la lumière [diriger le scialytique]. Avant ça, ça n'existait pas, le panseur était avec son truc entrain de suivre le chirurgien où il va. Mais aujourd'hui c'est plus possible parce qu'ils ont une telle charge de trucs... si elle doit faire ça, elle a un retard monstrueux, elle va se planter dans les papiers, donc pour moi ça n'améliore pas forcément la qualité pour le patient* » (Chirurgien viscéral).

Au bloc opératoire, les infirmières circulantes étant obligées d'assurer la traçabilité des informations et des matériels utilisés pendant l'intervention, passent nécessairement moins de temps près du chirurgien qu'auparavant. Une infirmière de bloc opératoire confie en effet, que quand elle « *remplit la paperasse [elle n'a] pas l'œil sur le scope* ». Ainsi, « *les chirurgiens*

préfèrent travailler avec les anciennes [infirmières], car [elles] au moins [elles] surveillent le scope alors que les jeunes, on leur apprend à remplir les papiers » (IDE de bloc). Le respect des règles de traçabilité et de sécurité liées à chaque intervention éloigne les équipes (chirurgiens et infirmières) du soin, leur cœur de métier. « *Il y a des tâches qu'on pourrait se passer de faire, c'est du travail qui nous retire du temps de soin pour passer plus de temps sur le médical »* (Chirurgien orthopédiste). C'est également le cas pour les infirmières des services qui sont contraintes de passer moins de temps avec les patients, afin d'avoir le temps de tracer les actes sur le logiciel. « *Les infirmières, à une époque dans les étages tu demandais « comment va monsieur Untel ? », les filles elles connaissaient les noms des patients par cœur. Aujourd'hui tu vas les voir, tu les vois entrain de pousser le chariot comme un caddie de l'ordinateur et si tu poses une question sur un malade : « C'est qui ? Quelle chambre ? » »* (Chirurgien digestif).

Des règles mises en place en « prévention » de l'erreur

Les acteurs sont contraints de tracer l'ensemble de leurs actes pour prouver ce qui a été fait ou que l'information a été donnée afin « *de se protéger* » contre une éventuelle plainte d'un patient. « *Maintenant il faut tout écrire sur l'ordinateur, tout prescrire, tout valider 10 fois... On perd un temps fou, tout ça pour qu'il y ait une preuve au cas où il y a une plainte que ça a été vu, que ça a été géré, pour qu'il y ait une preuve que le médicament que donne l'infirmière a bien été prescrit au cas où... tout est fait en préventif de l'erreur »* (Chirurgien urologue). La mise en place des règles de traçabilité aurait pour unique but de protéger les professionnels contre la judiciarisation de la médecine. « *Tu sais on vit dans une époque de la judiciarisation de la médecine. Donc tout est fait pour se protéger »* (chirurgien digestif).

Cependant, l'utilisation de la check-list pourrait être utilisée à leur encontre, par le patient victime d'une erreur ou d'un évènement indésirable grave au cours d'une procédure judiciaire, par exemple. Elle ne représente donc pas, selon eux une aide, ou une manière de limiter les erreurs ou les oublis, dans le sens où elle permet, justement de les tracer. « *Vous pensez que ça me protège ? [La check-list] C'est pas vrai je crois pas du tout, voire même ça nous expose davantage. Quand les choses sont couchées noir sur blanc c'est plus difficile de se défendre par la suite. Donc ça me protège pas du tout »* (Chirurgien digestif). D'après ce chirurgien, le respect de la règle pourrait l'exposer à des sanctions en cas d'erreurs. Il considère que s'il n'a pas signé de check-list, la faute ne peut pas être prouvée. La transgression de la règle serait

donc un moyen de se défendre. La traçabilité et les règles de transparence ne rassurent pas les acteurs qui redoutent l'entrée dans une logique de contrôle accusatoire.

Des règles transgressées par manque de confiance envers l'organisation

Le manque de confiance est très présent dans le discours des chirurgiens. Il concerne, d'une part, la direction de l'établissement qui cherche uniquement à réduire les coûts et faire des économies, ce qui ne permet pas une prise en charge des patients de qualité. « *Comment vous voulez établir une relation de confiance avec un mec [le directeur] qui vous dit qu'il bosse sur le prospectif alors qu'en fait à la fin de l'année ce qui lui importe c'est simplement l'équilibre budgétaire, voire de dégager des bénéfices ?* » (Chirurgien urologue). D'autre part, le manque de confiance concerne également les instances qui mettent en place des règles considérées comme hypocrites car elles sont appliquées uniquement le jour des contrôles. « *Quand je vois les trucs de certification, faut mettre des étiquettes partout, c'est hallucinant, quand on voit ce que ça donne les visites de la HAS, les radioprotectons, c'est le sketch total, ça sert à rien... c'est genre on a tous les étiquettes, tout le monde met son cache thyroïde et son dosimètre, alors qu'en réalité tu les mets jamais. Mais c'est n'importe quoi ça sert à rien !* » (Chirurgien urologue). Le respect occasionnel des règles servirait uniquement à faire bonne figure face aux experts visiteurs de la HAS afin d'obtenir la certification de l'établissement. « *On ment sur les documents pour satisfaire les tutelles, c'est de la poudre aux yeux* » (Chirurgien viscéral). En effet, les chirurgiens estiment que respect ou non de la règle, dans tous les cas, légalement ils restent les seuls responsables de l'intervention et de leur patient. « *S'il y a un problème c'est pour notre pomme donc tout ce que l'administration met en œuvre, les politiques pour améliorer soi-disant, enfin c'est pas soit disant mais la qualité etc. il y a beaucoup d'hypocrisie là-dedans. Les check-lists par exemple au bloc opératoire, elles sont souvent signées comme ça mais s'il y a un problème au bloc, signée ou pas signée c'est pour notre pomme* » (Chirurgien orthopédiste).

Des règles non légitimes

A ce manque de confiance, s'ajoute un sentiment de mépris envers les experts qui imposent les règles au sein des établissements. « *Le grand leurre des gens qui sont dans les bureaux, la HAS, les penseurs qui n'ont aucune réalité du terrain c'est de calquer la salle d'op comme un cockpit or une salle d'op c'est pas un cockpit ! Y'a de l'attention humaine. (...) Ces gens ils n'ont jamais foutu les pieds dans un bloc, ils savent même pas comment ça fonctionne !* »

(Chirurgien digestif). Par ailleurs, certains chirurgiens ont confié être très méfiants vis-à-vis à de ces experts qui auraient des conflits d'intérêts. « **Tous ces experts sont payés donc il y a un gros côté financier derrière, il y a des organismes qui sont créés** » (Chirurgien orthopédiste). D'autres vont jusqu'à remettre en cause leurs compétences. « **Ils sont mauvais** [les experts]. *Tu ferais pas 15 ans de médecine pour aller travailler dans un bureau* » (Chirurgien viscéral).

La sensation de subir un chantage

Le sentiment d'appliquer des règles considérées comme « hypocrites » se retrouve également dans l'accréditation personnelle des praticiens. L'accréditation est une démarche personnelle qui n'est pas obligatoire mais qui est fortement recommandée afin de remplir les obligations liées au Développement Professionnel Continu (DPC). A l'issue de la première année, le chirurgien reçoit une attestation d'accréditation de la HAS valable quatre ans. Dans ce cadre, des activités, comme la déclaration d'un évènement indésirable ou la participation à une session de formation, doivent être réalisées et des recommandations appliquées par les praticiens (recommandation pour la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie ou mise en place de la check-list sécurité du patient au bloc opératoire, par exemple). En contrepartie, les chirurgiens peuvent espérer obtenir la prise en charge partielle de leur assurance en responsabilité civile par la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) sous réserve de fournir les justificatifs nécessaires. Cette pratique est considérée comme un chantage par les chirurgiens. « *On est dans un processus d'accréditation personnelle qui est **simplement une carotte** pour toucher la moitié de notre RCP (Responsabilité Civile et Professionnelle)* » (Chirurgien orthopédiste). Cette incitation est vécue comme une infantilisation des praticiens et un chantage, pour les contraindre à s'inscrire dans la démarche. « *Il y a **beaucoup de chantage là-dedans [l'accréditation]** « vous ne faites pas, vous aurez pas ça », c'est comme avec les enfants donc il y a aussi une approche biaisée parce qu'il y a un vrai chantage derrière* » (Chirurgien orthopédiste). Les chirurgiens sont contraints de déclarer des « évènements porteur de risque » afin de pouvoir apprendre de leurs erreurs. « *On nous demande de déclarer ce qu'on appelle des EPR (Evénement Porteur de Risque). En gros **on nous force, tous les ans, à déclarer un truc qui ne va pas même si on n'en a pas, il faut qu'on déclare donc c'est n'importe quoi et ce n'est qu'un exemple*** » (Chirurgien orthopédiste).

En ce qui concerne les chirurgiens orthopédiques, l'organisme d'accréditation (OA) « ORTHORISQ » agréé par la HAS, incite fortement les chirurgiens à s'inscrire dans la

démarche : « *Nous vous engageons donc vivement à effectuer cette démarche avant le 30 septembre. C'est important pour vous, mais c'est aussi essentiel pour ORTHORISQ dont le fonctionnement dépend en très grande partie du versement par les CPAM d'une participation de 500 € prélevée sur le remboursement de votre prime. Celle-ci ne peut intervenir que si vous avez envoyé vos justificatifs. Cette participation permet actuellement de limiter à 100 € la cotisation annuelle que vous versez directement à votre association. **Il serait dommage de devoir l'augmenter*** » (Source : site Internet www.orthorisq.fr, le 19/10/2017).

Un déni du risque

Nos résultats mettent en évidence un sentiment de « toute puissance » de certains chirurgiens. Ce sentiment se traduit par un déni du risque qui entraîne la transgression des règles de traçabilité et de sécurité. Persuadés que ces règles ne leur permettent pas d'améliorer leurs pratiques, ni de diminuer les erreurs, ils ne voient pas l'intérêt de les appliquer. « *C'est pas parce qu'on met sur HM [Hôpital Manager, logiciel interne], qu'on colle les étiquettes, qu'on se plante pas ! C'est déjà arrivé qu'on se soit planté de patient avec des check-lists, alors que trois ou quatre personnes sont passées à travers donc ce n'est pas la sécurité absolue. C'est du pipeau ! [La check-list] Ça n'empêche pas qu'il y ait des gags* » (Chirurgien digestif). Le déni du risque exprimé par ce chirurgien et qui lui permet d'asseoir sa confiance en soi, semble lui avoir été transmis par ses pairs, les « patrons », durant ses études de médecine : « *Mon patron m'a appris une chose, y'a deux catégories de gens : les baiseurs et les baisés, faut choisir. Y'a soit tu es dans la locomotive et soit tu attends le prochain train sur le quai. **Y'a des gens qui attendent les études, les trucs... ils veulent être bordés... et puis tu as les fonceurs*** » (Chirurgien digestif).

Cette façon d'agir leur permet ainsi de surmonter le stress ou l'angoisse liés à leur activité professionnelle. Ce chirurgien explique au cours d'une intervention sous coelioscopie : « *Tu vois ce geste que je vais faire là, il fait peur à tout le monde parce que je le fais un peu à l'aveugle [le chirurgien enfonce un trocart dans le ventre du patient] y'en a ils vont prendre la ligne, le machin... **j'ai eu des accidents avec mais bon... Tu as des accidents de voiture, donc tu t'arrêtes de conduire ?*** » (Chirurgien viscéral). Si le risque est bien réel, l'euphémiser leur permet de ne pas céder à la panique.

Un manque de reconnaissance du travail accompli qui n'encourage pas le respect des règles

Le manque de reconnaissance de la part de la direction s'ajoute à la dégradation de leurs conditions de travail. En effet, du fait de la logique qui est la sienne, la direction de l'établissement ne semble s'intéresser qu'aux résultats et ne voit pas l'effort qui a permis de l'atteindre. Les individus font alors part de leur manque de reconnaissance et de l'absence de prise en compte des efforts consentis. En tant que praticiens libéraux, ils participent aux réunions et à la rédaction des procédures sur leur temps personnel, sans compter que la plupart du temps ils exercent dans plusieurs établissements. Ils peuvent donc être sollicités à plusieurs reprises. En échange, ils n'obtiennent aucune reconnaissance, ce qui ne les encourage pas à continuer leurs efforts. Le manque de reconnaissance de la direction ou des instances, suite à la participation à un travail sur leur temps personnel, conduit certains à ne plus s'investir dans la démarche qualité.

Ce chirurgien explique qu'il s'est investi dans la certification précédente avec la volonté de faire avancer l'établissement qu'il considère comme son « outil de travail », mais qu'il ne le fera plus car il a été déçu. « *La certification ça a été l'affaire de tous et vraiment on s'est beaucoup investis (...) on a eu aucun remerciement pour le travail qu'on avait fait, du travail gracieux, pour notre outil de travail mais sans retombées directes personnelles je me dis « vraiment on nous prend pour des jambons ! » donc pour la prochaine je ferai ce qu'on me demandera de faire mais pas plus je ne ferai pas le gros travail que j'ai fait* » (Chirurgien orthopédiste). Les chirurgiens seraient uniquement des « numéros » destinés à augmenter l'activité de l'établissement, sans qu'il n'y ait de reconnaissance de leurs compétences techniques ou médicales, de la part de la direction. « *Ils [la direction] en ont rien à foutre que vous soyez un très bon ou un très mauvais, (...) eux ce qu'ils veulent c'est remplir une case avec un praticien, ils s'en foutent après du reste (...) La reconnaissance du médecin par les directions ça j'y crois pas du tout et puis je pense que si demain c'est pas nous, ça sera un autre, ils prendront un autre numéro estampillé et puis voilà, basta quoi* » (Chirurgien digestif).

Des conditions de travail difficiles

Les chirurgiens invoquent une solitude dans leur métier ainsi que des responsabilités endossées seul, alors qu'elles peuvent avoir des conséquences importantes sur la vie ou sur la santé de leurs patients. « *On est seul du début à la fin de notre carrière, tout le temps. Quand vous êtes*

dans la merde vous êtes seul, quand vous avez passé votre concours vous êtes seul, même si vous avez révisé à trois ou quatre, quand vous êtes de garde vos collègues sont rentrés chez eux, vous êtes seuls. C'est un grand métier de solitude » (Chirurgien orthopédiste). A ce sentiment de solitude s'ajoute également le stress ou la « pression psychologique », très présente avant et après l'opération, et ce d'autant plus pour les spécialités chirurgicales qui sont susceptibles d'entraîner des complications postopératoires. « *Oui il y a un stress chirurgical parce qu'en plus l'échec est difficilement compris par le patient et comme on fait des opérations un peu « olé olé » avec les urgences il y a du stress* » (chirurgien orthopédiste).

Synthèse des résultats des entretiens avec les chirurgiens âgés de 40 à 49 ans et de 50 à 59 ans

Les résultats issus des entretiens avec les chirurgiens âgés de 40 à 59 ans, mettent en lumière la divergence de point de vue vis-à-vis des chirurgiens appartenant à la tranche d'âge présentée précédemment (30 – 39 ans). Les chirurgiens âgés de 40 à 59 ans exercent depuis au moins une dizaine d'années. Ils ont vécu l'accumulation de règles à respecter dans leurs pratiques au cours de leur carrière. Bien qu'ils ne remettent pas en cause le principe de la démarche qualité, qui vise à assurer une plus grande sécurité et une meilleure qualité de prise en charge du patient, elle est perçue comme **une véritable « usine à gaz »**. Pour ces praticiens, exerçants en libéral, **les règles sont redondantes** car à la certification de l'établissement, s'ajoute l'accréditation personnelle dans laquelle ils sont fortement incités à participer. Cette **surenchère de règles à respecter se fait au détriment du soin** et « gâche » une partie de leur métier. Les règles, qui incitent les praticiens à s'inscrire dans une démarche de développement de leurs compétences tout au long de leur carrière, sont perçues comme « hypocrites » et infantilisantes, dans le sens où les praticiens considèrent déjà faire de leur mieux pour soigner leurs patients.

Cet environnement de travail qu'ils subissent, ne les incite pas à continuer à s'investir dans l'établissement, voire même pour certains, les conduit à vouloir mettre fin à leur activité. Le tableau 19 ci-dessous synthétise les écarts de transgressions mis en lumière au cours des entretiens, entre les chirurgiens appartenant aux trois tranches d'âges.

Tranches d'âge des chirurgiens	Fréquence de transgression des règles dans l'activité professionnelle	Verbatims illustratifs
30 – 39 ans	Peu fréquent , car conscients des risques qu'ils souhaitent éviter, bien qu'ils puissent être amenés à transgresser la règle pour l'adapter à leur activité, par exemple.	« Globalement, c'est appliqué [les règles] en plus quand tu es en libéral t'as pas envie d'avoir un procès ! » (Chirurgien orthopédique)
40 – 49 ans 50 – 59 ans	Quotidiennement , car non convaincus par l'utilité de respecter des règles. Les règles impactent leur façon de travailler et remettent en cause leurs pratiques professionnelles alors qu'ils exercent ainsi depuis de nombreuses années.	« Quand on voit ce que ça donne les visites de la HAS, les radioprotections, c'est le sketch total, ça sert à rien... c'est genre on a tous les étiquettes, tout le monde met son cache thyroïde et son dosimètre, alors qu'en réalité tu les mets jamais. Mais c'est n'importe quoi ça sert à rien ! » (Chirurgien urologue)

TABEAU 19 : MISE EN LUMIERE D'UN ECART DANS LES COMPORTEMENTS
TRANSGRESSIFS ENTRE LES GENERATIONS DE CHIRURGIENS

Les chirurgiens les plus âgés transgressent plus fréquemment les règles. Bien que les chirurgiens les plus jeunes semblent les moins enclins à transgresser les règles, ils peuvent cependant être amenés à transgresser la règle lorsque celle-ci n'est pas adaptée à leur activité ou encore pour leur permettre d'optimiser leur temps opératoire. Les résultats issus de l'ensemble des entretiens sont synthétisés dans le tableau 20 ci-dessous.

Transgressions identifiées	Type de règle transgressée	Signification de la transgression
Utiliser partiellement la check-list	Traçabilité / Sécurité	Adaptation de la règle à la spécialité chirurgicale
Ne pas utiliser la check-list	Traçabilité / Sécurité	Inutile, ne permet pas de réduire les erreurs, mépris des concepteurs de la règle
Ne pas réaliser le « time out »	Traçabilité / Sécurité	Mise en scène trop « théâtrale », permet un gain de temps au cours du planning opératoire
Ne pas signer la check-list	Traçabilité / Sécurité	Stratégie pour être moins exposé au contrôle
Ne pas tracer par écrit les prescriptions	Traçabilité / Sécurité	Chronophage, contraignant, addition de règles
Ne pas tracer les informations relatives à l'opération	Traçabilité / Sécurité	Diminue la qualité des soins, l'attention portée au patient, redondant avec d'autres règles existantes

CHAPITRE 4 –
Résultats de la recherche

Ne pas donner au patient toutes les informations relatives aux conséquences d'une intervention	Droit des patients	Perte de sens, surenchère de règles, volonté de ne pas effrayer les patients
Ne pas porter les équipements de protection (gants, lunettes...)	Sécurité	Par facilité
Organiser son planning sans en avertir les personnels impactés	Fonctionnement	Volonté de conserver son indépendance
Ne pas réaliser l'accréditation personnelle	Qualité	Sentiment d'infantilisation, de chantage
Tester des nouvelles techniques préalables chirurgicales sans validation d'experts	Sécurité	Besoin d'innover
Recours à l'humour sexuel pendant l'opération	Fonctionnement (éthique)	Besoin de faire diminuer le stress
Manquer d'implication dans la démarche qualité	Qualité	Manque de reconnaissance, volonté de ne plus s'investir, règle non reconnue, considérée comme hypocrite, sentiment de méfiance

TABLEAU 20 : SYNTHÈSE DES TRANSGRESSIONS IDENTIFIÉES À L'ISSUE DES ENTRETIENS
RÉALISÉS AVEC LES CHIRURGIENS

5.6 Synthèse des résultats de la recherche

Ce chapitre a exposé les résultats de notre enquête de terrain. Les transgressions sont quotidiennes et généralisées. Elles ont été mises en lumière grâce aux données issues du journal de bord et des fiches d'événements indésirables collectées, dans un premier temps. Les données ont ensuite été confirmées par les différentes périodes d'observations *in situ* puis systématiques, menées dans plusieurs blocs opératoires de la région parisienne et des entretiens semi-directifs réalisés avec des professionnels, dont des chirurgiens.

Les observations *in situ* ont permis de se familiariser avec le bloc opératoire et d'identifier plusieurs transgressions de règles. Les observations systématiques ont ensuite permis de quantifier les transgressions, par rapport à trois types de règle : de traçabilité, de fonctionnement et d'hygiène. Les règles de traçabilité sont fréquemment transgressées, notamment lorsqu'il s'agit de réaliser le *time out* et lorsque la présence de l'ensemble des participants à l'opération est demandée afin de remplir la check-list (respect de la règle jamais observé). La signature de la check-list par le chirurgien en fin d'intervention a également été très peu observée (4 fois sur 16 observations). La règle de fonctionnement, à savoir le respect des horaires du planning opératoire, a également été peu observée. Cependant, il ne s'agissait pas d'une transgression dans le sens où les retards étaient dus à des aléas subis par l'ensemble de l'équipe chirurgicale (bionettoyage non pris en compte dans le planning opératoire, chirurgien retenu en consultations, recherche d'un examen complémentaire nécessaire pour l'opération...). Enfin, la règle d'hygiène qui consistait au respect du bionettoyage de la salle d'intervention entre deux opérations a été transgressée une fois sur deux par le chirurgien et le personnel paramédical.

Plusieurs significations possibles à ces actes transgressifs correspondant chacune à une logique particulière pour le chirurgien ont été identifiées :

- la transgression permet d'adapter les règles à la situation de travail rencontrée ;
- la transgression est le reflet de la priorité donnée aux valeurs et aux objectifs du chirurgien (moyen d'accéder à l'innovation des pratiques par le dépassement de soi, la prise de risque et l'euphémisation du danger),
- la transgression est un moyen de conserver son espace de liberté ;
- la transgression économise les efforts consacrés à l'activité professionnelle.

Enfin, les résultats mettent en lumière un changement des pratiques entre les jeunes médecins (30 – 39 ans) et les médecins les plus âgés (40 – 59 ans) qui sont de plus en plus contraints par les lois et l'évolution des mœurs. En effet, la judiciarisation de la médecine, qui contraint les médecins à être plus rigoureux afin d'éviter les plaintes de patient, semble avoir un impact sur le respect des règles par les jeunes médecins.

5.6.1 La transgression signifie une volonté d'adaptation à la situation de travail

La transgression de la règle apparaît comme nécessaire pour les chirurgiens afin de réaliser leur travail. En effet, au bloc opératoire les équipes sont confrontées à un certain nombre d'évènements inattendus et doivent trouver des solutions pour faire en sorte que l'opération ait lieu (retard sur le programme, recherche d'examens complémentaires, mauvaise préparation du patient pour l'intervention).

Extrait d'observation, salle d'urologie : La check-list est cochée et signée seule par l'IDE qui ne prend pas le temps de la lire, afin de rechercher l'examen complémentaire qui doit faire l'objet d'une attention particulière. En effet, sans l'examen, l'opération ne peut avoir lieu (en théorie, car il arrive que le chirurgien prenne un risque).

La recherche d'examens complémentaires avant l'opération arrive fréquemment et entraîne une perte de temps et un retard pour l'équipe qui ne peut commencer l'opération sans. Toutefois, il arrive que le chirurgien opère quand même le patient sans avoir vérifié l'examen afin de permettre au patient d'être opéré et éviter de retarder le programme opératoire. « *Ça arrive d'opérer alors qu'on n'a pas l'examen, on prend un risque* » (chirurgien urologue). Dans ce cas, le chirurgien fait le « pari » que son patient n'est pas atteint d'une infection urinaire qui pourrait compliquer l'opération (lorsque la plaie peut être en contact avec l'urine). Les imprévus les obligent à apprendre à manier l'art de l'improvisation et à transgresser les règles : « *Tu sens les choses, il y a la théorie et puis il y a la vraie vie et la vraie vie c'est le terrain. En théorie, c'est le standard, quand tout se passe bien, mais quand c'est pas le cas, il faut savoir improviser* » (Chirurgien digestif). Ils doivent savoir agir en toute circonstance pour répondre aux exigences de leur activité professionnelle et aux normes de leur métier.

5.6.2 La transgression exprime les valeurs de la culture des chirurgiens

Si l'opération chirurgicale permet avant tout de guérir ou d'améliorer la santé du patient, elle permet également d'innover les techniques. En effet, il semble que la transgression soit un

moyen pour les chirurgiens de répondre à leur besoin d'innover et de développer leurs capacités créatrices. « *Souvent je teste des nouveaux trucs que j'ai jamais faits. Cette semaine, par exemple, sur des trucs qui sont pas banals, mais oui c'est ça aussi l'intérêt de notre métier, si on fait toujours la même chose on se fait chier* » (Chirurgien orthopédiste). Les chirurgiens mettent ainsi constamment leur savoir-faire à l'épreuve, quitte à prendre des risques : « *Si je dois réfléchir et commencer à faire... il y a plein de choses que je ne ferais pas. Moi je réfléchis après. Sinon on fait rien et j'aurai rien fait de ma vie* » (Chirurgien viscéral). Le dépassement des limites établies et la volonté de se surpasser sont des idéaux prônés par les chirurgiens qu'ils cherchent à exhiber.

Extrait d'observation, salle viscérale : Le chirurgien est en train de terminer l'intervention : « *Tu vois cette opération si tu vas sur le site de la HAS, il faut 4 heures. Moi j'ai torché ça en 3/4 d'heure !* ».

Si la transgression de la règle permet d'accéder à l'innovation, c'est également un moyen d'euphémiser le danger. En effet, l'activité professionnelle des chirurgiens génère un stress et un certain nombre d'angoisses. Pour faire face à la peur naissante, les chirurgiens n'hésitent pas à dédramatiser la situation en ayant recours à différents subterfuges comme l'humour, le jeu avec les corps...

Extrait d'observation, salle d'intervention : Le chirurgien jouant avec le bras d'une patiente, alors que l'anesthésie est en train de faire effet : « *elle me fout une main au cul la coquine !* ».

En outre, alors que la situation appelle à plus de prudence et d'attention, ils « jouent » à augmenter le risque présent.

La transgression semble alors être un moyen d'affronter le danger, tout en l'amenuisant. C'est également un moyen de témoigner leur appartenance à une même communauté professionnelle.

5.6.3 La transgression affirme l'autonomie de l'acteur

Les chirurgiens rencontrés exercent tous en libéral au sein des établissements. La garantie du maintien de leur indépendance les a conduits à s'installer dans le secteur privé. Ainsi, lorsque celle-ci est menacée, la transgression de la règle semble être un moyen de protéger cet avantage. « *Il [le directeur] voulait à tout prix que je m'associe, enfin il voulait m'imposer des contraintes, alors je lui ai dit : « écoutez, pas de problème ! » et j'ai supprimé une journée opératoire sans rien lui dire. Je ne suis plus venu un jour par semaine. C'est comme ça, je suis libre d'aller où*

je veux » (Chirurgien orthopédiste). Le statut libéral leur permet ainsi de disposer d'une certaine « liberté » d'agir et d'une indépendance vis-à-vis de l'établissement. Conscients de cet avantage, les chirurgiens se permettent d'agir comme ils l'entendent. « *On est quand même les patrons (...) si on n'amène pas de malades ils [la Direction] ne travaillent pas, (...) si on n'amène pas de recrutement l'établissement s'effondre* » (chirurgien). Il semble exister un rapport de pouvoir entre les chirurgiens et la direction. En effet, il est délicat pour la direction, qui cherche la rentabilité, de contraindre les chirurgiens par des règles qui ralentissent, voire arrêtent ou empêchent l'activité opératoire (principe du « *NO GO* »). Cette recherche de gains conduit la direction à fermer les yeux sur certaines pratiques transgressives de peur que le chirurgien quitte l'établissement pour un autre, ce qui pourrait entraîner la perte de l'activité et donc de rentabilité.

5.6.4 La transgression permet de minimiser les efforts et de maximiser l'intérêt au travail

Des comportements transgressifs qui permettent à l'acteur de minimiser les efforts à réaliser dans le travail ont également été observés (absence de port de masque). Il semble que la transgression des règles leur permet de gagner du temps et leur économise l'effort de se changer, de tenue de bloc en tenue civile, par exemple : « *Ils [les chirurgiens] sortent du bloc en sabots de bloc, en habits de bloc (...) pour fumer une clope, pour répondre au téléphone... mais c'est compliqué parce que pour eux c'est encore une perte de temps de se changer et tout... mais les microbes, tu les transportes !* » (aide-soignante).

La transgression peut également être le moyen de maximiser un intérêt personnel. Par exemple, en optimisant leur emploi du temps, ils réalisent un maximum d'interventions.

Extrait journal de bord novembre 2017 : Le Dr A. a ajouté quatre IVG au programme froid sans en avertir la cellule de régulation car il avait une place dans son agenda.
Résultat : il manque des lits dans les services pour accueillir les patientes.

Une même transgression peut posséder différentes significations. Par exemple : la règle d'hygiène peut être transgressée car elle permet de nier le risque infectieux lorsqu'il s'agit de

participer aux enquêtes de suivi INCISO³⁷, elle permet de réaliser le travail dans un temps imparti sans retarder le programme opératoire (lorsqu'il s'agit de commencer une opération alors que le sol de la salle n'est pas totalement sec), ou encore d'économiser des efforts (lorsqu'il s'agit de ne pas ôter ses sabots à la sortie du bloc opératoire, ou ne pas mettre son masque en entrant en salle). Les résultats ont également permis de mettre en avant un écart générationnel entre les médecins concernant leur rapport aux règles.

5.6.5 Un écart entre les pratiques des jeunes générations de médecins et les générations plus âgées

Les résultats montrent que la jeune génération de médecins rencontrée (âgés de 30 à 39 ans) semble être plus disposée à travailler dans le respect des règles que la génération de médecins précédente.

5.6.5.1 La jeune génération de médecins plus encline à respecter les règles

Les résultats issus des entretiens montrent que, d'une part, la jeune génération de médecins (de 30 à 39 ans) est plus encline à travailler dans le respect des règles et est **moins méfiante vis-à-vis des instances et des concepteurs de règles**. Ces médecins sont impliqués dans la démarche qualité, ils participent aux instances au sein de l'établissement (le CLIN, le CLUD³⁸...). La **judiciarisation de la médecine** est une des raisons qui a conditionné leurs pratiques et les a contraints à se conformer aux règles. Il semble que ce phénomène joue de manière positive sur leur façon d'appréhender la règle car la médecine fait l'objet d'une mise en cause de plus en plus fréquente par la justice, notamment pour les activités à risque (telle que la chirurgie, l'anesthésie, l'obstétrique). En outre, les jeunes chirurgiens sont **demandeurs de l'informatisation** de leurs pratiques (volonté du « zéro papier ») et donc de plus de traçabilité et de transparence. Ils ne voient pas là un moyen de contrôler leur travail, mais plutôt une sécurité supplémentaire pour leurs patients. *« Il y a eu des générations où on ne contrôlait rien (...). A l'époque il n'y avait pas de procès, maintenant on est dans une autre société, quelque*

³⁷ INCidence des infections du Site Opératoire

³⁸ Comité de LUTte contre la Douleur

part je trouve que c'est mieux pour les patients, ils sont 10 fois mieux pris en charge qu'avant » (chirurgien orthopédique).

Ce constat est partagé par les personnels qui travaillent avec les chirurgiens : « *J'ai l'impression que les jeunes médecins comprennent car ils sont formés à ça, mais les plus anciennes générations ça leur passe carrément au-dessus* » (Responsable Qualité). Ces chirurgiens ont recours à la transgression de la règle, comme la check-list ou le lavage des mains, afin de les adapter à leur activité (chirurgie de la main spécifique par exemple).

A l'inverse, les entretiens avec des médecins plus âgés (de 40 à 49 ans et de 50 à 59 ans) mettent en avant des résultats divergents. Ces derniers étaient habitués à exercer au sein d'une bureaucratie professionnelle et ne semblent pas avoir intégré le changement des pratiques et les nouveaux objectifs de rationalisation imposés à l'hôpital. La transgression des règles permet alors d'exprimer leur mécontentement.

5.6.5.2 Les générations antérieures plus méfiantes vis-à-vis des règles

Si la judiciarisation de la médecine est perçue d'un bon œil par les jeunes médecins, car elle les oblige à être rigoureux, pour les chirurgiens plus âgés, elle est considérée comme étant à l'origine de la surenchère des règles mises en place pour contrôler et évaluer leurs pratiques et sanctionner les professionnels. Ils ont subi cette accumulation des règles au cours de leur carrière. Bien qu'ils ne remettent pas en cause le principe de la démarche qualité, l'augmentation du nombre de règles, parfois redondantes, n'a plus de sens. Au lieu de sécuriser leur travail et améliorer la qualité des soins qu'ils prodiguent, elles les éloignent de leur cœur de métier. Les règles doivent être respectées au détriment du soin ce qui gâche une partie du plaisir liée à l'exercice de leur métier. Ainsi, ils vivent l'accumulation des règles comme la cause de leurs conditions de travail dégradées et leur autonomie diminuée car elles visent à procéduraliser leurs pratiques.

Cette génération de médecins est également beaucoup plus méfiante vis-à-vis des règles mises en place par des instances qu'elle ne reconnaît pas. La HAS, dont les experts ne connaissent pas le terrain, selon les médecins, n'est pas considérée comme une instance légitime pour imposer des règles de qualité et de traçabilité. Ils ont la sensation d'être infantilisés.

*CHAPITRE 4 –
Résultats de la recherche*

Ce chapitre a permis de mettre en lumière les résultats de notre recherche. Dans le chapitre suivant, ces résultats sont discutés avant de conclure sur les apports et les limites de notre travail.

*CHAPITRE 4 –
Résultats de la recherche*

CHAPITRE 5 –

Discussion et mise en perspective des résultats

CHAPITRE 5 –

Discussion et mise en perspective des résultats

Faisant écho à la question de recherche formulée ainsi : « *Quelle(s) signification(s) est-il possible de donner aux actes transgressifs en milieu de travail, afin de permettre aux gestionnaires de pouvoir y répondre de manière adaptée ?* », le dernier chapitre interroge la signification des comportements transgressifs en milieu de travail afin de pouvoir proposer des réponses managériales adaptées. Selon les résultats obtenus, les comportements transgressifs peuvent avoir plusieurs significations possibles dont chacune possède sa propre logique.

Les chirurgiens ont recours **quotidiennement** à la transgression des règles au cours de leur activité professionnelle. Les comportements transgressifs sont **largement répandus** parmi ces acteurs, c'est-à-dire qu'ils sont réalisés par un grand nombre d'individus, de manière courante. Quatre significations possibles à la transgression ont été identifiées et qualifiées de : **fonctionnelle, culturelle, politique et économique**. Elles prennent chacune une **forme « dialogique »** particulière. Dans un premier temps, une typologie composée de ces quatre formes de transgression sera présentée, puis des réponses adaptées à chacune d'entre elles seront proposées.

6.1 Discussion des résultats

La typologie proposée nécessite d'être précisée sur quelques points. Dans un premier temps, le choix de l'utilisation du concept de « typologie » par rapport à celui de « classification » pour exposer les quatre formes de transgression identifiées sera précisé. Puis, dans un second temps, les quatre formes de transgression seront présentées.

6.1.1 Distinction entre « typologie » et « classification »

Pour certains auteurs il existe une synonymie entre les termes « typologie » et « classification ». A. Degenne « *consacre indifféremment typologie, classification, taxonomie, voire nomenclature, même si certains auteurs cherchent à réserver chaque terme à une méthode particulière* » (2005, p. 713). C. Dubar et D. Demazière (1997, p. 274) utilisent également les termes de « typologie » et de « classification » comme des synonymes. Selon ces auteurs, toute étude scientifique s'appuie sur des opérations de classement et de classification. Le recours à ces termes permet de « *mettre de l'ordre dans les matériaux recueillis, les classer selon des critères pertinents, trouver les variables cachées qui expliquent les variations des diverses dimensions observables* » (1997, p. 274). Toutefois, l'utilisation de ces deux termes de manière

équivalente peut porter à confusion dans la mesure où leur schéma d'étude peut être différent suivant le paradigme dans lequel on se place. Ainsi, cette acception des deux termes n'est pas satisfaisante dans la mesure où la langue française permet de distinguer les deux notions.

Pour R. Boudon et F. Bourricaud la typologie se différencie habituellement de la classification par le nombre de critères utilisés pour distinguer les éléments d'un ensemble. Lorsqu'on utilise plusieurs critères, on parle de typologie, à l'inverse lorsqu'il n'existe qu'un seul critère, c'est le terme de classification qui est utilisé. Il en résulte, pour ces auteurs, que « *les typologies ne sont qu'une forme particulière de classification* » (1982, p. 582). Une classification est une typologie à un seul critère.

Plus spécifiquement en santé publique, qui réunit différents domaines d'expertises tels que la médecine, l'épidémiologie, l'économie, la sociologie, l'anthropologie, etc... R. Borgès Da Silva (2013, p. 635) reprend la définition classique pour définir la typologie « *comme un ensemble de configurations conceptuelles définies a priori à partir d'attributs multiples* ». R. Borgès Da Silva (2013) qui distingue la typologie de la taxonomie, précise que les typologies s'appuient généralement sur une approche inductive et ont recours à des méthodes qualitatives. Elle ajoute que les typologies sont souvent composées d'une « *classe monothétique* » (à savoir former d'un seul critère), à l'inverse des taxonomies dont la logique « *consiste en une classification empirique basée sur une analyse multivariée à plusieurs dimensions* » (*id.*). La façon de classer les éléments serait donc liée à l'approche méthodologique adoptée au cours de la recherche.

A l'inverse des autres courants de pensées, J.-C. Passeron (1994) propose de différencier les procédés de classement en fonction de la nature des sciences à étudier (sciences de la nature ou sciences humaines). Selon lui, typologie et classification sont issues de deux méthodes distinctes. En effet, il est préférable de réserver le terme de « typologie » aux classifications des sciences humaines car celui-ci émanerait d'une méthodologie idéale-typique liée à la « *la forme de présentation des phénomènes dans l'observation historique* » (1994, p. 7-8). Alors que la classification proviendrait d'une méthodologie inductive issue des sciences de la nature. On se retrouve ainsi face à deux conceptions opposées des procédés classificatoires. La classification serait issue d'une orientation positiviste, alors que la typologie « *inspirée par une théorie de la connaissance d'inspiration néo-kantienne, développe une méthodologie idéal-typique* » (Coenen-Huter, 2007, p. 27).

Les différentes conceptions de la transgression constituent ainsi une typologie. C'est ce terme qui a été privilégié. A l'inverse de la classification, fréquemment utilisée dans les sciences de la nature, il n'est pas de notre propos de classer les différentes formes de transgression identifiées, ni de les comparer les unes par rapport aux autres. Il s'agit ici de proposer quatre formes de transgression idéales types, au sens de M. Weber (1905), permettant une représentation délibérément simplifiée, épurée, de la réalité. Comme le note D. Schnapper, ce mode de conceptualisation correspond à une volonté de « *stylisation de la réalité* » (1999, p. 18). Reprenant la conception wébérienne, pour E. Durkheim, le recours à l'analyse typologique permet de « *remplacer la multiplicité indéfinie des individus par un nombre restreint de types* » (Durkheim, 1895/2013, p. 79). En ce sens, notre approche rejoint celle de D. Demazière selon qui, « *la typologie apparaît comme une méthode efficace, permettant de s'extraire de la singularité des cas individuels et du foisonnement des matériaux pour dégager des similitudes sans évacuer la richesse des corpus* » (Demazière, 2013, p. 333). Le recours à cette acception de la typologie permet ainsi de « *mettre de l'ordre, c'est-à-dire de réduire la complexité sans l'anéantir* » (*id.*) afin de rendre compte d'un nombre d'informations collectées important et non normalisé.

La typologie des transgressions conduit à ne plus considérer les actes transgressifs comme des phénomènes comportementaux qu'il convient nécessairement de bannir de l'organisation ou à l'inverse de tolérer, mais à les envisager dans un rapport « dialogique » qui appelle une réponse appropriée. Il est donc mis l'accent sur la « discursivité » de la transgression en analysant celle-ci comme un comportement générateur de sens et exprimé en actes.

6.1.2 Des transgressions de forme « *dialogique* »

Dans sa 9^{ème} édition du dictionnaire, l'Académie Française définit l'adjectif « *dialogique* » comme étant « *en forme de dialogue* » et donne un exemple éclairant : « *Platon a donné à ses écrits la forme dialogique* ». Selon M. Bakhtine (1970 ; 1984) un « *dialogue est toujours dirigé vers une réponse à venir et est lui-même réponse aux discours antérieurs (...)* » (Henry et Bournel Bosson, 2014, p. 9). En gestion, dans le prolongement de la définition de l'Académie Française, P. Lorino (2013, p. 222) présente l'activité collective « *comme un processus générateur de sens et exprimé en acte* » qui appelle des réponses. En effet, d'après P. Lorino

(2009, p. 94) « *l'activité de chaque acteur est littéralement « adressée » aux autres acteurs du processus, dans toutes ses dimensions : discours, gestes, postures corporelles, mimiques* ». Ainsi, explique P. Lorino (2009), la réalisation de l'activité de chaque acteur répond aux activités des autres acteurs et anticipe les réponses ou non-réponses. Une non-activité constitue alors, pour les pairs de l'acteur, un élément signifiant dans certains contextes. L'activité collective serait donc de nature dialogique dans le sens où elle exige que différents acteurs échangent entre eux des biens ou des services pour produire un résultat pratique à la manière dont on échange des paroles (Lorino, Tricard et Clot, 2011). P. Lorino (2009, p. 95) définit ainsi le processus de l'activité collective comme « *« une conversation en actes » dans laquelle les activités concrètes remplissent la fonction d'énoncés discursifs situés et le répertoire d'actions génériques mobilisés dans le processus fournit un langage partagé par les acteurs du processus* ». Le processus se présente ainsi comme un « échange dialogique », au sens « conversationnel » du terme.

P. Lorino (2013) indique en outre, que pour *signifier*, l'activité doit être « médiatisée » (Wertsch, 2007). En effet, les actes doivent être reliés à des significations qui évoquent quelque chose pour les acteurs et sont reconnus – ils font *sens* – de façon à ce qu'ils appellent des réponses (p. 227). « *L'activité peut ainsi être adressée, parce qu'elle est médiatisée, donc reconnaissable et intelligible* » (Lorino, 2013, p. 228). En ce sens, explique P. Lorino (2013, p. 228), les habitudes (qui sont des « *prédispositions à agir d'une certaine manière sous certaines conditions* » rendant l'activité reconnaissable (Pierce, 1992, p. 431, cité par Lorino, 2013, p. 229)), constituent des « gestes signifiants » au sens de G. Mead (1934). « *Les gestes deviennent des symboles signifiants quand ils éveillent implicitement chez l'individu qui les accomplit les mêmes réponses qu'ils éveillent explicitement, ou sont supposés éveiller explicitement, chez d'autres individus* » (Mead, 1934, p. 47, cité par Lorino 2013, p. 228). L'activité de chaque acteur « parle » ainsi aux autres acteurs, leur permettant de se répondre d'une « certaine façon ».

Or, la transgression présente également des aspects conversationnels au même titre que l'activité collective. La transgression peut donc aussi être considérée comme un acte signifiant ayant pour but d'adresser un message à quelqu'un. L'acte est porteur d'une signification, pour, à titre d'exemple, marquer une opposition ou une résistance à une règle que l'acteur ne reconnaît pas comme étant légitime, pour conserver un avantage ou un espace de liberté afin de profiter

d'une situation à son profit, pour témoigner son appartenance à un groupe social ou à une communauté, pour respecter des valeurs communautaires, des normes de métier... Ces significations constituent des messages adressés aux pairs de l'acteur, mais également aux représentants de l'autorité, telles que la Direction de l'organisation et les autorités de tutelles. Dans certains cas, la transgression est également « auto-adressée » à l'acteur (pour respecter des règles de métier dans la réalisation d'une tâche ou satisfaire son instance de plaisir). Tel un acte de parole, la transgression est un acte qui fait l'objet d'interprétations et de malentendus potentiels par les acteurs. Ainsi, si la signification de l'acte transgressif fait sens pour l'acteur mais non pour son destinataire, l'échange est impossible. Cette approche dialogique de la transgression invite à s'intéresser non pas à « *ce que les gens font* » mais à « *ce que les gens signifient en faisant ce qu'ils font* » (Lorino, 2013, p. 238).

En gestion, toutefois, le terme « dialogique » est parfois utilisé selon une acception quelque peu différente de celle de P. Lorino. En effet, selon E. Morin (1980), le principe dialogique « *unit deux principes antagonistes qui sont indissociables et indispensables pour comprendre une même réalité* ». La dialogique cherche à intégrer dans un même système par la coopération des concepts, idées ou logiques qui s'opposent. E. Morin prend l'exemple de l'ordre et du désordre qui sont contradictoires. L'un supprime l'autre, mais en même temps, dans certains cas, ils collaborent et produisent de l'organisation. La dialogique permet de les concevoir comme des éléments à la fois complémentaires et opposés (Morin, 1980, p. 130 ; Morin, 2008, p. 17). La pensée dialogique vise ainsi à unir deux idées qui, dans la logique classique s'excluent l'une l'autre.

Poursuivant la conception d'E. Morin, P. Philippart (2005) envisage, par exemple, le contrat et la confiance dans la gestion des alliances interentreprises selon une approche dialogique. D'après P. Philippart (2005, p. 184) « *la dialogique diffère de la dialectique dans le sens où, si elle comprend bien la notion de réciprocité, elle met l'accent sur la complémentarité des termes en relation et non sur leur contradiction* ». A l'instar de P. Philippart, G. Koenig et al., (2016) suggèrent l'adoption d'une approche dialogique du management pour gérer les manquements aux règles élémentaires, afin de souligner qu'elle joue sur deux registres complémentaires et antagonistes : habilitant pour l'un, disciplinant pour l'autre. Ainsi, d'après ces auteurs, « *la dialogique renvoie à une façon de penser la complexité qui, contrairement à la dialectique hégélienne, n'entend pas dépasser les contradictions radicales, mais s'attache à penser la*

relation à la fois complémentaire et antagoniste entre les termes de ces contradictions » (*ibid.*, p. 2). Cette acception du terme dialogique peut ainsi être entendue comme une forme particulière de la dialectique faisant référence à un jeu de contradictions entre des termes distincts, possédant une identité propre et apparaissant à la fois complémentaires et contradictoires.

L'acception, faisant référence à une unité complexe au sein de laquelle deux logiques opposées se nourrissent entre elles à travers un échange, un dialogue ou une coopération se distingue clairement de celle de P. Lorino, qui permet d'exprimer la nature « adressée » d'un acte, appelant une réponse. L'approche de P. Lorino apparente la dialogique au conversationnel. Sa force est de concrétiser le tournant linguistique dans les études organisationnelles. Celle d'E. Morin considère la dialogique comme une forme particulière de gestion des contradictions. Son atout est de souligner le caractère à la fois complémentaire et conflictuel de nombreuses relations dont les transgressions peuvent faire partie. Tenant compte des apports respectifs de ces deux acceptions, la dialogique peut être définie comme une sorte de dialogue entre des entités opposées et complémentaires. C'est à partir de cette perspective que seront analysées les quatre formes de transgression identifiées.

6.1.3 Essai de typologie de quatre formes de transgression

6.1.3.1 La transgression fonctionnelle « auto-adressée » à la conscience professionnelle de l'acteur

La transgression fonctionnelle **signifie qu'il existe un écart entre le travail prescrit et le travail réel**. Elle s'appuie sur la doxa selon laquelle tout travail consiste à faire avec le réel. C. Dejours (2006, p. 952) rappelle que « *depuis Hegel, le réel, c'est ce qui se fait connaître par sa résistance au savoir-faire, au mode opératoire, voire à la connaissance ; plus généralement, par sa résistance à la maîtrise. Le travail, en tant qu'il est travail vivant, consiste précisément à faire face à ce qui résiste, à ce qui n'est pas prévu, voire à l'imprévisible* ». En effet, indépendamment des règles, surviennent toujours des imprévus, des anomalies, des pannes... le travail ne se déroule jamais comme envisagé. A. Wisner parlait de la « *bataille du réel* » (cité par Daniellou, 2014, p. 31). Les seules règles ne permettent pas de faire face aux imprévus et d'atteindre les objectifs.

Afin de savoir ce que l'acteur doit faire pour réaliser le travail tout en respectant les règles de métier qui encadrent son activité malgré les aléas, **il questionne intérieurement sa conscience professionnelle**. Y. Clot (2013) définit la conscience professionnelle comme « *un contact social avec soi-même* » dont la fonction principale consiste, dans l'action, à franchir les obstacles du réel. Elle joue ainsi le rôle d'instance de jugement intérieur. C'est à ce moment que **le dialogue imaginaire se noue entre l'acteur et sa conscience**, afin d'anticiper ce que la direction de l'organisation pourrait lui répondre ou lui reprocher (comme par exemple, le fait d'être allé trop loin dans la transgression).

Le dialogue ainsi entrepris entre l'acteur et sa conscience professionnelle permet, *in fine*, de choisir entre différentes alternatives, telles qu'obéir et respecter la règle si celle-ci respecte les règles de métier, transgresser plus ou moins partiellement pour adapter la règle à l'activité ou encore masquer la transgression, si elle conduit l'acteur à aller « trop loin ». A ce dialogue « à deux », s'ajoute un troisième destinataire : la direction de l'organisation qui est amenée à répondre à l'acteur par une sanction de la transgression, une adaptation de la règle ou enfin une non-action (Cf. figure 8).

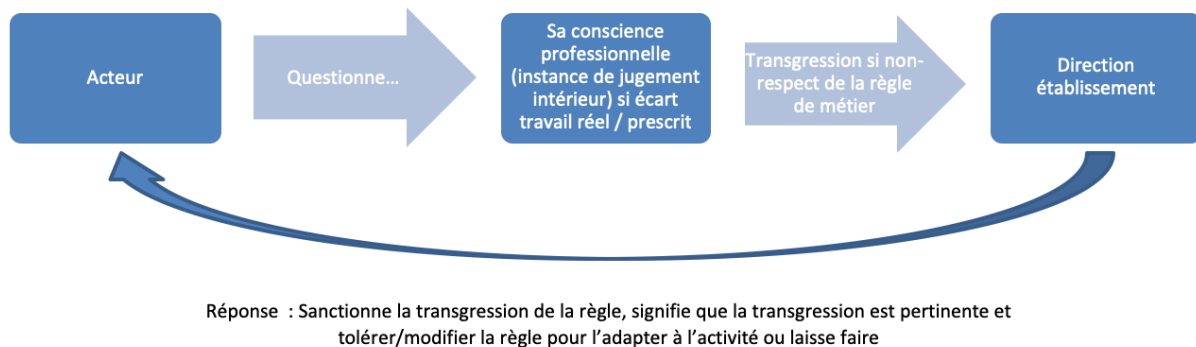


FIGURE 8 : SCHEMATISATION DE LA FORME DIALOGIQUE DE LA TRANSGRESSION FONCTIONNELLE

Lorsque la règle à respecter n'est pas en phase avec la morale de l'acteur, sa conscience professionnelle l'invite à la transgresser. Dans ce cas, l'acteur mobilise ses « ressources intellectuelles » (Wisner, 1995). C'est une des réponses proposées par la conscience professionnelle de l'acteur, afin de réduire l'écart entre « *ce qu'il y a à faire* » et « *comment on le fait* ». D'après F. Daniellou (2006, p. 31), pour A. Wisner « *aucune politique industrielle ou sociale, aucune recherche sur le travail, ne pouvait valoir à ses yeux si elle n'intégrait pas*

l'idée de l'intelligence des travailleurs construisant des réponses élaborées dans des situations toujours plus complexes qu'il n'y paraît ». Cette forme d'intelligence, nommée la « *métis* » (en référence à la déesse grecque) cherche l'efficacité et le succès et celui qui la détient « *prend des libertés avec les règles* » pour y parvenir (Debout, 2014, p. 16). Selon C. Dejours, « *le plus important sans doute dans les caractéristiques de cette intelligence, c'est qu'elle **permet d'improviser, d'inventer des solutions, de trouver des chemins insolites, dans des solutions nouvelles, inconnues, inédites*** » (2013, p. 31). M. Détienné et J. P. Vernant (1974, p. 295) expliquent que cette intelligence « *rusée* » « *procède obliquement... va droit au but par le chemin le plus court, c'est-à-dire le détour* ». Ainsi, le recours à cette intelligence constitue une réponse de nature morale, voire sentimentale (attachement au travail bien fait) et permet ainsi à l'acteur, par le recours à des combines et des astuces de ne pas déroger aux règles de métier.

Au bloc opératoire les chirurgiens et les équipes paramédicales sont régulièrement amenés à questionner leur conscience professionnelle afin de combler l'écart entre travail prescrit et travail réel. Il en résulte parfois, la transgression des règles de traçabilité ou d'hygiène (poser les questions de la check-list tout en préparant le patient, adapter la règle d'hygiène à la spécialité chirurgicale...) : « *Alors la check-list, tu vas voir je la remplis pas du tout... parce que le nom du patient, bah les $\frac{3}{4}$ je les connais, ils reviennent souvent* » (IDE) ; « *Tu sens les choses, il y a la théorie et puis il y a la vraie vie et la vraie vie c'est le terrain* » (Chirurgien). L'échange entrepris entre les acteurs et leur conscience professionnelle les conduit à transgresser la règle prescrite, lorsqu'au regard de leur morale c'est la seule façon de mener à bien leur travail tout en respectant les règles de métier.

6.1.3.2 La transgression culturelle adressée à la communauté des soignants

La transgression culturelle **signifie que l'acteur cherche à être conforme à une culture professionnelle et à des valeurs partagées par ses pairs**. D'après L. Leap et *al.*, (2012) la culture des chirurgiens serait une explication à cette « *facilité transgressive* » qui les caractérise. « *Central to this culture is a physician ethos that favors individual privilege and autonomy - values that can lead to disrespectful behavior* » (*ibid.*, p. 845). Les cultures professionnelles sont prégnantes dans le milieu hospitalier, qualifié d'« *hyperculturel* » (J. M. Larrasquet *al.*, 1998). La revue de la littérature réalisée s'est attachée à montrer comment la culture et ses valeurs sont inculquées aux futurs médecins, transmises par leurs pairs, durant un apprentissage long et difficile (Zolesio, 2010). E. Godeau (2007) et E. Zolesio (2015) ont montré que durant

les études de médecine la transgression de l'interdit était quotidienne et ritualisée pour s'exprimer ensuite pleinement au cours de leur activité professionnelle. La transgression constitue ainsi de manière paradoxale une norme au sein de la communauté professionnelle des chirurgiens. Elle se manifeste, notamment, à travers l'acte chirurgical. D'après M. C. Pouchelle (2008) c'est la violence présente dans l'acte chirurgical qui conditionne l'identité du chirurgien. L'auteure parle de « *violence thérapeutique comme un modèle d'efficacité* » (*id.*, p. 8). Les actes chirurgicaux les plus invasifs, qui sont les plus risqués et les plus violents, ont toujours été valorisés par les chirurgiens car ils sont considérés comme des actes « héroïques » et une preuve de virilité (Cassel 1998, p. 100-128 ; Katz 1999, p. 19-41). D'après J. Cassell (1987) les valeurs renforcées par la culture professionnelle des chirurgiens sont notamment l'endurance, la détermination, le courage, la prise de risque, l'arrogance et la virilité : « *On va le sodomiser !* ».

En outre, la prise de risque et le besoin de dépasser les limites établies sont également des actes reconnus au sein de la communauté professionnelle des chirurgiens car ils sont révélateurs d'un comportement d'« *innovateur-aventurier* », prêt à tout pour découvrir de nouvelles techniques et développer de nouveaux procédés ou encore de « *transgresseurs de tabous* » (Pouchelle, 2013). Plusieurs chirurgiens ont confié que s'ils suivaient constamment les recommandations de bonnes pratiques à la lettre, la médecine n'évoluerait plus et surtout, ils s'ennuieraient. Si le développement de nouvelles techniques est un moyen de pouvoir laisser libre cours à leur imagination et ainsi permettre l'évolution des pratiques chirurgicales, c'est également un moyen de prouver à leur communauté qu'ils font partie des meilleurs. Un chirurgien explique par exemple, qu'ils se lancent des défis entre confrères afin de déterminer qui est le meilleur de leur spécialité. « *On se met des challenges sur une durée (de séjour), des délais de sortie, le nombre de patients opérés dans une journée...* » (Chirurgien urologue). Un nombre important de chirurgiens sont devenus célèbres et reconnus par leurs pairs grâce à l'invention de techniques chirurgicales innovantes. A ce titre, cette forme de transgression peut donc avoir des conséquences positives. L'un des chirurgiens interviewés au cours du reportage « *Devenir Médecin* » (écrit et réalisé par Bruno Joucla et Nicolas Frank, diffusé sur France 2, le 14/03/2017) déplore que « *les pilotes d'avion c'est pas un boulot marrant, il n'ont plus aucun espace de liberté* ». Il ajoute : « *il faut avoir des règles de prudence et de précaution mais laisser un petit grain de folie, laisser un peu de liberté aux gens* ».

Enfin, la capacité des médecins à mettre de la distance avec leurs patients afin de supporter la charge émotionnelle (mort, maladie, souffrance...) permet de signifier à leurs confrères qu'ils sont capables d'assumer des situations difficiles. D'après un chirurgien urologue régulièrement confronté à des cas de cancers, « *si la mort vous fait peur, c'est pas bon* ». En prouvant qu'il contrôle ses sentiments et qu'il sait faire face à la mort, l'acteur envoie le message suivant à ses pairs : « *je suis digne de faire partie de votre communauté* ». S'engage alors un dialogue entre l'acteur et ses pairs qui lui répondent en l'intégrant dans leur communauté (témoignage de reconnaissance, d'admiration...). Ainsi, la transgression constitue un mode de communication, un langage partagé par un ensemble d'acteurs via des références culturelles communes (Cf. figure 9).

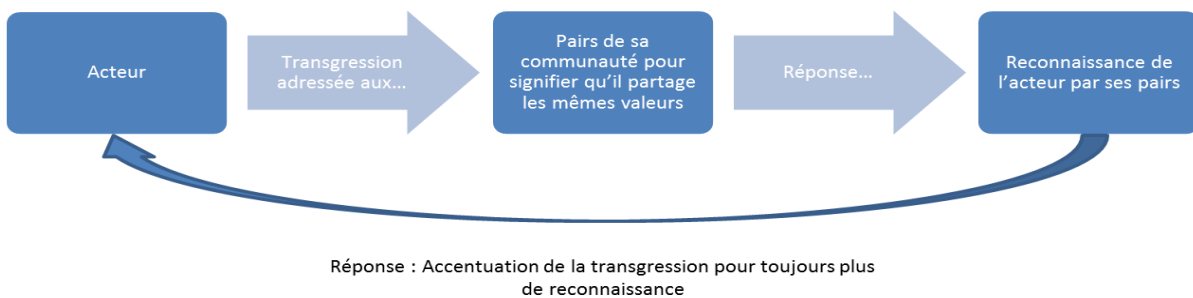


FIGURE 9 : SCHEMATISATION DE LA FORME DIALOGIQUE DE LA TRANSGRESSION CULTURELLE

6.1.3.3 La transgression politique adressée à la direction de l'organisation ou à la hiérarchie

La transgression politique signifie à la direction de l'organisation ou à l'instance prescriptrice des règles que l'acteur **cherche à remettre en cause ou modifier le système de règles mis en place afin de conserver un espace de liberté pour agir au sein de l'organisation**. S'engage alors un rapport de force à l'issue duquel se forment des règles. D'après M. Crozier (1964), dans toute organisation il existe un ou des rapports de pouvoir entre les acteurs. Le pouvoir implique toujours la possibilité pour certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes (Dahl, 1957, p. 202). Selon M. Crozier et E. Friedberg (1977), le pouvoir ne peut se développer que dans une relation d'échanges et de négociations dans laquelle deux personnes au moins sont engagées. En ce sens, « *c'est un rapport de force dont l'on peut retirer davantage*

que l'autre, mais où, également, l'un n'est jamais totalement démuné face à l'autre » (Crozier et Friedberg, 1987, p. 389). Le dialogue entre les acteurs (les chirurgiens et la direction), se construit à partir de ce rapport de pouvoir. Toutefois, M. Crozier et E. Friedberg (1964, p. 91) rappellent qu'« une situation organisationnelle donnée ne contraint jamais totalement un acteur. Celui-ci garde toujours une marge de liberté et de négociation. Grâce à cette marge de liberté (...) chaque acteur possède ainsi des pouvoirs sur les autres acteurs ». Le pouvoir se mesure donc dans la possibilité d'action des acteurs. « Plus on est capable, en se servant de sa liberté de comportement, d'affecter la situation de son partenaire, moins on est vulnérable vis-à-vis de lui et plus on aura de pouvoir sur lui » (*ibid.*, p. 56). Le pouvoir revient à ceux qui maîtrisent les incertitudes les plus cruciales pour l'établissement et en retire à ceux qui sont en situation de dépendance. De ce rapport de forces émergent des règles, principalement tacites, qui portent sur les comportements des uns et des autres, par exemple, sur les horaires informels de travail. Le pouvoir « réside 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 » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 69-70). Par conséquent, il n'est pas lié à une position statutaire au sein de l'organisation (position hiérarchique).

Au sein de l'hôpital, lieu de multiples conflits, le pouvoir possède une place centrale dans le jeu des acteurs et donc dans le dialogue entrepris entre les parties. Les chirurgiens sont détenteurs de compétences médicales qui leur confèrent un pouvoir au sein de l'établissement, notamment lorsqu'ils sont reconnus pour leurs compétences et génèrent une activité et un recrutement de patients important. C'est un pouvoir dont ils ont pleinement conscience et qui leur donne un avantage dans la négociation avec la direction : « On est quand même les patrons (...) si on n'amène pas de malade ils [la Direction] ne travaillent pas, (...) si on n'amènent pas de recrutement l'établissement s'effondre » (chirurgien). En qualité d'experts, ils détiennent une autonomie dans leur domaine car ils sont les seuls à disposer du savoir-faire et sont difficilement remplaçables. Cet espace de liberté leur permet alors d'agir en dehors de toute contrainte. « Quand ça ne va pas je les emmerde quoi, ils veulent emmerder les chirurgiens bah à un moment il n'y en aura plus et moi si je veux, je ferme ma consultation, je me barre » (Chirurgien orthopédique). Quant aux directeurs, ils détiennent les compétences financières et juridiques. Ainsi, s'engage un dialogue de forces entre des individus qui défendent des intérêts divergents, qui se testent et cherchent à s'affaiblir afin d'obtenir ce qu'ils souhaitent. En guise de réponse, la partie « adverse » peut proposer un compromis ou un accord toujours révisable,

telle que la modification de la règle ou au contraire, un rappel à l'ordre. Ce nouvel accord permet de ne pas clore le dialogue et évite ainsi l'entropie de l'organisation.

Prenons le cas suivant, issu de nos résultats : lorsque la direction cherche à imposer une nouvelle vacation opératoire à un chirurgien, afin de maximiser le temps d'occupation des salles, elle remet en cause sa capacité à s'organiser seul et donc diminue son autonomie. Pour défendre son espace de liberté, le chirurgien peut engager le dialogue avec la direction en ayant recours à sa « capacité de nuisance » (Holcman ; 2009). Il s'agit, soit de ne pas respecter le planning opératoire et en continuer à opérer sans modifier ses habitudes, soit à choisir d'opérer dans un autre bloc (dans un établissement concurrent par exemple avec qui il est déjà en contact). Dans les deux cas, les solutions nuiront à l'établissement qui sera impacté économiquement (perte de l'activité, mauvaise image) alors que le chirurgien ne subira pas les conséquences de son acte (*irresponsabilité finale*). Cette tentative remet en cause l'équilibre initial entre la direction et le chirurgien qui la perçoit comme une menace pour sa marge de manœuvre. En fonction des avantages de chacune des parties dans le rapport de force, la transgression sera subie ou contrecarrée. Pour répondre à l'acte transgressif du chirurgien, la direction peut soit lui demander de se mettre en ordre de marche et faire appliquer la règle, mais elle prend le risque de perdre le chirurgien et donc une partie de l'activité opératoire. Soit aménager ou réécrire la règle afin de trouver un consensus et ainsi aboutir à des formes d'interactions stables et coopératives. A l'inverse, si à l'issue de l'échange les parties ne trouvent pas d'accord, alors la transgression peut impacter négativement l'une des parties perdantes au cours du rapport de force (perte d'activité pour l'établissement, non suivi de la patientèle pour le chirurgien qui change d'établissement...). (Cf. figure 10).

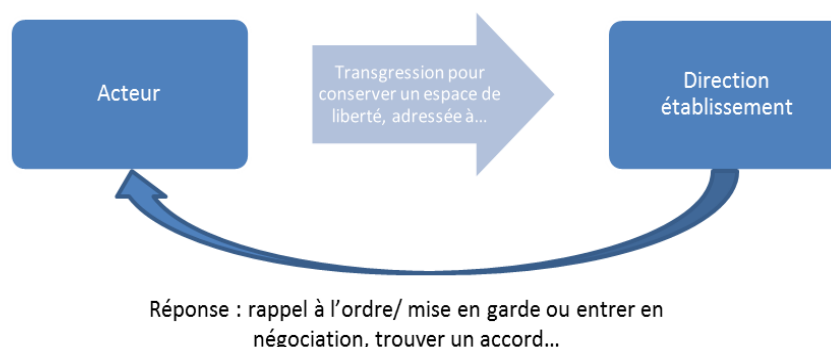


FIGURE 10 : SCHEMATISATION DE LA FORME DIALOGIQUE DE LA TRANSGRESSION POLITIQUE

6.1.3.4 La transgression économique « auto-adressée » à l'instance de satisfaction de l'acteur

L'acteur peut, enfin, avoir recours à la transgression économique afin de maximiser son plaisir. Cette forme de transgression s'inspire d'une conception de l'être humain développée par O. Williamson (1975) dans la théorie des coûts de transaction (TCT). La théorie des coûts de transaction provient de l'analyse de la firme de R. Coase (1937) selon laquelle la rationalité des acteurs est limitée (la capacité à être totalement informé et à prévoir les comportements des acteurs) et l'environnement est incertain, à laquelle la TCT ajoute que les acteurs agissent par opportunisme. O. Williamson reprend cet axiome behavioriste d'A. Alchian et H. Demsetz (1972). D'après O. Williamson (1975), le comportement opportuniste consiste « *à réaliser des gains individuels dans les transactions par manque de franchise ou d'honnêteté* ». L'opportunisme serait inscrit dans la nature humaine et correspondrait à un comportement stratégique des acteurs par lequel ils cherchent à satisfaire leur intérêt strictement personnel, quitte à léser ou tromper l'autre partie, en recourant à la mauvaise foi, le mensonge, la tricherie, etc... L'acteur réalise « *des efforts calculés pour tromper, déformer, déguiser, obscurcir ou confondre d'une autre manière* » (Williamson, 1985, p. 47).

La TCT a fait l'objet de nombreuses critiques. En effet, plusieurs auteurs dont P. Milgrom et J. Roberts (1992, p. 42) accusent O. Williamson de réduire l'individu à « une caricature extrême » tout à fait irréaliste. L. Donaldson (1995) fait trois critiques majeures à la manière dont l'opportunisme est traité dans la théorie des coûts de transaction. Selon lui, la seule prise en compte de l'opportunisme renvoie à une conception régressive de l'être humain.

L'opportunisme ne représente qu'un des comportements possibles de l'acteur privilégié à court terme. Enfin, L. Donaldson ajoute que la théorie des jeux a montré que les comportements de coopération entre acteurs sont plus intéressants sur le long terme. La recherche de l'intérêt personnel pousse plus à coopérer qu'à adopter un comportement opportuniste. Ainsi, réduire l'individu à la seule recherche d'intérêts personnels est pour le moins réducteur, mais elle permet une explication des comportements transgressifs qui surviennent ponctuellement dans un contexte précis. Le concept d'opportunisme à la base utilisé par la TCT, n'est pas sans rappeler la théorie du choix rationnel (TCR) qui est une variante de « *l'individualisme méthodologique* » (IM). D'après ces théories, les comportements émanent de logiques individuelles visant le plus grand profit, le plus grand plaisir ou le moindre mal et sont réalisés à l'issue d'un calcul « coût-avantage » (CCA) ou calcul « coût-bénéfice » (CCB). Cette théorie part du postulat selon lequel « *les actions individuelles obéiraient à des motivations utilitaristes* » (Boudon, 2004).

Afin de savoir si la règle qui ne satisfait pas l'acteur vaut la peine d'être transgressée, celui-ci **questionne intérieurement son instance de plaisir et réalise un calcul bénéfice / risque**. C'est à ce moment que **le dialogue imaginaire s'engage entre l'acteur et son instance de plaisir**, afin de mesurer la sanction qu'il encourt. En réponse, l'acteur transgressera la règle uniquement si le bénéfice attendu vaut la peine de prendre le risque d'être sanctionné. A ce dialogue à deux, s'ajoute un troisième destinataire : la direction de l'organisation ou l'instance prescriptrice des règles qui peut répondre par la sanction ou laisser faire l'acteur. Dans ce dernier cas, elle prend le risque que l'acteur renouvelle la transgression (Cf. figure 11).

En effet, pour R. Hollinger et J. Clark (1983), cité par O. Babeau (2008, p. 23), le degré de probabilité d'être identifié en infraction et l'importance de la sanction a un impact sur l'évaluation de l'opportunité de transgresser la règle, et donc sur la décision de la transgresser. Moins la sanction paraît probable, plus le choix de transgresser sera tentant et plus l'acteur aura tendance à entreprendre l'action. La rareté d'une sanction peut donc avoir un impact fondamental sur le comportement de l'acteur. La recherche de la maximisation du plaisir est rendue possible par l'existence d'un système de contrôle relativement lâche ou défaillant.

A titre d'exemple, lorsque que le chirurgien arrive en retard de façon répétée au bloc en laissant ainsi le patient, l'anesthésiste et l'équipe paramédicale attendre (FEI du 15/10/2015), il transgresse une règle de fonctionnement. A l'issue de la réalisation d'un calcul « coût /

bénéfice » et d'un échange avec son instance de plaisir, il fait en sorte d'arriver une fois que le patient est totalement installé et anesthésié de façon à gagner du temps pour se consacrer à d'autres activités et pour pouvoir opérer le patient sans attendre sa préparation car il sait qu'il ne sera pas sanctionné en retour. L'utilité personnelle détermine ainsi l'action que va entreprendre l'acteur : choisir le plus grand profit ou le moindre mal, en fonction des informations dont dispose l'acteur à un instant t , de ce qu'il veut faire et de ce qu'il préfère. Le dialogue qu'il entreprend avec son instance de plaisir doit lui permettre d'atteindre la « maximisation » de sa satisfaction qui est un des postulats fondamentaux régissant le processus de délibération rationnelle.

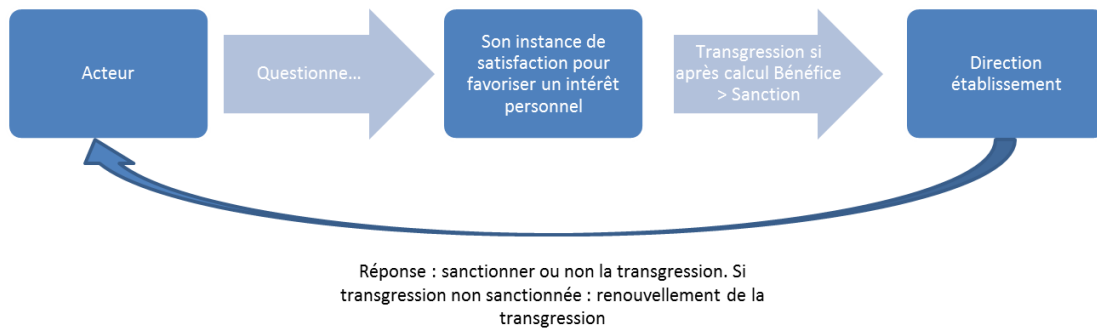


FIGURE 11 : SCHEMATISATION DE LA FORME DIALOGIQUE DE LA TRANSGRESSION ECONOMIQUE

La reconnaissance des particularités de chaque forme de transgression conduit à une conception dialogique de ce phénomène. La connaissance de sa signification est donc essentielle pour pouvoir y répondre efficacement. La typologie (Cf. tableau 21) conçue comme une grille de lecture, doit permettre de répondre à la question suivante : « *qu'elle est la signification de ce comportement transgressif ?* ».

	TRANSGRESSION FONCTIONNELLE	TRANSGRESSION CULTURELLE	TRANSGRESSION POLITIQUE	TRANSGRESSION ECONOMIQUE
Visée de la transgression (son but)	« Je veux répondre à mes buts professionnels en dépit des règles existantes »	« Je veux être conforme à mes valeurs et à ma culture professionnelle »	« Je veux conserver ma liberté »	« Je veux maximiser mon intérêt personnel »
Forme de dialogue engagé	Auto-adressée, à la conscience professionnelle de l'acteur	Héroïque	Antagoniste	Auto-adressée, à l'instance de satisfaction de l'acteur
Condition de sa réalisation	La présence d'un écart entre le travail prescrit et le travail réel (Wisner, 1995 ; Dejours, 2013)	L'existence d'une culture professionnelle forte (Dejours, 2013 ; 2016 ; Pouchelle, 2003 ; 2008 ; Godeau, 2007)	La volonté d'un des partenaires de vouloir modifier le système de règles en vigueur (Crozier et Friedberg, 1977)	L'existence d'un système de contrôle relativement lâche ou défaillant (Reynaud, 1997 ; Koenig, 2016)
Manifestation de la transgression	De façon discrète, sérieuse, méticuleusement	De façon affichée (ou mise en scène)	De façon provocante, belliqueuse	De façon désinvolte, éhontée, impudente
Posture adoptée par l'acteur	Mobilise son « <i>intelligence rusée</i> » (la <i>métis</i> des Grecs, Détienne et Vernant, 1974)	Cherche à se surpasser, à mettre son savoir-faire à l'épreuve (Le défi, Dejours, 2008), se sent le seul capable de briser les règles (Le Prince de N. Machiavel, 1532)	Défie l'« adversaire » en remettant en cause les règles mises en place (Crozier et Friedberg, 1977)	Agit pour ses intérêts (opportuniste, Williamson, 1975)
Forme de calcul réalisé par l'acteur	Calcul rusé (feintes, combines, astuces...)	Calcul ambitieux, aventurier (pari que son savoir-faire prime sur le réel)	Calcul stratégique	Calcul « bénéfice > sanction »
Plaisir éprouvé par l'acteur	Travail bien fait	Toute-puissance, dépassement de soi	Domination (gagner sur autrui)	Limiter ses efforts
Acteur métaphorique	Acteur rusé	Acteur aventurier	Acteur stratège	Acteur opportuniste
Entité destinataire de la transgression	La conscience professionnelle de l'acteur, pour travailler dans le respect des règles de métier	Ses pairs pour signifier qu'ils partagent la même communauté professionnelle	La direction, l'organisation, pour témoigner une opposition à la règle	Les penchants de l'acteur, pour ménager ses efforts (forme de retrait du travail)
Forme de réponse donnée	De nature morale/ sentimentale	De l'ordre de la reconnaissance et de l'intégration dans un collectif	Un rappel à l'ordre, une escalade des sanctions ou un accord	Un sentiment de satisfaction/ ou la sanction
Degré de tolérance de la transgression	Acceptée par l'équipe paramédicale ; tolérée par la Direction	Subie par l'équipe paramédicale ; reconnue par les pairs	Non tolérée ou subie par la Direction	Subie par la Direction et par l'équipe paramédicale (sentiment d'impunité)
Principales conséquences positives de la transgression	Permet le fonctionnement de l'organisation (Dejours, 2013)	Permet l'innovation des pratiques (Alter, 2000 ; Babeau, 2007)	Entraine la modification des règles pour s'adapter aux comportements transgressifs (Hale et Borys, 2013)	Entraine la mise en place de stratégies personnelles de maîtrise du risque (Rasmussen, 1997 ; Amalberti, 2001 ; 2006)
Principales conséquences négatives	Erreurs, événements indésirables liés aux soins	Erreurs, événements indésirables liés aux soins	Perte de rentabilité pour l'établissement, dégradation de son image auprès de la patientèle	Démotivation de l'équipe paramédicale

TABEAU 21 : TYPOLOGIE DES FORMES DE TRANSGRESSION PRESENTES AU SEIN DES ORGANISATIONS

6.1.4 Discussion de la typologie proposée

Dans un premier temps, les liens entre les formes de transgression sont mis en lumière, ce qui permet de proposer deux autres formes de transgression « hybrides ». Dans un second temps, et afin de comprendre les motivations de l'acteur, il est suggéré de resituer les comportements transgressifs dans des « *logiques d'action* ».

6.1.4.1 Des formes de transgression liées

L'existence de liens entre les transgressions fonctionnelle et culturelle, et les transgressions politique et économique, permettent de proposer deux nouvelles formes de transgression complémentaires « hybrides », appelées « *fonctionnello-culturelle* » pour l'une et « *politico-économique* », pour l'autre.

a) *Liens entre les formes de transgression fonctionnelle et culturelle*

Bien qu'elles aient été distinguées dans la typologie, il convient de préciser que les formes de transgression fonctionnelle et culturelle apparaissent comme étant liées. En effet, les stratégies de défense face à la peur ont été identifiées comme relevant des transgressions de forme culturelle (humour noir, euphémisation du danger, jeu avec les corps...). Toutefois, ce positionnement s'avère discutable dans la mesure où ces stratégies sont issues des recherches en ergonomie, puis en psychopathologie du travail et ont pour but le maintien d'un équilibre entre la santé de l'acteur et la poursuite des objectifs de production (Dejours, 1988 ; Amalberti, 1996 ; Davezies, 1999). En effet, C. Dejours (1988, p. 17) énonce que « *pour faire face à ces deux souffrances cardinales du travail que sont l'ennui et la peur, les travailleurs élaborent des procédures défensives.* » Et il complète : « *La vocation première de ces défenses c'est de résister psychiquement à l'agression que constituent certaines organisations de travail.* » En se protégeant contre la peur et la souffrance générées par le travail, ces stratégies possèdent ainsi une certaine pertinence fonctionnelle car elles permettent *in fine* de réaliser le travail (visée de la transgression fonctionnelle).

D'après M. C. Pouchelle (2003 ; 2008) ou E. Godeau (2007) ces stratégies sont des « *techniques* » apprises au cours de la formation des chirurgiens et font partie de leur « boîte à outils » transmise et inculquée par leurs pairs pour affronter les situations éprouvantes, telle que la confrontation à la mort ou la maladie. Ainsi, les chansons paillardes, l'exhibition de fesses

ou de seins à l'occasion de fêtes, les gages sexuels imposés lors des baptêmes et des bizutages, les blagues et les histoires diverses centrées sur le corps et la nudité, etc. peuvent être envisagés en termes d'exutoire, et comme un moyen de compensation ou de banalisation de la mort (Godeau, 2009). Ces pratiques sont alors des stratégies de défense qui font partie intégrante de la « culture du carabin » qui leur est apprise et qu'ils développent tout au long de leur carrière professionnelle.

b) Liens entre les formes de transgression politique et économique

La volonté de sauvegarder ou d'étendre un espace de liberté en s'opposant aux règles mises en place correspond à une stratégie de l'acteur qui a pour but de défendre ses intérêts en ayant recours à un pouvoir. En ce sens, la transgression politique possède des liens étroits avec la transgression de forme économique, qui a également pour but de maximiser les intérêts de l'acteur, après la réalisation d'un calcul bénéfique / risque. A priori, ces deux formes de transgression sont donc toutes deux motivées par une logique individualiste. M. Crozier et E. Friedberg (1977, p. 91) soulignent que « *le comportement de l'acteur pourra et devra s'analyser comme l'expression d'une stratégie rationnelle visant à utiliser son pouvoir au mieux pour accroître ses « gains », à travers sa participation à l'organisation* ». A. Caillé (1986, p. 110) ajoute que « *le pouvoir serait en quelque sorte, ce qui permet d'échapper au pouvoir* ». Ainsi, la reconnaissance du pouvoir du chirurgien au sein de l'organisation lui confère le droit de ne pas agir comme tout le monde et en toute impunité. Conscient de détenir ce pouvoir, il s'autorise à transgresser la règle ouvertement. L'attitude passive de la Direction qui ne sanctionne pas ces comportements, ne fait que renforcer le pouvoir du chirurgien.

Les liens existants entre les transgressions fonctionnelle et culturelle, et les transgressions politique et économique, permettent de proposer deux nouvelles formes de transgressions complémentaires « hybrides », appelées « *fonctionnello-culturelle* » pour l'une et « *politico-économique* », pour l'autre. Le tableau 22 ci-dessous met en évidence les liens existants entre les formes de transgressions identifiées dans la typologie.

	TRANSGRESSION « FONCTIONNELLO-CULTURELLE »	TRANSGRESSION « POLITICO-ECONOMIQUE »
LIENS ENTRE LES FORMES DE TRANSGRESSION	<p>Selon les recherches en ergonomie et en psychopathologie du travail, les stratégies défensives de métier sont le résultat de la transgression fonctionnelle, qui vise à mener à bien une tâche.</p> <p>Elles émanent également de la culture professionnelle car elles sont enseignées aux médecins au cours de leur formation.</p>	<p>La volonté de conserver un espace de liberté en s’opposant aux règles (transgression politique) a également pour but de défendre des intérêts personnels (logique individualiste de la transgression économique).</p> <p>Le pouvoir possédé par les acteurs et reconnu au sein de l’organisation leur confère le droit de ne pas agir comme tout le monde, en toute impunité.</p>
REPOSE SUGGEREE	<p>→ Nécessiter de tolérer la transgression ?</p>	<p>→ Nécessité de sanctionner la transgression ?</p>

TABEAU 22 : MISE EN EVIDENCE DE LIENS ENTRE LES FORMES DE TRANSGRESSION

Il est intéressant de noter que la présentation des deux nouvelles formes de transgression hybrides permet de mettre en évidence le « dilemme » de départ à savoir est-ce que la transgression doit être tolérée, afin de mener à bien le travail (*fonctionnello-culturelle*) ou sanctionner, car elle n’apporte pas de valeur ajoutée à l’organisation, voire elle entraîne le désordre et augmente le risque (*politico-économique*) ? Le retour à cette doxa permet de conforter notre recherche dans le sens où, il convient nécessairement de connaître la signification de l’acte transgressif afin de pouvoir y répondre et donc pouvoir choisir efficacement entre la tolérance ou la condamnation de l’acte.

6.1.4.2 Nécessité d’interpréter les transgressions par rapport à des « logiques d’action »

Pour comprendre la signification des transgressions il convient de les resituer dans des « logiques » d’action propre à chacune. Ces logiques constituent des « mondes de référence » permettant aux acteurs d’asseoir leur argumentation afin de justifier leur comportement. La méthode utilisée par L. Boltanski et L. Thévenot (1991) afin de définir les mondes qui composent la théorie des « *économies de la grandeur* » a été utilisée afin de définir les logiques d’action correspondant à chaque forme de transgression. Cette théorie a été élaborée afin de comprendre comment, au sein d’une organisation, les conflits peuvent être dépassés. Les

auteurs proposent six mondes distincts, qu'ils nomment des « cités » qui sont une manière de dire le réel. Les conflits apparaissent quand ces mondes se heurtent, car les échelles de grandeurs auxquelles les acteurs font référence ne coïncident pas ou sont opposées.

La logique d'action « fonctionnelle » à laquelle fait référence la transgression fonctionnelle, s'organise autour des valeurs du travail bien fait (la réalisation du travail, les règles de métier, le recours à l'intelligence « rusée » pour y parvenir). La logique d'action culturelle renvoie à l'importance accordée aux valeurs et à la culture du métier. Selon cette logique, les valeurs centrales auxquelles se réfèrent les acteurs sont celles de l'innovation, la réussite, le dépassement de soi. Ce qui motive les acteurs dans la logique d'action politique est la défense d'un espace de liberté pour agir au sein de l'organisation. Enfin, la logique d'action économique est avant tout motivée par l'intérêt individuel qui en toute chose doit primer sur l'intérêt général. Cet intérêt individuel se caractérise par la recherche d'opportunités afin de limiter les efforts à fournir dans la réalisation du travail. Chacune de ces logiques met en scène une justification spécifique qui motive l'acteur dans son action. Ces logiques sont synthétisées dans le tableau 23, ci-dessous.

		LOGIQUE D'ACTION FONCTIONNELLE	LOGIQUE D'ACTION CULTURELLE	LOGIQUE D'ACTION POLITIQUE	LOGIQUE D'ACTION ECONOMIQUE
<i>Qu'est-ce-qui fait sens ?</i>	Ce qui est légitime dans le monde en question	Le travail bien fait	La culture, les valeurs	La remise en cause du système de règles	La recherche de gains
<i>Les relations naturelles</i>	Ce qui régit de manière évidente les relations entre les individus	L'expertise, les règles du métier	La communauté, la reconnaissance des pairs	La détention du pouvoir	N/A (Logique individualiste)
<i>Les figures harmonieuses de l'ordre naturel</i>	Réalités conformes aux principes d'équité	L'organisation	L'imaginaire	La puissance	L'absence de contrôle
<i>Les objets et dispositifs</i>	Permettent d'atteindre l'état de « grandeur »	L'intelligence de l'acteur	Les stratégies défensives de métier	La stratégie	Le calcul bénéfice / sanction

<i>Qu'est-ce qui vaut ?</i>	Éléments qui permettent de donner de la valeur aux objets du monde	L'efficacité	Le dépassement de soi	La défense de sa liberté	Son propre intérêt
<i>L'évidence</i>	Ce qui est indiscutable dans le monde	Le réel	L'intuition	La perte ou la diminution de son espace de liberté	Le bénéfice
<i>La déchéance</i>	Ce qui n'est pas admis dans le monde	L'application du travail prescrit	La prise de conscience du risque/danger	La perte du pouvoir	La sanction

TABLEAU 23 : LOGIQUES D'ACTION AUXQUELLES FONT REFERENCE LES QUATRE FORMES DE TRANSGRESSION (INSPIRE DU MODELE DE BOLTANSKI ET THEVENOT, 1991)

Les quatre logiques présentées correspondent à des idéaux types mais permettent d'expliquer des tendances résultant d'une action guidée par des référentiels. Ils forment un système de cohérence grâce aux principes et valeurs de justification mobilisées.

Afin de mettre en lumière les liens entre les différentes formes de transgression, il est proposé une architecture logique dans la section suivante.

6.1.4.3 Présentation des liens logiques entre chaque forme de transgression

Les comportements transgressifs peuvent être interprétés en fonction de quatre formes de transgression : fonctionnelle, culturelle, politique ou économique. Afin de mettre en lumière les liens entre ces quatre formes de transgression, un logigramme est proposé ci-dessous (figure 12). Le logigramme est composé de deux critères de détermination « majeurs » et de cinq critères de détermination « complémentaires » qui permettent de caractériser chaque forme de transgression et donc d'en déduire leur signification. Pour guider le lecteur, les critères de détermination sont formulés sous forme interrogative.

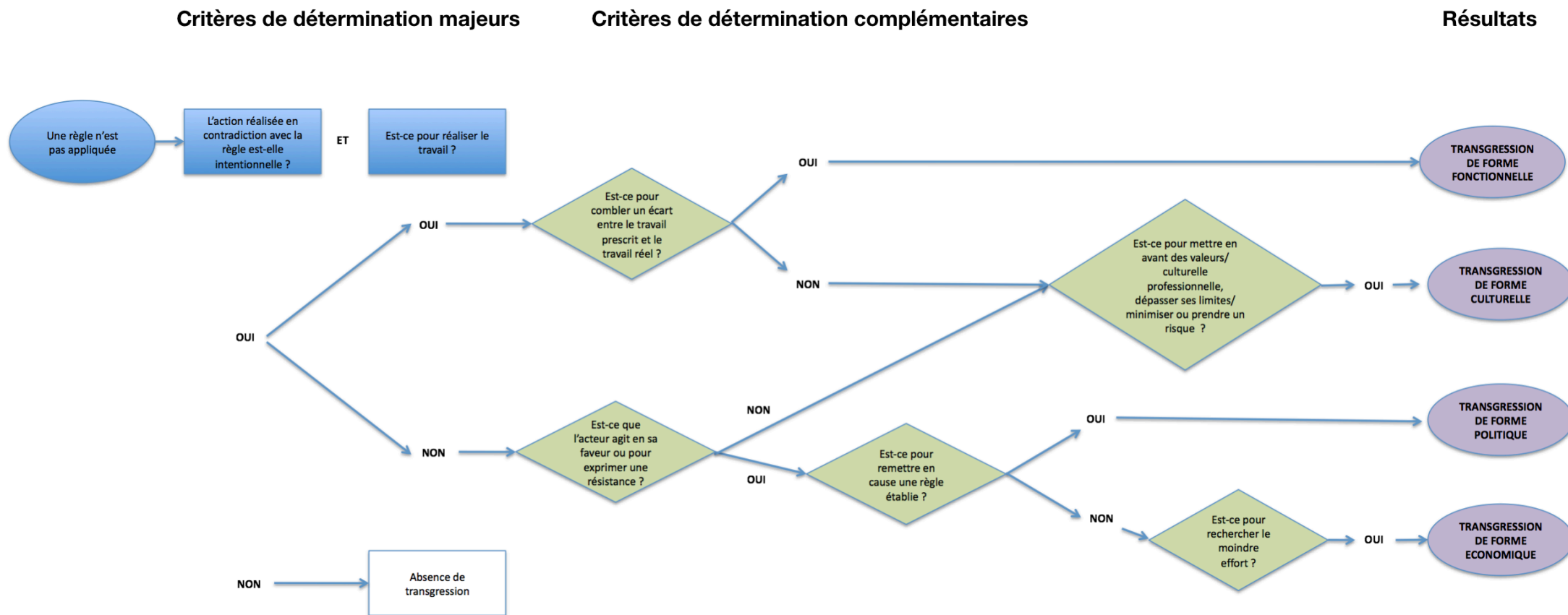


FIGURE 12 : LOGIGRAMME « ARCHITECTURE DES LIENS LOGIQUES ENTRE LES FORMES DE TRANSGRESSION »

6.1.4.4 Validation de la typologie à partir d'exemples tirés des résultats

Le tableau 24 ci-dessous réalisé à partir de d'exemples (82 au total) issus des données collectées permet de valider la typologie présentée. Chaque exemple de comportement transgressif est soumis au logigramme (figure 12) afin de pouvoir interpréter sa signification et *in fine*, proposer une réponse appropriée.

CHAPITRE 5 –

Discussion et mise en perspective des résultats

N°	Exemples de transgression de la règle extrait des résultats	CRITERES DE DETERMINATION MAJEURS		CRITERES DE DETERMINATION COMPLEMENTAIRES					Signification de la transgression	Forme de la transgression
		L'action réalisée est-elle intentionnelle ?	Est-ce pour réaliser le travail ?	Est-ce pour combler un écart entre travail prescrit et travail réel ?	Est-ce que l'acteur agit en sa faveur ou pour exprimer une résistance ?	Est-ce pour remettre en cause une règle établie ?	Est-ce que l'acteur recherche le moindre effort ?	Est-ce pour mettre en avant des valeurs/culture pro, dépasser ses limites/prendre un risque ?		
1	« On adapte (la règle). Par exemple, pour la chirurgie de la main, on sait que ça ne s'infecte pas » (chirurgien orthopédique)	OUI	OUI	OUI					Adaptation de la règle au travail réel	FONCTIONNELLE
2	« La check-list n'est pas adaptée à toutes les opérations chirurgicales, notamment les petites opérations, par exemple pour la main, cette check-list est difficilement applicable » (chirurgien orthopédique)	OUI	OUI	OUI					Adaptation de la règle au travail réel	FONCTIONNELLE
3	« Pour les urgences, les plaies, c'est assez évident donc même s'il faudrait faire la check-list je ne la fait pas » (chirurgien orthopédique)	OUI	OUI	OUI					Adaptation de la règle au travail réel	FONCTIONNELLE
4	« C'est bien de faire des règles pour tout le monde qu'il faut appliquer, mais si on fait de la chirurgie prothétique c'est sur que c'est pas pareil que si on fait de la chirurgie de la main, on va pas se préparer pareil » (chirurgien orthopédique)	OUI	OUI	OUI					Adaptation de la règle au travail réel	FONCTIONNELLE
5	« Ça n'améliore pas la sécurité parce que d'une certaine façon peut être que ça peut l'améliorer mais ça l'améliore pas totalement parce que la check-list elle est mal faite » (urologue)	OUI	NON		OUI	OUI			Remise en cause de la règle	POLITIQUE
6	« Tu sens les choses, y'a la théorie et puis y'a la vrai vie et la vrai vie c'est le terrain. En théorie, c'est le standard, quand tout se passe bien, mais quand c'est pas le cas il faut savoir improviser » (Chirurgien viscéral)	OUI	OUI	OUI					Adaptation de la règle au travail réel	FONCTIONNELLE
7	« Passer des heures dans un bureau le cul sur une chaise et à la fin te dire on en reparle la prochaine fois. Dans cet établissement on a fait des tonnes de réunions qui servent à rien » (chirurgien viscéral)	OUI	NON	NON	OUI	OUI			Remise en cause de la règle	POLITIQUE
9	« La check-list, par exemple ça prend du temps et ça sert à rien, les erreurs de côté, ça doit représenter deux cas par an max » (anesthésiste)	OUI	NON	NON	OUI	OUI			Remise en cause de la règle	POLITIQUE
10	« Tu vois cette opération si tu vas sur le site de la HAS il faut 4 heures. Moi j'ai torché ça en 3/4 d'heure! » (chirurgien viscéral)	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	Dépassement des limites	CULTURELLE
11	L'anesthésiste ne fait pas de demande de sang à l'EFS car il y a au moins 7 ou 8 documents à remplir (IDE)	OUI	NON	NON	NON	NON	OUI		recherche gain de temps	ECONOMIQUE

TABLEAU 24 : VALIDATION DE LA TYPOLOGIE A PARTIR D'EXEMPLES TIRES DES RESULTATS

Après avoir présenté le logigramme de présentation des liens logiques entre chaque transgression, élaboré à l'aide de la typologie, des réponses types adaptées à chaque forme de transgression identifiée permettant de répondre aux acteurs de manière adaptée sont présentées dans la partie suivante.

6.1.5 Suggestions de réponses adaptées à chaque forme de transgression

S'il existe plusieurs formes de transgression au sein des organisations, alors comment agir face à ce phénomène ? Cette question peut être posée d'une autre façon : que doit faire le gestionnaire face à notre constat théorique ? Quel intérêt peuvent avoir nos spéculations théoriques pour un manager ? Manager la transgression semble être une mission délicate. Il est question de pratiques incontrôlables tantôt cachées, tantôt exhibées par les acteurs. Il convient donc, tout d'abord, de savoir discerner leur signification afin d'être capable d'y répondre pour en orienter leurs effets.

6.1.5.1 Signifier à l'acteur qu'il est compris que la transgression vise à contribuer à la réalisation de la mission confiée face à la transgression de forme fonctionnelle

La forme de transgression fonctionnelle permet à l'acteur de signifier que la règle établie n'est pas adaptée à l'activité à réaliser. Elle est auto-adressée à sa conscience professionnelle qui agit comme une instance de jugement intérieur lui permettant ainsi de mener à bien son travail tout en restant fidèle aux règles du métier. Dans ce cas, répondre à l'acteur par la sanction pourrait avoir des effets négatifs. En la matière, il est suggéré de répondre à l'acteur en adoptant une démarche de correction de la transgression « en douceur ». En effet, le gestionnaire peut répondre en proposant d'adapter les règles dépassées qui ne correspondent plus aux besoins de l'activité ou en supprimant celles qui ne sont pas suivies (Vacher, 2013). En impliquant les acteurs de terrain dans l'élaboration et la mise en place de nouvelles règles, ce type de réponse permet de montrer que la problématique et les intentions de l'acteur ont été comprises, sans pour autant abaisser le niveau de sécurité. Réalisée à un niveau local, cette démarche permet ainsi une « autorégulation » (Hale et Borys, 2012b). En retour, le gestionnaire peut espérer une implication plus active des acteurs qui auront participé à la construction de la règle. La mise en place de ces démarches a montré son intérêt et est utilisée dans d'autres domaines d'activité à risques pour la conception des systèmes sûrs (Fadier et La Garza, 2006).

Le bloc opératoire est un milieu particulièrement instable au sein duquel les acteurs peuvent être confrontés à de multiples imprévus (état de santé du patient, modification du programme opératoire, défaillances techniques...). Leur participation permet d'élaborer des règles adaptées aux situations de travail concrètes rencontrées. Il ne s'agit plus d'appliquer des règles standardisées mais des règles « malléables ». Cette réélaboration des règles réalisée conjointement avec les acteurs apparaît comme une réponse adaptée afin de développer le travail collectif. Prenons l'exemple suivant : le chirurgien X ne réalise pas la check-list sécurité du patient pour les opérations de la main (items non adaptés, connaissance des patients). Cette transgression lui permet d'adapter la règle à sa spécialité afin de travailler selon ses règles de métier. Il signifie ainsi à sa conscience professionnelle qu'il reste fidèle à ses valeurs tout en menant à bien la tâche à réaliser. Afin de répondre à l'acteur, il est suggéré de lui proposer de travailler sur une check-list qui soit adaptée à sa spécialité chirurgicale de façon à ne pas prendre de risque pour le patient.

6.1.5.2 Accompagner les acteurs dans le changement face à la transgression de forme culturelle

La transgression culturelle signifie que l'acteur cherche à être conforme à sa culture professionnelle et à ses valeurs. Elle est donc conditionnée par l'existence d'une culture professionnelle forte et s'adresse aux pairs de l'acteur pour leur témoigner une appartenance à une même communauté. Face à cette forme de transgression, répondre par la sanction ne paraît pas pertinent car elle serait incomprise de l'acteur et la correction de la règle serait inefficace pour la réalisation du travail. La réponse que suggère cette forme de transgression serait de « déconstruire » la culture professionnelle de l'acteur, ce qui semble, *a priori*, impossible. Dès lors, face à l'évolution de la structure de l'hôpital, il convient de répondre aux acteurs en les accompagnant vers un changement culturel, afin de faire évoluer leurs comportements.

La conduite du changement culturel est devenue l'une des préoccupations fondamentales des hôpitaux ces dernières années (Koeck, 1998 ; Moss et *al.*, 1998 ; Mannion et Davies, 2018). La volonté de faire évoluer la culture fait suite aux résultats de plusieurs études accusant la culture des professionnels de santé comme étant à l'origine de scandales (Kennedy, 2001 ; Francis, 2013). Le changement de culture permettrait en outre, d'améliorer la performance et les résultats de l'hôpital (Wagner et *al.*, 2014 ; Curry et *al.*, 2018). T. Scott et *al.*, (2003) rappellent que la culture qui met l'accent sur l'appartenance à un groupe, le travail d'équipe et la

coordination a été associée à une meilleure mise en œuvre de pratiques d'amélioration continue de la qualité (Shortell et *al.*, 1995) et à une amélioration de l'état de santé fonctionnel chez les patients atteints de pontage coronarien (Shortell et *al.*, 2000). J. Braithwaite et *al.*, (2017) ont ainsi montré « *a consistently positive association held between culture and outcomes across multiple studies, settings and countries* ».

P. Bate (1999) distingue trois dimensions clés à prendre en considération afin de mener à bien le changement de culture. La dimension structurelle : une stratégie de changement de culture doit tenir compte de la nature de la culture à faire évoluer. La dimension du processus : savoir profiter d'un élan vertueux pour accompagner l'organisation vers une destination souhaitée ou attendre un moment plus propice pour agir. La dimension contextuelle : implique de mesurer l'écart entre la culture que l'on souhaite faire évoluer et la culture utilisée afin d'éviter une dissonance trop importante entre les cultures. T. Scott et *al.*, (2003) ajoutent qu'il convient également de ne pas sous-estimer les résistances au changement. Les principales sources d'inertie et de résistances organisationnelles incluent notamment les réactions négatives et/ ou imprévisibles d'un groupement d'individus, les influences externes tels que les organismes de formation qui façonnent la culture et inculquent les valeurs aux futurs professionnels, un leadership inadéquate et enfin, la diversité culturelle. En effet, les hôpitaux constituent des « *mosaïques culturelles* » composés de sous-groupes multiples (Russel et Mannion, 2018). Il convient donc d'anticiper les impacts du changement de culture sur chacun de ces sous-groupes (médecins, infirmiers, gestionnaires...).

Bien que le changement de culture au sein des hôpitaux s'avère être une réponse nécessaire et appropriée face à la transgression culturelle, il constitue un processus complexe et incertain à plusieurs niveaux, comprenant toute une gamme de stratégies qui doit être déployée sur plusieurs années.

6.1.5.3 Entrer en négociation avec l'acteur face à la transgression de forme politique

La transgression de forme politique est adressée à l'instance prescriptrice des règles afin de signifier une opposition au système de règles en place. De cette façon, l'acteur cherche à conserver ses espaces de liberté qu'il craint de voir diminuer ou disparaître.

Face à cette forme de transgression, plusieurs réponses peuvent être suggérées : sanctionner l'acteur avec le risque d'envenimer la situation (escalade des transgressions) ou corriger en

entamant une négociation avec l'acteur dans le but de trouver un compromis. Entrer en négociation avec l'acteur sous-entend élaborer une stratégie. Le gestionnaire peut répondre à l'acteur en proposant par exemple, d'échanger afin d'évoquer les différents points de blocages et/ ou d'identifier les incompréhensions. « *Négocier un sujet, c'est au contraire laisser une marge de liberté pour fixer ce même cadre et permettre que le changement soit essentiellement induit par le résultat d'une concertation* » (Minvielle et Contandriopoulos, 2004, p. 46). Enfin, le gestionnaire peut également répondre à l'acteur en adaptant la règle à la situation. Il s'agit, par exemple, de co-construire de nouvelles règles qui seront reconnues par les acteurs et donc appliquées. Prenons l'exemple suivant : un chirurgien a diminué peu à peu son activité sans en informer l'établissement afin de la développer dans un établissement concurrent emmenant avec lui sa patientèle pour faire suite à une modification des plages de vacations opératoires par la direction qui ne lui convenaient pas. L'acteur s'adresse ainsi à la direction de l'établissement pour lui signifier son opposition à la nouvelle règle mise en place pour réorganiser le temps opératoire. La réponse suggérée est d'engager une négociation avec l'acteur afin de trouver un compromis, permettant aux deux parties de continuer à collaborer ensemble.

6.1.5.4 Contraindre l'acteur grâce à une sanction dissuasive face à la transgression de forme économique

La forme de transgression économique signifie que l'acteur cherche à maximiser son intérêt et minimiser ses efforts. Il réalise un calcul « bénéfice/ sanction » et n'agit que si le bénéfice est supérieur à la sanction qu'il encourt. De ce fait, la transgression est auto-adressée à l'instance de plaisir de l'acteur.

Pour répondre à l'acteur, les sanctions disciplinaires telles que l'avertissement, la mise en demeure ou encore le licenciement appliquées aux salariés ne sont pas pertinentes dans la mesure où les chirurgiens exercent en libéral au sein de l'établissement. Il n'existe pas de lien hiérarchique avec la Direction. Il est donc suggéré de répondre par un acte de parole en renforçant les contrôles et en recherchant une sanction qui soit plus coûteuse que le bénéfice recherché afin de dissuader l'acteur de transgresser la règle. Cette réponse permet d'éviter une démotivation des autres acteurs qui respectent les règles. Prenons l'exemple suivant : Les infirmières continuent de donner les traitements aux patients bien que le chirurgien X ne trace jamais ses prescriptions médicales sur le logiciel dédié. Cette transgression est adressée à son instance de plaisir qu'il satisfait en gagnant du temps pour se consacrer à d'autres activités qu'il

considère plus intéressantes. Il est suggéré de répondre au chirurgien en demandant par exemple, aux infirmières de ne plus donner les traitements aux malades tant que la prescription n'est pas rédigée (sauf cas exceptionnel). Cette organisation a certes pour conséquence de ralentir les soins dans un premier temps, mais cette « sanction » permet *in fine* de contraindre le chirurgien à prescrire par écrit. Le tableau 25 synthétise les différentes réponses proposées pour agir sur la transgression en fonction de sa signification.

CHAPITRE 5 –

Discussion et mise en perspective des résultats

SIGNIFICATION DE L'ACTE TRANSGRESSIF	ADRESSE A...	FORME DE LA TRANSGRESSION	FORME DE DIALOGUE ENGAGE PAR L'ACTEUR	PROPOSITION DE REPONSE MANAGERIALE ADAPTEE
Pour mener à bien une tâche dans le respect des règles du métier car il existe un écart entre le travail prescrit et le travail réel.	La conscience professionnelle de l'acteur (respect des règles de métier)	FONCTIONNELLE	AUTO-ADRESSEE (À la conscience professionnelle de l'acteur, instance de jugement intérieur)	SIGNIFIER à l'acteur qu'il est compris que la transgression vise à contribuer à la réalisation de la mission qui lui a été confiée. Entrer dans un échange avec les acteurs concernés sur les justifications présentes de la règle et la transformer ou la supprimer si besoin. Impliquer et soutenir les acteurs dans l'élaboration et la mise en place de nouvelles règles.
Pour valoriser une culture professionnelle et des valeurs et affronter des conditions de travail contraignantes et difficiles, montrer qu'on est capable de dépasser les limites établies. Il s'agit d'une nécessité psychologique pour l'acteur afin de continuer à travailler (construction de stratégies collectives de défense et d'une idéologie défensive de métier pour se protéger émotionnellement et mettre en avant ses valeurs). Issue des pratiques et techniques de travail transmises par les pairs au cours de l'apprentissage du métier.	Aux pairs de l'acteur, à sa communauté professionnelle	CULTURELLE	HEROÏQUE	ACCOMPAGNER les acteurs dans le changement culturel. L'écart générationnel entre les médecins identifié dans les résultats est révélateur de l'évolution de la structure de l'hôpital de bureaucratie professionnelle en bureaucratie mécaniste.
Pour marquer une opposition avec la règle en vigueur et conserver un espace de liberté.	La Direction/ la hiérarchie, à l'organisation	POLITIQUE	ANTAGONISTE	ENTRER EN NEGOCIATION avec l'acteur. Mise en place d'une tactique / une stratégie pour contraindre l'acteur à respecter la règle car la transgression est le résultat d'une opposition (par exemple co-construire de nouvelles règles) ou pour

CHAPITRE 5 –

Discussion et mise en perspective des résultats

				trouver un compromis, un accord, toujours révisable.
Pour rechercher le moindre effort. Logique opportuniste qui consiste à agir par intérêt.	L'instance de plaisir de l'acteur (forme de retrait du travail, recherche de plaisir)	ECONOMIQUE	AUTO-ADRESSEE (À l'instance de plaisir de l'acteur)	CONTRAINdre (risque encouru/ sanction > bénéfique), car la transgression est le résultat d'une négligence. Réaliser des contrôles réguliers afin de contraindre l'acteur à respecter les règles et éviter la démotivation des autres acteurs ainsi que la naissance d'un sentiment d'impunité.

TABLEAU 25 : SUGGESTION DE REPONSES ADAPTEES A CHAQUE FORME DE TRANSGRESSION

6.2 Apports, limites et prolongement de la recherche

A l'issue de cette thèse il est légitime de s'interroger sur les éléments qui démarquent ce travail des recherches précédentes sur la transgression de la règle dans les organisations de travail. Compte tenu de l'objet de recherche étudié, du cadre théorique retenu et de la démarche adoptée, quels sont finalement les principaux apports de la thèse ? Dans cette partie, les apports théoriques et managériaux essentiels de ce travail sont présentés. Puis, les limites de la thèse et les perspectives de recherche en découlant font l'objet d'une dernière sous-partie.

6.2.1 Apports de la recherche

Quelle soit reconnue et vecteur d'innovations (ou à minima d'améliorations) ou bien condamnée, la transgression des règles au sein des organisations n'est pas récente. F. Taylor (1902) a créé l'organisation scientifique du travail (OST) afin de lutter contre la « flânerie » des ouvriers qui s'octroyaient des marges de liberté entre deux tâches. D'après la revue de la littérature, la transgression est fréquente au sein des organisations. Au bloc opératoire, malgré le foisonnement de règles (de sécurité, de traçabilité, d'hygiène, de fonctionnement...) du fait de son activité à risque, il a été démontré que les actes de transgression sont répandus et quotidiens. Le métier de chirurgien repose sur un recours constant à la transgression en raison de leur culture professionnelle et de leurs pratiques qui sont par essence transgressives (s'introduire dans un corps humain).

La thèse avait pour ambition d'analyser la signification des actes transgressifs afin de permettre aux gestionnaires d'adapter leurs modes d'actions et ainsi de pouvoir y répondre. Au début de ce travail de recherche, l'hypothèse selon laquelle la transgression signifie quelque chose à quelqu'un a été posée. A l'issue des résultats, quatre formes de transgression réalisées par les acteurs ont été présentées en une typologie. Les transgressions peuvent prendre une forme politique, économique, culturelle, ou fonctionnelle signifiant la volonté respectivement de conserver ou d'étendre un espace de liberté, de favoriser des intérêts personnels, de valoriser une culture professionnelle ou encore, de mener à bien une tâche.

Les résultats obtenus permettent de valider partiellement l'hypothèse de départ. En effet, si la transgression de forme culturelle, adressée aux pairs de l'acteur, et la transgression de forme

politique, adressée à la hiérarchie ou à l'organisation prescriptrice des règles pour exprimer un désaccord, permettent toutes deux d'échanger avec d'autres acteurs, les transgressions de forme fonctionnelle et économique s'apparentent, quant à elles, davantage à des dialogues intimes adressés à soi-même, qualifiés d'« auto-adressés ». La transgression fonctionnelle permet d'engager un dialogue intérieur entre l'acteur et sa conscience professionnelle afin de le guider dans la réalisation d'une tâche lorsqu'il existe un écart entre le travail prescrit et la déontologie ou les préoccupations professionnelles de l'acteur. Selon le même principe, la transgression économique lui permet de satisfaire son instance de plaisir en réalisant un calcul positif « bénéfice / risque » si le gain de la transgression est plus élevé que le coût de la sanction encourue.

Ainsi, les comportements transgressifs peuvent être appréhendés comme des phénomènes « dialogiques », au sens conversationnel du terme : ils sont des actes adressés qui permettent aux acteurs de signifier quelque chose et d'échanger avec autrui ou avec soi-même. Ils appellent ainsi à des réponses variées et adaptées aux différentes formes de dialogue. Plusieurs significations ont ainsi été données à des comportements qui méritent d'être différenciés. La typologie créée permet de dégager plusieurs apports sur les plans théorique et managérial.

D'une part, la transgression représente une des formes de discours qui constituent les organisations (Hazen, 1993). D'autre part, il est suggéré que la transgression n'est pas uniquement réalisée pour mener à bien une tâche (vision de la transgression défendue par exemple par C. Dejours) mais également pour des raisons économique, politique et culturelle. La transgression est donc multiforme. Face à ces quatre formes de transgression, quatre réponses adaptées ont été proposées.

6.2.1.1 Apports théoriques

a) Apport à l'« organizational theory »

La thèse conforte une conception de l'organisation selon laquelle elle est un ensemble de discours en ajoutant aux théorisations actuelles deux éléments nouveaux. En premier lieu, les discours peuvent être transgressifs. Deuxièmement, les discours peuvent être auto-adressés. Cette particularité n'a, à notre connaissance, jamais été soulignée.

Il est suggéré d’appréhender la transgression de la règle comme une des formes de discours qui constituent les organisations. En effet, d’après M. A. Hazen (1993) les organisations sont « polyphoniques » car elles sont construites par une variété de discours qui se juxtaposent et se concurrencent. La notion de polyphonie permet de concevoir les organisations comme des espaces dialogiques où s’expriment et circulent de multiples voix, dont la transgression fait partie. Les organisations forment ainsi un « vaste théâtre » d’improvisation au sein duquel chacun joue sa partition ou une tour de Babel (Kornberger et *al.*, 2006). Elles peuvent être vues comme un réseau complexe d’activités de création de significations entre groupes et individus dont les compréhensions se croisent, s’affrontent et interfèrent les unes avec les autres. L’enjeu pour le manager est de gérer cette polyphonie (Belova et *al.*, 2008).

Pour ce faire, M. Kornberger et *al.*, (2006) proposent au manager de se placer en position de « traducteur ». Le travail de traduction est nécessaire pour comprendre les organisations et donc les transgressions qui en font parties. « *Organizations need to translate internally as well as externally in order to make sense of messy polyphonic situations* » (*Ibid.*, p. 7). La traduction est une forme de médiation entre des langages différents et contradictoires. Parmi les différentes formes de discours, la distinction des significations des transgressions est primordiale pour le manager qui souhaite y répondre au mieux.

b) Apport conceptuel à la notion de travail

L’étude des règles en situation de travail n’a eu de cesse de montrer que les travailleurs ne font pas exactement ce qu’il est prescrit de faire. De nombreuses enquêtes ont mis en lumière les écarts entre ce qui a été appelé le travail « prescrit » et le travail « réel ». Selon la théorie ergonomique, les écarts à la règle sont nécessaires afin de mener à bien le travail. D’après C. Dejourné, la prescription sous-estime ou néglige la variabilité de la situation. Travailler c’est bien plus que respecter les règles. J.-D. Reynaud a montré que les règles s’inventent dans les ateliers, chez les opérateurs, à travers un processus de régulation autonome, afin de former, avec la régulation de contrôle, le processus de régulation conjointe. Les compétences des acteurs, le recours à leur intelligence « rusée » en situation de travail ont ainsi fait l’objet de nombreuses recherches œuvrant pour leur reconnaissance. Les auteurs en ergonomie n’ont cessé de montrer que, désignées comme le moteur du fonctionnement de l’organisation, les transgressions ne devaient pas être sanctionnées mais tolérées. A l’inverse, d’autres auteurs tels que G. Koenig et *al.*, (2016) se sont attachés à montrer qu’un strict respect de la règle était non

seulement possible, mais également impératif dans certaines circonstances. Les auteurs (*ibid.*) soutiennent l'idée que la transgression n'est pas nécessaire lorsque les règles sont clairement énoncées et ne permettent pas d'interprétation (règles élémentaires contrairement aux règles dites « complexes »).

Les résultats de la thèse invitent ainsi à sortir du débat manichéen selon lequel la transgression doit être sanctionnée car la règle doit toujours être respectée, ou acceptée car elle permet de mener à bien le travail. Il est suggéré que la transgression des règles au sein des organisations est, certes réalisée pour permettre de mener à bien le travail, mais également pour des raisons d'ordre culturel (afin de respecter les valeurs d'une communauté, une culture professionnelle commune), d'ordre politique (afin de témoigner une opposition à la règle), ou encore d'ordre économique (afin d'agir dans un intérêt personnel). La typologie proposée révèle l'existence d'une transgression multiforme, d'où l'importance pour le manager de saisir les significations de chaque comportement transgressif, afin d'agir en conséquence.

Si les contributions théoriques de ce travail de recherche sont plurielles, il en va de même pour les résultats managériaux de la thèse qui sont examinés dans la suite de notre propos.

6.2.1.2 Apports managériaux : *quelles réponses face à la transgression ?*

L'analyse des comportements transgressifs permet de contribuer à la réflexion sur les mesures à mettre en œuvre au sein des hôpitaux pour accompagner les gestionnaires. Notre recherche montre la nécessité de savoir discerner les différentes formes de transgression présentes au sein des organisations.

Des principaux résultats sur le plan managérial découlent des propositions concrètes qui ont été formulées afin de répondre à chaque forme de transgression. Quatre réponses adaptées à chacune des formes de transgression ont ainsi été proposées :

- lorsque l'acteur transgresse la règle après avoir questionné sa conscience professionnelle afin de le guider dans la réalisation d'une tâche celui-ci signifie qu'il existe un écart entre le travail prescrit et la déontologie ou les préoccupations professionnelles. Il convient au gestionnaire de **signifier à l'acteur qu'il a compris que la transgression vise à contribuer à la réalisation de la mission** qui lui a été confiée, entrer dans un échange avec l'acteur sur les justifications présentes de la règle et les évolutions envisageables, réécrire éventuellement les règles ;

- lorsque l'acteur transgresse la règle afin de signifier qu'il fait partie de la même communauté que ses pairs, il convient au gestionnaire de **l'accompagner dans le changement de ses pratiques** ;
- lorsque l'acteur transgresse la règle pour signifier qu'il remet en cause le système de règle mis en place, il convient **d'entrer en négociation avec ce dernier afin de trouver un accord** qui convienne à chaque partie, éliminer les points de blocages, comprendre ses oppositions ;
- lorsque l'acteur transgresse la règle pour satisfaire son instance de plaisir après la réalisation d'un calcul bénéfice/ risque, il convient de **contraindre l'acteur en recherchant une sanction qui soit plus coûteuse que le bénéfice visé.**

Exceptée la dernière, toutes les réponses proposées tentent autant que possible d'éviter la sanction qui pourrait avoir des effets contre-productifs sur le comportement de l'acteur.

Comme pour tout travail de thèse, certaines limites permettant d'envisager des axes de recherches futurs peuvent être relevées.

6.2.2 Limites de la recherche

Une première limite de la thèse réside dans le caractère singulier du cas étudié. Il a été présenté comme un « *cas exemplaire* » (Giroux, 2003). Nous avons bien conscience du biais de notre recherche et que nos résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble de l'hôpital, ni même à d'autres blocs opératoires.

Afin de valider la pertinence de nos résultats, il serait intéressant d'étudier la transgression des règles par les chirurgiens au sein d'autres établissements de santé privés ou des hôpitaux publics qui sont confrontés à des problématiques similaires, ou en fonction de la spécialité exercées par les chirurgiens. Il conviendrait également d'inclure des femmes qui ne sont pas représentées dans notre étude.

Notre choix s'est porté sur le métier de chirurgien parce que précisément il paraissait cristalliser à lui seul la plupart des difficultés posées par la règle. Ce travail pourrait également être étendu à d'autres métiers qui ne relèvent pas du domaine de la santé (acteurs hautement qualifiés, exerçant dans un milieu confiné...) afin d'en appréhender les spécificités éventuelles.

Sur le plan méthodologique, une seconde limite apparaît. Il s'agit du nombre relativement faible de chirurgiens de moins de 40 ans interrogés. L'échantillon a permis de suggérer qu'il existait une différence de comportements par rapport à la règle entre les générations de médecins. La recherche pourrait être prolongée en étudiant plus en profondeur les comportements transgressifs des jeunes médecins par rapport aux médecins plus âgés afin de confirmer l'évolution de structure de l'hôpital passé d'une bureaucratie professionnelle à une bureaucratie plus mécaniste.

Enfin, la troisième limite réside dans le fait que les différences de niveaux, d'intensité ou de fréquence de transgression entre les trois règles sur lesquelles ont été focalisées les observations systématiques n'ont pas été mise en évidence. Il s'agissait des règles de fonctionnement, de traçabilité et d'hygiène. Les observations systématiques ont permis de montrer que les règles de traçabilité telles que la réalisation du *time out* et la présence de l'ensemble des acteurs au moment du remplissage de la check-list étaient à chaque fois transgressées. A l'inverse, la transgression de la règle de fonctionnement était plus difficile à observer. En effet, les retards sur le planning opératoire n'étaient pas réalisés volontairement, mais relevaient d'aléas subis par les acteurs. Enfin, la transgression des règles d'hygiène au bloc opératoire a également été observée pour l'ensemble des acteurs (personnels et chirurgiens).

6.2.3 Prolongements envisageables

Pour finir, afin de pouvoir trianguler les données et enrichir le design de recherche en aval, le recours à une étude quantitative pourrait être envisagé en complément de l'enquête qualitative réalisée. Notre recherche s'est concentrée exclusivement sur les significations des comportements transgressifs. Il n'a donc pas été nécessaire de dénombrer les transgressions. Notre enquête pourrait être prolongée par la construction d'indicateurs afin de pouvoir quantifier les transgressions identifiées, soit en fonction du type de règle transgressée, de la spécialité exercée ou encore de l'âge ou du sexe du chirurgien, par exemple. La connaissance de l'âge des chirurgiens permettrait de pouvoir confirmer l'évolution des comportements entre les jeunes générations de médecins et les générations plus anciennes. Pour ce faire, un questionnaire pourrait être adressé à des chirurgiens exerçant dans le secteur privé et/ ou public afin de constituer un échantillon représentatif de la population globale. Le questionnaire est l'outil quantitatif le plus utilisé en sciences humaines et sociales car il permet d'obtenir un

nombre de données important sur un large échantillon (Baumard et *al.*, 2007). Compte tenu du sujet de recherche, la qualité du questionnaire est capitale pour la qualité du processus dans son ensemble (Gavard-Perret et *al.*, 2008, p. 112). La formulation des questions ainsi que leur organisation sont sensibles à plusieurs biais qui peuvent dégrader la qualité et donc les résultats du questionnaire. Les questions pourraient être rédigées sous la forme de « mises en situation » pour savoir comment le répondant réagirait dans telle ou telle situation face à la possibilité de transgresser telle règle et pour quelles raisons. Un exemple de question ouverte posée pourrait être le suivant : *Une fois entrée en salle d'opération, quelles sont les principales actions indispensables que vous réalisez avant toute opération et pourquoi ?* et un exemple de question fermée : *Lors du temps de pause avant anesthésie de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire », vous réalisez systématiquement une vérification croisée avec les autres membres de l'équipe du risque de saignement important et des mesures adéquates prises ?* Afin de s'assurer de la fiabilité de leurs réponses, il conviendrait d'interroger les chirurgiens en face à face et leur demander de répondre sans prendre le temps de réfléchir (questionnaire en administration assistée). Il s'agit d'un procédé de diffusion du questionnaire coûteux en termes de temps mais nécessaire afin d'éviter le biais d'une réponse « conventionnelle ». Ce procédé permet également au chercheur de pouvoir clarifier les éventuelles incompréhensions des acteurs face aux questions. Enfin, à l'inverse du questionnaire autoadministré, c'est également un moyen de garantir l'échantillon en contrôlant qui répond effectivement au questionnaire (Baumard et *al.*, 2014). Le design de cette enquête pourrait être élaboré comme suit :

- *stratégie de recherche* : enquête par questionnaire (pour tester des relations causales et des contingences). Constitution de l'échantillon par choix raisonné (ne nécessite pas de base de sondage) ;
- *qui interroger ?* : focalisation sur des professionnels hautement diplômés et conscients de détenir un pouvoir : les chirurgiens (secteur public ou privé ?) ;
- *sur quoi interroger ?* : questionnement sous forme de « mise en situation » pour appréhender leurs pratiques et leur comportement par rapport à chaque type de règle,
- *recueil des données* : administration d'un questionnaire en face à face (rédaction des réponses des acteurs par le chercheur) ;
- *méthode d'analyse* : Analyses quantitatives multivariées.

Ce protocole de recherche reste à préciser mais permet de proposer les grands traits d'une future recherche quantitative.

CONCLUSION

Dans un contexte de rationalisation des soins et de concurrence exacerbée entre les hôpitaux au sein desquels les technologies et les pratiques évoluent, les patients sont de plus en plus informés et les professionnels de santé soumis à toujours plus de règles et de contrôle de la part des instances, la sécurité et la qualité représentant des dimensions stratégiques. L’aptitude à comprendre les comportements de non-respect des règles – qualifiés de *transgressifs* – de la part de professionnels hautement diplômés et conscients de détenir un pouvoir, tels que les chirurgiens, est essentielle pour les gestionnaires d’hôpital afin de savoir comment agir au mieux.

Ce raisonnement a guidé la formulation de la problématique de cette thèse de la façon suivante :

Quelle(s) signification(s) est-il possible de donner aux actes transgressifs en milieu de travail, afin de permettre aux gestionnaires de pouvoir y répondre de manière adaptée ?

Ce travail de recherche a donc amené à placer la transgression au cœur du fonctionnement des organisations. Résumons à grands traits le cheminement qui a été suivi.

Après avoir travaillé quelques années à la Direction des Ressources Humaines d’un hôpital privé et réalisé un master de management des établissements de santé, cette thèse est partie du constat suivant : malgré les règles et les contrôles mis en place par l’État au sein des hôpitaux, le nombre d’évènements indésirables graves ayant un impact sur la santé des patients et un coût pour l’organisation, demeure élevé. Une partie de ces EIG s’explique par la transgression des règles par les professionnels de santé. La manière d’agir face aux comportements transgressifs en milieu de travail a donc été questionnée.

Cette étude a débuté par une revue de la littérature sur les diverses recherches concernant les pratiques transgressives en entreprise. L’examen de la littérature a montré que la transgression est un phénomène fréquent au sein des organisations. Afin d’agir sur les comportements transgressifs, les auteurs proposent deux réponses principales : sanctionner la transgression lorsqu’elle est dangereuse pour l’organisation, ou la tolérer lorsqu’elle permet d’optimiser son fonctionnement. Au regard de la revue de la littérature, l’alternative consistant à sanctionner ou à tolérer la transgression est centrée sur l’enjeu du respect de la règle. Or, la transgression apparaît comme un acte signifiant pour son auteur dont il convient de prendre en compte la

signification, afin de pouvoir y répondre de manière adaptée. Cette limite de la connaissance a permis de formuler la question de recherche qui a guidé notre travail.

C'est dans le contexte particulier de la rationalisation des soins au bloc opératoire qu'ont été étudiés les comportements transgressifs de professionnels hautement qualifiés et soumis à de nombreuses règles : les chirurgiens. Leurs actes transgressifs apparaissaient nombreux avec des incidences majeures pour autrui. Notre question de recherche a conduit à solliciter des cadres théoriques multidisciplinaires, allant de l'anthropologie à la sociologie en passant par les sciences de gestion. Il s'agissait de comprendre la façon dont ces professionnels de santé se comportent face à trois types de règle (de fonctionnement, d'hygiène et de traçabilité), comment ils agissent au quotidien au cours de leur activité professionnelle et quelle(s) signification(s) ils donnent à leurs actes.

Les résultats issus de notre recherche ont permis de proposer une typologie composée de quatre transgressions prenant une forme « *dialogique* ». En effet, la transgression est analysée comme un acte signifiant, adressé à autrui, ou à une partie de soi-même, qui appelle à une réponse. La transgression de forme politique permet à l'acteur de signifier à la direction de l'organisation son opposition à la règle afin de conserver ou d'étendre un espace de liberté. La forme économique s'adresse à l'instance de plaisir de l'acteur afin de favoriser ses intérêts personnels. Dans ce cas, on peut ainsi parler de discours « auto-adressé » dans le sens où l'acteur échange avec lui-même. La forme culturelle s'adresse aux pairs de l'acteur afin de valoriser une culture professionnelle et l'appartenance à une même communauté. En retour, les pairs reconnaissent l'acteur au sein de leur collectif. Enfin, la forme fonctionnelle signifie que l'acteur engage un dialogue intérieur avec sa conscience professionnelle afin de mener à bien le travail malgré l'existence d'un écart entre le travail prescrit et le travail réel.

Ainsi, chaque forme de transgression appelle à une réponse spécifique de la part des responsables organisationnels. Une réponse type adaptée à chaque forme de transgression a été proposée. Face à la transgression de forme politique, il est suggéré au manager d'élaborer une stratégie avant d'entrer en négociation avec l'acteur afin, *in fine* de trouver un compromis. La forme économique appelle à formuler une sanction qui soit plus coûteuse que le bénéfice encouru par l'acteur afin de le dissuader de transgresser la règle. La transgression de forme fonctionnelle invite à signifier à l'acteur que l'on a compris qu'elle lui permet de mener à bien sa mission. En ce sens, elle mérite d'être « tolérée » car elle est pertinente pour le fonctionnement de l'organisation si elle ne remet pas en cause le principe de sécurité. En effet,

dans ce cas il convient d'impliquer les acteurs dans une démarche de réélaboration de la règle dépassée afin de l'adapter à la situation de travail. Enfin, les moyens d'actions sont plus délicats à mettre œuvre pour agir face à la forme de transgression culturelle car celle-ci nécessite un renouvellement des générations de médecins afin de faire évoluer les mœurs et les comportements des acteurs de façon à ce qu'ils s'adaptent à la nouvelle structure de l'hôpital. Afin d'engager une conduite du changement des pratiques des professionnels, il est suggéré d'accompagner et d'orienter les acteurs vers une valorisation du respect des règles.

Enfin, les résultats tendent à montrer une évolution des pratiques entre les chirurgiens les plus jeunes et les plus âgés. Ces premiers résultats en la matière, qui méritent d'être investigués plus en profondeur, permettent d'esquisser l'évolution de la structure de l'hôpital passé d'une bureaucratie professionnelle à une bureaucratie plus mécaniste.

Bien que les pratiques des chirurgiens aient considérablement évolué depuis l'œuvre de Léon Daudet (*Les Morticoles*, 1894) au sein de laquelle il décrivait de manière caricaturale leurs pratiques transgressives, il n'en demeure pas moins que la culture chirurgicale continue d'autoriser, à travers l'ouverture des corps, voire de valoriser la transgression, comme une norme de référence au sein de la communauté médicale. Face à ce constat, notre propos invite à sortir du débat manichéen selon lequel la transgression doit nécessairement être sanctionnée car la règle doit toujours être respectée, ou acceptée car elle permet de mener à bien le travail. Il est suggéré d'appréhender les comportements transgressifs comme une forme de langage, au sens conversationnel du terme. Ils sont des actes adressés qui permettent aux acteurs de signifier quelque chose et d'échanger avec autrui ou avec soi-même. Cette nouvelle acception invite à appréhender le phénomène de transgression de manière apaisée et différenciée en fonction de sa signification.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- Abramovici, M., Rouquet, A., Suquet, J.-B., 2014. Les comportements déviants des clients dans la réclamation : une typologie des stratégies organisationnelles. 13th International Research Conference in Service Management, Mai 2014, Lalonde, France.
- Abrahamson K.A, Fox R.L, Doebbeling B.N. 2012. Facilitators and barriers to clinical practice guideline use among nurses. *Am J Nurs* 2012 ; n°112, p. 26–35.
- Adegboye, A.A., Roy, P.K., Emeka C., 1997. Glove utilization and reasons for poor compliance by health care workers in a Nigerian teaching hospital *Tropical Doctor*, n°27, p. 93-97.
- Agar, M., 1996. *The professional stranger: An informal introduction to ethnography*, San Diego, Academic Press.
- Ajzen I. 1991. Theory of Planned Behavior *Org Behav Hum Dec Proc* , 1991, vol. 50, p. 179-211.
- Alain, M., Pruvost, G., 2011. Police : une socialisation professionnelle par étapes. *Déviance et Société*, 3/2011, Vol. 35, p. 267-280.
- Allard-Poesi, F. 2003. « Sens collectif et construction collective de sens », dans Vidaillet, B. (éditeur) *Le sens de l'action. Karl E.Weick: sociopsychologie de l'organisation*, Paris : Vuibert, 2003, p.91-114.
- Allard-Poesi, F., Maréchal, C.-G. 2003. « Construction de l'objet de la recherche », dans Thiétart, R. A. (éditeur) *Méthodes de recherche en management*. Paris : Dunod.
- Allard-Poesi, F. 2005. « The Paradox of Sensemaking in Organization Analysis », *Organization*, 2005, Vol. 12, No. 2, pp.169-196.
- Allard-Poesi, F., Perret, V. 2005. « Rôles et conflits de rôles du responsable projet », *Revue Française de Gestion*, 2005, Vol. 154, pp.193-209.
- Allard-Poesi, F. 2015. *Des méthodes qualitatives dans la recherche en management : Voies principales, tournants et chemins de traverses*. Moriceau, J.L., Soparnot, R. *Pratiques des méthodes qualitatives*, EMS.
- Alper, S.J. Holden, R.J. Scanlon, M.C Patel. N., Kaushal R., Skibinski, K Brown R.L., Karsh B.-T. 2012. Self-reported violations during medication administration in two paediatric hospitals *BMJ Qual. Safety*, 21, pp. 408-415.
- Alter, N. 2000. *L'innovation ordinaire*. Paris : PUF.
- Alter, N. 2010. Coopération, sentiments et engagement dans les organisations. *Revue du MAUSS*, 2010, 36,(2), p. 347-369. doi : 10.3917/rdm.036.0347.
- Amalberti R. 2001. *La conduite de systèmes à risques* (2e édition). Paris, PUF.
- Amalberti, R. 2001b. The paradoxes of almost totally safe transportation systems. *Safety Science*, 2001b, 37(2), 109–126.
- Amalberti, R., Auroy, Y., Berwick, D., Barach, P. 2005. Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care Improving Patient Care, *PATIENT SAFETY AND THE RELIABILITY OF HEALTH CARE SYSTEMS*. *Annales of medicine*.

- Amalberti R., Vincent C., Auroy Y., de Saint Maurice G. 2006. Violations and migrations in health care: a framework for understanding and management. *Qual Health Care* ; 15 Suppl 1:i66-71.
- Amalberti, R. *et al.*, 2007. Dossier Drees, Solidarité santé, n° 584, Juillet 2007.
- Amalberti R., Benhamou R., Auroy Y., *et al.* 2011. Adverse events in medicine: Easy to count, complicated to understand, and complex to prevent. *Journal of Biomedical Informatics*, 2011, 44(3), 390-394.
- Amalberti, R. *et al.* 2012. Sécurité des patients. Mieux connaître et réduire les risques. *Asdp* n° 79, juin 2012, p : 18-69.
- Amalberti, R. 2013. Piloter la sécurité. Théories et pratiques sur les compromis et arbitrages nécessaires. Springer-Verlag. 2013, France Paris. 143 pages.
- Amar A., Berthier L. 2007. « Le nouveau management public : avantages et limites », *Gestion et Management Publics*, 2007, n°5, Décembre.
- Amiel C. 2005. « On sait qu'il n'y a pas de vrai « risque » ». Discours et pratiques de soignants autour des infections nosocomiales. *Sciences Sociales et Santé*, 2005 ; 23(3) p. 37-58.
- Anton, N. E. *et al.*. 2015. What stress coping strategies are surgeons relying upon during surgery? *The American Journal of Surgery*, 2015. Volume 210, Issue 5 , 846 – 851.
- Arborio, A., Cohen, Y., Fournier, P., *et al.* 2008. Observer le travail : Histoire, ethnographie, approches combinées. Paris: La Découverte.
- Argyris, C. The impact of budgets on people. Ithaca, 1952, New York: The Controllershship Foundation.
- Argyriou, C. *et al.* 2015. Applying Evidence-Based Medicine in Actual Clinical Practice: Can We Bridge the Gap? A Review of the Literature, *Hellenic J Cardiol*, 2015, 56 : 373-378.
- Babeau, O., 2016. Le syndrome du Prince : l'entrepreneur et la transgression, communication AIMS.
- Babeau O., 2005. Le manager et la transgression ordinaire des règles : le cas des sociétés de conseil en management, Thèse de doctorat, Dauphine.
- Babeau O., Chanlat J.F. 2008. La transgression, une dimension oubliée de l'organisation. *Revue Française de Gestion* 2008/3 (n°183), p.201-219.
- Babeau O., Chanlat J.F. 2011. Déviance ordinaire, innovation et gestion. *Revue Française de Gestion*, Lavoisier, 37 (210), p.33-50.
- Bachimont J., Cogneau J. *et* Letourmy A. 2006. « Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2 », *Sciences Sociales et Santé* 2006, 24: p. 75-103.
- Bagnara, S., Parlangeli, O., Tartaglia, R. 2010. Are hospitals becoming high reliability organizations? *Applied Ergonomics* Volume 41, Issue 5, September 2010, p. 713-718.
- Baker G. R., Norton P. G, Flintoft V. *et al* The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004;170:1678–1686.
- Bakhtine, M. 1970. *La poétique de Dostoïevski*. Paris : Seuil.
- Bakhtine, M. 1984. *Esthétique de la création verbale*. Paris : Gallimard.

- Bandura, A. 2003. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle (Trad. J. Lecomte). Bruxelles : De Boeck.
- Banja, J. 2010. The normalization of deviance in healthcare delivery. *Business Horizons*, 53, p. 131 – 148.
- Barach P., Small S.D. 2000. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ*2000;320:759–63.
- Barbier R., 1996. La recherche-action, Paris, Anthropos.
- Barbot, J., Fillion, E. 2006. La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès. *Sciences sociales et santé*, vol. 24,(2), p. 5-33. doi:10.3917/sss.242.0005.
- Bardin, L. 2013. Chapitre II. Le codage. Dans L. Bardin, *L'analyse de contenu* (p. 134-149). Paris: Presses Universitaires de France.
- Barel, Y. Frémeaux, S., 2010. « Les motifs de la déviance positive », *Management & Avenir* 2010/2 (n° 32), p. 91-107.
- Baribeau C. 2005. « Le journal de bord : un instrument de collecte des données indispensable », *Recherches Qualitatives*, Vol. HS(2), p. 98-114.
- Bataille, G., 1957. *L'Érotisme*, introduction (Minuit, 2011) p.15-17
- Bate P. 1999. *Strategies for Cultural Change*. Oxford: Butterworth-Heinemann,
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., Weakland, J. Toward a theory of schizophrenia. 1956. *Behavioral Science*, 1: p. 251-264.
- Battmann, W., Klumb, P. 1993. Behavioural economics and compliance with safety regulations *Saf Sci*, 16 1993, pp. 35-46.
- Bauer M.S. 2002. A review of quantitative studies of adherence to mental health clinical practice guidelines. *Harv Rev Psychiatry*. 2002;10:138–153.
- Baumard P., Donada C., Ibert J., Xuereb J.-M., 1999. « La collecte des données et la gestion de leurs sources », in R. A. THIÉTART (coord.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Dunod.
- Baumard P., Ibert, J. 1999. « Quelles approches avec quelles données ? », in R.-A. Thiétart (collectif sous la direction de -), *Méthodes de Recherche en Management*, Paris : Dunod, pp. 81-103.
- Beatty, P. C. W., Beatty, S. F. 2004. Anaesthetists' intentions to violate safety guidelines. *Anaesthesia*, 59(6), p. 528-540.
- Becker, H. S., 1963. *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*, New York, Free Press, 1963 [Édition française : *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, Éditions Métailié, collection *Leçons de choses*, 1985].
- Becker, H. S., 1964. « Personal Change in Adult Life », *Sociometry*, 27, 1, mars 1964, pp. 40-53.
- Becker H. S., 1967: «Whose Side Are We On?». *Social Problems*, 143:239-247.
- Bédé D. *et al.*, 2012. « L'appropriation d'un outil de gestion de la qualité à travers le prisme de la légitimité : le cas d'un Institut d'Administration des Entreprises », *Management & Avenir* 2012/4 (n° 54), p. 83-106.

- Belorgey N. L'hôpital sous pression : enquête sur le « nouveau management public », Paris : La Découverte, 2010.
- Belova, O., King, I., Sliwa, M., 2008. Introduction: polyphony and organization studies: Mikhail Bakhtin and beyond, *Organization Studies*, n° 29, p. 493-500.
- Benhamou, D. 2009. La checklist opératoire est-elle un progrès significatif. Editorial / *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 28, 2009, p. 426-428.
- Benamouzig, D., Robelet, M. 2014. Les indicateurs qualité et l'intégration bureaucratique de l'hôpital. Les presses de Science Po,.
- Benhamou, D. 2011. La checklist réduit le taux de complications postopératoires : d'accord mais il faut maintenant en assurer la mise en œuvre *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* Volume 30, Issue 6, June 2011, p. 465-466.
- Bercot, R. Mathieu-Fritz, A. 2006. Les chirurgiens. Eléments pour une analyse sociologique d'une crise de recrutement professionnel. LATTIS et GTM, rapport de recherche.
- Bercot, R. 2009. Rationaliser la gestion des blocs opératoires : la négociation des territoires et des légitimités professionnelles. *Revue Sciences de la Société, La rationalisation des organisations hospitalières*, p. 54-65.
- Bercot, R., Horellou-Lafarge, C., Mathieu-Fritz, A. 2011. Les transformations récentes de la chirurgie française. Spécialisation, féminisation, segmentation. *Revue française des affaires sociales*, p. 104-122.
- Berg M. 1995. « Turning a practice into a science: reconceptualizing postwar medical practice », *Social studies of science*, 25, p. 437- 476.
- Berg M. 1997. *Rationalizing medical work. Decision support techniques and medical practices*, Cambridge, Mass., MIT Press.
- Bergs J, Hellings J, Cleemput I, Zurel O, *et al.* 2014. Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications. *Br J Surg* 2014;101(3):150-8.
- Bertillot, H. 2016. Des indicateurs pour gouverner la qualité hospitalière. Sociogenèse d'une rationalisation en douceur. *Sociologie du Travail*, Volume 58, Issue 3, July-September 2016, p. 227-252.
- Bezes P., Demaziere D., Le Bianic T., et al., 2011. New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? *Sociologie du Travail*, vol. 53, n°3, p. 293-348.
- Blanc A., Drucker-Godard C., Ehlinger S., 2014. « La collecte des données et la gestion de leurs sources », in R. A. THIÉTART (coord.), *Méthodes de recherche en management*, 4 èd, Paris, Dunod.
- Blanchet, A. 1991. *Dire et faire dire, L'entretien*, Paris, Armand Collin.
- Blanchet, A., Gotman, A. 1992. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* Paris, Nathan.
- Boch A.-L., 2009. *Médecine technique, médecine tragique*, Paris, Seli Arslan.

- Boissière, I., 1991. La robustesse organisationnelle : entre perturbations et apprentissages. In G. Terssac (de), I. Boissières & I. Gaillard (Eds.), *La sécurité en action* (pp. 37-53). Toulouse: OCTARES, 2009. Boltanski L., Thévenot L. *De la justification. Les Economies de la grandeur*, Paris : Gallimard.
- Bonhomme, J. 2010. « Emmanuelle Godeau, L' « Esprit de corps ». Sexe et mort dans la formation des internes en médecine », *Gradhiva*, 11, 2010, p. 221-222.
- Bonnet, F. 2008. « Un crime sans déviance : le vol en interne comme activité routinière », *Revue française de sociologie*, vol. 49, n°2, avril-juin 2008, p. 331-350
- Borgès Da Silva, R., 2013. Taxonomie et typologie : est-ce vraiment des synonymes ?. *Santé Publique*, vol. 25,(5), 633-637. doi:10.3917/spub.135.0633.
- Boscher, G., Cerclé, A. 2004. « Alcool, stress et attentes : des recherches expérimentales aux applications », dans Pansu, P. et Lelouche, C. (Dir.), *La psychologie appliquée à l'analyse des problèmes sociaux*, Paris, Collection Psychologie sociale, Puf, p 65- 82.
- Boudon, R., 2004. Théorie du choix rationnel ou individualisme méthodologique ?. *Revue du MAUSS*, n° 24,(2), 281-309. doi:10.3917/rdm.024.0281.
- Bouffard-Bouchard, T., Pinard, A. 1988. Sentiment d'auto-efficacité et exercice des processus d'autorégulation chez des étudiants de niveau collégial. *International Journal of Psychology*, 23, p. 409-431.
- Bourdieu, P. 1996. Droit et passe-droit. Le champ des pouvoirs territoriaux et la mise en œuvre des règlements. *Actes de la recherche en sciences sociales* Volume 81 Numéro 1 p. 86-96.
- Bourgeois L.J. 1981. « On the measurement of organizational slack», *Academy of Management Review*, Vol. 6, n°1, pp. 29-39.
- Bourguignon A., Jenkins A., 2004. Changer d'outils de contrôle de gestion ? De la cohérence instrumentale à la cohérence psychologique *Finance Contrôle Stratégie*, 2004, Vol 7, N° 3, septembre.
- Bourret C. 2007. « Partager l'information pour dépasser les frontières institutionnelles et professionnelles ou le défi des réseaux de santé dans le système de santé français », 35th Annual Conference Information Sharing in a Fragmented World. Crossing Boundaries, ACSI (Association Canadienne des Sciences de l'Information), Université Mc Gill, Montréal, 10-12 mai.
- Bourrier, M. 2002. La fiabilité est une question d'organisation. Dans : *Organiser la fiabilité*. Sous la direction de Mathilde Bourrier. L' Harmattan. Paris, p. 9-38.
- Braaf S., Manias E., Riley R., 2017. The «time-out» procedure: an institutional ethnography of how it is conducted in actual clinical practice. *BMJ Qual Saf*, 2013 ; 22: 647–55.
- Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G., 2017. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ Open*2017;7:e017708. doi:10.1136/bmjopen-2017-017708 pmid:29122796
- Bréchet J.-P. 2008. « Le regard de la théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud », *Revue Française de Gestion*, 2008, n°184, p. 13-34.

- Bréchet J.-P., Schieb-Bienfait N. 2009. Logique d'action et projet dans l'action collective Réflexions théoriques comparées, AIMS.
- Brennan T. A., Leape L. L., Laird N. M. *et al.*, 1991. Harvard Medical Practice Study I. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I, 1991. *Qual Saf Health Care* 2004;13 145–151.
- Brindis R.G., Sennett C. 2003. Physician adherence to clinical practice guidelines: does it really matter? *Am Heart J.* 2003 Jan;145(1):13-5.
- Brooks, A.M. 2014. The New Healthcare Landscape: Disruptive Behaviors Influence Work Environment, Safety, and Clinical Outcomes, *Nurse Leader*, Volume 12, Issue 1, February 2014, p. 39-44.
- Brown R.L., Holmes H. 1986. The use of a factoranalytic procedure for assessing the validity of an employee safety climate model, *Accident Analysis & Prevention*, 18 (6), pp. 445-470.
- Brun J. P., Dugas N., 2005. « La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens », *Gestion* 2005/2 (Vol. 30), p. 79-88.
- Brune V. 1968. Belinkoff, 354 Mass 102
- Bruneteaux P., Lanzarini C. 1998. Les entretiens informels. In: *Sociétés contemporaines* N°30, 1998. pp. 157-180.
- Bruyère, C., Massard, N., Romeyer, C. 2017. Prévention des risques organisationnels en ambulatoire : une étude comparative de 4 cliniques. *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 35,(1), 6-17. doi:10.3917/jgem.171.0006.
- Bubien, Y., Nerbard, G. 2004. L'exception sanitaire française, *La revue hospitalière de France*, N°500, Septembre-octobre 2004, p. 26-36.
- Bui Dang Hao Doang, J., 2004. « La démographie médicale en observation : dix chroniques des années charnières (1999-2004) », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, n° 44-3 juillet-septembre 2004, (pp. 271-348).
- Buisson M.-L. 2006. « Diffusion et appropriation des outils de gestion : l'apport de la théorie néo-institutionnelle » in A. Grimand (Ed.), *L'appropriation des outils de gestion : vers de nouvelles perspectives théoriques ?*, Publications de l'Université de Saint-Etienne, Saint-Etienne, p. 157-173.
- Bulmer, M., 1982. When is disguises justified? Alternative to covert participant research, *qualitative sociology*, p. 251-264.
- Buss, A.H. *The psychology of aggression*. New York: Wiley, 1961.
- Cabana M.D, Rand C. S, Powe NR, et al. 1999. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. *JAMA.*; 282 (15): p.1458–1465. doi:10.1001/jama.282.15.1458
- Cabarrot, P. Bataillon, R. Le Moign, R. 2011. Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire ». Quels acquis, quelles perspectives, un an après son implantation en France ? *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* Volume 30, Issue 6, June 2011, Pages 469-474.
- Caillol M. 2009. Dieu n'est pas chirurgien : un cheminement éthique à la recherche des traces du sacré en chirurgie. Thèse Philosophie Pratique (éthique et politique). Université Paris Est. 384 p.

- Caillol, M. 2014. Entre la violence nécessaire de l'acte chirurgical et le respect de l'opéré. *Éthique et santé*, 11, p. 202-208.
- Campoy, E., Neveu, V. 2006. Le rôle de la confiance organisationnelle dans la réduction des risques sociaux: Le cas des comportements déviants. *Vie & sciences de l'entreprise*, 172,(3), 80-100. doi:10.3917/vse.172.0080.
- Carbonne et al. 2006. Évaluation des pratiques en anesthésie exposant au risque infectieux par transmission croisée *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 25, 1158–1164.
- Carlsen B, Glenton C, Pope C. 2007. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *Br J Gen Pract.*; 57: 971-978. Cam.
- Carricaburu, D., Ménoret, M. 2004. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 235 p., bibl., index.
- Carricaburu D., et al., 2008. « Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital », *Santé Publique* 2008/hs (Vol. 20), p. 57-67.
- Carricaburu, D., Lhuilier, D. 2009. Les « infections nosocomiales » ! : un risque collectif en cours de normalisation? *Sciences sociales et santé*, 2009, 27(4), 43–7.
- Carter C., Lebares, Ekaterina V., Guvva N. et al. 2017. Burnout and Stress Among US Surgery Residents: Psychological Distress and Resilience. *Journal of the American College of Surgeons*.
- Cassell, J. 1987. On control, certitude, and the 'paranoia' of surgeons *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11, pp. 229-249.
- Castel, P., Robelet, M., 2009. Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques. *Journal d'Economie Médicale*, , 27 (3), p.98-115.
- Ceretti, A.M. 2012. Données sur les risques et les événements indésirables graves liés aux soins. *Adsp*, n°79, Juin 2012, p. 23-25.
- Chaabane, S., 2004. Thèse de Doctorat. Gestion prédictive des blocs opératoires. *Sciences de l'ingénieur [physics]*. INSA de Lyon.
- Chandernagor P., Dumond J.P., 1996. *L'hôpital des années 90 et ses médecins*, L'Hôpital Stratège, Paris, John Libbey Eurotext.
- Chanlat J.F., 1990. Théorie du stress et psychopathologie du travail *Prevenir*, 20, 1990, p. 117-125.
- Chappoz, Y., Pupion, P. 2012. *Le New Public Management*. *Gestion et management public*, volume 1/2,(2), 1-3. doi:10.3917/gmp.002.0001.
- Chassin, M., Loeb, J. 2013. High-Reliability Health Care: Getting There from Here. *Milbank Quarterly*. Volume 91, Issue 3 September 2013, p. 459–490.
- Chaurand N., Brauer M. La déviance. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, 2008, n°3, p. 9-23.
- Chiapello, E., Gilbert, P. 2013. *Sociologie des outils de gestion : introduction à l'analyse de l'instrumentation de gestion*, Paris : Éditions La Découverte, 294 pages.
- Clark J., Hollinger, R.C. 1983. *Theft by employees in work organizations*. Lexington, Mass; 1983, Toronto: Lexington Books.

- Classen D.C., Kilbridge P.M. 2002. The roles and responsibility of physicians to improve patient safety within health care delivery systems. *Acad Med.* 2002;77:963–72.
- Claveranne J.-P., Pascal C., 2001. « Complémentarité et réseau, de la métaphore a la pratique », numéro spécial « réseaux », *Journal d'économie médicale*, vol. 19, n° 5-6, 2001, p. 331-348.
- Claveranne, J., Pascal, C., Piovesan, D. 2003. Les restructurations des cliniques privées : radioscopie d'un secteur en mutation. *Revue française des affaires sociales*, p. 55-78. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2003-3-page-55.htm>.
- Claveranne, J., Piovesan, D., 2003. La clinique privée, un objet de gestion non identifié. *Revue française de gestion*, 2003, n° 146,(5), 143-153. doi:10.3166/rfg.146.143-153.
- Clergue. F. 2011. Sécurité des soins : quelle place donner au normatif ? *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* Volume 30, Issue 6, June 2011, p. 463-464.
- Cloarec, P. 2008. « Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité : autonomie collective et dépendance personnelle », *Recherche en soins infirmiers*, 2/2008 (N° 93), p. 28-31.
- Clot. Y. 2008. *Travail et pouvoir d'agir*, PUF.
- Clot. Y, Leplat, J., 2005. « La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail », *Le travail humain* 2005/4 (Vol. 68), p. 289-316.
- Coch, L, French, J. P. R. 1948. «OvercomingResistance to Change», *Human Relations*, vol. 11, pp. 512-532.
- Cochran, A., Elder, W.B. 2014. Effects of disruptive surgeon behavior in the operating room. *The American Journal of Surgery*. Volume 209, Issue 1, January 2015, Pages 65-70.
- Coenen-Huther, J., 2006. « Compréhension sociologique et démarches typologiques », *Revue Européenne des Sciences Sociales*, Tome XLIV, No 135, 2006, pp. 195-205.
- Coenen-Huther, J., 2007. « Classifications, typologies et rapport aux valeurs », *Revue européenne des sciences sociales* [En ligne], XLV-138 | 2007, mis en ligne le 01 juillet 2010, consulté le 06 octobre 2018. URL : <http://journals.openedition.org/ress/191> ; DOI : 10.4000/ress.191
- Colasse. S., 2011. *Hôpital, Territoire, Santé : l'émergence d'un contrôle de gestion médicalisé ?*. Gestion et management. École Nationale Supérieure des Mines de Paris, Français.
- Collard, D. 2011. « Une « déviance » à double tranchant, entre désordres et innovations le cas des agents d'ambiance de la SNCF », *Annales des Mines - Gérer et comprendre* 2011/3 (N° 105), p. 8-16.
- Conen D., Gerlach F.M., Grandt D., et al. 2006: *Aktionsbündnis Patientensicherheit*. Agenda Patientensicherheit 2006 Witten, Aktionsbündnis Patientensicherheit.
- Contandriopoulos, A. P., Souteyrand, Y. (dir.). 1996. *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*. Montrouge, Éditions John Libbey Euro- text, 317 p., 230 FF.
- Copans J., 2011. *L'enquête ethnologique de terrain*, Paris, Armand Colin.
- Cordula M. Wetzel, Roger L. Kneebone, Maria Woloshynowych, Debra Nestel, Krishna Moorthy, Jane Kidd, Ara Darzi. 2006. The effects of stress on surgical performance. *The American Journal of Surgery*. Volume 191, Numéro 1 ,Janvier, Pages 5-10.

- Côté, D., Gagnon, E., Gilbert, C., et al. 1998. *Qui donnera les soins ? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec*, Ottawa, Canada, Condition féminine.
- Coulon, A. 2014. Les concepts clés de l'ethnométhodologie, Presses Universitaires de France « L'ethnométhodologie ».
- Coutelle, P., 2005. Introduction aux méthodes qualitatives en Sciences de Gestion, p.1–20.
- Cremadez, M., Grateau, F., 1992. Le management stratégique hospitalier, Interéditions.
- Crozier, M., 1964. Le phénomène bureaucratique, chapitre 4, « Relation de pouvoir et situation d'incertitude », Éditions du Seuil.
- Crozier M., Friedberg E., 1977. L'acteur et le système, Paris, Le Seuil.
- Crozier M., Friedberg E., 1987. « Le pouvoir comme fondement de l'action organisée », *L'analyse des organisations. Une anthologie sociologique*, Chanlat J. F., Seguin F. (éd.), tome II, Les composantes de l'organisation, Gaëtan Morin Éditeur, Boucherville, p. 377-396.
- Cru, D., Dejours, C., 1983. Les savoir-faire de prudence dans les métiers du bâtiment. Les Cahiers médico-sociaux, 27, p. 239-247.
- Curry L.A., Brault M.A., Linnander E.L., et al. 2018. Influencing organisational culture to improve hospital performance in care of patients with acute myocardial infarction: a mixed-methods intervention study. *BMJ Qual Saf* 2018;27:207-217.
- Cusson M., 1981, *Délinquants, pourquoi ?*, Bibliothèque Québécoise.
- Cusson, M. 1992. *Déviance, Traité de sociologie*, chapitre 10, pp. 389-422. Paris: Les Presses universitaires de France. 1re édition, 575 p.
- Cyert, R.M, March J.G. 1963. *A behavioral theory of the firm*, Prentice Hall.
- Daniellou, F., Simard, M., Boissières, I., 2010. Facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle : un état de l'art. Numéro 2010-02 des Cahiers de la sécurité industrielle. (Institut pour une Culture de la Sécurité Industrielle Ed.). Toulouse, France.
- Danzon P.M., 1990. « The crisis in medical malpractice: A comparison of trends in the United States, Canada, the United Kingdom and Australia », *Law, Medicine and Health Care*, 18 (1-2), 48-58.
- Darses, F., Reuzeau, F. 2004. Participation des utilisateurs à la conception des systèmes et dispositifs de travail. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie*. (p. 405-420). Paris: Presses Universitaires de France.
- Daudet L. A. 1894. *Les morticoles*. Paris.
- Davezies, 1997. P. Réflexion sur la santé au travail, Colloque « Travail, santé aujourd'hui au tournant du millénaire. », 22/11, 11 p.
- David A. 2000b. La recherche-intervention, cadre général pour la recherche en management. In *Les nouvelles fondations des sciences de gestion* (David A., Hatchuel A. et Laufer R.). Paris : Vuibert, collection FNEGE, 193-213.
- David A., 2005. Des rapports entre généralisation et actionnabilité : le statut des connaissances dans les études de cas. Article présenté à la conférence de l'AIMS, La Havre, 2004, et publié dans la *Revue Sciences de Gestion* début 2005 (numéro 39 : 139-166).

- Day, E., 2002. Me, my*self and I : Personal and professional re-constructions in ethnographic research. *Forum : Qualitative Social Research*, 3(3). Repéré à <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/824/1790>.
- De Bovis, C., Baret, C., Ientile-Yalenios, J., 2011. Les hôpitaux sont-ils des « organisations à haute fiabilité » ? Apports du concept de « HRO » à la GRH des personnels soignants. Congrès de la GRH « Vers un management des ressources humaines durable et bienveillant », Oct 2011, Marrakech, France. 16 p., 2011.
- Dedobbeleer, N., Béland, F. 1991. A safety climate measure for construction sites. *J. Saf. Res.*, 22, pp. 97-103
- Degenne, A., 2005. « Typologie », in : Borlandi, Massimo *et al.*, Eds, *Dictionnaire de la pensée sociologique*, Paris, PUF, pp. 713-717.
- Dejours, C., 1996. Psychologie clinique du travail et tradition compréhensive. In Y. Clot (Ed.), *Les histoires de la psychologie du travail* (pp. 157-183). Toulouse : Octarès.
- Dejours, C., 1980 (rééd de 2000). *Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Paris, Bayard, 2000, nouvelle édition augmentée.
- Dejours, C., 2003. *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*, Paris, INRA Editions
- Dejours, C., 2006. Évaluation et institution en psychanalyse. *Revue française de psychanalyse*, vol. 70,(4), 947-959. doi:10.3917/rfp.704.0947.
- Dejours C., 2008, « Clinique du travail et psychiatrie : itinéraire interdisciplinaire », *Travailler*, 2008/2n° 20, p. 9-17. DOI : 10.3917/trav.020.0009
- Dejours, C., 2009. *Suicide et travail : que faire ?*, en collaboration avec Florence Bègue, PUF, 130 p.
- Dekker, S.W., 2003. « Resituating your Data : Understanding the Human Contribution to Accidents » dans Summerton, J. et Berner, B. (ed), *Constructing Risk and Safety in Technological Practice*, London, Routledge, 2003, p. 66-80.
- Demailly, L., 2008. *Politiques de la relation : Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.
- Demazière, D., Dubar, C., 1997. *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion*, Paris, Nathan.
- Denis J.L., Langley A., Sergi V. 2012. "Leadership in the Plural", *Academy of Management Annals*, vol. 6, n° 1, p. 211-283.
- Denis J.-L., Langley A., Rouleau L., 2007. "Strategizing in pluralistic contexts : Rethinking theoretical frames", *Human Relations*, vol. 60, n° 1, p. 179-215.
- Denis J.L., Lamothe L., Langley A., 2001. "The Dynamics of collective leadership change in pluralistic organizations", *Academy of Management Journal*, vol. 44, n° 4, p. 809-837.
- Derèze, G., 2009. *Méthodes empiriques de recherche en communication*, De Boeck Supérieur, 2009 - 256 pages.
- De Saint Maurice, G., Auroy, Y., Vincent, C., Amalberti, R., 2010. The natural life span of a safety policy: violations and migration in anaesthesia, *Qual Saf Health Care*, 2010, Aug;19(4):327-31.

- De Saint Maurice G., Péraldi C., Paul S., Wojciek B., Huck M., 2015. The WHO surgical safety checklist: Were are we? *Le Praticien en Anesthésie Réanimation* Volume 19, Issue 2, April 2015, Pages 102-106.
- Desclés, J.P., 2000. Schèmes, notions, prédicats et termes, Université Paris Sorbonne.
- Dessors D., 1997. « Etude auprès des agents des douanes : problématique de recherche et quelques résultats », Actes du 1er CIPPT, réédition in Dessors D. (2009), *De l'ergonomie à la psychodynamique du travail*, Ramonville-Saint-Agne, Eres.
- Detchessahar, M., Grevin, A. 2009. Un organisme de santé... malade de « gestionnisme », *Annales des Mines - Gérer et comprendre* 2009/4 (N° 98), p. 27-37
- Détienne, M., Vernant J.P. 1974. *Les ruses de l'intelligence, la métis des Grecs*, Flammarion, Paris.
- Devereux, G., 1980. *De l'angoisse à la méthode*, Paris, Flammarion, 1980, 474 p.
- Deum, M. 2004, (août). *Développer la pratique réflexive et amorcer la professionnalisation en formation initiale des enseignants par la rédaction du journal de bord : analyse d'un dispositif belge de formation au préscolaire*. Communication présentée au 9e colloque de l'AIRDF, Québec, Québec.
- Dodier, N. 1993. *L'expertise médicale : Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris : Editions Métailié.
- Donabedian, A., 1980. *The definition of quality and approaches to its assessment Exploration in quality assessment and monitoring, Volume 1*. Health Administration Press, Ann Arbor.
- Doniol-Shaw G. 1999. « L'autonomie : valeur régulatrice face aux contraintes du travail », dans K. Chatziz et al., *L'autonomie dans les organisations. Quoi de neuf ?*, L'Harmattan, Paris.
- Douglas J.D., 1976. *Investigative Social Research*, Beverly Hills, Sage.
- Drozda-Senkowska, E., Coudin, G., Alexopoulos, T., Collange, J., Krauth-Gruber, S., 2010. Comment la violence s'installe au travail.: Ses logiques quotidiennes et collectives. *Humanisme et Entreprise*, 296,(1), 25-38. doi:10.3917/hume.296.0025.
- Duarte, A., et Gernet, I., 2016. « Héroïsme et défenses chez les pisteurs/euses secouristes », *Travail, genre et sociétés*, 2/2016 (n° 36), p. 97-113.
- Dubar, C., Tripier, P. 1998. *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin.
- Dubar C., 2000. *La crise des identités, L'interprétation d'une mutation*, Paris. PUF.
- Duclos, D. 1987, « La construction sociale du risque : le cas des ouvriers de la chimie face aux dangers industriels », *Revue Française de Sociologie*, XXVIII, p. 17-42.
- Dulaurans, M. 2012. « Une recherche dans l'action : le cas d'une CIFRE en collectivité territoriale », *Communication et organisation*, 41, 2012, 195-210.
- Dumond, J.-P., 2003. Les conflits de pouvoir à l'hôpital. *Les Tribunes de la santé*, n° 1, (1), 71-81. doi:10.3917/seve.001.81.
- Dumond, J-P., 2006. Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers. *Sciences sociales et santé*, vol. 24, (4), 97-127. doi:10.3917/sss.244.0097.
- Durkheim, E. 1998, *De la division du travail social* [1893], PUF, coll. « Quadrige ».

- Dworkin R. W., 2000. The cultural revolution in health care, *Public Interest*, Issue 139: 35 – 50.
- Ellis J., 2006. All inclusive benchmarking. *J Nurs Manag.* 2006;14(5):377-83.
- Elstein A. S., Schulman L. S., Sprafka S. A., 1978. *Medical problem solving. An analysis of clinical reasoning*, Cambridge, Mass, Harvard University Press, 1978.
- English, D., Branaghan R.J., 2012. An empirically derived taxonomy of pilot violation behaviour *Saf. Sci.*, 50, pp. 199-209.
- Erikson, K.T. 1966. *Wayward Puritans : a Study in the Sociology of Deviance*, Boston, Allyn and Bacon.
- Espin S., Lingard L., Baker J. Regehr G. 2006. Persistence of unsafe practice in everyday work: an exploration of organizational and psychological factors constraining safety in the operating room *Qual Saf Health Care*;15:165–170.
- Estellon, V., 2005. Éloge de la transgression : Transgressions, folies du vivre ? De la marche vers l'envol. *Champ psychosomatique*, 38,(2), 149-166. doi:10.3917/cpsy.038.0149.
- Estry-Behar, M., Leimdorfer, F., Picot, G., 2010. Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail: Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale. *Revue française des affaires sociales*, 27-52.
- Evans, S. M., Berry, J. G., Smith, B. J., Esterman, A., Selim, P., O'Shaughnessy, J., de Wit, M., 2006. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Quality & Safety in Health Care*, 15(1), 39–43. <http://doi.org/10.1136/qshc.2004.012559>.
- Evrard Y., Pras B., Roux E., 2000. *Market. Fondements et méthodes des recherches en marketing*, Paris, Dunod, 2009, 1re éd.
- Evrard Y., Pras B., Roux E., 1993. *Market. Etudes et recherches en marketing. Fondements Méthodes.* Editions Nathan.
- Fadier, E., La Garza (De), C. 2006. Safety Design: Towards a new philosophy. *Safety Science*, 44(1), 55-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssci.2005.09.008>
- Falzon, P., 2004. *Ergonomie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Favereau O., Le Gall J.-M., 2006. « Règles, normes et routines » in *Encyclopédie des ressources humaines*, Vuibert, Paris, p. 840-851.
- Faverge, J.M. et coll., 1970. *L'organisation vivante*. Éditions de l'Institut de Sociologie, U.L.B., Bruxelles.
- Favez-Boutonier, J., 1986. La psychologie clinique. *Bulletin de psychologie*, 423,194-197.
- Feinstein A. R., 1967. *Clinical judgment*, Huntington, Krieger.
- Foucault, M. 1963, « Préface à la transgression », in *Dits et écrits*, 1954-1988, Tome 1, Paris, Gallimard, NRF, 1994, p. 237.
- Fourcade A, Blache J, Grenier C, Bourgain J.-L, Minvielle E., 2012. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist *BMJ Qual Saf* 2012; 21: 191-197.
- Fox, R., 1989. *Sociology of medicine: A participant observer's view* Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.

- Francis R., 2013. The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public inquiry.
- Francke AL., Smit M., de Veer A., Mistaen P., 2008 Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review, *BMC Medical Informatics and Decision Making*.
- Fray, A. et Picouleau, S., 2010. Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management & Avenir*, 38,(8), 72-88. doi:10.3917/mav.038.0072.
- Frédy-Planchot, A., 2002. L'indiscipline au travail : Une marque de compétence ? *Revue de Gestion des ressources humaines*.
- Freeman, R.B., Rogers, J., 1999. *That Workers Want*. Ithaca, N.Y.: ILR Press.
- Freidson, E., 1984. The Changing Nature of Professional Control. *Annual Review of Sociology*, vol. 10, n°1, pp. 1–20.
- Freidson E., 1999. « Professionalism and institutional ethics », dans R. Baker, A. Caplan, L. Emmanuel, S. Latham (dir.), *The American Medical Ethics Revolution*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, pp.124-143.
- Freyssinet-Dominjon, J., 1997. *Méthodes de recherche en sciences sociales*, coll. AES, Montchrestien, Paris.
- Friedmann G., 1946. *Problèmes humains du machinisme industriel*, Paris, Gallimard.
- Fullerton R., Punj, G., 2004. « Repercussions of promoting an ideology of consumption: consumer misbehavior », *Journal of Business Research*, vol. 57 no. 11, p. 1239-1249.
- Gaba D. M., Singer S. J., Sinaiko A. D. et al., 2003. Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. *Human Factors* 2003 45173–185.
- Galaty, J., Leavitt, J. (1991). Définition de la culture. In P. Bonte, M. Izard (Eds) *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris : PUF.
- Gangloff, F., 2009. *Le nouveau management public et la bureaucratie professionnelle. La place de la dimension européenne dans la Comptabilité Contrôle Audit*, May 2009, Strasbourg, France. pp.CD ROM, 2009.
- Garfinkel, H. (2007). *Recherche en ethnométhodologie*, Paris, PUF.
- Gary, J.C. 2013. Exploring the concept and use of positive deviance in nursing. *Am J Nurs*. Aug;113(8):26-34; quiz 46, 35.
- Gavard-Perret, M.L, Gotteland, D. Haon, C. Jolibert. A. *Méthodologie de la recherche : Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*. Pearson Education France, 475 p., 2008.
- Gawande A. A, Thomas E J, Zinner M J. *et al.* 1999. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery* 1999;126:66–75.
- Gentil, S. 2016. Entre sécurité des soins et injonctions à la performance économique au bloc opératoire : faut-il choisir ?. *Journal de gestion et d'économies médicales*, vol. 34,(5), 291-309. doi:10.3917/jgem.165.0291.
- 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* 2012/3 (N°109), p. 34-43.

- Georgescu, I., Naro, G., 2012. Pressions budgétaires à l'hôpital : une étude qualitative du concept de « RAPM » auprès de praticiens hospitaliers. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, tome 18,(3), 67-95. doi:10.3917/cca.183.0067.
- Gernet, I., Jeantet, A., 2011, « Introduction au dossier : Métiers héroïques, face à l'urgence, au danger et à la mort », *Travailler*, vol. 26, n° 2, pp. 5-8.
- Gibert P., 2004. Les formes du management, le management public, Cahiers français N° 321.
- Gill, L.,1998. *Le mouvement syndical et les enjeux économiques actuels*, dans Bélanger, Y. et R. Comeau (sous la direction de), *La CSN 75 ans d'action syndicale et sociale*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.
- Gillespie B. M., Chaboyer W, Thalib L, John M, Fairweather N, Slater K et al. 2014. Effect of Using a Safety Checklist on Patient Complications after Surgery - A Systematic Review and Meta-analysis. *Anesthesiology*; 120:1380-9.
- Gillespie B., Chaboyer W., Wallis M., et al., 2010. Why isn't 'time out' being implemented? An exploratory study, *Qual Saf Health Care* 2010 19: 103-106.
- Gillespie B.M., Marshall A., 2015. Implementation of safety checklists in surgery: a realist synthesis of evidence. *Implement Sci* 2015;10:137.
- Girin J., 1975. Structure et environnement : le cas des sociétés de conseil. Doctorat en sciences de gestion, Université Paris Dauphine.
- Girin J., 1990. « L'analyse empirique des situations de gestion : élément de théorie et de méthode », in A.-C. Martinet (coord.), *Epistémologie et Sciences de Gestion*, Paris, Economica, pp. 141-182.
- Girin J., Grojean M., 1996, (eds) *La transgression des règles au travail*, Paris, L'Harmattan, p.107-118.
- Girod-Séville M., Perret V. (1999), « Fondements épistémologiques de la recherche ». *Méthodes de recherche en management*, sous la direction de R.A.Thiétart, EditionDunod, pp.13-33.
- Giroux N., 2003 L'étude de cas, in Y. Giordano (Ed.), *Conduire un projet de recherche : une perspective qualitative*, Colombelles : EMS, 41-84.
- Godeau, E., 2007. L' « esprit de corps ». Sexe et mort dans la formation des internes en médecine, Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Goffman E., 1963. *Stigma*. Prentice Hall. (Ed. française : *Stigmates : les usages sociaux des handicaps*. Paris, Minuit, 1975).
- Grawitz, M., 1993. *Méthode des sciences sociales*, Dalloz, Paris, 9^{ème} édition.
- Grawitz, M., 2001. *Méthodes des sciences sociales* (11e éd. ed., Précis). Paris: Dalloz.
- Grevin, A. 2009. « Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. » Thèse de doctorat.
- Grimaldi, A. Pierru, F, Weber, L., 2013. Grand entretien avec André Grimaldi. L'hôpital entreprise n'est pas une solution. *Savoir/Agir*, 25,(3), 63-73. doi:10.3917/sava.025.0063.
- Grogan, M., Knechtges, P., 2013. The Disruptive Physician: A Legal Perspective. *Academic Radiology* Volume 20, Issue 9, September 2013, Pages 1069-1073

- Grol R., Dalhuijsen J., Thomas S., Veld .C, Rutten G., Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ*. 1998;317:858–861.
- Groleau, C. 2003. « L'observation » dans Giordano, Y. (éd). *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*. Paris, Edition, EMS, 2003.
- Guerin, O., Husser, J. (2011). Les effets incitatifs de la T2A pour les établissements de soins : vers une nouvelle répartition des actes chirurgicaux ?. *Vie & sciences de l'entreprise*, 189, (3), 12-22. doi:10.3917/vse.189.0012.
- Guibert, J., Jumel, G., *Méthodologie des Pratiques de Terrains en Sciences Humaines et Sociales*, Armand Colin, Paris, 1997.
- Gurses AP, Marsteller JA, Ozok AA, Xiao Y, Owens S, Pronovost PJ. Using an interdisciplinary approach to identify factors that affect clinicians' compliance with evidence-based guidelines. *Crit Care Med* 2010;38:S282–91.
- Habib, J., Vandangeon Derumez, I., 2015. Le rôle du leader forme dans la transformation des organisations pluralistes: Analyse comparée de deux hôpitaux. *Revue française de gestion*, 247,(2), 45-66. <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2015-2-page-45.htm>.
- Hacquard P. C.Cunat C.Toussaint A.Auclair M.-A.Malecot M.-F.Ginet Pauline Bruna N. Pecqueriea J.-C. Lifante V. Flatin V. Piriou 2013 Évaluation de la check-list au bloc opératoire : la perception des soignants et des médecins (évaluation du niveau II) , Volume 32, Issue 4, April 2013, Pages 235-240.
- Hafferty, F.W. 2000. Reconfiguring the sociology of medical education: emerging topics and pressing issues Bird, Conrad, Fremont (Eds.), *Handbook of medical sociology*, Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ, pp. 238-257.
- Hale A, Borys. D., 2013. Working to rule or working safely? Part 2: the management of safety rules and procedures *Saf Sci*, 55 (2013), pp. 222-231.
- Hale, A., Heijer T. 2006. *Defining resilience* E. Hollnagel, D. Woods, N. Leveson (Eds.), Resilience Engineering: Concepts and Precepts, Ashgate Publishing Company, Burlington, VT.
- Hales B.M., Pronovost P.J. 2006. The checklist-a tool for error management and performance improvement *Journal of Critical Care*, 21, pp. 231-235.
- Hales B. M., Pronovost P. J. MD, 2006. The checklist—a tool for error management and performance improvement. *Journal of Critical Care* 21, p. 231–235.
- Haraszti, M., 1975] 1976. *Salaire aux pièces. Ouvriers dans un pays de l'Est*, Paris, Le Seuil.
- Hardy, C., Harley, B., Philips, N., 2004. « Discourse Analysis and Content Analysis: Two Solitudes? », in « Symposium Discourse and Content Analysis », *Qualitative Methods*, Spring, 2004, pp. 19-22.
- Harris J.E., 1977, «The Internal Organization of Hospitals: Some Economic Implications», *The Bell Journal of Economics*, Vol.8, N°2, p.467-482.
- Hassenteufel P., 1999. « Vers le déclin du "pouvoir médical" ? », *Pouvoirs*, n°89, pp.51-64.
- Hatchuel A., Weill B., 1992. *L'expert et le système, suivi de quatre histoires de systèmes-experts*. Paris : Economica.

- Havard C., Poirot M. 2010. « Les comportements déviants à la règle. L'impact des conditions de travail et de rémunération : Une application à une salle de marché », *Revue internationale de psychosociologie* 2010/40 (Vol. XVI), p. 221-244.
- Haukelid. K. Theories of (safety) culture revisited—an anthropological approach. *Saf. Sci.*, 46 (3) (2008), pp. 413-426.
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lapitan MC, Merry AF, Moorthy K, Reznick RK, Taylor B, Gawande AA; 2009. Safe Surgery Saves Lives Study Group. *N Engl J Med.* 2009 Jan 29; 360(5):491-9. doi: 10.1056/NEJMsa0810119. Epub 2009 Jan 14.
- Hazen, M.A., 1993. "Towards Polyphonic Organization", *Journal of Organizational Change Management*, Vol. 6 Issue: 5, pp.15-26, <https://doi.org/10.1108/09534819310072747>.
- Heap, S. H., Hollis, M., Lyons, B., Sugden, R., Weale, A. *The Theory of Choice: A Critical Guide*, Blackwell Publishers, Oxford, UK, 1992, 398 p.
- Heinrich H.W. 1931. *Industrial Accident Prevention: a Scientific Approach* (1st ed.), McGraw-Hill Insurance Series, New York and London.
- Helmlinger, L., Martin, D. 2004. La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité. *Les Tribunes de la santé*, no 5,(4), 39-46. doi:10.3917/seve.005.46.
- Henry, K. Campbell, S. , Collier, P., Williams C.O. 1994. Compliance with universal precautions and needle handling and disposal practices among emergency department staff at two community hospitals. *American Journal of Infection Control*, 22 (3) (1994), pp. 129-137.
- Henry M., Bournel Bosson M., 2014. « La professionnalisation dans l'enseignement universitaire : un processus dialogique ? », *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur* [En ligne], 30-2 | 2014, mis en ligne le 10 mai 2014, consulté le 08 décembre 2018. URL : <http://journals.openedition.org/ripes/817>.
- Hlady Rispal, M., 2002. *La méthode des cas: Application à la recherche en gestion*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. doi:10.3917/dbu.hlady.2002.01.
- Holcman, R., 2009. Responsabilité, irresponsabilité, pouvoir : Réflexions sur la relation hiérarchique. *Revue française de gestion*, 196,(6), 67-80. <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2009-6-page-67.htm>.
- Holdaway, S., 1982. Police accountability: a current issue, *Public Administration*, Vol. 60, Spring 1982, p.84-91.
- Honoré L., 2006. "Déviance et contrôle des comportements", *Finance Contrôle Stratégie*, Vol.9, n°2, juin, p. 63-87.
- Honoré, L. *Figures de la transgression dans l'entreprise*.
- Hoonhout LH, De Bruijne M.C., Wagner C. et al. 2009. Direct medical costs of adverse events in Dutch hospitals. *BMC Health Serv Res*; 9:27.
- Hopkins, A. 2009. Counteracting the cultural causes of disaster J. *Contingencies Crisis Manage.*, 7 (3) (1999), pp. 141-149.
- HSE, 2009, *Reducing error and influencing behavior* (Health and Safety Executive).

- Huard P., 1977. « L'hôpital comme organisation formelle », *Techniques hospitalières*, N°377, p.47-54.
- Huberman, A.M., Miles, M.B., Matthew., 1991. *Analyses des données qualitatives – Recueil de nouvelles méthodes*, De Boeck Université.
- Hudson P. 2003. Applying the lessons of high risk industries to health care. *BMJ Quality & Safety* 2003;12:i7-i12.
- Hugues, E.C., 1958. *Men at their Work*. Glenoce : The Free Press.
- Husson, J., 2009. "L'hôpital en quête de performance: perspectives méthodologiques pour un nouveau risk-management hospitalier". *Gestion* 2000, Vol. 26, N°5, p. 21.
- Ibert J., Baumard P., Donada C., Xuereb J.-M., 2001. « Data Collection and Managing the Data Source », in : R.-A. Thiétart et al., *Doing Management Research*, London : Sage, pp. 172-195.
- Imbert, G. 2010. « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », *Recherche en soins infirmiers* 2010/3 (N° 102), p. 23-34. DOI 10.3917/rsi.102.0023.
- Imbert, J., 1990. *La protection sociale sous la Révolution française, sous la direction de Jean Imbert*. Paris : Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 1990. In-8°, 567 pages
- Imbert, J., 1994. *Les Hôpitaux en France*, PUF, coll. Que sais-je ?, 6ème édition.
- Jacquemin, D., Pujol, N., Aubry, R., Choteau, B., Desmedt, M., Guirimand, F., et al. 2015. La transgression : une expérience à penser pour construire la visée éthique de certaines pratiques clinique. *Med Palliat*, 14 (5), pp. 91-97.
- Joffre, P., 1999. « L'économie des coûts de transaction ou le marché et l'entreprise à la fin du XXe siècle » De nouvelles théories pour gérer l'entreprise du XXIe siècle, Koenig G. (Coor.), *Economica*, p. 143-170.
- Joffre, C., Loilier, T., 2012. L'adaptation vue comme un processus de régulation. Le rôle et la dynamique de la règle dans une organisation du secteur social et médicosocial français. *Management international/International Management/Gestión Internacional*, 16(2).
- Journé B., 2005. « Etudier le management de l'imprévu : méthode dynamique d'observation in situ », *Finance, Contrôle, Stratégie*, vol. 8, n° 4, pp. 63-91.
- Journé, B., 2008. « L'observation », in Gavard-Perret M.-L., D. Gotteland, C. Haon et A. Jolibert (Eds.), *Méthodologies de la recherche. Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Pearson Education.
- Katz, P., 1999. *The Scalpel's Edge*, Boston, Allyn and Bacon.
- Kennedy I. 2001. *The Report of the Public Inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995. Learning from Bristol*. 2001
- Kerleau M., 1998. « L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise des dépenses de santé », *Sciences sociales et santé*, 16, n°4, pp.5-34.
- Kerleau, M., 2001. Les processus de restructuration des systèmes hospitaliers : tendances générales et variations nationales (États-Unis, Royaume-Uni, Québec). *Revue française des affaires sociales*, 59-78.

- Kervasdoué (de), J., 2005. La régulation des dépenses de santé en Europe et dans certains pays membres de l'OCDE. *Revue française d'administration publique*, n°113,(1), 29-48. doi:10.3917/rfap.113.0029.
- Kervasdoué, (de) J., 2015. L'hôpital. Paris : Presses Universitaires de France.
- Koenig, G., 1993. « Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles », *Revue de l'AGRH*, n° 9, novembre 1993.
- Koenig, G., Vandangeon Derumez, I., Marty, M., Auroy, Y. & Dumond, J., 2016. Le respect des règles élémentaires : enjeu d'un management dialogique, habilitant et disciplinant. *M@n@gement*, vol. 19,(1), 1-45. doi:10.3917/mana.191.0001.
- Kreckler S, Catchpole K., P McCulloch, and al Factors influencing incident reporting in surgical care. *BMJ Quality & Safety* 2009; 18: 116-120.
- Koeck C. Time for organisational development in healthcare organisations. *BMJ* 1998;317:1267-8.
- Kohn, L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S. 1999. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academy Press.
- Konteh, F., Mannion, R., Davies, H., 2011. Understanding culture and culture management in the English NHS: A comparison of professional and patient perspectives. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(1), 111-7
- Kornberger, M., Clegg, S. R., Carter, C. 2006. Rethinking the polyphonic organization: Managing as discursive practice. *Scandinavian Journal of Management*, 22(1), 3-30.
- Kostova, T., Roth, K., 2002. Adoption of an Organizational Practice by Subsidiaries of Multinational Corporations: Institutional and Relational Effects. *The Academy of Management Journal*, 45(1), 215-233.
- Kourilsky, P., Giry, I., 2008. Safety standards: an urgent need for evidence-based regulation *Surv Perspect Integr Environ Soc*, 1 (), pp. 105-115.
- Lagache, D., 1949. « Nomenclature et classification des jeunes inadaptés », *Sauvegarde de l'enfance*, 2,3, p. 1 à 20. *Chirurgie*, p. 155-178.
- Laget, P., Salaün, F., 2004. Aux origines de l'hôpital moderne, une évolution européenne. *Les Tribunes de la santé*, n° 3,(2), 19-28. doi:10.3917/seve.003.28.
- Lamarque E., Maymo, V. 2007. L'analyse des mécanismes conventionnels de la coordination intraorganisationnelle : Le cas du processus de production d'un crédit immobilier. *Congrès de l'AIMS*. Montréal, 6-9 Juin.
- Lankford M.G., Zembower T.R., Trick W.E., Hacek D.M., Noskin G.A., Peterson L.R., 2003, Influence of rôle models and hospital design on hand hygiene of health care workers, *Emerging Infections Diseases*. A peer-reviewed journal tracking and analyzing disease trends, 9, 2, 217-223.
- Lapalle M., 2012. « Etude des impacts de la démarche globale de RSE sur les attitudes et comportements des parties prenantes internes et externes de l'organisation : salariés, clients et militants. Le cas d'une entreprise de l'économie sociale : La MAIF », Thèse de doctorat en Sciences de gestion, Université Toulouse I Capitole, janvier.
- Lapointe P.A., Chayer M., Malo F.B., Rivard L., 2000, « La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier », *Nouvelles pratiques sociales*, 13:2, pp. 164-180.

- Laraoui, O. Laraoui, S. Tripodi, D. et al., 2008. Évaluation du stress chez le personnel de santé au Maroc : à propos d'une étude multicentrique Arch Mal Prof Environ, 69, pp. 672-682.
- Lascoumes, P., Le Bourhis, J.-P., 1996. Des « passe-droits » aux passes du droit. La mise en œuvre socio-juridique de l'action publique Droit et société Année 1996 Volume 32 Numéro 1 pp. 51-73.
- Laude, A., 2005. Les médecins et les malades face au droit. Revue française d'administration publique, no113,(1), 113-120. doi:10.3917/rfap.113.0113.
- Laude, A., 2010. La judiciarisation en France, sur la trace des États-Unis ?. Les Tribunes de la santé, 26,(1), 49-59. doi:10.3917/seve.026.0049.
- Lawton, R., 1998. Not working to rule: understanding procedural violations at work Saf. Sci., 28 (2), pp. 77-95
- Lawton R, Parker D. 2002. Barriers to incident reporting in a healthcare system. BMJ Quality & Safety ;11:15-18.
- Leape L, Brennan T, Laird N. et al. 1991. La nature des événements indésirables et de la négligence chez les patients hospitalisés: résultats de l'étude Harvard Medical Practice Survey II. N Engl J Med 1991 324 377-384.
- Leape L.L, Berwick D.M., 2005. Five Years After To Err Is Human What Have We Learned?. JAMA. 2005;293(19):2384–2390. doi:10.1001/jama.293.19.2384.
- Le Bezvoët, E., 2007. L'hôpital et la logique managériale : quelle place pour le sujet ?. Le Journal des psychologues, 252,(9), 29-34. doi:10.3917/jdp.252.0029.
- Ledoux M., 1999. Hygiène au bloc opératoire : évaluation d'un protocole de comportement en chirurgie orthopédique et traumatique, Mémoire de diplôme d'études spécialisées en pharmacie hospitalière , UFR des Sciences Pharmaceutiques, Université Louis Pasteur, Strasbourg.
- Lee, T., 1998. Assessment of safety culture at a nuclear reprocessing plant. Work et stress 12, (3), 217-237.
- Le Lan R., Baubeau, D., 2004. « Les condition de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », Etudes et résultats, 335, Drees.
- Le Lay, S., 2013. « Des pratiques ouvrières ludiques aux dispositifs managériaux ludistes : vers une instrumentalisation du jeu dans le travail », La nouvelle revue du travail.
- Lemert Edwin W., 1951. *Social Pathology: a Systematic Approach to the Theory of Sociopathic Behavior*, New York, McGraw-Hill,.
- Le Moigne J.L., 1990. Epistémologies constructivistes et sciences de l'organisation, in A.C Martinet, *Epistémologie et Sciences de Gestion*, Economica, p. 81-140.
- Le Pen, C., 1999. *Les Habits neufs d'Hippocrate, « du médecin artisan au médecin ingénieur »*, Paris, Calmann-Lévy.
- Leplat, J., Hoc, J.M., 1983. Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations. Cahiers de Psychologie Cognitive 3 (1), 49–64.

- Leplat, J. 2002. « De l'étude de cas à l'analyse de l'activité », Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé [En ligne], 4-2 | 2002, mis en ligne le 23 septembre 2012, consulté le 26 juin 2017. URL : <http://pistes.revues.org/3658>.
- Leriche, R., 1951. Philosophie de la chirurgie, Paris, Flammarion, p. 165-185.
- Létourneau, J., Alderson, M, Caux, C., Richard, L., 2013. « La déviance positive : analyse de concept selon l'approche évolutionniste de Rodgers », Recherche en soins infirmiers 2013/2 (N° 113), p. 19-33.
- Lévi-Strauss, C., 1958. Anthropologie structurale. Paris : Plon.
- Lewicki, R.J., Poland, T., Minton, J.W. et Sheppard, B.H., 1997. «Dishonesty as deviance : a typology of workplace dishonesty and contributing factors». In Lewicki, R.J., Sheppard, B.H. et Bazerman, B.H., Research on Negotiation in Organizations, Greenwich, CT : JAI Press. 6, 53-86.
- Lewin, K., 1966. « Décisions de groupe et changement social », in A. Lévy (Ed.), Psychologie sociale, textes fondamentaux anglais et américains, Dunod, Paris.
- Lhuilier D., 2010. « L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail », Sciences sociales et santé /2 (Vol. 28), p. 31-63.
- Liabsuetrakul T, Chongsuvivatwong V, Lumbiganon P, Lindmark G., 2003. Obstetricians' attitudes, subjective norms, perceived controls, and intentions on antibiotic prophylaxis in caesarean section, Soc Sci Med, vol. 57 (pg. 1665-74).
- Linhart, R. 1978. L'établi, Ed. de Minuit.
- Llewellyn S., Northcott D., 2005. «The average hospital», *Accounting, Organizations and Society*, vol. 30, n° 6, p. 555-583
- Lombart C., Labbé-Pinlon B., 2015. « Shoppers et butineurs : des pratiques spatiales en magasin à différencier », Recherches en Sciences de Gestion, 3/2015 (N° 108), p. 67-90.
- Lorino, P. 2009. « Concevoir l'activité collective conjointe : l'enquête dialogique », Activités [En ligne], 6-1 | avril 2009, mis en ligne le 15 avril 2009, consulté le 08 décembre 2018. URL : <http://journals.openedition.org/activites/2154> ; DOI : 10.4000/activites.2154.
- Lorino, P., 2014. La fuite managériale devant la complexité : l'exemple historique du «lean management», ESSEC Working paper, pp. 1-8.
- Loriol, M., Boussard, V., Caroly, S., 2006. La résistance à la psychologisation des difficultés au travail: Le cas des policiers de voie publique. Actes de la recherche en sciences sociales, 165,(5), 106-113. doi:10.3917/arss.165.0106.
- Magnus T.P., Marra A.R., Camargo T.Z.S., Victor E.D.S., Costa L.S.S.D., Cardoso V.J., Santos O.F.P.D., Edmond M.B., 2015. Measuring hand hygiene compliance rates in different special care settings: A comparative study of methodologies. International Journal of Infectious Diseases, 33 , pp. 205-208.
- Mak-van der Vossen, M., van Mook, W., van der Burgt, S., Kors, Joyce C.F. Ket, J, Croiset G, and Kusrkar R. 2017. Descriptors for unprofessional behaviours of medical students: a systematic review and categorization. BMC Med Educ. 2017 Sep 15;17(1):164
- Malinowski, B., 1967. In R.G Burgess, Field research: A sourcebook and field manual, Routledge.

- Mallinger, M., 2013, Faculty to Administration and Back Again I'm a Stranger Here Myself, *Journal of Management Inquiry*, 22: 1, 59–67.
- Mannion R., Davies H., 2018. Understanding organisational culture for healthcare quality improvement *BMJ* 2018; 363 :k4907
- Marks, H.M. 1999. *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1990-1999)*. Paris Synthélabo, coll. Les empêcheurs de tourner en rond, 352p.
- Martineau, R., 2012. Les usages-types d'un outil de gestion des risques à l'hôpital. *Management & Avenir*, 54,(4), 215-236. doi:10.3917/mav.054.0215.
- Marty, J. 2011. Check-lists : la lettre et l'esprit. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. Volume 30, Issue 6, June 2011, p. 467-468
- Mas, B. Pierru, F., Smolski, N., Torrielli, R. 2011. *L'hôpital en réanimation. Le sacrifice organisé d'un service public emblématique*, Paris, éditions du Croquant.
- Matheu M., 1986. La familiarité distante, quel regard poser sur la gestion dans notre société ? » *Les Annales des Mines* « Gérer et Comprendre », mars, p. 81-94.
- Maxfield, D., Grenny, J., Patterson, K., McMillan, R., Switzler, A., 2005b. Silence kills: The seven crucial conversations for healthcare. *VitalSmarts*. Retrieved May 26, 2009.
- McCarthy, J. C., Wright, P. C., Monk, A. F., & Watts, L. A., 1998. Concerns at Work: Designing Useful Procedures. *Human-Computer Interaction*, 13(4), 433.
- McDonald R., Waring J., Harrison S., et al. 2005. Rules and guidelines in clinical practice: a qualitative study in operating theatres of doctors' and nurses' views *BMJ Quality & Safety* 2005;14:290-294.
- McGlynn E.A., Asch S.M., Adams J, Keesey J, Hicks J, De Cristofaro A, et al. 2003. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*;348:2635–45.
- McWilson L.R., Runciman W.B., Gibberd R.W., Harrison B.T., Newby L., Hamilton J.D. : The quality in Australian health care study. *Med J Aus* 1995; 163: 458–71.
- Mead, G. H., 1934. *Mind, self and society from the standpoint of a social behaviourist*. Morris (Ed). Chicago : University of Chicago Press.
- Megeus V., Nilsson K., Karlsson J., Eriksson B., Erichsen Andersson A., 2015. Hand hygiene and aseptic techniques during routine anesthetic care - observations in the operating room *Antimicrobial Resistance and Infection Control*.
- Merton R, Reader, G. and Kendall P. 1957. (Eds) *The Student-Physician, Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Meyer, J.W., Rowan, B., 1977. "Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony." *American Journal of Sociology* 83(1977), pp. 340-363.
- Michel P., Quenon J.-L., Djihoud A. et al. 2005. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. *Etudes et résultats* n°398. Drees.
- Michel P, Minodier C, Lathelize M et al. 2010. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. *Dossiers Solidarité et santé* n° 17. Drees.

- Mintzberg H., 1982. *Structure et Dynamique des organisations*, Éditions d'Organisation, Paris, 434 p.
- Mintzberg, H., 1989. *Le management : voyage au centre des organisations*, Éditions d'Organisation.
- Mintzberg H., Glouberman S., 2001. «Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part II: Integration», *Health Care Management Review*, Vol. 26, n°1, pp. 72-86.
- Minvielle, É., 1996. *Gérer la singularité à grande échelle – Comment maîtriser les trajectoires des patients à l'hôpital ?*, Thèse de doctorat de l'École Polytechnique, 411 p.
- Minvielle, É., 2003. De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé: Le cas de la qualité hospitalière. *Revue française de gestion*, no 146,(5), 167-189. doi:10.3166/rfg.146.167-189.
- Minvielle, É., Contandriopoulos, A., 2004. La conduite du changement: Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ?. *Revue française de gestion*, no 150,(3), 29-53. doi:10.3166/rfg.150.29-53.
- Minvielle, É., 1999. Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. *Politiques et Management public*. 17 (4) : 60-84.
- Mirebeau, S., 2010. « clinique et management : une synergie en construction », *Empan* 2010/2 (n°78), p. 53-66.
- Moisdon, J.-C, Tonneau, D., 2008. « Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ? », *Politiques et management public* [En ligne], Vol. 26/1 | 2008.
- Moisdon, J.-C. (2012). Le paradoxe de la boîte noire. *Réformes hospitalières et organisation*. *Droit et société*, 80,(1), 91-115. <https://www.cairn.info/revue-droit-et-societe-2012-1-page-91.htm>.
- Moisdon, J.-C. « De l'incitatif économique à la machine de gestion : le cas des établissements de santé », *Quaderni*, 82 | 2013, 39-54.
- Moisdon, J.-C., 2017. PMSI, T2A et gestion interne. *Journal de gestion et d'économies médicales*, vol. 35,(2), 51-66. doi:10.3917/jgem.172.0051.
- Molinier, P., 2000. « Virilité défensive, masculinité créatrice », *Travail, genre et sociétés*, 1/2000 (N° 3), p. 25-44.
- Molinier, P. 2010. « Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2/2010 (n° 10), p. 99-110.
- Molinier, P., 2012. « Chirurgie : une mise à distance nécessaire des émotions ? Commentaire », *Sciences sociales et santé*, 4/2012 (Vol. 30), p. 99-104.
- Molliex, S., Samama C.M. 2010 La médecine factuelle et la « vraie vie » : pourquoi les cliniciens n'appliquent-ils pas les référentiels ? *Annales Françaises Anesthésie Réanimation*, 29 (2010), pp. 859-861.
- Montmollin, (de) M., 1984. *L'intelligence de la tâche. Eléments d'ergonomie cognitive*. Berne: Perter Lang.
- Moriceau, C., 2009. Les perceptions des risques au travail dans la seconde moitié du XIXe siècle : entre connaissance, déni et prévention. *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 56-1,(1), 11-27. doi:10.3917/rhmc.561.0011.
- Morin, E., 1980. *La Méthode. 2 La Vie de la Vie*. Paris : Seuil.

- Morin, E., 1982. *Science avec conscience*, Paris, Fayard, 2eme édition, 1990.
- Morin, E., 2008. *Logique et contradiction. Actes des Ateliers sur la contradiction - Nouvelle force de développement en science et société*. Ecole nationale supérieure des mines Saint-Etienne 19-21 mars, 8-26.
- Moro, M.R., 2001. *Parents en exil : psychopathologies et migrations*. Paris : PUF.
- Moss F, Garside P, Dawson S., 1998. *Organisational change: the key to quality improvement*. *Quality in Health Care* ;7(Suppl):S1-2.
- Mossé P., 1998. *La rationalisation des pratiques médicales, entre efficacité et effectivité*. In: *Sciences sociales et santé*. Volume 16, n°4, 1998. pp. 35-60.
- Mucchielli, A., 2009. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Colin.
- Murgier, J., Coste, J.-F., Cavaignac, X., Bayle Iniguez, P. Chiron, P., Bonneville, J.-M., Laffosse., 2016. *Microbial flora on cell-phones in an orthopedic surgery room* *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research* Volume 102, Issue 8, December 2016, Pages 1093-1096.
- Naing, L. Nordin, R., Musa R., 2001. *The prevalence of, and factors related to, compliance with glove utilization among nurses in Hospital Universiti Sains Malaysia*. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 32 (3), pp. 636-642.
- Nascimento, A., 2011. *Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 3591-3602.
- Nestrigue C., Zeynep O. 2011. *Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital, Premières estimations à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients*, n° 171 - Décembre 2011.
- Neuendorf, K., 2004. «Content Analysis: A Contrast and Complement to Discourse Analysis», in «Symposium Discourse and Content Analysis», *Qualitative Methods*, Spring, 2004, pp. 33-36
- Nieva, V.F., Sorra J., 2003. *Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations* *Qual Saf Health Care* 2003;12(Suppl II):ii17-ii23.
- Nobre, T., 1999. *L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisitée à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements*. 20EME CONGRES DE L'AFC, May 1999, France.pp.CD-Rom, 1999.
- Nobre T., Merdinger-Rumpler C., 2002. « *Quelle métamorphose pour l'hôpital ?* », *Actes du 2ème colloque « La métamorphose des organisations »*, Vittel, pp. 1-17.
- Nooteboom, B., 1999. *InterFirm Alliances: Analysis and Design*, Routledge, London.
- Noreau P., 1993. « *Le droit préventif : le droit au-delà de la loi* », in *Thémis/CDPQ*, Montréal, p. 200.
- Nyssen, A.-S., Côte V., 2010. *Motivational mechanisms at the origin of control task violations: an analytical case study in the pharmaceutical industry* *Ergonomics*, 53, pp. 1076-1084.
- Ocelli P., Quenon J.-L., Hubert B., Hoarau H., Pouchadon M.H., Amalberti R., *et al.* 2007. *La culture de sécurité en santé : un concept en pleine émergence*. *Risque et qualité*;5(4):207-12.
- Odom-Forren, 2011. J. PhD, RN, CPAN, FAAN. *The Normalization of Deviance: A Threat to Patient Safety*, *Journal of PeriAnesthesia Nursing* , Vol 26, No 3 (June): pp 216-219.

- Ogien, A., 1995, L'esprit gestionnaire. Une analyse de l'air du temps Éditions de l'EHESS, Paris
- Ogien A., 2000. « Médecine, santé et gestion », dans G. Cresson, F. - X. Schweyer (dir.), Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail, Rennes, Editions ENSP, pp.133-148.
- Olmer, F., 2009. La médecine dans l'Antiquité : professionnels et pratiques. *Sociétés & Représentations*, 28, (2), 153-172. doi:10.3917/sr.028.0153.
- Ombredane, A., Faverge, J.-M., 1955. L'analyse du travail. Paris: PUF.
- Osborne D., Gaebler T., 1993. «Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector», Plume Book, New-York.
- Osty F., 2008. Le désir de métier - Engagement, identité et reconnaissance au travail, Presse universitaire de Rennes, Collection « des Sociétés ».
- Otsuka, Y., Misawa, R., Noguchi, H., Yamaguchi, H., 2010. A consideration for using workers' heuristics to improve safety rules based on relationships between creative mental sets and rule-violating actions. *Safety Science* Volume 48, Issue 7, August 2010, Pages 878-884.
- Ovretveit J., 2005. Which interventions are effective for improving patient safety: a review of research evidence. Technical report. Stockholm: Karolinska Institute, Medical Management Centre; August 2005.
- Paillé P., A. Mucchielli, 2003 [2008]. *L'Analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Éditions Armand Colin.
- Parker, D., Lawton R., 2000 Judging the use of clinical protocols by fellow professionals *Social Science and Medicine*.
- Passeron, J.-C., 1994. « La rationalité et les types de l'action sociale chez Max Weber », *Revue Européenne des Sciences Sociales*, Tome XXXII, No 98, 1994, pp. 5-44.
- Paugam-Burtz C, Guerrero O. 2001. Check-list sécurité au bloc opératoire : le bilan après un an de déploiement à l'hôpital Beaujon. In *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Jun;30(6):475-478.
- Paul M. 2002. L'accompagnement : une nebuleuse. *Education permanente*;153:43-56.
- Pavie, A., Masson, A., 2014. Comment les normes sociales se construisent. *Sociologie des « entrepreneurs de morale »*. *Regards croisés sur l'économie*, 14,(1), 213-215. doi:10.3917/rce.014.0213.
- Pedersen, L., Elgin, K., Peace, B., Masroor, N., Doll, M., Sanogo K., Zuelzer, W., Peterson, G., Michael P. Stevens, Gonzalo Bearman, Barriers, perceptions, and adherence: Hand hygiene in the operating room and endoscopy suite *American Journal of Infection Control* Volume 45, Issue 6, 1 June 2017, Pages 695-697.
- Peirce, C.S., 1931-1958. The collected papers of Charles Sanders Peirce. édité par C. Hartshorne, P. Weiss (Vols. 1-6) & A. Burks (Vols. 7-8). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Peneff, J., 1997. « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *Sociologie du travail*, n° 3, (pp.265-296).
- Peneff, J., 2009. Le goût de l'observation comprendre et pratiquer l'observation participante en sciences sociales (Grands Repères Guides). Paris : La Découverte.

- Peneff, J., 1992. L'hôpital en urgence. Paris : Métailié.
- Peneff, J., 1995. Mesure et contrôle des observations dans le travail de terrain. L'exemple des professions de service. *Sociétés contemporaines*, 21,(1), 119-138. <https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-1995-1-page-119.htm>.
- Périsseux T., 2001, Les tensions de la flexibilité. L'épreuve du travail contemporain, Paris, Desclée de Brouwer.
- Périsseux, T., 2003. « La subjectivation du travail », *Déviance et Société* 2003/3 (Vol. 27), p. 243-255
- Perret V., Seville M., 2007. Fondements épistémologiques de la recherche, in R.A. Thietart, *Recherche en management*, Dunod, p. 13-33.
- Pesqueux. Y. 2010. Pour une épistémologie des organisations. <hal-00510860>.
- Peter, J.-P., 2001. De l'hôpital comme utopie en soi, in « Demain sera meilleur... » *Hôpital et utopie*, Musée de l'Assistance Publique -Hôpitaux de Paris, Paris, , pp.52-68.
- Phipps, D., Parker, D., Meakin, G., Beatty, P. 2010. Determinants of intention to deviate from clinical practice guidelines. *Ergonomics*, 53(3), 393-403. doi: 10.1080/00140130903428650 .
- Phillips, L.S., Branch W.T., Cook C.B., Doyle J.P., El-Kebbi I.M., Gallina D.L., Miller C.D., Ziemer D.C. et Barnes C.S., 2001, «Clinical inertia», *Ann Intern Med*, Nov. 6, 135(9):825-34, Review. PMID: 11694107 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Philips, N., Hardy, C., 2002. *Discourse Analysis: Investigating Processes of Social Construction*, Newbury Park, Sage.
- Pierret, J., 2004. Place et usage de l'entretien en profondeur en sociologie. Dan Kaminski et Michel Kokoreff. *Sociologie pénale : système et expérience pour Claude Faugeron*, ERES, p. 199-213 + biblio., 2004, Trajets.
- Pierru, F., 1999. L'« hôpital-entreprise » Une *self-fulfilling prophecy* avortée. In: *Politix*, vol. 12, n°46, Deuxième trimestre 1999. La santé à l'économie, sous la direction de Patrick Hassenteufel. pp. 7-47.
- Pierru, F. 2007. *Hippocrate malade de ses réformes* Éditions du Croquant, Paris
- Pierru, F., 2015. Mihaï Dinu Gheorghiu, Frédéric Moatty, *L'hôpital en mouvement. Changements organisationnels et conditions de travail: Rueil-Malmaison*, éditions Liaisons, [Noisy-le-Grand], Centre d'études de l'emploi, coll. » Liaisons sociales », 2013. *Travail et emploi*, 143,(3), 75-78. <https://www.cairn.info/revue-travail-et-emploi-2015-3-page-75.htm>.
- Pirou, V. 2011. Check-list au bloc opératoire : pourquoi elle n'est pas toujours appliquée (et pourquoi elle devrait l'être) ? Operative safety check-list: Why don't we (and should we) use it? *Le praticien en anesthésie réanimation* Volume 15, n° 4 pages 256-259 (septembre 2011).
- Pogorzelska, M., Larson E.L., 2008. Assessment of attitudes of intensive care unit staff toward clinical practice guidelines. *Dimens Crit Care Nurs* ; 27: 30-38.
- Poma, R., 2009, *Magie et guérison. La rationalité de la médecine magique, XVIe-XVIIe siècle*. Paris, Orizons.
- Pouchelle, M.C., 2003. *L'hôpital corps et âme : essais d'anthropologie hospitalière*. Paris : Seli Arslan. 218 p.

- Pouchelle, M.C., 2005. « Infections nosocomiales et culture hospitalière », Praticien hospitalier, Anesthésiste-Réanimateur, Juin 2005, n°33, pp.26-29.
- Pouchelle, M.C., 2008. L'hôpital où le théâtre des opérations : essais d'anthropologie hospitalière, Tome 2. Paris : Seli Arslan. 192 p.
- Pouvoirville De, G., 2010. La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital. Le journal de l'école de Paris du management, 86,(6), 22-29. doi:10.3917/jepam.086.0022.
- Pouvoirville De, G., 1998. Quelques aspects théoriques et pratiques sur la mesure de la performance hospitalière. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 5 (1), 99-105.
- Pouvoirville De, G., 2010. La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital. Le journal de l'école de Paris du management, 86,(6), 22-29. doi:10.3917/jepam.086.0022.
- Power, M., 2005. La société de l'audit : l'obsession du contrôle La Découverte, Paris (2005)
- Prégent, R., 2001. L'encadrement des travaux de mémoire et de thèse. Montréal : Presses Internationales Polytechnique.
- Proulx, A., Ruest-Paquette, A.-S., Simões Forte, L.A., Cotnam-Kappel, M., Fallu, C. et Bartosova, L. 2012. « La réflexivité : exercice pédagogique et outil d'accompagnement aux cycles supérieurs », Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur [En ligne], 28-2 | 2012, mis en ligne le 06 novembre 2012.
- Prudence J., 2009. Thèse de Doctorat, « La maîtrise du slack budgétaire : une analyse autour des théories de la déviance et de la criminologie - Le cas d'une entreprise de distribution », Ecole Doctorale de gestion EDOGEST, Université Paris Dauphine.
- Pugel A.E., Simianu V.V., Flum D.R., 2015. Use of the surgical safety checklist to improve communication and reduce complications. J Infect Public Health. 2015;8:219-225.
- Quenon, J.L. 2012. Dossier solidarité et santé N°24 : Sécurité du patient.
- Rafter N., Hickey A., Conroy R.M , et al., 2017. L'étude nationale irlandaise sur les événements indésirables (INAES): la fréquence et la nature des événements indésirables dans les hôpitaux irlandais - une étude rétrospective BMJ Qual Saf ; 26: 111-119.
- Rasmussen, J., 1997. Risk management in a dynamic society: a modelling problem. Safety Science, 27(2), 183-213.
- Rasolofo-Distler, F., Zawadzki, C., 2011. Proposition d'un cadre conceptuel pour les CIFRE : illustration par deux thèses soutenues en contrôle de gestion. Comptabilités, économie et société, May 2011, Montpellier, France. pp.cd-rom.
- Rateau F., Levraut L., Colombel A.-L., et al., 2011. Check-list "Patient Safety" in the operating room: One year experience of 40,000 surgical procedures at the university hospital of Nice Annales Francaises d'Anesthesie et de Reanimation, 30 (6) , pp. 479-483.
- Raveyre, M., Ughetto, P., 2003. Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières. Revue française des affaires sociales, 95-119. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2003-3-page-95.htm>.
- Reason J., 1995. Understanding adverse events: human factors. Qual Health Care; 4: 80-9.

- Reason J., 1990a. The contribution of latent failures to the breakdown of complex systems. *Philosophical Transactions of the Royal Society B* 327. Pages 475 à 484.
- Reason J., 1990b. *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Reason J., 2000a. Heroic Compensation : The Benign Face of Human Factor. In G. Edkins & P. Pfister (Eds) *Innovation and consolidation in aviation: Selected contributions to the Australian Aviation Psychology Symposium 2000*(pp. 1-6). Aldershot, I.K.: Ashgate.
- Reason J., 2000b. *Human Error: models and management*. *BMJ* 2000, 320:768-70
- Reno, R. R., Cialdini, R. B., & Kallgren, C. A., 1993. The transsituational influence of social norms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 104-112.
- Revault d'Allones C., 1992. *La démarche clinique, ses caractéristiques*, Paris : Dunod.
- Reynaud E., 2003. Les règles de l'emploi, Dans de Terssac Gilbert (dir), *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Paris, La Découverte, 2003, p. 147-155.
- Reynaud, J.D., Richebé, N., 2007. Règles, conventions et valeurs: Plaidoyer pour la normativité ordinaire. *Revue française de sociologie*, vol. 48,(1), 3-36. doi:10.3917/rfs.481.0003.
- Reynaud J.-D., 2004. *Les règles du jeu – L'action collective et la régulation sociale*, Armand Colin, 3e éditions (1ère éd. 1989).
- Reynaud J.-D., 1999. *Le conflit, la négociation et la règle*, Toulouse, Octarès, « Travail », (1° ed., 1995), 268 p.
- Reynaud J.-D., 1997. *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, A Colin, coll. « U », 2° édition, 1993; 1° édition, 1989, 314 p
- Ritzer, G. 1996. *The McDonaldization of society*. London, Pine Forge Press, 1996, 265 p.
- Robelet M., 2001. La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité. In: *Sciences sociales et santé*. Volume 19, n°2. pp. 73-98.
- Roberts K.H., 1990. «Managing High Reliability Organizations», in *California management review*, pp.101-113.
- Robinson, S.L., Bennett, R.J., 1995. "A Typology of Deviant Workplace Behaviors; A Multidimensional Scaling Study", *Academy of Management Journal*, 38; p. 555-572.
- Robinson, S.L., Bennett, R.J., 1997. «Workplace deviance : its definition, its manifestation, and its causes». In Lewicki, R.J., Sheppard, B.H. et Bazerman, B.H., *Research on Negotiation in organizations*, Greenwich, CT: JAI Press. 6, 3-27
- Robinson, S.L., Greenberg, J., 1998. «Employees behaving badly: dimensions, determinants and dilemmas in the study of workplace deviance». In Cooper, C.L. et Rousseau, D.M., *Trends in Organizational Behavior*, New York: Wiley and Sons. 5, 1-30.
- Rolland, C., Sicot, F., 2012. Les recommandations de bonne pratique en santé: Du savoir médical au pouvoir néo-managérial. *Gouvernement et action publique*, 3,(3), 53-75. doi:10.3917/gap.123.0053.
- Rosenstein, A., 2011. Managing disruptive behaviors in obstetrics services. *Am J Obstet Gynecol American Journal of Obstetrics & Gynecolog*.

- Rosenstein, A., O'Daniel, M., 2006. Disruptive Behavior in the Perioperative Arena. *Journal of American college of surgeons*. Vol. 203, No. 1, July 2006.
- Rosenthal M., 1999. How doctors think about medical mishaps. In: Rosenthal M, Mulcahy L, Lloyd-Bostock S, eds. *Medical mishaps*. Buckingham: Open University Press: 141–53.
- Rothier Bautzer E., 2003. La fabrication d'un médecin [trad. de Everett C. Hugues, *The Making of a Physician, Human Organization (1956)*]. Numéro thématique " Formation des soignants ", *Revue Les sciences de l'éducation - Pour l'ère nouvelle*, 2, 57-70.
- Rousseau, D., 1989. Psychological and implied contracts in organizations, *Employee Responsibilities and Rights Journal*, Vol 2, N°2, p. 121-139.
- Roy, D., 1954. "Efficiency and «the fix»: informal intergroup relations in a piece work machineshop», *American Journal of Sociology*, vol. 60.
- Roy, D., [1959] 2006. « L'heure de la banane » in Roy Donald, *Un sociologue à l'usine*, Paris, La Découverte, 155-187.
- Royer I., Zarlowski P., 1999. « Le design de la recherche », p. 139-168, in Thiétart, Raymond-Alain (sous la direction de), *Méthodes de Recherche en Management*, Dunod.
- Rubin, H.J., Rubin, I.S., 1995. *Qualitative interviewing. The heart of hearing data*, Thousand Oaks, CA, Sage, 1995.
- Russ S, Rout S, Caris J, et al., 2015. Measuring variation in use of the WHO surgical safety checklist in the operating room: a multicenter prospective cross-sectional study. *J Am Coll Surg* 2015;220:1–11.
- Ryan, A.J. Webster, C.S. Merry, A.F. Grieve D.J., 2006. A national survey of infection control practice by New Zealand anaesthetists *Anaesth. Intensive Care*, 34, pp. 68-74.
- Sabatier V., 2011, « Discontinuités technologiques et business models : analyse des mécanismes de transformation de l'industrie du médicament », Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université de Grenoble, juillet.
- Sainsaulieu, I., 2003. *Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital*, par, Paris : L'Harmattan, 2003, 239 p.
- Sainsaulieu, R., 1977, *L'identité au travail*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris.
- Savoie-Zajc L. 1997, L'entrevue semi-dirigée, in B. Gauthier (éd.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (3e éd., pp. 263-285). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Savoie-Zajc L., 2010. Les dynamiques d'accompagnement dans la mise en place de communautés d'apprentissage des personnels scolaires. *Education-formation*. 2010;e-293:10-20. [Consulte le 28/03/2014]. En ligne : <http://ute3.umh.ac.be/revues/include/download.php?idRevue=9&idRes=60>.
- Schilte, A., Minvielle, É., 2008. Le classement des hôpitaux : une nouvelle manière de rendre des comptes. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 91, (1), 36-47. doi:10.3917/geco.091.0036.
- Schein E. 1985. *Organizational culture and leadership*. Jossey Bass.

- Schindler, M., 2013. Avoir raison de la souillure : l'observance de l'hygiène des mains en milieu hospitalier. *Sciences sociales et santé*, vol. 31,(4), 5-28. doi:10.3917/sss.314.0005.
- Schioler T, Lipczak H., Pedersen B.L. et al [Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records]. *Ugeskr Laeger* 20011635370–5378.
- Schnapper, D., 2005. *La compréhension sociologique. Démarche de l'analyse typologique*, édition revue et augmentée, Paris, PUF, Quadrige.
- Schulman, P. R. (1993), «The Negotiated Order of Organizational Reliability», *Administration & society*, 25:3, pp. 353-372.
- Scott T, Mannion R, Marshall M, Davies H., 2003. Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence. *J Health Serv Res Policy*;8:105-17. doi:10.1258/135581903321466085 pmid:12820673
- Sedel, L., Tonneau, D., 2009. » Évolution de l'hôpital : le cri d'alarme d'un chirurgien », *Le journal de l'école de Paris du management*, 1/2009 (N°75), p. 29-36.
- Seferdjeli, L., Terraneo, F., 2015. Comprendre le travail de soins à l'hôpital. *Recherche en soins infirmiers*, 120,(1), 6-22. doi:10.3917/rsi.120.0006.
- Seignour, A., 2011. Méthode d'analyse des discours: L'exemple de l'allocation d'un dirigeant d'entreprise publique. *Revue française de gestion*, 211,(2), 29-45.
- Setbon M., 2000. – « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? », *Sociologie du Travail*, 42, n°1, pp.51-68.
- Sexton J.B., Thomas E.J., Helmreich R.L., 2000. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000320745–749.
- Simard, M., 2010. « La culture de sécurité ». In : Daniellou F., Simard M., Boissières I., editors. *Les Cahiers de la sécurité industrielle : facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle, un état de l'art*. Toulouse : Institut pour une culture de sécurité industrielle.
- Simard, M., 2012. Safety culture and management. Dans: *Encyclopaedia of occupational health and safety*, International Labor Organization, pp. 59.4-59.8
- Singer S, Lin S, Falwell A, Gaba D, Baker L: Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Serv Res* 2009; 44: 399–420.
- Skarlicki, D. P., Folger, R., 1997. Retaliation in the workplace: The roles of distributive, procedural, and interactional justice. *Journal of Applied Psychology*, 82(3), 434-443.
- Small, C., Porterfield, S., Gordon, G. 2015. Disruptive behavior within the workplace *Applied Nursing Research* 28 (67-71).
- Sonal A. *et al.* 2010. The impact of stress on surgical performance: A systematic review of the literature. *Surgery*, Volume 147, Issue 3 , 318 - 330.e6.
- Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Nunes, C., & Leite, E. S. (2014). Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Services Research*, 14, 311. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-14-311>.

- Spector, P.E., Fox, S., 2005. A model of counterproductive work behavior. In S. Fox et P. E. Spector (Eds.), *une usine mexicaine », Annales des Mines - Gérer et Counterproductive workplace behavior: Investigations of actors and targets* (pp. 151–174). Washington, DC : APA.
- Spire A., 2013. « Pour une approche sociologique de la délinquance en col blanc », *Champ pénal*, vol X.
- Stake R.E., 1994. Case Studies. In N.K. Denzin, et Y.S. Lincoln, (1994). *Handbook of Qualitative Research*. London, Sage Publications. Chap. 14.
- Steiger F.B., 2006). Special report: Discouraged doctors. Doctors say morale is hurting http://net.acpe.org/Resources/Articles/Doctors_Say_Morale_is_Hurting.pdf The Physician Exec
- Strauss, A. 1992. *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Textes réunis et présentés par (I.) Baszanger, Paris, Éditions de L'Harmattan, Collection Logiques sociales, 311 p.
- Strauss, A.L., Corbin, J., 2004. *Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*. Fribourg: Academic Presse Fribourg/Éditions Saint-Paul.
- Sutherland, E. H. 1940. White-Collar Criminality *American Sociological Review* Vol. 5, No. 1 (Feb., 1940), pp. 1-12.
- Taba P, Rosenthal M, Habicht J, et al., 2012. Barriers and facilitators to the implementation of clinical practice guidelines: A cross-sectional survey among physicians in Estonia. *BMC Health Serv Res.*; 12: 455.
- Tan, K.B., 2006. Emerald Article: clinical practice guidelines: a critical review. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* ; 19: 195–220.
- Taveira, A. Hable, P. Karsh B. 2002. Investigation of the impact of workers' perceptions on compliance with standard safety precautions in a rural hospital. Paper Presented at the Human Factors and Ergonomics Society 46th Annual Meeting, pp. 1467-1471.
- Ternon, Y., 1994. «La fin du chirurgien généraliste», in *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, sous la direction de Pierre Aïach et Didier Fassin, Paris, Anthropos, (p. 187).
- Terressac, (de) G., 1992. *Autonomie dans le travail*. Paris, PUF, 279 p.
- Terressac, (de) G., 2012a, *Autonomie dans le travail*, in Bevort A., Jobert A., Lallement M., Mias A., (s/d), *Dictionnaire du travail*, Paris : PUF, coll Quadrige, 47-53.
- Terressac, (de) G., 2013. « De la sécurité affichée à la sécurité effective : l'invention de règles d'usage », *Annales des Mines - Gérer et comprendre* 2013/1 (N° 111), p. 25-35.
- Terressac, (de) G., 2013. De la sécurité affichée à la sécurité effective : l'invention de règles d'usage. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 111,(1), 25-35. doi:10.3917/geco.111.0025.
- Terressac, (de) G., (dir.), 2003. *La Théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Paris, Éditions La Découverte, Collection Recherches, 448 p.
- Terressac, (de) G., 2002. *Le travail : une aventure collective*. Toulouse : Octarès.
- Thomasson (de) E., Bonfait H., Delaunay C., Charrois O. 2001. Patient safety in the operating room: Is the «checklist» implementation sufficient to improve safety? A survey at 6 months follow-up of

- routine enforcement (2011) *Revue de Chirurgie Orthopedique et Traumatologique*, 97 (8), pp. 869-876.
- Treadwell J.R., Lucas S., Tsou A.Y., Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf* 2014;23(4):299-318.
- Tripp T.M., Bies, B.J. 1997. What's good about revenge? The avenger's perspective. In Lewicki, R.J., Sheppard, B.H. et Bazerman, B.H., *Research on Negotiation in Organizations*, Greenwich, CT: JAI Press. 6, 145-160.
- Vacher, A. 2013. Relation entre conception et usage des règles de sécurité : le cas des règles de sécurité des soins du parcours de l'opéré. Thèse Ergonomie. Université Paris 8. 246 p.
- Valabrega, J.-P. 1962. *La relation thérapeutique, Malade et Médecin*. Paris, Flammarion.
- Valade, B., 2003 ; « De la classification et des classificateurs », in: M. Cherkaoui, Ed., *Histoire et théorie des sciences sociales. Mélanges en l'honneur de Giovanni Busino*, Genève, Droz, pp. 123-135.
- Van Campenhoudt, L., Quivy, R., Marquet, Jacques. 2011. *Manuel De Recherche En Sciences Sociales*.
- Van de Ven, A., Poole, M.S., 1995. Explaining development and change in organizations in *Academy of Management Review*, Vol. 20, No. 3, pp. 510-540.
- Vardi, Y., Wiener, Y. (1996). Misbehavior in organizations: A motivational framework. *Organization Science*, 7(2), 151-165.
- Vats, A., Vincent, C.A. Nagpal, K., Davies, R.W. Darzi, A. Moorthy K., 2010. Practical challenges of introducing WHO surgical check list: a UK experience *BMJ*, 340, pp. 133-135.
- Vaughan D. 2001. La normalisation de la déviance : une approche d'action située. In: Bourrier M, ed. *Organiser la fiabilité*. Paris : L'Harmattan.
- Vaughan, D., 1996. *The Challenger Launch Decision*. Chicago : Univ. Chicago Press.
- Villette, M. et Fourcade, F. 2016. De l'incompatibilité des mondes dans une multinationale : l'expérience d'un expatrié français dans comprendre, 3/2016 (N° 125), p. 13-23.
- Vincent, C., A. Research into medical accidents: a case of negligence? *BMJ* 1989 ; 299: 1150 – 3.
- Vincent, C., 1999. The human element of adverse events *Med J Aust* 1999; 170 (9): 404-405. Published online: 3 May 1999.
- Vincent, C., Neale G, Woloshynowych M, 2001. : Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001; 322: 517–9.
- Vincent, C., 1997, « Risk, safety, and the dark side of quality », *BMJ*, 314 :1775.
- Vincent, C., P. Aylin, B. Francklin, S. Iskander, A. Jacklin, K. Moorthy, 2008, Is health care getting safer? We have little idea *BMJ*, 337 p. 2426.
- Vincent, C., et Amalberti, R., 2015. La sécurité dans les soins de santé est une cible mouvante. *BMJ Quality & Safety*, 24 (9), 539-540.<http://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004403>.
- Vogus T., Sutcliffe K., 2007, «Organizational Resilience: Towards a Theory and Research Agenda», *Systems, Man and Cybernetics, ISIC. IEEE International Conference on*, pp. 3418-3422.

- Vries (de) E.N., Prins H.A., Crolla R.M., Den Outer A.J., Van Andel G., Van Helden S.H., et al. 2010. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes *New England Journal of Medicine*, 363, p. 1928-1937.
- Vries (de) F.R., Ramrattan M.A., Smorenburg S.M., et al., 2008. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* ; 17:216 – 23.
- Wacheux, F. 1996. *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*. Paris : Economica.
- Wacheux F., 2005. « Compréhension, explication et action du chercheur dans une situation sociale complexe », in P. Roussel and F. Wacheux (coord.), *Management des ressources humaines : méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*, Paris, De Boeck, pp. 9-29.
- Wagner C., Mannion R, Hammer A , et al., 2014. The associations between organizational culture, organizational structure and quality management in European hospitals. *Int J Qual Health Care*; 26 Suppl 1 (Suppl 1):74–80
- Walker A.E., Grimshaw J.M., 2001. Armstrong EM. Salient beliefs and intentions to prescribe antibiotics for patients with a sore throat, *Br J Health Psychol*, vol. 6 (pg. 347-60).
- Walls. J. et Hoffman, A. *Journal of Organizational Behavior*. Feb2013, Vol. 34 Issue 2, p253-271. 19p.
- Warren D.E., 2003, "Constructive and destructive deviance in organizations", *Academy of Management Review*, vol.28, n°4, p. 622-632.
- Weber M., 2004 [1920]. *L’Ethique protestante et l’esprit du capitalisme*. Paris : Gallimard.
- Weber M., 1995 [1921]. *Économie et Société*, tome 1. Paris : Plon.
- Weed, LL. 1971, *Medical record, medical education and patient care*, Chicago, year book medical publisher.
- Weick K.E., Sutcliffe, K.M. *Managing the Unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity*.
- Weick K., Sutcliffe K., 2007. *Managing the Unexpected, Resilient Performance in an Age of Uncertainty*, Jossey-Bass, 208 p.
- Weldes, J. E. Laffey, M., 2004. *Methodological Reflections on Discourse Analysis*. In: *Qualitative Methods*, Vol. 2 (1), p. 28 - 30.
- Wertsch, J., 2007. *Mediation*, in H. Daniels, M. Cole, & J. Wertsch (Eds). *The Cambridge companion to Vygotsky* (pp. 178-192). Cambridge: Cambridge University Press.
- Whitby M., McLaws M. L., Ross M.W., 2006, *Why healthcare workers don’t wash their hands: a behavioral explanation*, *Infectious Control and Hospital Epidemiology*, 27, 12, 484-492.
- Widlocher, D., 1999. *La psychologie clinique et pathologique*. *Psychologie Française*, 44, 3, 227-232.
- Wiggins, M. W. Hunter. D.R., O’Hare D., Martinussen M., 2012. Characteristics of pilots who report deliberate versus inadvertent visual flight into Instrument Meteorological Conditions *Saf. Sci.*, 50, pp. 472-477.
- Williamson, O. E. (1975), *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*, Free Press, a division of Macmillan, Inc., New York.

- Williamson, O.E., 1985. *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets and Relational contracting*, The Free Press, a Division of Macmillan, Inc., New York, traduit en français (1994) *Les institutions de l'économie*, InterEdition, Paris.
- Wisner A., 2004, *Bulletin de la Self*, 136 : 43.
- Wisner A., 1995a, « Understanding Problem Building : Ergonomic Work Analysis, an Analytical Approach », *Ergonomics*, 38, pp. 596-606, réédition française (1995), « La constitution de problèmes, sa description par l'analyse ergonomique du travail », in Wisner Alain, *Réflexions sur l'ergonomie*, Toulouse, Octarès, pp. 129-140.
- Wood, L. A., Kroger, R. O., 2000. *Doing discourse analysis : Methods for studying action in talk and text*, London: Sage.
- Yin, R.K., 1994. *Case study research. Design and methods*. 2nd edition, London, Sage Publications.
- Yin, R.K., 2003. *Applications of case study research* (2éd.). London: Sage.
- Zarifian, P., *Le Travail et l'événement*, Paris, L'Harmattan, 294 p., 1995.
- Zolesio, E., 2013., « La socialisation chirurgicale, un apprentissage " par claques " », *Revue française de pédagogie*, 3/2013 (n° 184), p. 95-104.
- Zolesio, E., 2015. « Des modalités d'apprentissage brutes et brutales en chirurgie. », *Travail et emploi* 1/2015 (n° 141), p. 25-35.
- Zohar, D, 1980. Safety climate in industrial organization: theoretical and applied implications. *Journal of applied psychology*, 65, (1), 96.

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Table des abréviations et sigles utilisés.....	293
Annexe 2 : « Fiche d'identité » de la check-list.....	294
Annexe 3 : Compilations des études réalisées sur l'utilisation de la check-list « securite du patient au bloc operatoire » entre 2006 et 2016.....	297
Annexe 4 : Détail des entretiens réalisés	300
Annexe 5 : Trois modèles de sécurité selon R. Amalberti (2001).....	302
Annexe 6 : Quelques études réalisées sur les évènements indésirables (EI) et leurs principaux résultats	303
Annexe 7 : Verbatim entretien au bloc operatoire réalisé le 22/06/2017 avec un chirurgien spécialité viscérale	304
Annexe 8 : Extrait liste des Fiches Evénements Indésirables (FEI) déclarées entre 2015 – 2017	309
Annexe 9 : Détails des observations systématiques réalisées.....	311
Annexe 10 : Exemple de Fiche d'Evenement Indésirable (FEI)	313
Annexe 11 : Compte rendu de l'observation <i>in situ</i> n°6, bloc A, salle d'urologie	315
Annexe 12 : Grille d'observations systématiques.....	317
Annexe 13 : Check-list HAS « sécurité du patient au bloc opératoire » (version 2016).....	319
Annexe 14 : Extrait du tableau de codage	320
Annexe 15 : Table des figures	322
Annexe 16 : Liste des tableaux	323

ANNEXE 1 : TABLE DES ABREVIATIONS ET SIGLES UTILISES

ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANDEM	Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
CME	Commission médicale d'établissement
DMS	Durée moyenne de séjour
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Ministère des affaires sociales et de la santé)
ENC	Étude nationale des coûts
EIG	Événements indésirables graves
ENEIS	Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
GHM	Groupe homogène de malades
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Loi Hôpital, patients, santé, territoires
IDE	Infirmier diplômé d'état
ISA	Indice synthétique d'activité
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MeaH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
NPM	New public management ou Nouveau management public en français
ONDAM	Objectif national des dépenses de l'assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national
PEP	Pratiques exigibles prioritaires
PMSI	Programme (au départ projet) de médicalisation des systèmes d'information
PSPH	Participant au service public hospitalier
REx	Retour d'expérience
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSPI	Salle de surveillance post-interventionnelle
T2A	Tarifification à l'activité
TROS	Temps réels d'occupation des salles

FICHE D'IDENTITE
CHECK-LIST « SECURITE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE »

Qu'est-ce que la check-list sécurité du patient ?

C'est un outil qui permet aux membres de l'équipe médico-soignante la vérification orale et écrite de 11 points considérés comme essentiels, en présence de tous et avec la participation du patient (avant qu'il ne soit endormi).

Obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2010 dans le cadre de la certification des établissements. Elle est définie comme une pratique exigible prioritaire (PEP). Les PEP sont des thèmes sur lesquels un niveau d'exigence renforcé a été défini en V2010. Leur sélection a été fondée sur l'identification de sujets fondamentaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins correspondant à des thèmes traités par les établissements depuis plusieurs versions de la certification et qui ont un fort impact sur la sécurité des patients.

La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est définie comme suit dans le manuel de certification des établissements de santé V2010 de la HAS (critère 26.a) : *« Elle vise à prévenir les risques tels que la vérification du site, le positionnement du patient, le contrôle du bon fonctionnement du matériel et sa traçabilité (circuit de stérilisation), l'information et la communication inter-équipes, l'antibioprophylaxie si recommandée, le comptage des instruments, le signalement de dysfonctionnement éventuel, etc. »*

La check-list ne peut pas être modifiée, seulement complétée si besoin pour être plus représentative des différentes organisations et respecter les processus spécifiques de chaque bloc opératoire. Elle est directement inspirée des check-lists réalisées dans l'aéronautique.

En cas de dommage consécutif à un acte médical (anesthésique ou chirurgical), **seul le médecin supporte la responsabilité**, il est celui qui a réalisé l'acte médical.

La signature de la check-list par les trois membres (chirurgien, coordinateur et anesthésiste) **n'est pas obligatoire**, mais laissée à la libre décision de l'établissement. La signature est obligatoire au sein de notre établissement d'accueil.

Etapas de sa création :

Alors que les actes chirurgicaux ont pour but de sauver des vies, certains peuvent entraîner beaucoup de complications postopératoires. Compte tenu de l'omniprésence de la chirurgie, leurs répercussions sur la santé publique sont considérables. Dans les pays industrialisés on enregistre des complications sérieuses dans 3 à 16% des interventions chirurgicales hospitalières, avec des taux d'incapacité permanente ou de mortalité d'environ 0,4 à 0,8%.

De plus, chaque année, au moins sept millions d'opérés souffrent de complications chirurgicales, dont au moins un million décèdent pendant ou juste après une intervention.

La check-list a donc été créée en 2008 par l'OMS dans le cadre du projet « *Safe surgery save life* » afin de limiter les erreurs et les complications postopératoires, et ainsi diminuer le nombre de décès.

Elle a été testée dans 8 pays :

- Toronto, Canada,
- London, UK
- Amman, Jordanie
- Manille, Philippines
- Auckland, NZ
- New Dehli, Inde
- Ifakara, Tanzanie
- Seattle, USA

En France :

1. Elle a été adoptée en janvier 2010 par la HAS (associée aux représentants des professionnels travaillant au bloc opératoire et des usagers) : Check-list V2010-01 ;
2. En janvier 2011 : Check-list V2011-01 modifications pour clarifier les critères et améliorer la réalisation du *time out* (temps de pause avant incision) + ajout d'un nouvel item pour vérifier la préparation cutanée de l'opéré ;
3. En janvier 2016 : Check-list V2016 ajout de 5 points de vigilance adaptés à la prise en charge des enfants.

Ses objectifs :

- 1) Garantir en permanence la sécurité des patients (erreur d'identitovigilance, d'endroit à opérer, infections, oubli de corps étrangers, transmission d'informations essentielles au sein de l'équipe opératoire...)
- 2) Engager (ou maintenir) une culture de la sécurité et des valeurs qui permettent d'y arriver.

3 phases identifiées dans le processus d'utilisation de la check-list :

1. avant l'induction anesthésique (temps de pause avant anesthésie du patient) ;
2. avant l'intervention chirurgicale (temps de pause avant incision, *time out*) ;
3. après l'intervention et avant la sortie du patient au bloc opératoire.

Qui complète la check-list ?

Un coordonnateur (désigné par l'établissement, souvent infirmier, chargé de compléter les items en coordination avec chirurgien + anesthésiste / IADE). Au sein de notre établissement ce sont les infirmiers circulants qui ont en charge de compléter la check-list. Jusqu'à présent la check-list était réalisée sous format papier, depuis mai 2017, elle est informatisée via un logiciel qui permet de cocher les cases directement sur l'ordinateur. La signature se fait de manière électronique. Pour ce faire les personnels manipulant le logiciel ont été formés par le prestataire.

Quelle est la responsabilité du coordonnateur de la check-list ?

Il appartient à chaque établissement de déterminer sa stratégie de coordination du dispositif check-list et en particulier de désigner le coordonnateur, de définir sa mission exacte et d'identifier le type d'alerte qui pourrait traduire une difficulté de mise en œuvre. La mission du coordonnateur doit être de proposer à l'équipe de vérifier les critères de la check-list et d'assurer son renseignement complet et correct, c'est-à-dire la vérification des items en temps réel et de manière croisée au sein de l'équipe médico-soignante. En cas de dommage consécutif à un acte médical (anesthésique ou chirurgical), le médecin supporte seul la responsabilité, il est celui qui a réalisé l'acte médical.

La nouvelle version 2011-01 précise les conditions dans lesquelles cette check-list doit être remplie : « Le rôle du coordonnateur check-list, sous la responsabilité du(es) chirurgiens et des anesthésiste(s) responsables de l'intervention est de ne cocher les items de la check-list que :

- si la vérification a bien été effectuée ;
- si elle a été faite oralement en présence des membres de l'équipe concernée ;
- si les non-conformités (marquées d'un *) ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision qui doit le cas échéant être rapportée dans l'encart spécifique) ».

Archivage du document :

Dans le dossier patient ou/ et au bloc opératoire (en fonction de l'organisation interne). Au sein de notre établissement, elle est classée dans le dossier patient.

ANNEXE 3 : COMPILATIONS DES ETUDES REALISEES SUR L'UTILISATION DE LA CHECK-LIST « SECURITE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE » ENTRE 2006 ET 2016

Auteurs	Justifications de non-application de la check-list au bloc opératoire
Hales et Pronovost, 2006	<p>Difficultés d'ordre technique (difficultés de standardiser certaines procédures, variabilité des conditions des patients et souvent non prévisibilité des réactions physiologiques) ;</p> <p>Difficultés d'ordre culturel (les CL peuvent être perçues par certains professionnels comme des aveux de faiblesse).</p>
Gillespie B., Chaboyer W., Wallis M., et al., 2006	<p>Non réalisation du Time out :</p> <ul style="list-style-type: none"> - par l'absence globale de cohérence entre l'imposition administrative de ces approches Qualité et les moyens mis à leur disposition pour réaliser ces tâches supplémentaires, notamment de check-list incluant le time out (habituelle pression temporelle du programme qui voit les chirurgiens souvent passer d'une salle à l'autre en dernière minute, les absences de soignants, les incidents divers, la gestion des apprenants et des remplaçants au CHU, etc.) ; - une réfractivité de base des chirurgiens à ces approches ; ils n'ont jamais été formés avec cette culture de briefing et de partage et se sont vu imposer ce time out sans l'avoir vraiment accepté (même si formellement le collège des chirurgiens l'a validé), des attitudes qui ont conduit à une délégation quasi systématique de circonstance de toute la check-list aux cadres soignants.
P. Cabarrot, R. Bataillon, R. Le Moign, 2011	<p>3 types de facteurs identifiés favorisant et leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisationnels (exemple : volonté politique de mise en œuvre CME/direction) ; - Structurels (adaptation de la CL aux procédures déjà existantes) ; - Additionnels (suivi d'indicateurs, de résultats...) ; <p>3 types de difficultés ou freins identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés liées au concept de l'outil (obstacle culturel), - Difficultés liées aux conditions de mise en œuvre de la CL (mode d'emploi pas assez détaillé, difficultés à renseigner certains items), - Difficultés en liens avec les objectifs visés (risques non prévenus explicitement par la CL).
E. de Thomasson, H. Bonfait, C. Delaunay, O. Charrois, 2011	<p>Critères confus,</p> <p>Critères inadaptés,</p> <p>Réponse trop binaire ou rigide</p> <p>Travail à cheval sur deux ou plusieurs salles d'opérations en même temps.</p>
F. Rateau et al., 2011	<p>Outil d'une aide précieuse pour la procédure de certification de l'établissement en fournissant les éléments de preuves du déploiement.</p> <p>Difficultés à partager les informations à haute voix, redondance de certaines informations, craintes d'éventuelles implications médico-légales.</p>
C. Paugam-Burtz, O. Guerrero, 2011	<p>Difficulté à prendre la parole (personnel paramédical)</p> <p>Indifférence de l'équipe chirurgicale</p> <p>Document inadapté</p>

V. Piriou, 2011	« la culture très individualiste des médecins les conduits peu à partager entre eux et à mener une réflexion collective sur la sécurité »
Etude sur l'implantation et l'utilisation de la CL, HAS, Mars 2012	La check-list est une formalité administrative supplémentaire. La check-list entraîne une perte de temps ou ralentit l'activité. La check-list est redondante avec d'autres documents ou procédures La check-list est difficile à mettre en œuvre pour les interventions réalisées en urgence.
A. Fourcade, J.L. Blache, C. Grenier, J.L., Bourgain et E. Minvielle, 2012	11 barrières identifiées expliquant la non-utilisation de la check-list. Les barrières principales sont la multiplication des items, le manque de communication entre chirurgien et anesthésiste, le temps perdu à remplir la check-list, l'ambiguïté de certains items, l'absence de prise en compte du risque.
P. Hacquard et al., 2013	Participation inégale entre le corps médical et paramédical ; Formalité administrative supplémentaire ; Nécessité de la présence simultanée de toute l'équipe (or l'anesthésiste est souvent sur 2 salles en même temps) ; Difficulté de prise de parole (paramédical) ; Problème de communication paramédical/chirurgien et chirurgien/anesthésiste ; Peur d'engager sa responsabilité ; Peur de contredire la réponse d'un supérieur hiérarchique.
S. Poon et al., 2013	Recours à un groupe d'observateurs afin de vérifier le respect du time out au bloc
A. Vacher, 2013	Trois niveaux d'interprétation possible des écarts observés : <ul style="list-style-type: none"> - Le comportement déviant des acteurs qui conduit « à mettre en place des mesures correctives centrées sur l'opérateur afin d'améliorer l'observance de certaines règles » (formation, sanctions...); - L'accompagnement organisationnel nécessaire à l'introduction et à l'utilisation de la règle ; - La pertinence de la règle. L'écart est du à un problème de conception de la règle qui ne prend pas en compte les besoins des opérateurs ; - La partie culturelle de la CL (issue de l'aviation) n'a pas été pris en compte
Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY, 2014 Gillespie BM, Chaboyer W, Thalib L, John M, 2014 Bergs J, Hellings J, Cleemput I, Zurel O, De Troyer V, Van Hiel M, et al., 2014	Reconnaissance de l'effet bénéfique en termes d'amélioration de la qualité des soins de l'application de la CL, d'une manière globale, Identification de l'efficacité de la CL sur des critères spécifiques reste très difficile.

<p>G. de Saint Maurice, C. Péraldi, S. Paul, B. Wojciek, M. Huck, 2015</p>	<p>Le time out n'est pas fait correctement ou pas fait du tout car c'est un moment inhabituel à réaliser dans la séquence d'action du bloc. Le document est rempli sans que l'esprit soit compris. Ce point implique souvent l'absence d'amélioration de la sécurité.</p>
<p>S. Russ et <i>al.</i>, 2015</p>	<p>Proposition d'un nouvel outil « <i>Checklist Usability Tool</i> » en plus de la CL afin de comprendre la façon dont sont utilisées les CL dans la pratique et aider à identifier les domaines d'amélioration, de modification et de formation</p>
<p>Gillespie BM, Marshall A., 2015</p>	<p>Implication des équipes variable, plus marquée pour les équipes paramédicales que pour les praticiens</p>
<p>S. Singer et <i>al.</i>, 2016</p>	<p>L'utilisation de la CL serait améliorée par une meilleure communication entre le chirurgien et l'équipe chirurgicale qui l'entoure.</p>

ANNEXE 4 : DETAIL DES ENTRETIENS REALISES

Référen- ce entretien	Date de l'entretien	Profession	Âge	Durée de l'entretien en minutes	Nombre de pages de retranscription	Lieu de l'entretien	Remarques
E.1	29/09/2015	RAQ	30	40,00	1,5	Bureau RAQ	Pas d'enregistrem ent
E.2	08/10/2015	Cheffe de bloc	56	30,00	1	Bureau Bloc opérateur	Pas d'enregistrem ent
E.3	20/04/2016	Chir urologue	52	80,00	12	Bureau RH	
E.4	21/04/2016	Chir viscérale	56	45,00	9	Bureau consultations HPPE	
E.5	21/04/2016	Chir ortho	36	30,00	0	Bureau consultations HPPE	Pas d'enregistrem ent (erreur manipulation)
E.6	22/04/2016	IDE de bloc	58	90,00	15	Bureau RH	
E.8	28/04/2016	Chir urologue	52	30,00	7	Bureau RH	
E.9	28/04/2016	Chir ortho	46	60,00	13	Bureau RH	
E.10	11/05/2016	Chir ortho	57	50,00	8	Bureau consultations HPMV	
E.11	18/05/2016	Chir Vasculaire	50	12,00	3	Bureau RH	
E.12	30/05/2016	Chir urologue	40	70,00	14	Bureau RH	

E.14	01/06/2016	Chir ortho	52	45,00	7	Bureau RH	
E.13	06/06/2016	Chir digestif	47	40,00	7	Bureau RH	
E.14	13/06/2016	Chir ortho	37	35,00	7	Bureau consultations	
E.15	22/06/2016	Chir ortho	49	32,00	7	Bureau consultations	
E.16	22/06/2017	AS	56	70,00	5	Bureau médecine	
E.17	22/06/2017	Chir digestif	49	180,00	15	Salle d'opération	Observation enregistrée au bloc
E.18	23/06/2017	RAQ	30	70,00	2	Restaurant	
E.19	27/06/2017	Chir ortho	36	39,00	6	Bureau consultations	
E.20	04/07/2017	Chir urologue/ IDE	40	300,00	3	Salle d'opération	Observation enregistrée au bloc
E. 21	19/12/2017	Chargée de Régulation	27	40	2	Domicile de l'interviewé	
TOTAL			En minutes	1 388,00	144,5		
			En heures	23,13			

ANNEXE 5 : TROIS MODELES DE SECURITE SELON R. AMALBERTI (2001)

	Modèle de la Résilience	Modèle des HRO High Reliability Systems	Modèle de l'Ultra sécurité
Exemples	Alpinisme Himalayen Pêche professionnelle Aviation de combat Finance internationale Urgences hospitalières	Marine marchande, Porte-avions, marine militaire Pompiers Industrie pétrolière Bloc opératoire	Aviation civile Trains et métros Industrie nucléaire Biologie médicale Radiothérapie
Rationalité	La prise de risque est l'essence du métier. On recherche le risque pour survivre dans le métier	Le risque n'est pas recherché, mais il fait partie du métier.	Le risque est exclu, autant que possible.
Traits de culture principale	Fighter spirit, culte des champions et des héros	Culte de l'intelligence du groupe et de l'adaptation aux situations changeantes	Culte de l'application des procédures et de la sécurité organisée par une supervision efficace
Caractéristiques des accidents et des leçons tirées pour la sécurité	Multiplés, arrivent çà et là peu de victimes à la fois, peu de médiatisation, Ne marquent pas la profession Seuls les succès sont vraiment analysés (malheur aux perdants) ; on apprend sur l'adversité à travers l'analyse des récits de héros qui ont survécus à des situations exceptionnelles	Fréquents, nombre de victimes variables, parfois forte pression médiatique, mais toujours des enquêtes et analyses des accidents. On apprend des échecs passés surtout à mieux gérer la même situation dégradée à l'avenir (améliorer sa détection et sa récupération, actions centrées sur la gestion des conséquences)	Rares, beaucoup de victimes et dégâts collatéraux, forte pression médiatique On apprend des échecs passés surtout à ne plus s'exposer à de telles conditions (meilleure prévention, actions centrées sur la suppression des causes)
Trait principal du modèle qui procure la sécurité	La compétence experte des acteurs et leur expérience accumulée sur le domaine technique.	La compétence du groupe à s'organiser (rôles), à se protéger mutuellement, à appliquer les procédures, à se méfier des simplifications trop routinières de la situation, à s'adapter, à percevoir les variations de contextes, <i>sensemaking</i>	La compétence des superviseurs du système à éviter d'exposer les acteurs au front de ligne aux risques inutiles. La compétence des acteurs du front de ligne à appliquer les protocoles.
Formations types des opérateurs pour améliorer la sécurité	Apprentissage par les pairs, accumulation d'expérience professionnelle, 'training for zebra', Travail sur la connaissance de ses propres limites	Entraînement au travail en équipe pour acquérir une connaissance des capacités du groupe, et une adaptabilité de l'application des procédures en fonction du contexte	Entraînement au travail en équipe pour appliquer les procédures et répartir le travail même en cas d'événements anormaux
Niveau de sécurité objectif de ces systèmes	Entre 10^{-2} et 10^{-4}	Entre 10^{-4} et 10^{-6}	Meilleur que 10^{-6}
Capacité de progrès de sécurité à l'intérieur du modèle	Facteur 10	Facteur 10	Facteur 10

ANNEXE 6 : QUELQUES ETUDES REALISEES SUR LES EVENEMENTS INDESIRABLES (EI) ET LEURS PRINCIPAUX RESULTATS

Auteurs, année	Pays	Résultats synthétisés
Bennan et al., 1991	USA	EI survenus dans 3,7% des hospitalisations. Sur 2 671 863 patients sortis des hôpitaux de New York en 1984, il y avait 98 609 événements indésirables dont 27 179 événements indésirables impliquant une négligence de la part des professionnels de santé.
Leape et al., 1991	USA	48% des EI sont associés à une opération chirurgicale. 75% des EI étaient attribuables à la négligence des professionnels (« <i>failure to meet the standard of practice of an average qualified physician practicing in the specialty in question</i> »).
McWilson et al., 1995	Australie	16,6% des admissions sont associées à un EI, 51% des EI sont considérés comme évitables
Gawande et al., 1999	USA	66% des EI sont d'ordre chirurgical, 8 opérations représentent un risque d'EI évitable significativement plus élevé.
Vincent et al., 2001	Angleterre	10,8% des patients admis sont victimes d'un EI, dont la moitié sont jugés évitables
Schiöler et al., 2001	Danemark	9% des patients admis sont victimes d'un EI. Les EI causent en moyenne la prolongation du séjour d'au moins 7 jours.
Rafter et al., 2017	Irlande	Les résultats sont similaires aux études précédentes. Plus de 70% des événements indésirables étaient considérés comme évitables. Les EI ont été estimés à 194 millions d'euros

ANNEXE 7 : VERBATIM ENTRETIEN AU BLOC OPERATOIRE REALISE LE 22/06/2017 AVEC UN CHIRURGIEN SPECIALITE VISCERALE

L'entretien retranscrit ci-dessous s'est déroulé au bloc opératoire, durant une intervention, à la demande du chirurgien.

Chirurgien : Moi quand je suis arrivé à la clinique et que j'ai dit je vais faire des *by pass* j'ai eu les pires ennuis !

Chercheur : Avec la direction ?

Non, avec mes collègues, ils ne comprenaient pas, « *nous les anesthésistes...* », bah non tu crois pas qu'ils t'endorment comme ça eux ! « *D'où il sort, qui il est ? Il est fou...* » j'ai tout entendu. Après il fallait former le personnel, bon on n'avait pas cet instrument. Ça faisait six mois qu'on disait « *moi je veux celui-là* », l'autre il voulait l'autre, entre T et C (chirurgiens)... On savait pas ce qu'il fallait prendre et je me souviens la première *sleeve* qu'on avait à faire c'était la directrice des ressources humaines de France télévision, qui est une copine d'ailleurs que je vois régulièrement. Et on n'avait pas le truc donc j'appelle le labo pour qu'on me prête l'instrument. Manque de bol le jour de l'intervention il y a avait la neige. La nana qui devait monter l'instrument n'a pas pu se déplacer. Donc je vais voir N qui était directeur à l'époque je lui dis « *et on fait comment maintenant ?* » ça la fout mal, c'est la première et voilà qui on opère. *Qu'est-ce qu'on fait ?* Il a dit : « *je vais me débrouiller* ». Il a envoyé un taxi qu'on a payé 200 euros pour aller me chercher l'instrument. A la fin de l'intervention je suis allé le voir, « *bon on va pas continuer ce cirque longtemps on l'achète l'instrument on arrête de tergiverser ou on arrête cette chirurgie* » donc je l'ai mis devant le fait accompli. On a pris ça et pas autre chose. Après j'ai laissé l'instrument 15 jours dans mon coffre, il vaut 30 000 euros le bazar jusqu'au jour où je croise la fille pour le lui rendre. Mais moi j'ai testé pleins de trucs, et tu vois la nana qu'on a opéré, on a fait les groupes de paroles bah c'est une nana avec qui j'ai été mangé, on s'est donné rdv dans un restau à côté de France télévision. Après il faut avoir du relationnel avec les gens, faut être un peu humain.

Il faut un peu de culot aussi ?

Ah oui il faut avoir les couilles dans mon langage ! Le jour où j'ai dit que j'allais faire du *by pass*, D qui était le plus ancien de la bande il m'a traité de tous les noms d'oiseaux, on s'est disputé plusieurs fois. A la fin il me disait : « *pourquoi t'opère pas une grosse que j'ai vu dans tel étage ?* », je lui disais : « *attends je vais pas courir derrière eux* ». Et quand je mettais un *by pass* au programme les filles hurlaient parce qu'elles se disaient mais on va passer la journée c'était 4, 5 heures au départ. Au début on n'avait pas les sangles, je les attachais (les patients) avec des draps de fortune et après petit à petit j'ai imposé des choses pour qu'on achète le matériel, c'est pour ça que je te dis que les choses ne se font pas en un soir. Soit tu es persévérant et tu insistes et tu arrives à obtenir ce que tu veux, soit tu déclines tu déchantes et tu laisses tomber.

C'était une activité qui rapportait des billes pour la clinique ?

Non je ne crois pas. Le jour où on a fait une hépatectomie de gauche on a proposé au staff sous radio fréquence, je me souviens les gens à ce staff ont dit « *faut l'envoyer à l'hôpital, machin... on n'a pas l'appareil* ». J'appelle le labo, il me dit : « *l'appareil je te le prête, faut juste acheter l'aiguille* ». Je l'ai acheté, j'ai été voir la directrice, comment elle s'appelait déjà ? Je lui ai dit on fait ou on fait pas c'est une façon de se faire un coup de pub ! Elle me dit oui... je vais voir la directrice adjointe. J'ai dit au patient : « *vous voulez qu'on le fasse ici ? sinon je vous envoie sur Paris* ». Et en étant honnête les gens m'ont dit non on veut rester avec vous. Et on l'a fait et je peux te dire qu'on m'attendait avec la fleur au fusil. J'ai fait venir l'appareil, on a fait de la radio fréquence ici ! on a fait plein de trucs. Donc l'innovation c'est bon, regarde les estrades aussi ! (*rires*). Après ça fait partie du boulot.

Du coup je comprends mieux votre appétence et le fait que vous ne soyez pas attiré par le reste...

Ah non mais moi si tu veux me tuer tu me mets dans la paperasse !

Je sais que c'est de plus en plus chronophage mais vous n'avez plus le choix aujourd'hui ?

Non mais j'en fais malheureusement j'en fais ! Mais c'est pas ce qui me fait le plus bander.

Mais les gens qui sont à la HAS c'est des soignants à la base non ?

Bah pourquoi ? Parce qu'ils sont mauvais ! S'ils étaient bons... attends tu ferais pas 15 ans de médecine pour aller travailler dans un bureau. C'est des médecins en théorie ça, ils sont pas fait pour ça. Moi je ne vois pas comment tu peux faire chirurgie, c'est quelque chose de manuel de pratique pour être dans un bureau, tu peux pas être chirurgien dans un bureau où alors tu es mauvais. Quand t'es bon tu veux opérer davantage, moi tu me donnes trois salles et des *sleeves* et je te le fais. Comme on a fait là on tourne sur deux salles. Le plus intéressant c'est d'opérer.

Oui mais les pratiques évoluent.

Oui bah on a évolué, je peux te dire que cette pince fait mieux que l'autre (il me montre l'instrument). C'est dans mon expérience, j'attends pas que d'autres viennent me le dire avec des études parce qu'ils peuvent te dire vrai comme ils peuvent dire faux ! La médecine et encore plus la chirurgie c'est pas des statistiques. Moi ma fierté c'est d'avoir apporté cette chirurgie, les installations, et maintenant tout est rodé au sein de l'établissement. Ça a pris un an ou deux pour lancer le truc mais maintenant on en fait régulièrement. On est même sorti dans le classement de l'Express ! 65^{ème} ça c'est un peu ma fierté ça existait pas dans l'établissement maintenant on est passé dans les référents. Moi la plupart des patients que tu vois passer ici c'est du bouche à oreille.

(...)

Je me posais une question par rapport à la check-list... Elle permet d'éviter les erreurs...

C'est du pipeau ! Ça n'empêche pas qu'il y ait des gags.

Mais c'est mis en place pour la sécurité ?

Attends, écoutes, je vais t'expliquer un truc ils ont voulu calquer ça sur le système d'aviation. Est-ce qu'il y a zéro accident dans l'aviation ? Même ici il y a eu des gags phénoménaux avec la check-list !

Aide opératoire : et même avec... c'est informatisé maintenant et y'en a pleins qui mettent autre chose et tu demandes au patient : c'est pas ça. On est obligé de...

Chirurgien : tout ça, ça a amélioré un peu les choses mais le 100% du 100% ça n'existe pas ça !

Donc ça n'aide pas à réduire le nombre d'erreurs ?

Oui ça réduit, mais bon... tu sais on vit dans une époque de la judiciarisation de la médecine. Donc tout est fait pour se protéger. Parce que quand t'es dans un procès on va te dire « est-ce que la check-list a été faite ? » Si tu l'as pas fait on va te dire tu es dans le tort, dans le temps y'avait pas tout ça. Ça a amélioré jusqu'à une certaine limite de pourcentages mais de là à dire que c'est du 100%, non. 100% ça n'existe pas.

Donc ce genre d'outil ce n'est pas quelque chose qui améliore vos pratiques ?

Si, enfin... Sur le plan chirurgical, non ! Peut-être un peu... Bon bah j'espère que je t'ai aidé dans ta recherche. Encore une fois je suis pas un échantillon représentatif.

Les exceptions confirment la règle ?

Je me considère pas comme une exception mais dans ma façon d'être je suis pas... ça court pas les rues. Pour moi c'est compatible avec ce que je fais mais pour beaucoup de gens non. Après ça fait 20 ans que je suis comme ça et j'y suis encore, je n'ai pas une tuile. Après même celui qui reste assis il peut en avoir. Tu sais en général un accident de la route il n'arrive pas à celui qui roule moins vite c'est celui qui roule plus, qui a une grosse expérience, plus tu roules plus tu t'exposes, bah plus t'opères plus tu t'exposes c'est pareil. Ça c'est des conneries les accidents c'est à côté de chez toi mais c'est là où tu tournes le plus !

Les gens sont moins attentifs près de chez eux.

Mais non c'est là où ils sont le plus souvent en bagnole ! C'est près de chez toi, c'est pas en Bulgarie ou je ne sais ou. Tu es moins sur l'autoroute que près de chez toi. Et puis c'est quand

tu es le moins vigilant que ça t'arrive. Là on te parle mais on est quand même vigilant. Une fois j'ai un patient qui vient de la Pitié. Ils ont pas voulu l'opérer parce qu'il est témoin de Jehova. On peut pas les transfuser. Ils font peur aux gens. Bah on l'a opéré. A la Pitié les diet elles en revenaient pas. On a la filière des gitans, la filière des serbes, africaines, après c'est des réseaux... moi ça me dérange pas d'opérer des taulards, des voyous... je sais comment ils vivent les gitans, comment ils volent. Du coup je leur dis de pas m'escroquer... ils m'expliquent. J'ai la filière africaine ! y'en a une demain d'ailleurs. C'est fini l'époque du mandarinat ou tu mettais le nœud pap à la consult'. Je suis limite en short ! La blouse blanche « *l'armure du médecin* » ! C'est fini ça c'est des trucs du 18^{ème} siècle ! Par exemple tu vois ce que je suis en train de faire ? C'est une décision à prendre en 2 minutes, même pas ! *je le fais ou je le fais pas ?* Je vais pas passer mon temps à dire à F (son aide opératoire) *je le fais ou pas ? Qu'est-ce que t'en penses ?* Je le fais je suis tranquille, je suis sécurisé. Ou alors je le fais pas parce que je considère qu'il y a pas besoin de le faire, c'est une zone un peu fragile. Des fois il faut être vite avancé. Tu vois cette opération si tu vas sur le site de la HAS faut 4 heures. Moi j'ai torché ça en 2/4 d'heure !

IDE : c'est parce que toi tu es trop fort !

Chirurgien : non pas du tout mais maintenant tout est rodé, tout est standardisé. Chacun connaît son rôle. Et sur ta question sur la sécurisation, là par exemple elle (IDE) n'a pas le temps de venir parce qu'elle est obligée de tout noter. Elle peut pas suivre avec la lumière, avant ça, ça n'existait pas, le panseur était avec son truc (le scialytique) entrain de suivre le chirurgien où il va. Mais aujourd'hui c'est plus possible parce qu'ils ont une telle charge de trucs... si elle doit faire ça, elle a un retard monstrueux, elle va se planter dans les papiers, donc pour moi ça n'améliore pas forcément la qualité.

Aide opératoire : Parce que la première chose qu'elle fait la panseuse c'est l'ordinateur, les étiquettes, les machins...

Chirurgien : et donc en même temps elles peuvent pas suivre.

Donc c'est considéré comme un frein ?

Ah oui je te dis, moi j'ai connu des panseuses qui t'expliquaient comment opérer. Elles connaissaient par cœur tellement elles en ont vu, des chevronnées. Ça n'existe plus de nos jours, elles peuvent pas, le monde a changé. Les infirmières à une époque dans les étages tu demandais « *comment va monsieur Untel ?* », les filles elles connaissaient les noms des patients par cœur. Aujourd'hui tu vas les voir tu les vois entrain de pousser le chariot comme un caddie de l'ordinateur et si tu poses une question sur un malade « *c'est qui ? Quelle chambre ?* ». Faut qu'elles aillent revoir le truc... donc c'est pas... Parce qu'on les oblige. Tu dis par exemple : « *fais une prescription* ». Bah si tu es pas dans les murs, personne ne la fait, parce qu'elle est pas sur HM (logiciel) et t'as des formations, des sessions, S monte pour t'expliquer... et c'est sensé améliorer les choses tout ça ?! Mais en termes de qualité la médecine était meilleure il y a 20 ans, pour moi ! ça n'engage que moi. La médecine d'il y a 20 ans était meilleure. Là elle

est meilleure parce qu'il y a des progrès techniques et technologiques mais c'est pas parce qu'on met sur HM, qu'on colle les étiquettes qu'on se plante pas ! c'est déjà arrivé qu'on s'est planté de patient avec des check-list alors que 3 ou 4 personnes sont passées à travers donc c'est pas la sécurité absolue.

IDE : pour nous la check-list est importante.

Chirurgien : bah la check-list a été faite par 3 personnes ça n'a pas empêché le gag ! Donc ne me dit pas « *d'où l'intérêt* », c'est du pipeau, y'a beaucoup de pipeau dans tout ça.

Aide opératoire : c'est vrai que souvent on est obligé de reconstruire les intitulés d'interventions.

Chirurgien : La machine ne peut pas remplacer l'homme, s'il y a un bug informatique tout est cuit ! y'a qu'à voir chez toi quand ça bug ! Tu as des avantages des inconvénients dans la vie. Mais on n'est pas dans l'aéronautique !

IDE : on a un métier humain à la base et le problème aussi c'est qu'on veut nous enlever ce côté humain et on nous le rend vraiment robotisé. Et on ne peut pas.

Chirurgien : et tu sais le crash du Paris-Rio ? Quand tu vois les anciens commandants de bord ils te disent que ça pouvait pas arriver avant, parce qu'il y a eu un gag électronique et en une fraction de seconde... les crashes d'avion sont plus fréquents maintenant que y'a quelques années. Le grand malheur des gens qui sont dans les bureaux, la HAS, les penseurs qui n'ont aucune réalité du terrain c'est de calquer la salle d'op comme un cockpit mais une salle d'op c'est pas un cockpit ! Y'a de l'attention humaine. Tu peux toujours avoir un imprévu sur une intervention. Tu peux pas être en théorie. Ces gens ils ont jamais foutu les pieds dans un bloc ils savent même pas comment ça fonctionne !

ANNEXE 8 : EXTRAIT LISTE DES FICHES EVENEMENTS INDESIRABLES (FEI) DECLAREES ENTRE 2015 – 2017

N° FEI	DATE FEI	SERVICE/ PERSONNE DECLARANT	FEI (extrait du logiciel de déclaration)
1	15/10/2015	ANESTHESISTE	<i>Chirurgie programmée de l'épaule induction à 21h !!!!!!! Demandez aux praticiens d'arrivée à l'heure pour commencer à l'heure. Ne jamais faire du programme froid après 20 h</i>
2	15/10/2015	ANESTHESISTE	<i>DEBUT DE PROGRAMME A 9 H 40 A LA PLACE DE 8 H. DEMANDE ARRIVEE DES PRATICIENS A L'HEURE. RESPECT DES PLAGES HORAIRES POUR CHAQUE VACATION SAUF URGENCES. NE PAS ENDORMIR LE PATIENT SI LE PRATICIEN N'EST PAS AU BLOC.</i>
3	18/11/2015	SECONDE DE BLOC	<i>Installation d'une patiente du Dr X dans la salle 2. Non-respect de la charte de bloc opératoire. Agression verbale de la part du médecin à mon rencontre.</i>
4	22/11/2015	SECONDE DE BLOC	<i>Personnel d'astreinte présent à 13h30 au bloc, le chirurgien est arrivé à 15H00.</i>
5	29/12/2015	MEDECINE	<i>Manque des dossiers médicaux, 10 dossiers provisoires, sur les 10 dossiers, 7 patients ont déjà un ancien dossier médical. Les 10 patients sont admis via les urgences sur 10 dossiers seulement 5 avaient la check-list et le dossier médical n'est pas demandé aux archives, les 5 autres pas de check-list.</i>
6	14/01/2016	MEDECINE	<i>Patient admis via les urgences, pas de prescriptions dans HM, les prescriptions ont été faites sur la feuille papier "prescription examen, consultations, biologie..."</i>
7	19/07/2016	BLOC OPERATOIRE	<i>Le Dr X avait programmé 2 patientes ce jour au bloc opératoire, or le médecin est injoignable au téléphone et est absent de l'établissement. Une césarienne prise en charge par le Dr G. et l'autre annulée car aucun gynécologue ne pouvait la prendre en charge. La patiente doit passer mercredi à la consultation afin de reprogrammer l'intervention</i>
8	22/08/2016	BLOC OPERATOIRE	<i>César en urgence redescend du bloc sans prescriptions post-op sur HM. L'anesthésiste de garde ayant eu apparemment des difficultés avec HM est rentré chez lui puis a dicté les prescriptions par téléphone à l'infirmière du réveil.</i>
9	22/02/2017	BLOC OPERATOIRE	<i>Présence chirurgien à 8 h en salle d'opération. Pas de patient présent en salle à 8 h 45 Incision pas avant 9h</i>

10	04/04/2017	BLOC OPERATOIRE	<i>Ceci ne concerne pas le bloc Maternité. cela fait plus de trente années que je réalise mon programme opératoire prévu le vendredi matin avant mes consultations qui démarrent à 13h00. on me fait savoir que je devrais dès maintenant changer mon jour opératoire pour le vendredi après-midi lors de mes consultations ou bien le lundi ou mardi jours ou je suis de garde et assume toutes les urgences gynéco, notamment obstétricales. je suis à quelques mois d'arrêter mon activité professionnelle et je n'entends pas modifier mon planning. en cas de désaccord je me verrai dans l'obligation de signifier aux patientes d'aller se faire opérer " ailleurs ". je sais que le service Maternité pose quelques problèmes à l'Etablissement actuellement.</i>
11	16/06/2017	BLOC OPERATOIRE	<i>Patiente hospitalisée en médecine pour passage au bloc dans la matinée. Prise en charge au bloc à 10h15 pour pose de PAC. Vérification de l'identité impossible car pas de bracelet d'identification et absence de check-list sur le dossier.</i>
12	25/10/2017	BLOC OPERATOIRE	<i>Le Dr X m'agresse verbalement au sujet des interventions ajoutées lundi au cours de sa consultation sans validation par le bloc opératoire (9 patients mercredi après-midi et 4 le jeudi matin). Je lui fais remarquer que je traite toujours les problèmes avec la secrétaire de l'établissement qui s'occupe de sa consultation. A son tour il me rétorque que ce n'est pas elle qui décide du report de ses patients, certes, mais comme il ne répond pas aux mails sur le sujet car jugeant que la régulation est néfaste au bloc opératoire et que je ne suis à ce poste que pour "organiser" et veiller à répertorier les urgences mains. En effet en plus de les inscrire sur HM Bloc (illisible à son goût : demande au siège de modifier l'indentification des urgences, pas de retour à ce jour) il faut imprimer sur papier, classer les différentes urgences inscrites sur le Outlook bloc.</i>
13	18/08/2006	BLOC OPERATOIRE	<i>Annonce par les urgences d'une fracture du poignet à prendre en charge (patient à jeun), accord donné par le chirurgien de garde. L'anesthésiste décide de sortir de l'établissement en attendant que la patiente arrive du service. Attente au bloc 1 heure. Un appel sans réponse, rappel 10 min plus tard</i>

ANNEXE 9 : DETAILS DES OBSERVATIONS SYSTEMATIQUES REALISEES

N°	Date de l'observation	Intervention	Remplissage de la check-list par l'IDE	Présence de l'ensemble des participants (chirurgien, anesthésiste et IDE) au moment du remplissage	Réalisation du "Time Out"	Signature de la check-list par le chirurgien	Retard sur le planning	Suivi des procédures hygiène et sécurité	Commentaires
1	07/04/2017	Ablation matériel membre supérieur	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	Le nettoyage de la salle est commencé alors que l'IDE est toujours en salle
2	07/04/2017	Canal carpien	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	Le chirurgien entre dans la salle pendant le nettoyage
3	19/05/2017	Ablation cancer rectum	Oui	Non	Non	Oui	Non	<i>Non observé</i>	
4	22/06/2017	Sleeve	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Aller-retours dans la salle à plusieurs reprises
5	22/06/2017	Appendicectomie	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Le chirurgien entre dans la salle pendant le nettoyage
6	04/07/2017	Angiographie	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	
7	04/07/2017	Angiographie	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	
8	04/07/2017	Angiographie	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	

9	04/07/2017	Angiographie	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	
10	04/07/2017	Angiographie	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	
11	04/07/2017	Angiographie	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	
12	04/07/2017	Angiographie	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	
13	04/07/2017	Angiographie	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	
14	04/07/2017	Biopsie de prostate	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Porte ouverte durant le nettoyage de la salle
15	04/07/2017	Intervention urologie	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Porte ouverte durant le nettoyage de la salle
16	04/07/2017	Intervention urologie	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	L'IDE entre dans la salle alors que le sol n'est pas sec

ANNEXE 10 : EXEMPLE DE FICHE D'EVENEMENT INDESIRABLE (FEI)

		Edité le : 20/06/2018	
Déclaration d'évènement indésirable			
Nous prenons soin de vous		N° 650216 Hôpital Privé	
N° 650216		Personnel	
		Nom	
		Fonction	
		IDE NUIT	
<hr/>			
Déclarant	Anonyme		
Date	20/06/2018	Cloture	
Heure	Nuit (20h - 8h)		
Processus	Parcours Patient		
Secteur d'apparition	Urgences		
Secteur concernés			
Lieu	Bloc Obstétrical		
Patient en chirurgie ambulatoire	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non		
Famille d'évènements	Le circuit prévu		
Nom de l'évènement	Retard de transfert d'un patient d'une unité de soins à une autre		
Précision sur E.I.			
Fréquence	1 fois par trimestre		
Déteçtabilité			
Gravité	Importante		
Plainte prévisible	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas		
Conséquences immédiates apparentes			
<input type="checkbox"/> Pas d'impact <input type="checkbox"/> Logistique/Organisationnel <input type="checkbox"/> Technique/Matériel			
<input type="checkbox"/> Santé/personne <input type="checkbox"/> Juridique <input type="checkbox"/> Economique <input type="checkbox"/> Médiatique			
Autres conséquences			

Observations	<p>UNE PATIENTE 4 EME PARE A TERME SE PRESENTE AUX URGENCES CAR PERTES DES EAUX ET CONTRACTIONS DOULOUREUSES ET RAPPROCHEES.enregistrement et installation de la patiente dans un box aux urgences our prise de constantes. appel du bloc mater au 5071 afin de les prevenir . voyant les douleurs de la patiente s intensifiées, le bloc mater est de nouveau rappelé 5 MINUTES APRES. l auxiliaire de vie toujours au bloc dit descendre immediatement. la patiente est alors mise sur un fauteuil roulant afin de la conduire accompagnée de son epoux jusqu à l ascenseur afin de faciliter sa prise en charge au bloc. je laisse le couple un court instant car mon collegue m appelle afin de recuperer la feuille de constantes.en revenant l auxiliaire est avec la patiente pensant que je l ai laissé seule dans le couloir . (le couple étant témoin). l auxiliaire de vie refuse de prendre la patiente immediatement car doit aller chercher son dossier aux archives et la laisser dans le couloir seule avec son mari. j insiste pour qu elle la fasse monter au vu de ses douleurs . l auxiliaire mecontente accepte enfin de la faire monter au bloc mater . peu de temps apres, la sage femme du bloc me contacte mecontente pour me reprocher de ne pas avoir pris en charge la patiente ! desagreable elle me raccroche au nez 2 fois ne me laissant pas m exprimer jusqu a la fin...</p> <p>le but de ma demarche étant de preserver la securité de la patiente. et eviter un accouchement inadapté aux urgences</p>
Cause probable	manque de professionalismisme du personnel du bloc mater
Action immédiate	sensibiliser le personnel de nuit du bloc mater sur l amelioration de la PEC des patientes
Vigilance	Direction

ANNEXE 11 : COMPTE RENDU DE L'OBSERVATION IN SITU N°6, BLOC A, SALLE D'UROLOGIE

L'équipe prépare le matériel. Le chirurgien est dans la salle, il relie le dossier de la patiente.

L'IDE pose les questions de la check-list à la patiente qui vient d'entrer en salle sur le brancard : « *Bonjour Madame, comment vous appelez vous ?, De quoi on vous opère aujourd'hui ? Avez-vous des allergies connues ?* ». Le chirurgien à l'attention de l'IDE : « *T'as d'autres questions à la con comme ça ?* ». L'IDE ne répond pas. Le brancardier l'aide à positionner la patiente sur la table d'opération. Il vise les extensions de la table pour les jambes de la patiente qui doivent être positionnées spécifiquement, car il s'agit d'une intervention urologique.

L'anesthésiste arrive, il prépare le matériel pour endormir la patiente. « *Vous êtes bien installée ? Vous allez compter jusqu'à trois. On va compter ensemble, ne vous inquiétez pas* ». Il endort la patiente. Il lui scotche des morceaux de sparadrap sur les paupières, pour éviter qu'elles ne s'ouvrent.

L'aide retire le pyjama en papier de la patiente, et pose les champs. Elle applique de la Bétadine sur les parties génitales de la patiente.

Le chirurgien s'habille et s'installe sur un tabouret aux pieds de la patiente. L'aide lui donne le matériel nécessaire.

La circulante colle les étiquettes de traçabilité des matériels utilisés sur la fiche dédiée sur la paillasse.

L'ambiance semble détendue, mais aucun membre de l'équipe ne parle.

Une fois l'opération terminée, le chirurgien nettoie la patiente. « *Tu peux appeler J. [le brancardier] ? On termine là* ». L'IDE presse le bouton du haut-parleur : « *un brancardier s'il vous plait, ça sort en 5* ».

L'aide termine pendant que le chirurgien se déshabille. La circulante coche la check-list et la signe. Elle la classe dans le dossier du patient. Le chirurgien se connecte sur la session du logiciel HM afin de tracer l'opération qu'il vient de faire. Il remplit l'arrêt maladie et le met dans le dossier de la patiente avant de sortir de la salle.

Le brancardier arrive, il dévisse les extensions de la table d'opération afin que les jambes de la patiente soient parallèles. Il approche le brancard près de la table d'opération pour transférer la patiente encore sous l'effet de l'anesthésie. « *L. tu peux venir nous aider ? Tu prends les pieds et à trois on glisse.* » La patiente est transférée sur le brancard. Le brancardier va la transférer en salle de réveil. Avant de sortir le brancard, l'IDE glisse le dossier patient sous le matelas du brancard.

L'IDE presse à nouveau le bouton du haut-parleur « *on a fini en 5* », afin de prévenir l'équipe d'agents de service hospitalier (ASH) de venir nettoyer la salle. L'IDE ramasse les compresses qui sont tombées au sol pour les mettre dans les sacs poubelles jaunes. Les fils et récipients qui contenaient la Bétadine sont également jetés dans les sacs jaunes. Les boîtes des matériels sont jetées dans un sac poubelle noir. Les instruments utilisés pour l'opération, qui seront réutilisés,

sont placés dans une grande boîte installée sur un petit portique à roulettes. L'aide y dépose les instruments, en prenant le soin d'ouvrir les « ciseaux ». La boîte sera transportée en stérilisation où ils seront nettoyés puis conditionnés dans une nouvelle boîte.

Pendant ce temps, deux ASH arrivent pour nettoyer la salle. Une fois les sacs poubelles sortis de la salle, elles passent la « lavette » pour nettoyer le sol qui est souillé de Bétadine. L'une d'elle s'attarde sur le nettoyage du scialytique.

ANNEXE 12 : GRILLE D'OBSERVATIONS SYSTEMATIQUES

<p>Date de l'observation : ___/___/___</p> <p>Type d'intervention :</p>		<p>Durée de l'intervention :</p> <p>Intervention retardée ?</p> <p>Si oui, pourquoi ?</p>			
N°	Critères	OUI	NON	NA	Commentaires
1	Professionnels présents lors des différents temps de la Check List (CL) :				
1.1	ETAPE 1 : Avant induction anesthésique				
	- Où est la CL dans la salle ?				
	- A quel moment est-elle touchée/lue ?				
	- Par qui ?				
	- Est-elle remplie ? (oral écrit, les 2 ?)				
	- Ecart avec le prescrit ?				
	- Fait-elle l'objet d'échanges ?				
	Tous les items ont été vérifiés et remplis ?				
1.2	ETAPE 2 : Avant intervention				
	- Où est la CL dans la salle ?				
	- A quel moment est-elle touchée/lue ?				
	- Par qui ?				
	- Est-elle remplie ? (oral écrit, les 2 ?)				
	- Ecart avec le prescrit ?				
	- Fait-elle l'objet d'échanges ?				
	Tous les items ont été vérifiés et remplis ?				
1.3	ETAPE 3 : Après intervention				
	- Où est la CL dans la salle ?				
	- A quel moment est-elle touchée/lue ?				
	- Par qui ?				
	- Est-elle remplie ? (oral écrit, les 2 ?)				

	- Ecart avec le prescrit ?				
	- Fait-elle l'objet d'échanges ? (Enregistrer)				
2	Confirmation de l'identité du patient, de l'intervention et du site opératoire par le patient, même oralement ? <i>Si patient incapable (pour quelles raisons ?) de décliner son identité : vérification effectuée par le biais des documents, bracelets...</i>				
3	Tous les items ont été vérifiés et remplis ?				
3.1	<i>Si non, préciser les items non vérifiés et remplis</i>				
N°	Critères	OUI	NON	NA	Commentaires
4	Les vérifications ont été réalisées à haute voix à chaque étape ? Si non de quelle manière ?				
5	Les items sont cochés ? Quand ont-ils été cochés ?				
6	Présence de la signature des 3 membres de l'équipe sur la CL ? A quel moment ?				
	- Chirurgien				
	- Anesthésiste / IADE				
	- Coordonnateur de la check-list				
7	Le « time-out » a été réalisé ? par qui ?				
8	Comment la CL sort elle du BO ? Qui la prend ? Où va-t-elle ? Fait-elle l'objet d'une relecture ? Par qui ? Des modifications sont-elles apportées ? Comment et par qui ?				
9	Est-elle archivée au BO (modalités)?				
10	Nettoyage de salle : Porte fermée ? Présence de personnels pendant le nettoyage ? Chariot laissé à l'extérieur de la salle ?				

• **OBSERVATIONS**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANNEXE 13 : CHECK-LIST HAS « SECURITE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE » (VERSION 2016)

Identification du patient
Étiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2016



Identité visuelle
de l'établissement

Bloc : Salle :
Date d'intervention : Heure (début) :
Chirurgien « intervenant » :
Anesthésiste « intervenant » :
Coordonnateur(s) check-list :

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE	
Temps de pause avant anesthésie	
1	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'identité du patient est correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* ■ L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
2	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'intervention et le site opératoire sont confirmés : <ul style="list-style-type: none"> ■ idéalement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* ■ la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
3	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
4	<ul style="list-style-type: none"> ■ La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
5	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient <ul style="list-style-type: none"> ■ pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* ■ pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A Acte sans prise en charge anesthésique <input type="checkbox"/> N/A
6	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le patient présente-t-il un : <ul style="list-style-type: none"> ■ risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* ■ risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> N/A ■ risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*

Le rôle du coordonnateur check-list sous la responsabilité du(es) chirurgien(s) et anesthésiste(s) responsables de l'intervention est de ne cocher les items de la check-list que (1) si la vérification a bien été effectuée, (2) si elle a été faite oralement en présence des membres de l'équipe concernée et (3) si les réponses marquées d'un * ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision.

N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention
NR : quand le critère est Non Recommandé pour cette intervention

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE	
Temps de pause avant incision	
7	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE / IDE <ul style="list-style-type: none"> ■ identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* ■ intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* ■ site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* ■ installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* ■ documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
8	<ul style="list-style-type: none"> ■ Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (time-out) <ul style="list-style-type: none"> ■ sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérabilité, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* ■ sur le plan anesthésique (Acte sans prise en charge anesthésique [risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.]) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
9	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/R ■ La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A

ATTENTION SI ENFANT !

- Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.
- Autorisation d'opérer signée.
- Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille.
- Prévention de l'hypothermie.
- Seuils d'alerte en post-op définis.

APRÈS INTERVENTION	
Pause avant sortie de salle d'opération	
10	<ul style="list-style-type: none"> ■ Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : <ul style="list-style-type: none"> ■ de l'intervention enregistrée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* ■ du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A ■ de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A ■ si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A <p><i>Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cocher N/A</i></p>
11	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les prescriptions et la surveillance post-opératoires (y compris les seuils d'alerte spécifiques) sont faites conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique et adaptées à l'âge, au poids et à la taille du patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*

DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *

SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT

Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe

Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordinateur CL

ANNEXE 14 : EXTRAIT DU TABLEAU DE CODAGE

REFERENCE	UNITE DE SENS	CATEGORIES	THEME
GC	C'est bien de faire des règles pour tout le monde qu'il faut appliquer, mais si on fait de la chirurgie prothétique c'est sûr que c'est pas pareil que si on fait de la chirurgie de la main on va pas se préparer pareil.	La règle n'est pas adaptée à toutes les spécialités	ADAPTATION DE LA REGLE
MD	C'est chiant comme la pluie [l'accréditation personnelle]	Le travail administratif leur apparait ennuyant	MANQUE D'INTERET
MT	Il y a des choses qui ne sont pas imposées à tout le monde et c'est fort dommage.	Les chirurgiens pensent que la direction fait une différence de traitement	DEFIANCE
MT	Il y a trop de contraintes, trop d'emmerdes, les procédures des patients c'est très stressant alors que ça n'existait pas avant.	Le stress est lié aux patients	STRESS LIE AU PATIENT
AB	J'ai l'impression que les jeunes médecins comprennent car ils sont formés à ça mais les plus anciennes générations ça leur passent carrément au dessus	L'ancienne génération de médecins est moins familiarisée avec les nouvelles règles que la jeune génération	ECART GENERATIONNEL
MT	J'ai tout fait de ce qui dépend de la direction. Il y a des moyens infirmiers, consultations d'infirmiers. Rien n'a été mis en place donc c'est décevant	Les chirurgiens sont déçus du manque de réactivité de la direction	CONFLIT DIRECTION
LC	J'essaye de toujours progresser de mieux faire pour le patient, je pense que pour la plupart des chirurgiens, en tout cas c'est mon cas, on fait chirurgicalement du mieux possible	Le chirurgien cherche à progresser chirurgicalement	APPRENTISSAGE CONTINU
PH	Je pense que c'est une erreur à plein de niveaux pour le patient, pour le quotidien, s'il a une affaire judiciaire et qu'il à rien à produire c'est pas très bien pour eux. Il vaut mieux être parfaitement carré.	La traçabilité permet de se protéger contre les affaires judiciaires	JUDICIARISATION

MT	Je trouve que la GDS, les directions en général n'avancent pas assez vite. Moi quand je prends une décision c'est comme en chirurgie s'il faut amputer un membre pour sauver le patient on l'ampute et on n'y passe pas 6 mois. Là, il y a des décisions à prendre pour le CLIN, pour la propreté de l'établissement, on en discute pendant des réunions et des réunions et ça ne va pas assez vite.	Les chirurgiens sont déçus du manque de réactivité de la direction	CONFLIT DIRECTION
JS	Là c'est typiquement le truc pas adapté trop long, nous on opère beaucoup. C'est toujours la même chose, si vous opéreriez moins avec plus de procédures faudrait que ça soit payé pareil.	La CL est trop longue	REMISE EN CAUSE DE LA REGLE
AB	La direction qui cherche la rentabilité ne peut aller dans le sens contraire.	La direction cherche la rentabilité	RECHERCHE DU GAIN
OBS IDE angiographie	Alors la check-list c'est pareil, tu vas voir je la remplit pas du tout... je la fait bien quand y'a l'audit. Mais sinon... parce que le nom du patient, bah les ¾ des patients je les connais, ils reviennent souvent.	La CL n'est pas réalisée car le personnel connaît déjà le patient	ADAPTATION DE LA REGLE
GC	Après ouais on essaye de respecter. C'est toujours pareil on adapte, par exemple pour la chirurgie de la main on sait que ça ne s'infecte pas. On adapte les mesures à l'activité.	Nécessité d'adapter les règles à la chirurgie	ADAPTATION DE LA REGLE
AP	Je pense que trop de qualité nuit à la qualité. C'est bien de faire de la qualité mais maintenant j'ai l'impression que ça n'a plus de sens en fait	La démarche qualité à perdu de son sens	REMISE EN CAUSE DE LA REGLE
LC	Moi je suis pas un contemplatif moi je peux pas ça me soul de faire X réunions qui servent à rien et tout le monde le sait mais c'est implicite et vous aller écrire 40 pages que personne ne va lire de toute façon mais qu'on mettra dans le rapport parce qu'il faut le fournir à l'ARS. Ça me gêne un peu	La démarche est hypocrite	DEFIANCE
MD	Il faut qu'ils comprennent, on est dans deux mondes différents. Un nombre de chiffre et un nombre de patients et de recrutements. Ils ne comprennent pas que parfois on ne fait pas la même activité tous les mois, mais si les gens ne sont pas malades, on ne va pas aller les chercher dans la rue. C'est deux mondes différents.	Les chirurgiens et la direction ne vivent pas dans le même monde	CONFLIT DIRECTION
OS	La check-list n'est pas adaptée à toutes les opérations chirurgicales, notamment les petites opérations, par exemple pour la main, cette check-list est difficilement applicable.	La CL n'est pas adaptée à toutes les spécialités	ADAPTATION DE LA REGLE

ANNEXE 15 : TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Les quatre mondes présents dans l'organisation hospitalière (Mintzberg et Glouberman, 2001, p. 60)	26
Figure 2 : Catégorisation des définitions du non-respect des règles.....	62
Figure 3 : Framework of rule management adapted from Larsen <i>et al.</i> , (2004) (Hale et Borys, 2013, p. 224)	87
Figure 4 : Les différents types d'études de cas (d'après Yin, 1994, p. 39).....	117
Figure 5 : Situation à risques observées en V2010 – Item « <i>organisation du bloc opératoire</i> » (HAS, Septembre 2015, p. 32).....	123
Figure 6 : Synthèse du choix de la méthode de recueil des données	131
Figure 7 : Démarche de l'analyse de contenu des données (Bardin, 2001, p.33).....	136
Figure 8 : Schématisation de la forme dialogique de la transgression fonctionnelle.....	216
Figure 9 : Schématisation de la forme dialogique de la transgression culturelle.....	219
Figure 10 : Schématisation de la forme dialogique de la transgression politique	222
Figure 11 : Schématisation de la forme dialogique de la transgression économique	224
Figure 12 : Logigramme « <i>architecture des liens logiques entre les formes de transgression</i> »	231

ANNEXE 16 : LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de la bureaucratie professionnelle selon H. Mintzberg (d'après Nobre, 1999)	26
Tableau 2 : Évolutions de la certification des établissements de santé.....	31
Tableau 3 : Différences entre bureaucratie wébérienne et NPM (Amar et Berthier, 2007)	40
Tableau 4 : Synthèse des définitions du non-respect des règles	61
Tableau 5 : Principales différences entre les hôpitaux et les HRO traditionnelles (adapté de Bagnara et <i>al.</i> , 2010, p. 716).....	83
Tableau 6 : Classement des modes d'action suggérés par la littérature pour agir face à la transgression des règles.....	108
Tableau 7 : Outils utilisés pour le recueil des données	119
Tableau 8 : Considérations opérationnelles de l'entretien individuel.....	129
Tableau 9 : Détails des observations <i>in situ</i> réalisées	142
Tableau 10 : Détails des observations systématiques réalisées	145
Tableau 11 : Avantages et limites de l'approche dissimulée (Lamarque et Maymo, 2007, p. 14)	149
Tableau 12 : Extrait détails des entretiens réalisés	151
Tableau 13 : Design de recherche	153
Tableau 14 : Transgressions identifiées au sein du journal de bord	162
Tableau 15 : Transgressions identifiées au cours des observations <i>in situ</i>	172
Tableau 16 : Résultats issus des observations systématiques	173
Tableau 17 : Transgressions identifiées au cours des observations systématiques	182
Tableau 18 : Répartition des entretiens avec les chirurgiens par tranche d'âge et spécialité	187
Tableau 19 : Mise en lumière d'un écart dans les comportements transgressifs entre les générations de chirurgiens	198

Tableau 20 : Synthèse des transgressions identifiées a l'issue des entretiens réalisés avec les chirurgiens.....	199
Tableau 21 : Typologie des formes de transgression présentes au sein des organisations	225
Tableau 22 : Mise en évidence de liens entre les formes de transgression.....	228
Tableau 23 : Logiques d'action auxquelles font référence les quatre formes de transgression (inspiré du modèle de Boltanski et Thévenot, 1991)	230
Tableau 24 : Validation de la typologie à partir d'exemples tirés des résultats	233
Tableau 25 : Suggestion de réponses adaptées à chaque forme de transgression.....	240