

# Réconcilier standardisation et singularité: les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades

Article original

Étienne Minvielle

Centre de Recherche en Économie et Gestion Appliquée à la Santé, France

---

## Résumé:

Le thème de l'« organisation des soins » se trouve au centre de nombreux débats ces dernières années, tant à l'intérieur de l'hôpital que dans les tentatives de mise en réseau entre hôpitaux et médecine de ville. Ce regain d'intérêt suppose une compréhension précise des approches organisationnelles participant à la rationalisation de la prise en charge des malades. A travers deux études de cas, il est montré dans cet article comment, en mobilisant des théories principalement issues du champ de la gestion, de telles approches peuvent s'envisager dans le cas de l'hôpital. L'organisation du travail s'avère ainsi, à l'instar d'autres relations de service, confrontée au dilemme suivant : concilier la singularité de chaque cas et le nombre toujours plus important de malades à traiter simultanément. Maîtriser la trajectoire des malades implique dans ces conditions de réviser les modes d'organisation actuels en favorisant le changement auprès des professionnels de soins.

**Mots clefs:** Organisation du travail, trajectoire, savoir organisationnel

---

## Introduction

En France, comme ailleurs, le thème de l'« organisation des soins » est souvent évoqué actuellement. En matière de planification de l'offre de soins, cette approche a ouvert un nouvel horizon permettant de s'affranchir d'une approche par les structures. En plaidant le rapprochement entre l'hôpital et la médecine ambulatoire dans le cadre de réseaux de soins, les pouvoirs publics ont fixé comme enjeu prioritaire le développement de formes d'organisation plus coordonnées entre les différents producteurs de soins. Dans le domaine de l'accréditation, la référence à l'organisation des soins a également permis de resituer les pratiques professionnelles dans un contexte plus large. Si la qualité des soins dépend de la conception des stratégies diagnostiques et thérapeutiques, et donc de l'ex-

pertise professionnelle, l'organisation nécessaire à l'application de ces stratégies est apparue tout aussi primordiale. Ce constat, déjà souligné dans le domaine industriel (Deming, 1986), rappelle un principe de gestion bien connu : les phases de conception d'une activité et d'exécution du travail en rapport sont liées et ne peuvent se raisonner séparément. Progressivement, l'organisation des soins se révèle être aussi une dimension essentielle de la qualité de la prestation perçue par les usagers. Notamment, il apparaît que le développement d'actions concrètes permettant de mieux répondre aux attentes des usagers passe par une meilleure prise en considération du contexte organisationnel dans lequel se noue l'interaction quotidienne entre les membres des équipes de soins et les malades et leur entourage (Galvin, 1997).

On pourrait encore poursuivre l'exercice sur bien d'autres plans : l'« organisation des soins » représente désormais un thème fédérateur, recentrant nombre d'enjeux et de problématiques sur l'activité de la prise en charge des malades. Elle incite ainsi à analyser et à gérer d'une autre manière. Mais pour ce faire, il convient préalablement de comprendre la signification profonde de cette notion. Comment caractériser l'organisation des soins ? Quelles approches peut-on dégager qui puissent orienter les transformations souhaitées ? Et enfin, comment envisager l'introduction d'un paradigme organisationnel dans un contexte où se combinent déjà plusieurs rationalités et plusieurs logiques ?

Pour traiter ces questions, nous nous intéresserons à l'organisation des soins hospitaliers. Par son histoire, l'hôpital représente un cas où la déclinaison de cette notion est exemplaire. L'activité de prise en charge, sous l'effet conjugué des impératifs économiques, des évolutions technologiques et d'une pression sociale sans cesse accrue, s'y est en effet profondément transformée ces dernières années. Un tel contexte suppose des adaptations au sein des unités de soins. Or, en comparaison, il est frappant de constater que les réponses organisationnelles nécessaires à cette évolution ne sont pas clairement dessinées. Les professionnels de soins ne sont pas, à de rares exceptions près, formés à tenir compte de telles considérations. Ils restent avant tout des experts dont le principe d'excellence est celui de l'exécution des tâches élémentaires de soins. La division du travail se fait catégorie par catégorie. Les unités restent essentiellement cloisonnées. Parallèlement, si de nouvelles techniques managériales dérivées de l'entreprise sont apparues récemment dans l'univers hospitalier—notamment, les démarches qualité—, l'articulation entre ces démarches et l'amélioration de l'organisation de la prise en charge des malades reste fragile. Elle apparaît aujourd'hui d'autant plus délicate que les raisonnements sur lesquels elle repose demeurent inachevés, laissant en suspens l'interrogation des possibilités de transfert à l'hôpital de notions couramment admises en entreprise.

Dans cette perspective, nous rapportons les principaux enseignements d'une recherche

composée d'aller-retour entre des phases d'observation dans deux unités de médecine interne et de chirurgie, des interventions sur le terrain dans une perspective de recherche-action, et des phases de théorisation (Minvielle, 1996). Après avoir rappelé les principes méthodologiques de cette recherche (section I), une première partie portera un diagnostic sur les modes d'organisation existants dans les deux unités de soins en référence aux caractéristiques de la prise en charge des malades (section II). Puis, nous nous interrogerons sur l'approche organisationnelle susceptible d'apporter les réponses les plus appropriées à la gestion de ces prises en charge (section III). Nous nous intéresserons également dans cette partie aux modalités de la diffusion d'une telle approche dans le contexte hospitalier actuel. C'est sur la base de ces différents enseignements que nous pourrons alors offrir une déclinaison plus précise de la notion d'« organisation des soins ».

## I. Matériau et méthode

Cette recherche se fonde sur un travail empirique effectué durant dix-huit mois dans deux unités de soins de spécialités différentes afin de tenir compte des spécificités cliniques dans l'organisation du travail : d'abord dans une unité de soins de médecine interne d'un hôpital universitaire parisien, puis dans un second temps, au sein d'une unité de chirurgie cardiothoracique d'un centre médico-chirurgical situé en région parisienne. Dans les deux cas, nous nous sommes attachés à identifier d'une part les caractéristiques de la prise en charge des malades vue comme un processus productif, et le travail et les pratiques organisationnelles des membres de ces unités d'autre part. Cette double description nous a permis de mieux définir la relation qui peut unir les « *modes d'organisation existants* » et les « *besoins organisationnels requis par les caractéristiques du processus de prise en charge* ». Signalons qu'en agissant de la sorte, le jugement porté sur les modes d'organisation existants s'est référé aux conditions requises par la gestion d'un processus transversal, et non par rapport à un objectif d'optimisation du fonctionnement de l'unité de soins. Si cette

remarque peut paraître banale pour des gestionnaires, elle constitue encore une prise de position controversée dans le milieu professionnel hospitalier actuel.

Une telle approche a des incidences pratiques sur les modalités d'observation :

- L'analyse des caractéristiques du processus de prise en charge nous a conduit à observer des malades lors de leur hospitalisation et de reconstituer leur circuit, à l'intérieur des deux unités, et parfois à l'extérieur de celles-ci ;

- L'analyse des modes d'organisation a supposé une observation du travail quotidien qui dépasse ses aspects les plus formels — organigramme, description d'une journée de travail, ou énumération de tâches — pour approcher des phénomènes comme les perturbations, les modes d'interaction entre les acteurs ou les ruptures de rythme dans le travail ;

- étudier le lien entre les deux entités précédentes a également nécessité de développer un outil d'analyse des dysfonctionnements qui, en partant des « *problèmes ressentis* » par les acteurs, permet d'identifier les réels dysfonctionnements mettant en cause des modes d'organisation ;

- enfin, au niveau des données qui sont recueillies, il est aussi important d'insister sur la distinction qui a été faite dans chacune des démarches précédentes, entre les faits issus de l'observation sur le terrain, et les propos tenus au cours d'entretiens avec les professionnels de soins ou les malades. Dans ce dernier cas, nous avons eu pour objectif d'engager un « *questionnement ethnographique* » (Dodier, 1993) visant à recueillir le sens que les acteurs donnent au travail, ou au ressenti dysfonctionnel, plus que de rapporter des faits. De cette manière, il nous a été possible d'identifier les représentations que les acteurs pouvaient avoir de leurs activités et de leurs pratiques.

Au moment de l'interprétation de ce matériau, la mobilisation des concepts et des théories s'est élaborée d'une manière résolument inductive. Plusieurs champs disciplinaires pouvaient être mobilisés. La recherche d'une approche organisationnelle nécessaire à la prise

en charge des patients peut en effet emprunter au champ de la gestion son inclination à comprendre les processus par lesquels la production est assurée et à déterminer les principes organisationnels qui favorisent la performance de cette production (Burns, 1989 ; Mick, 1991 ; Shortell, 1994 ; Tonneau, 2000). Elle peut également faire appel au champ de la sociologie des organisations en s'intéressant plus particulièrement aux dimensions humaines du travail (Glouberman et Mintzberg, 1992 ; Gonnet, 1992 ; Lamothe, 1996), ou de la sociologie interactionniste en considérant les logiques qui guident les individus dans leurs interrelations quotidiennes (Strauss, 1992 ; Penneff, 1992). Elle peut aussi considérer d'autres aspects non moins essentiels, notamment d'ordre ergonomique, psychologique, sociologique, professionnel, ou économique. Dans notre recherche, nous avons repris les domaines de la gestion et de la sociologie au sein d'un même cadre. Pris sous l'angle de la gestion, il a été question de définir de nouvelles voies de rationalisation d'un processus. Pris sous un angle plus sociologique, il a plus été question de comprendre l'organisation comme une construction sociale. Dans ce cadre multidisciplinaire, l'objectif est resté par contre gestionnaire : celui de la recherche de la rationalisation de l'activité de prise en charge des malades.

## II. Analyser l'organisation du travail en fonction des caractéristiques du processus de prise en charge des malades

### La prise en charge des malades : un processus « complexe »

Il est commun de baptiser la prise en charge des malades de processus « complexe ». Cette complexité évoque autant le nombre élevé d'acteurs - médecins, infirmières, agents de service ou administratifs - qui participent à la prise en charge, que l'importance des recours techniques susceptibles d'être envisagés lors de l'élaboration des stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Mais d'un point de vue

gestionnaire, cette complexité se réfère avant tout au processus productif que représente la prise en charge des malades. Dans cette perspective, nos observations caractérisent cette notion par trois propriétés distinctes :

- tout d'abord, contrairement aux productions industrielles dites de masse, il n'existe pas dans le cas de la prise en charge des patients hospitalisés dans les deux unités un seul type de processus. Au contraire, l'analyse fait ressortir leur diversité. Les pathologies en cause, mais aussi les caractéristiques personnelles des patients expliquent cette diversité. Elles définissent dès le départ des modes de prise en charge très différents à accomplir. Cette diversité s'apparente à une succession de phases d'investigation diagnostique, de début de traitement, de surveillance ou de bilan. Chaque processus dessine ainsi une combinaison spécifique entre différentes phases qui peuvent s'interpréter comme autant de types d'activité de soins (Pouvoirville, 1998). Certaines peuvent atteindre des degrés de complexité importants alors que d'autres conservent un profil relativement simple. Mais cette richesse potentielle d'investigations diagnostiques et thérapeutiques explique pourquoi il n'existe pas de déroulement homogène du processus: ici, aucun ordre de passage ou d'étapes ne peut être préétabli; tous les circuits empruntés par les malades ne peuvent être prédéterminés.

- A cette diversité s'associe également une *variabilité* dans le déroulement du processus de prise en charge susceptible de remettre en cause à tout moment le plan d'action conçu initialement. Cette variabilité provient autant des caractéristiques cliniques ou du comportement du malade, que des conditions de l'environnement et des modes d'organisation du travail engagés par l'équipe. Chacun de ces facteurs est susceptible d'évoluer au cours du temps. De ce fait, la prise en charge peut régulièrement changer de configuration, donnant à son déroulement un caractère aléatoire.

- Enfin, ce processus s'*intensifie*. La durée de séjour est un des rares résultats de ce processus mesuré en routine dans les hôpitaux français<sup>1</sup>. Et s'il est difficile de distinguer dans les facteurs

explicatifs de la diminution des durées de séjour hospitalier, ceux qui sont dus aux conditions d'exercice et ceux qui traduisent l'efficacité d'un mode d'organisation du travail au sein de l'unité de soins, il s'avère que cette baisse est régulière depuis vingt ans. Une telle évolution intensifie la prise en charge. Elle nécessite de réaliser les actions dans un laps de temps toujours plus court. Il en résulte un nombre d'admissions plus élevé. En cela, le processus de prise en charge constitue une production que l'on peut qualifier de production à grande échelle.

Ces trois caractéristiques, *variété*, *variabilité*, *intensification*, une fois associées, aident à mieux caractériser la « complexité » du processus de prise en charge. En tenir compte permet également de mieux situer le problème de gestion auquel est confrontée toute approche organisationnelle: d'une part, la nécessité d'assurer l'ensemble des processus dans des délais raisonnables suppose de ne plus considérer cette approche à un niveau artisanal; d'autre part, la diversité et la variabilité de ces processus jouent sur la nécessaire prise en considération de la singularité de chaque prise en charge. Ce double mouvement cerne ainsi le problème auquel se confronte toute tentative de rationalisation de l'activité de prise en charge: ce problème est celui de la gestion d'une singularité à grande échelle.

Il s'agit d'un véritable problème organisationnel car pour répondre à un tel objectif, toute approche doit d'abord considérer les contraintes temporelles dans l'exécution du travail, et cela, sans mettre en péril la qualité des soins. En ce sens, elle doit jouer sur des effets de productivité classique—un volume d'actes réalisé dans un minimum de temps—, en privilégiant la rapidité d'exécution des tâches à accomplir à l'aide d'une standardisation des procédures opératoires et d'une planification des tâches. En même temps, la prise en considération de la singularité oblige l'adaptation de ces mêmes modes d'organisation à la contingence de chaque cas. Il s'agit de permettre la coordination des actions dues à la gestion simultanée de plusieurs processus situés à des phases différentes. Enfin, il s'agit de pouvoir réagir aux nombreux aléas qui viennent

entraver le déroulement normal des processus. Ce sont donc au moins trois besoins qui sont requis par la gestion des prises en charge : standardisation, coordination et adaptation. Dans le cas contraire, l'organisation risque de subir avec fatalité les perturbations induites par un processus à l'évolution variable. Elle risque également de mal répondre aux agencements rendus nécessaires par la gestion simultanée de processus qui ne sont ni identiques, ni synchrones dans leur déroulement. Elle risque enfin de s'avérer trop longue par rapport aux contraintes de temps.

Pour autant, ces besoins semblent a priori difficiles à concilier : car on perçoit aisément la difficulté de vouloir conjuguer des efforts de standardisation dans les procédés de travail avec le souci de s'ajuster à chaque cas. Comment alors les membres des unités de soins font-ils face à ce dilemme ?

### Des modes d'organisation en « décalage »

Les observations réalisées au sein des deux unités de médecine interne et de chirurgie montrent que les modes d'organisation ne répondent qu'imparfaitement à l'ensemble des besoins identifiés ci-dessus.

L'organisation du travail « tend » en effet à se centrer exclusivement sur une approche standardisée et planifiée du travail, négligeant du même coup les deux autres aspects de coordination et d'adaptation. Différentes caractéristiques observées au sein des deux unités de soins contribuent à exprimer cette tendance :

- la séparation nette entre les temps de conception — personnel, visite — et les temps de mise en œuvre des actes en rapport — prélèvements, nursing, distribution des médicaments, réalisation des examens — ;

- l'application de procédures opératoires reproductibles centrées sur les actes techniques de soins — prélèvement sanguin, soins infirmiers, ou intervention opératoire — ;

- la mise en œuvre d'une programmation selon un rythme aisément contrôlable — notamment la planification opératoire — ;

- enfin, la délimitation d'un espace de travail pour chacun assorti de règles d'affectation des personnes — phénomène très marqué au niveau de l'unité chirurgicale lors de l'intervention opératoire.

Dans ce panorama, l'emploi du terme de « tendance » n'exprime pas seulement une forme de prudence. Il qualifie une approche dans laquelle des situations de travail où la coordination des tâches et les formes d'adaptation aux imprévus sont aussi observables. Par exemple, les équipes d'infirmières et d'aides-soignants coordonnent largement leurs activités de délivrance des soins infirmiers au sein de l'unité de médecine interne ; de même, la panseuse et le chirurgien ont des gestes aussi informels que précis dans la transmission des instruments nécessaires à l'intervention chirurgicale. Mais ces modes d'organisation ne font pas l'objet d'une attention aussi soutenue que les précédents. Dès que des phénomènes sont ressentis comme dysfonctionnels — et l'activité de prise en charge en induit fatalement beaucoup —, ou dès que l'urgence s'installe, la « tendance » précédente a toute les chances de s'imposer à nouveau, quitte d'ailleurs à être masquée par le maintien d'un discours sur les besoins en coopération ou en flexibilité.

Une telle tendance explique qu'il existe un « décalage » entre les pratiques organisationnelles observées et les besoins requis par la gestion des prises en charge des malades. Car le travail à réaliser n'est pas réductible à ce qui était prévu, et les conditions d'exécution ne sont pas suffisamment stabilisées pour permettre une application exclusive des démarches de standardisation et de programmation. Ainsi le « décalage » correspond à une absence d'articulation entre les démarches de standardisation-programmation et les modes de coordination et d'adaptation aux imprévus, faute d'un développement suffisant de ces derniers. Ce « décalage » se paie en retour par le fait de subir de plein fouet les ruptures de charge importantes et de mal gérer la complexité des enchaînements entre les tâches à accomplir. Quelles explications peut-on donner à une telle situation ?

### Une source d'explication: un « décalage » entretenu par un système de représentation dominant

Dans les deux sites, nous avons observé d'une manière répétée la même volonté de répartir les tâches entre les médecins ou les chirurgiens et les infirmières, ou les mêmes choix dans la priorité accordée aux travaux techniques. De même, lorsqu'un dysfonctionnement était ressenti, les réponses apportées s'orientaient préférentiellement vers un supplément de précision dans la programmation, un découpage encore plus fin dans l'analyse des tâches, ou vers la recherche d'une procédure supplémentaire. Du fait de leur constance, ces constats nous ont progressivement suggéré que les professionnels de soins se réfèrent à des repères pour mettre en mouvement les règles de travail dans leur action quotidienne. La pérennité du « décalage » qui conduit à une concentration de l'organisation sur des actes de standardisation proviendrait alors du sens que ces professionnels donnent à leur action.

#### - *Trois mondes d'action*

Pour expliquer ces régularités et leur rôle dans la construction de l'organisation du travail, il nous a été nécessaire d'identifier des référentiels de l'action, les « mondes d'action ». Dodier (1993) introduit ce concept pour symboliser l'ensemble des repères qui guident les médecins du travail dans leur activité. *Un monde d'action correspond à un corpus de règles et de comportements qui donne un sens acceptable et opératoire à l'action.* À l'analyse, il apparaît que les professionnels de soins vus comme des acteurs agencent trois mondes d'action de type professionnel, administratif et interindividuel.

Le monde d'action professionnel renvoie à la notion du professionnalisme tel que Freidson (1984) le définit. Le professionnalisme en appelle « à la compétence technique et aux valeurs partagées par tous les personnels de métiers différents impliqués dans la prise en charge ». Il se distingue ainsi de la notion de profession ou encore de celle du métier, concernant autant les médecins que les métiers paramédicaux, et existant indépendamment du statut professionnel de ces différents métiers. Cette notion constitue en

quelque sorte le noyau dur des valeurs, savoirs et définition des rôles qui sont partagés autour de la pratique clinique par les membres de l'unité de soins.

Dans ce monde d'action, les règles ne dépendent plus d'un fonctionnement administratif mais d'une expertise, celle du regard clinique, et des systèmes hiérarchique et des valeurs qui s'y rattachent. Il oriente ainsi le principe d'excellence au travail vers la réalisation des tâches de soins. Il introduit également une séparation nette entre les temps de conception de la prise en charge — personnel et visites — et d'exécution du travail — ce qu'il est commun d'appeler la délivrance des soins. Même si cette distinction s'exprime différemment en médecine interne et en chirurgie cardio-thoracique, elle place généralement l'intervention du médecin au niveau de la conception de la prise en charge et celle des membres de l'équipe soignante au niveau des phases d'exécution. Il détermine également un ajustement dans le travail selon un système hiérarchique. Du chirurgien-chef à l'interne en passant par le chef de clinique, de la surveillante générale à la surveillante de soins, de l'infirmière à l'aide-soignant et à l'agent hospitalier, la majorité des membres de l'unité se situent dans une ligne hiérarchique formalisée. Les relations de travail sont ainsi très codifiées, pesant sur l'organisation du travail. Par exemple, l'inversion des interventions au bloc opératoire — une « légère puis une lourde » — afin de s'assurer de l'assistance de la même équipe soignante aux deux interventions n'est possible que dans la mesure où les chirurgiens jouent de leur situation hiérarchique. Ces principes déterminent également une division du travail verticale, les tâches étant déléguées selon l'équation: un poste hiérarchique = un degré de compétences = un type de tâches à exécuter.

Dans le monde d'action administratif, la règle est pour sa part appliquée d'une manière homogène à l'ensemble des services. Par exemple, dans l'hôpital du service de médecine interne, nous avons pu observer la mise en place d'un modèle commun à tous les services de planification murale des soins, au risque d'écraser la contingence de l'organisation de chaque unité. Le respect de la conformité à ces règles préétablies représente également un élément d'évaluation majeur.

La standardisation, la formalisation écrite des tâches et la valorisation des actes mesurables, comme les outils d'analyse de la charge de travail infirmier par lesquelles un temps d'exécution moyen est alloué aux tâches, constituent ainsi des moyens pour l'administration d'obtenir de la visibilité dans la conduite de l'établissement.

En contrepartie, le monde d'action de l'individu rend à l'organisation une capacité de transgression des règles précédentes: il réduit les lignes hiérarchiques; il diminue aussi le caractère impersonnel que peut avoir une règle administrative au sein de l'unité; il relativise enfin une division du travail préétablie. Mais ces arrangements interindividuels restent malgré tout subordonnés aux critères précédents. Car les deux mondes, professionnel et administratif, ont une force d'expression que ne possède pas le registre de l'arrangement interindividuel. Des générations de médecins se sont succédé après avoir effectué le même cursus. Les valeurs professionnelles de réputation d'un service ou d'un chef de service sont largement diffusées. La légitimité de l'action relevant d'un monde d'action professionnel est de ce fait traditionnellement enracinée dans la culture médicale, et dans une certaine mesure, infirmière. Parallèlement, les équipes administratives ont accru leur marge de manœuvre ces dernières années. Elles se sont constituées en plusieurs directions. Il existe ainsi une puissance de structuration associée à ces deux mondes d'action que ne possède pas le monde interindividuel.

Cette identification des trois mondes d'action permet d'apporter des explications à la construction de l'organisation du travail: la standardisation, la programmation, la priorité donnée aux actes techniques, la division du travail fondée sur des règles hiérarchiques professionnelles sont autant d'éléments qui convergent vers une même forme d'organisation. Pour autant, le déterminisme de ces mondes sur l'action est tempéré: il n'est pas possible de dégager une pensée unique qui intégrerait sous un même chapeau l'ensemble des comportements des membres de l'unité de soins. Par exemple, les aspects d'expertise et les valeurs du monde d'action professionnel sont plus ou moins partagés par les médecins, les surveillantes et les infirmières. Par ailleurs,

il n'est pas possible d'exprimer une relation directe entre la conduite des acteurs et les mondes d'action: cette conduite se réfère à un corpus de règles professionnelles, mais sans l'appliquer mécaniquement. Elle est formalisée en référence à une approche administrative, mais tout en laissant une part à l'informel; elle est aussi soumise à la singularité du cas et des individus impliqués dans le travail, mais sans en être tout à fait contingente.

Ainsi, la conduite des acteurs s'apparente plutôt à ce que Dubet (1994: 105) nomme une expérience sociale: *«c'est-à-dire une combinaison de logiques d'action, logiques qui lient l'acteur à chacune des dimensions d'un système. L'acteur est tenu d'articuler des logiques d'action différentes, et c'est la dynamique engendrée par cette activité qui constitue la subjectivité de l'acteur et sa réflexivité»*.

Dans cette conception, les mondes d'action constituent des idéaux-types dont il est difficile de prévoir la combinaison à un instant donné: c'est l'individu, ou le groupe, qui reste maître dans la manière de mobiliser chacun de ces mondes. Les médecins, infirmières, ou gestionnaires conservent au cours de leur activité quotidienne une certaine continuité de leur identité dans leur déplacement entre des mondes d'action hétérogènes.

De ce fait, l'interprétation qui peut en être faite au niveau de l'organisation du travail reste limitée: à un monde d'action ne correspond pas automatiquement un mode d'organisation. L'approche permet seulement d'aider à identifier des régularités dans la conduite des acteurs, et à expliquer la «tendance» organisationnelle observée au sein des deux unités. Cette tendance qui résulte d'une action guidée essentiellement par des référentiels professionnels et administratifs dans l'univers hospitalier explique aussi en quoi le décalage entre les tendances organisationnelles qui en sont issues et les besoins requis par la rationalisation de la prise en charge s'auto-entretient:

- il agit d'abord comme une grille d'interprétation qui sous-estime certains traits caractéristiques du travail comme la faible importance accordée aux perturbations ou aux

annulations de la planification opératoire; sous cette grille, il n'est pas fait l'hypothèse que certaines tâches ne sont pas totalement identifiables; ou que certains pans de l'activité comme le séquençage des tâches entre elles ou la réaction face à un aléa ne peuvent être facilement appréhendés par une procédure centrée sur l'exécution d'un acte élémentaire.

- il renforce également les schémas existants lorsque des démarches de changement sont entreprises — par exemple, à travers la mise en œuvre de nouveaux protocoles de soins dans lesquels l'exécution du travail est présentée sous forme de procédures simplifiées.

### La nécessité d'élaborer une approche organisationnelle

En définissant ainsi la relation entre les modes d'organisation du travail développés dans les unités de soins et le processus de prise en charge apparaît clairement la nécessité d'un changement. Face au décalage constaté, de nouvelles formes d'organisation plus en relation avec les besoins organisationnels exprimés par la gestion d'une singularité à grande échelle doivent en effet être inventées.

Mais comment rendre compte dans un raisonnement organisationnel de la singularité des dimensions cliniques et personnelles exprimées par le patient sans dériver dans la contingence ou l'arbitraire? Comment aussi identifier des pistes d'amélioration dans la gestion d'un processus qui s'établit désormais à grande échelle sans plonger dans une rationalité purement technique composée de règles générales qu'il ne resterait plus qu'à appliquer?

Dans une démarche de recherche en gestion, traiter de ces questions suppose de développer tout un raisonnement qui précise successivement l'objectif de rationalisation du processus de prise en charge, les réponses organisationnelles les mieux adaptées à cet objectif, et enfin une stratégie de changement. En ce sens, l'approche n'est pas seulement organisationnelle. Elle est un cheminement composé d'une succession d'étapes qui, à un processus donné, la prise en charge, cherche à attribuer un objectif de rationalisation et des

formes organisationnelles pour l'atteindre, puis à identifier les modalités de la diffusion d'une telle approche.

Dans notre cas, ce cheminement renvoie à la nécessité de formaliser la singularité du processus de prise en charge. Une formalisation habituelle en gestion de production est celle de flux. Malgré tout, l'on perçoit aisément les difficultés d'application dans notre cas relative à l'homogénéisation des processus qu'induit une telle formalisation. Parallèlement, il nous faut être plus précis sur l'objectif de rationalisation de ce processus. La liaison entre sécurité clinique, coût et optimisation des délais, plus qu'ailleurs, est difficile à objectiver. Il est aussi des cas où le déroulement du parcours du patient est tellement aléatoire que l'objectif se situe dans la recherche d'une cohérence minimale plus que dans un principe d'optimisation de tel ou tel critère. Il faut dans ce cadre envisager des formes d'organisation levant le paradoxe apparent qui consiste à reconnaître des modes de coopération et d'adaptation tout en respectant les formes existantes de standardisation visant à concilier les procédés de standardisation, de coordination et d'adaptation. Il faut enfin envisager la conduite du changement la plus adéquate. Comme nous venons de le voir, la majorité des professionnels de soins obéissent dans leur manière d'agir à un schéma de représentation dominant qui limite tout changement. De plus, même si certains acteurs ont une pleine conscience de l'embarras créé par les modes d'organisation existants, il n'est pas évident qu'ils aient la volonté d'entreprendre le changement nécessaire. Dans leurs propos, ils soulignent combien ils ne voient pas la cible précise sur laquelle ils pourraient faire porter leurs efforts. Ils perçoivent par contre largement la menace d'un changement qui pèse sur un ordre social structuré autour de repères traditionnels, notamment professionnels, susceptibles d'être remis en cause à cette occasion. La traduction opérationnelle de la «gestion de la singularité à grande échelle» reste donc entière à plus d'un titre.



### III. Élaboration et diffusion d'une approche organisationnelle à l'hôpital

Avant d'envisager d'aborder tous les points évoqués ci-dessus, il convient au préalable de lever une ambiguïté sur la notion même de rationalisation. Car le développement de toute l'approche organisationnelle envisagée reste suspendue à une question préalable: est-il possible de définir une forme de rationalisation dans le cas de l'activité de prise en charge? La variété qui oblige à aller jusqu'à la reconnaissance de chaque cas et le caractère aléatoire de la prise en charge peuvent être perçus comme des entraves suffisantes pour abandonner tout projet de rationalisation de la production hospitalière (Strauss, 1992).

#### Rationaliser le processus de prise en charge a-t-il un sens ?

Comme l'évoque Midler (1993: 53) à propos d'un secteur autrement plus concerné par les démarches rationalisatrices que l'hôpital, l'automobile, tout dépend en fait de ce que l'on entend derrière le terme de rationalisation. La réponse à une telle question reste négative si l'on met derrière ce mot une vision traditionnelle, celle d'un Taylor par exemple. Elle l'est moins si l'on adopte une vision différente, «une vision où l'incertitude, l'aléa et la coopération n'interviennent pas comme des facteurs résiduels mais comme des variables à intégrer». Trouver des formes de rationalisation adaptées à la prise en charge, c'est donc accepter de déplacer ses frontières. C'est intégrer dans cette réflexion le caractère humain, la singularité et l'incertitude qui lui sont associées. La dynamique même des recherches sur le sujet va nous montrer que ces formes existent et qu'elles rendent possible la recherche d'un objectif de rationalisation de la prise en charge.

#### La maîtrise des trajectoires comme objectif de rationalisation

##### - La prise en charge du malade est une trajectoire

Afin d'exprimer la singularité du processus de prise en charge, nous mobilisons la notion de trajectoire proposée par Strauss (1992).

Proposée par cet auteur afin d'illustrer la prise en charge en dehors des cadres de pensée professionnels tournés vers la clinique, celle-ci peut être reprise dans une perspective gestionnaire. La trajectoire permet ainsi de reprendre les caractéristiques évoquées dans la partie précédente: la diversité des cas, le caractère imprévisible de leur déroulement et leur intensification.

- Les trajectoires sont diverses. Certaines trajectoires peuvent être qualifiées de simples, les étapes étant peu nombreuses — par exemple, accueil, investigation diagnostique, diagnostic, début de traitement, sortie —, alors que d'autres dessinent des parcours beaucoup plus complexes, associant une variété de phases diagnostiques, de surveillance et de traitement, mobilisant un nombre d'acteurs importants ou présentant une succession de ruptures dues à des événements inattendus.

- L'évolution des trajectoires est aussi imprévisible. Le basculement d'une trajectoire simple à une trajectoire plus complexe est toujours possible, comme nous l'avons mentionné. Certaines connaissances liées à l'état clinique, à d'autres caractéristiques sociales ou comportementales peuvent se révéler au cours de la prise en charge. Certes, il existe des acquis au moment d'accueillir le patient: par exemple, l'interne de garde repère intuitivement la gravité du cas, des examens complémentaires sont immédiatement programmés, les grandes lignes de la conception de la trajectoire sont également rapidement précisées au niveau du personnel. Mais il est difficile pour autant de préjuger de l'agencement entre les différentes phases de la trajectoire. On n'est jamais non plus à l'abri d'un événement imprévu qui vient modifier le cours initial de la prise en charge. En cela, chaque trajectoire s'apparente à un projet.

- Les trajectoires ont un début et une fin. Le parallèle avec la notion de projet permet aussi de mettre l'accent sur la contrainte temporelle qui s'exerce sur le processus. Midler (1993: 100) illustre ce point en considérant que «les projets n'ont pas d'horizons temporels, mais une fin. Les gérer, c'est faire pour le mieux dans le morceau d'histoire qui est compris entre leur début et leur fin. Une histoire où rien n'est reproductible et où le temps

*ne se rattrape pas* ». Ce constat est transférable au cas de la trajectoire dans la mesure où les acteurs sont régulièrement impliqués à agir à un moment de son déroulement dans des contraintes de temps qui imposent un rythme de travail élevé. Nous avons ainsi maintes fois constaté combien cette notion d'irréversibilité était permanente dans l'esprit des médecins, le délai supplémentaire qu'ils s'accordaient visant à réduire le risque de prendre une option irréversible dans des cas problématiques.

Outre ces trois caractéristiques, la trajectoire permet aussi d'évoquer le rôle tenu par le patient dans sa prise en charge. Car plus qu'une position de choix sur un produit fini comme celle conférée au « client » dans les secteurs industriels traditionnels, la prise en charge porte généralement la signature d'un patient en tant qu'acteur de sa prise en charge. Ce trait est évidemment à nuancer selon les cas. Dans le cas des prises en charge au bloc opératoire, les patients sont totalement soumis à l'activité du chirurgien, alors que les patients hospitalisés dans l'unité de médecine interne se situent plutôt dans un modèle de « guidance du médecin-coopération du patient » (Freidson, 1984) où le patient est prêt à collaborer avec des médecins qui gardent le rôle le plus actif. Mais l'idée générale est bien la même: celle de reconnaître le patient comme un sujet autonome coproducteur, ou auto-organisateur si l'on préfère, de sa trajectoire (Strauss, Fagerhaugh et al, 1985). Dans cette perspective, le patient ne constitue plus seulement l'entité de la trajectoire, il devient aussi un moyen au service de l'organisation de celle-ci.

### **- La réduction du risque clinique est le « but » suprême 2**

Dans une démarche gestionnaire, il est également habituel de considérer le tryptique coût-qualité-délai comme objectif de rationalisation d'un processus. Le « but » se définit ainsi comme le meilleur arbitrage entre ces divers attributs. Mais dans notre cas, un critère vient dominer les autres lors de cet arbitrage. La question de la qualité est en effet principale par rapport aux questions de délai ou de coût car elle est elle-même dominée par celle du risque clinique. Or, la qualité relative au

risque clinique ne souffre, au moins théoriquement, d'aucun compromis: elle s'impose au coût, au délai ou à d'autres critères comme les conditions de travail. Ce qui compte dans le déroulement de la trajectoire, c'est avant tout de ne pas faire d'erreur, c'est-à-dire de ne pas passer à côté d'un signe clinique significatif d'une maladie, de ne pas répéter un examen dangereux à cause d'un oubli, de ne pas non plus mettre en péril l'évolution clinique du patient pour des questions associées aux autres critères de coût, de délai ou autres. Cette qualité relative au risque clinique indique le « but » à poursuivre.

L'objectif est ainsi de minimiser ce risque autant que possible. Cela ne signifie pas pour autant que les questions de délais ou de coûts soient absentes, car la trajectoire est, comme nous l'avons dit, une histoire où rien n'est reproductible. Le temps et les gaspillages ne se rattrapent pas. Arrivé à un certain moment, il devient difficile de revenir en arrière car les modifications sont coûteuses ou nécessitent une actualisation trop longue. Il apparaît donc autour de la gestion des trajectoires une nécessaire intégration des critères de délai ou de coût. L'arbitrage effectué quotidiennement pour chaque trajectoire par les médecins essentiellement suppose un effort d'adaptation de ces contraintes générales au cas spécifique. Dans ces conditions, le « but » peut difficilement s'appréhender par une conformité à des normes générales et préétablies dont on pourrait facilement déduire les choix décisionnels. La gestion d'un risque minimal dans la quotidienneté des choix entrepris au sein de l'unité prévaut à toute tentative d'optimisation. C'est pour cette raison que nous employons le terme de *maîtrise* de la trajectoire.

Ajoutons qu'en considérant la multiplicité des trajectoires, ce « but » se définit autant de fois que de prises en charge sont à considérer. Cette multiplicité introduit une dimension supplémentaire, celle de la répartition des ressources entre les trajectoires. Les arbitrages dans le cadre de la gestion d'une trajectoire particulière ne s'effectuent donc pas isolément mais dans un contexte d'interdépendance, l'objectif de maîtrise ne concernant pas une, mais une multitude de trajectoires.

### Les savoirs organisationnels comme unités élémentaires de l'organisation du travail

C'est par rapport à cet objectif de *maîtrise des trajectoires* que s'envisagent les modes d'organisation du travail. Nous avons indiqué, lors de nos observations, le dilemme qu'introduit un tel objectif : d'un côté, il s'agit de déterminer des formes d'organisation garantissant des économies d'échelle dans le traitement des activités répétitives ; d'un autre côté, il s'agit de respecter la contingence exprimée par chacune des trajectoires à travers les notions de diversité et d'imprévisibilité.

La littérature en gestion rapporte que face, aux caractéristiques évoquées d'intensification, de diversité et d'imprévisibilité, le développement de la flexibilité est habituellement présenté comme une réponse appropriée (Tarondeau, 1999). Cette notion peut autant concerner les conditions structurelles de l'hôpital, ses relations avec son environnement que les modes d'organisation engagés dans les unités de soins. Mais d'une manière générale, il apparaît que dans un univers où le « capital humain » est essentiel au bon fonctionnement, cette recherche de *flexibilité* se traduit par l'assouplissement des règles formelles et par la reconnaissance des compétences possédées par les opérateurs humains que sont les membres de l'unité de soins. Car, comme le soulignent Hatchuel et Weil (1992 : 154) « *si la réduction de l'incertitude ou de la diversité reste une nécessité, lorsqu'elles sont là, il n'y a pas beaucoup d'alternatives à un partage de compétences permettant à chaque acteur, non seulement de faire ce qu'on lui demande, mais aussi de se tenir prêt à réagir à ce que l'on n'a pas prévu et, mieux encore, de comprendre les conséquences de cet imprévu pour ses partenaires* ».

Dans le prolongement de ce constat, ces deux auteurs identifient les savoirs comme des « *potentiels d'idées et de repères* », utilisés dans l'action, qui supportent ces compétences. Ce sont des savoirs essentiellement empiriques qui s'apparentent plus à ce que l'on dénomme habituellement les « savoir-faire ». Nos observations permettent d'identifier cinq types de savoirs dans les cas de l'organisation des trajectoires : le *savoir-faire* qui s'associe à la maîtrise d'une tâche technique — prélèvement sanguin,

geste opératoire, etc. —, le *savoir-agencer* lié à la coordination des tâches et des activités, le *savoir-réagir*, utile pour gérer la survenue d'aléas, le *savoir-comprendre* aidant à mieux cerner les problèmes organisationnels dans leur vécu quotidien et enfin le *savoir-empathique*, mobilisé par le personnel soignant afin d'apprendre au patient à être un acteur de sa propre trajectoire. C'est la mobilisation collective de ces savoirs au sein d'un référentiel opératoire commun, pour reprendre l'expression de Terssac (1992), qui permet aux membres de l'unité de soins d'appréhender une activité dont une partie se trouve en dehors de toutes règles explicites.

L'intérêt de ce système de production de connaissances dédiées à l'action est d'offrir les moyens de répondre simultanément aux besoins de standardisation, de coordination et d'adaptation. Certains de ces savoirs répondent spécifiquement à l'un de ces besoins. Le savoir-faire technique, en permettant la maîtrise de l'exécution des actes, supporte les démarches de standardisation, les savoir-agencer et réagir jouent sur les modes de coordination et d'adaptation aux imprévus. Mais d'une manière plus générale, la mobilisation de ces savoirs a surtout pour intérêt de permettre la modulation des réponses organisationnelles entre le respect des procédures opératoires standardisées et les adaptations dues à la contingence de chaque trajectoire.

Cette approche cognitive n'exclut pas pour autant la construction de règles ou de procédures dans l'exécution du travail. Le savoir-faire peut d'ailleurs contribuer à l'élaboration de certaines règles nécessaires dans le cas d'activités standardisables. Seulement leur construction ne constitue pas un objectif exclusif. Ce n'est plus la sophistication de la règle qui est en jeu, mais le degré d'incomplétude nécessaire à l'expression des savoirs organisationnels. Ce n'est plus aussi sa conformité qui est uniquement en jeu, mais le degré d'implicite qu'elle autorise afin de permettre aux membres de l'unité de réajuster leur façon de travailler.

Les savoirs organisationnels constituent donc les unités élémentaires d'une approche organisationnelle visant à maîtriser les trajectoires des malades. Rendre opérationnelle cette approche

n'est pas pour autant une chose aisée, car la mise en évidence et la prise de conscience collective de l'utilité de ces savoirs ne constituent pas un exercice habituel. Ils sont difficiles à rendre tangibles, au contraire d'une règle d'exécution d'une tâche élémentaire. Par exemple, il est difficile de considérer la qualité d'une infirmière à savoir-agencer des tâches autrement que par des expressions générales telles que «elle s'est intégrée dans un groupe» ou «elle sait mettre de l'huile dans les rouages». Il existe donc une véritable question dans la manière de reconnaître ces savoirs dans le contexte actuel.

### Une rationalisation négociée

Cette approche cognitive permet d'envisager des modes d'organisation intégrant des pans du travail qui n'étaient jusqu'à maintenant qu'apparents ou intuitivement mobilisés. Mais un tel effort n'est pertinent que si ces savoirs sont durables et si l'accumulation des expériences traduit un apprentissage. Instrumenter la diffusion de ces savoirs met ainsi au centre de l'analyse les modes d'apprentissage collectifs susceptibles d'être développés par les acteurs hospitaliers impliqués dans la gestion des trajectoires des patients (Argyris et Schön, 1978). Nous avons ainsi cherché à concevoir des dispositifs et des agents d'apprentissage des savoirs organisationnels au niveau de l'unité de soins.

Notre expérience rapporte sur ce point le caractère forcément modeste de la démarche d'apprentissage. Ici, point d'idées générales immédiatement opératoires à l'ensemble de l'hôpital mais un apprentissage local. C'est par la capitalisation de l'ensemble de ces apprentissages locaux que l'on peut espérer irriguer les espaces concernés par la maîtrise des trajectoires.

La difficulté se situe dans l'investissement nécessaire à cette capitalisation. Midler (1993) évoque ainsi l'hypothèse de former des agents de capitalisation dont l'objectif serait de susciter, mémoriser, comparer et faire circuler les réflexions d'apprentissage développées au niveau des unités de base. Comment alors reprendre une telle hypothèse dans notre cas? Notre expérience ne permet pas d'apporter de réponse, car le cadre dans lequel nous avons étudié ces modes d'apprentissage est celui de l'unité

de soins. Nous pouvons simplement retenir les enseignements suivants :

- concernant les agents d'apprentissage, notre expérience souligne la complémentarité entre l'agent extérieur que nous avons représenté, porteur des savoirs organisationnels à diffuser, et les professionnels de soins possédant une meilleure connaissance du contexte réel de travail;

- l'étude des dispositifs d'apprentissage montre pour sa part les implications pratiques de l'apprentissage: posséder du temps disponible, créer une distanciation suffisante vis-à-vis de l'action, avoir l'assurance qu'un ou plusieurs agents est(sont) porteur(s) des nouveaux savoirs, considérer des dispositifs permettant des transferts d'idées entre les unités de soins et l'importance des aspects ludiques dans les formes de présentation de cet apprentissage (Ackoff, 1986).

Sur un autre plan, notre expérience rapporte que le changement organisationnel ne peut s'envisager qu'en référence à l'ordre social existant. En déclinant les grands principes d'une approche organisationnelle adaptée aux objectifs de rationalisation de la trajectoire des patients hospitalisés, on institue un nouveau repère de l'action. Ce repère vient ainsi, au même titre que les repères institutionnels ou professionnels, structurer l'ordre social établi dans les équipes de professionnels de soins.

Ainsi, engager un changement des horaires de travail ou de la transmission des informations entre médecins et infirmières, dans un souci d'amélioration de l'efficacité de l'organisation, s'apparente à modifier le rapport entre plusieurs repères de l'action (Strauss, 1978). Le poids des repères professionnels et administratifs dont nous avons montré précédemment l'importance rend illusoire, dans ce contexte, toute forme de transformation spontanée. Cette vision aurait alors la naïveté de croire qu'un échafaudage théorique peut être accepté dans un univers social dont les repères de l'action sont déjà solidement ancrés. Au contraire, il faut admettre que toute approche organisationnelle n'est pas en elle-même stratégique dans le contexte hospitalier actuel, mais qu'elle peut le devenir,

dans la mesure où les acteurs de l'unité de soins, malgré l'hétérogénéité de leurs repères au moment de s'organiser, veulent s'y impliquer. Pour qu'il en soit ainsi, il est nécessaire d'inventer des rapports sociaux favorisant l'expression de cette approche et considérés comme viables par les acteurs de l'unité.

L'introduction d'une approche organisationnelle passe alors par des négociations successives entre les repères issus des autres mondes d'action, professionnels, administratif, voire interpersonnels et les nouveaux introduits par une vision organisationnelle. Le compromis auquel aboutit cette négociation a peu de chance d'aboutir à un système optimal du point de vue de la rationalisation des trajectoires, car il se situe, non pas en relation avec les objectifs d'une démarche rationalisatrice mais par rapport à la recherche du maintien d'un ordre social. Pour cette raison, nous apparentons une telle conduite du changement à une *rationalité négociée*.

## Conclusion

Tout au long de cet article, nous nous sommes efforcés d'apporter des éléments contribuant à une définition plus précise de ce que l'on nomme communément «l'organisation des soins». Pour ce faire, nous avons repris une démarche habituelle de recherche en gestion : identifier un processus productif de référence, en l'occurrence, la prise en charge des malades ; déterminer les caractéristiques de la rationalisation de ce processus ; déduire les modes d'organisation les mieux adaptés ; enfin, considérer les modalités du changement organisationnel.

Une telle démarche permet de constater que la notion d'organisation des soins se refuse obstinément aux interprétations simplistes : cette dernière ne peut être qualifiée d'entièrement taylorienne, comme elle ne peut entièrement se fonder sur l'autonomie professionnelle. Elle révèle également que l'incompréhension des phénomènes organisationnels provient beaucoup plus d'une méconnaissance des capacités actuelles de théorisation offertes par les travaux en matière de gestion ou de sociologie que d'un raisonnement erroné en référence à une approche

organisationnelle précise. Il existe dans les références théoriques les moyens de repousser les limites d'un sens commun trop enclin à enfermer la rationalisation dans une vision «productiviste» centrée sur la programmation et la standardisation. Nous avons ainsi souligné combien les notions de variété et d'incertitude peuvent être des dimensions à part entière d'une démarche de rationalisation, que la trajectoire est un concept permettant d'appréhender la singularité des prises en charge ou encore que la recherche de flexibilité n'est pas incompatible avec un certain degré de standardisation. La véritable limite semble surtout se situer dans les capacités de mobiliser des cadres conceptuels construits ailleurs et de les adapter dans le contexte spécifique du travail de soins.

L'approche développée sous le dénominateur de la «gestion de la singularité à grande échelle» est une tentative de réponse visant à dépasser ce constat. Celle-ci peut ainsi aider à mieux comprendre certains faits organisationnels ou à interpréter des actions menées dans le domaine. Par exemple, les démarches dites de gestion de la qualité, d'introduction récente mais massive dans le monde hospitalier, se justifient par les solutions managériales qu'elles peuvent apporter aux problèmes d'organisation et autres dysfonctionnements rencontrés. Sous le regard organisationnel développé, il devient aisé d'y pointer les risques de dérive normalisatrice face à la diversité et la variabilité des situations de travail, ou à la nécessité de centrer l'objectif sur la prise en charge des malades, et non sur l'optimisation du fonctionnement des unités de soins (Minvielle, 1999).

Issue d'une recherche exploratoire, une telle approche nécessite évidemment de nombreux approfondissements. Notamment, malgré le fait qu'elle soit construite à partir d'une observation menée dans deux services de spécialités différentes, elle mériterait d'être testée dans d'autres contextes afin d'étudier l'impact de la variété des contextes cliniques sur les formes d'organisation (Lamothe, 1996). Elle suppose également de mieux préciser le cadre de la performance hospitalière par rapport auquel se réfléchissent les modes d'organisation. Elle laisse enfin à ce stade la question entière du développement des savoirs. Comment s'assurer que ces savoirs soient en effet détenus et facilement

exprimables par ces derniers? Rien ne garantit *a priori* l'acquisition spontanée de ces savoirs. Rien non plus ne permet d'affirmer que les professionnels de soins soient prêts à entrer dans une telle démarche. Dans ce contexte, les modes d'apprentissage apparaissent comme un vecteur de diffusion délicat à maîtriser.

Mais insistons au terme de cette analyse sur l'enjeu que cette recherche révèle comme prioritaire en matière d'«organisation des soins»: cet enjeu est celui d'un équilibre entre l'acquisition de savoirs organisationnels et la mise en place de procédures standardisées dans les processus de travail de soins. Même si les procédures opératoires standardisées offrent par leur facilité

de formulation et de contrôle la piste la plus visible pour tenter d'améliorer l'organisation du travail, cette réponse est insuffisante face à un système de production aussi complexe que celui de l'offre de soins. Nous l'avons vu dans le cas de l'hôpital, la variabilité et la diversité des modes de prise en charge sont désormais telles que seule une approche cognitive, permettant de reconnaître aux acteurs de la trajectoire une forme de compétence organisationnelle, est concevable. En d'autres termes, si le développement de la standardisation est certainement nécessaire à l'organisation du travail hospitalier, il ne doit pas nuire à l'expression des savoirs organisationnels. □

## Notes

1—En 1996, il n'existait pas d'indicateurs de coûts ou de qualité utilisés en routine. Les autres indicateurs étaient des indicateurs de fonctionnement de l'unité —le taux d'occupation des lits, le nombre d'admissions, et le nombre de journées d'hospitalisation—. Ce n'est que très récemment que le PMSI permet de produire des données exploitables sur les coûts. Le développement de l'accréditation en France devrait

pour sa part permettre dans un avenir proche d'introduire des indicateurs de qualité.

2—En référence au livre de Godbratt et Fox. 1986. *Le but, l'excellence en production*. Afnor Gestion.

## Références

Ackoff, R. (1986). *Management in small doses*. New York: Wiley and Sons.

Argyris, C., Schön, D.A. (1978). *Organizational learning: a theory of action perspective*. Reading (Mass): Addison-Wesley.

Burns, L.R. (1989). Matrix management in Hospitals: testing theories of Matrix structure and development. *Administrative Science Quarterly*, 34: 349-368.

Deming, W.E. (1986). *Out of the crisis*. Massachusetts: Cambridge University Press.

Dodier, N. (1993). *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice de jugement*. Paris: Métailié.

Dubet, F. (1994). *Sociologie de l'expérience*. Paris: Seuil.

Freidson, E. (1984). *La profession médicale (trad.fr)*. Paris: Payot

Galvin, R.S. (1997). Are performance measures relevant? *Health affairs*, 17-4: 29-31.

Glouberman, S., Mintzberg, H. (1992). *Managing the care of health and the cure of disease*. Rapport de travail interne. Montréal: Université McGill.

Gonnet, F. (1992). *L'hôpital en question(s)*. Paris: Ed Lamarre.

Goldbratt, E.M., Cox, J. (1986). *Le but, l'excellence en production*. Paris: Afnor gestion.

- Hatchuel, A. et Weil, B. (1992). *L'expert et le système*. Paris: Economica.
- Lamothe, L. (1996). *La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultraspécialisés*. Thèse en administration, Montréal: Université McGill.
- Mick, S. (1991). *Innovations in Health Care delivery: insights for organization theory*. San Fransisco: Jossey-Bass Health Series.
- Midler, C. (1993). *L'auto qui n'existait pas*. Paris: Ed. Interéditions.
- Minvielle, E. (1996). *Gérer la singularité à grande échelle*. Paris: Thèse de gestion de l'école Polytechnique.
- Minvielle, E. 1999. Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. *Politiques et Management public*. 17 (4): 60-84
- Peneff, J. (1992). *L'hôpital en urgence*. Paris: Métailié.
- Pouvoirville G (de). (1998). Quelques aspects théoriques et pratiques sur la mesure de la performance hospitalière. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 5 (1), 99-105.
- Shortell, S. Kaluzny, A. (1994). *Health care management. Organization design and behavior*. New York: Delmar Publishers Inc.
- Strauss, A. (1978). *Negotiations, Varieties, Contexts, Processes and Social Order*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Strauss, A. Fagerhaugh, S., Suczek, B., Wiener, C. (1985). *The social organization of medical work*. Chicago: University of Chicago Press
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation*. Textes réunis par Isabelle Baszanger. Paris: L'Harmattan, collection logiques sociales.
- Tarondeau, JC. (1999). Approches et formes de la flexibilité. *Revue française de gestion*. 123: 66-72.
- Terressac, G de. (1992). *Autonomie dans le travail*. Paris: PUF.
- Tonneau, D. (2000). Quality Management in French Hospitals: From implicit concern to radical change. In J.R. Kimberly and E.Minvielle (Eds), *The quality imperative: measurement and management of quality in health care*. (pp 31-46). Londres: Imperial College Press.

## Abstract

*"The organisation of healthcare services have been at the forefront of present day discussions regarding internal hospital functioning as well as health network developments. Interest in this topic necessitates a thorough comprehension of organisational approaches, which are capable of rationalising the delivery of healthcare services. In this article, case studies demonstrate that specific organisational approaches, from the field of management, can be applied to the hospital environment. Hospital work organisation therefore is, as are other public establishments, confronted to the following dilemma: to take into consideration the singularity of each individual's case, while treating an ever increasing number of cases simultaneously. Improving healthcare delivery implies in these conditions, that the reorganisation of services must start at the healthcare professional level."*

## Remerciements

L'auteur tient à remercier les deux rapporteurs anonymes ainsi que le comité de rédaction pour leur aide dans l'amélioration de cet article.

## Biographie

**Etienne Minvielle** est médecin, chercheur CNRS au Centre de Recherche en Économie et Gestion Appliquée à la Santé (Unité Inserm 537/Upresa Cnrs 8052), Hôpital de Bicêtre, France.