

Analyse systémique d'un projet de gestion des risques dans un centre hospitalier en difficulté

Systemic analysis of a risk management intervention in a hospital encountering difficulties

Guillaume Andre
Directeur de la qualité et des coopérations
Institut de cancérologie de la Loire
108B av Albert Raimond
42270 Saint-Priest-en-Jarez
06 45 73 93 11
guillaume.andre@icloire.fr

Sylvie Garandel
Renaud Vidal
ATRISC
123, rue des 3 Epis
68230 KATZENTHAL.
sylvie.garandel@atrisc.com
renaud.vidal@atrisc.com

Résumé

Notre communication relate une intervention de management de la qualité et de gestion des risques dans un centre hospitalier public en difficulté, contraint à mettre en œuvre une série d'opérations de restructurations internes. Portée à agir dans le cadre de la certification par la Haute autorité de santé (HAS), la direction de la qualité devait relever les défis inhérents à ce projet, et à la maîtrise des risques opérationnels.

Nous présentons une application de deux méthodes de recherche interactionniste en management. La première réfère à la théorie des organisations à haute fiabilité (HRO) : elle vise l'identification, au sein l'ensemble des décideurs médico-administratifs, de triades relationnelles dont il a été démontré qu'elles sont sources de fiabilité. De façon complémentaire, une analyse cindynique des trois groupes professionnels en présence apporte des éléments de compréhension des interactions managériales, et de leurs évolutions sur la durée de dix mois.

En relation avec l'exposé des résultats opérationnels et de certification, l'observation des triades fiables montre l'intérêt de cette distribution méthodologique pour la compréhension de trois enjeux du management des risques au sein d'un établissement public de santé : impliquer le corps médical, maîtriser les risques induits par les restructurations, et manager en équipe la qualité et la sécurité. Nous le discutons au regard du terrain de recherche, et de la méthodologie retenue.

Summary

Our paper focuses on a risk & quality management intervention in a French public hospital encountering difficulties, in which numerous internal reorganizations were conducted. Complying with the formal frame of certification by the High authority of health (HAS), the quality department had to address project and operational risks as well.

We present an implementation of two interactionist research methods. The first one refers to the theory of high reliability organizing (HRO) ; within the medical and administrative leaders, it aims at identifying specific relational triads, which are proven to tighten reliability. The second method, a cindynical analysis of these professional groups provides a social and occupational explanation of their interactional structure, and dynamics, over the duration of ten months.

In relation to operational and certification outcomes, the interpretation of reliability enhancing triads shows the interest of this twofold methodological frame for understanding three risk management achievements in a public hospital : involving physicians, controlling operational risks, and managing quality & security as a team. We discuss these results with regards to the studied object, and to our methodology.

1. Objectifs et plan de la communication

En lien avec le thème du congrès Lambda Mu 2016, « gérer les risques dans un monde en mouvement », cette communication relate une expérience conjointe de certification et de gestion des risques opérationnels dans un centre hospitalier public en difficulté. Soumis à un plan de redressement économique et financier, cet hôpital était placé sous la direction d'une mission d'administration provisoire de l'Inspection des affaires sociales, qui assumait la conduite d'une série d'opérations de travaux et de restructurations internes. Nouvellement créée, la direction de la qualité était portée à agir dans le cadre formel déterminé de la procédure de certification de l'établissement par la Haute autorité de santé (HAS). Pour satisfaire ses exigences, il lui fallait conduire un projet d'amélioration de la qualité multidimensionnel, gérer les événements exceptionnels, et faire évoluer les facteurs de risques organisationnels et humains. Les résultats opérationnels et de certification permettent de considérer que ces défis ont été relevés avec succès.

En tant qu'animateurs du groupe de travail et de réflexion « Management des risques, cindyniques et nouvelles approches systémiques dans le secteur de la santé » de l'IMDR, nous espérons convaincre nos lecteurs de l'intérêt qu'il y a à étudier le management stratégique de la qualité et de la gestion des risques en établissements de santé par des méthodes systémiques dynamiques. Une contribution méthodologique de notre communication est d'associer deux méthodes de recherche interactionnistes en gestion des risques. La première réfère à la théorie des organisations à haute fiabilité ; elle vise l'identification, au sein du groupe des décideurs médico-administratifs, de triades relationnelles dont il a été démontré qu'elles sont sources de fiabilité. De façon complémentaire, une analyse cindynique des groupes professionnels en présence apporte des éléments de compréhension des interactions managériales, et de leurs évolutions sur la durée de dix mois.

La communication comprend d'abord une présentation de l'hôpital, de sa situation administrative, et d'éléments qui justifient sa qualification d'établissement « en difficulté ». Les présentations synthétiques du plan de modernisation et de la procédure de certification rendent compte des objectifs et de la dimension du projet.

Notre problématique est ciblée sur la recherche de lisibilité des interactions entre trois groupes d'acteurs : l'administration provisoire, les médecins chefs de pôles, et les membres de la direction de la qualité. Pour la résoudre, deux méthodes de recherche interactionniste en management sont mobilisées : la théorie des organisations de haute fiabilité, et la cindynique.

Le récit des événements managériaux marquants détermine le découpage chronologique de l'année 2013-2014 en trois périodes, pour lesquelles l'application des méthodes donne une série temporelle de diagrammes d'interactions, et une table d'analyse cindynique relative aux trois groupes socio-professionnels.

L'interprétation de ces résultats a pour but d'identifier l'existence de triades dites fiables, et de rechercher si la présence de ces schèmes relationnels peut être corrélée aux actions mises en œuvre pour la réussite du projet de certification. Cela étant, nous identifions trois enjeux qui nous ont paru importants pour le management de la qualité et de la sécurité à l'hôpital : impliquer le corps médical, maîtriser les risques induits par les restructurations, et gérer en équipe la qualité et la sécurité.

Ces résultats sont discutés au regard de la particularité du terrain, et de la méthodologie retenue.

2. Présentation de l'hôpital et des enjeux de la gestion des risques

2.1. Présentation générale de l'établissement en situation d'administration provisoire

L'hôpital étudié était un établissement public de santé de moyenne taille, de 280 lits de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique ; et de 180 lits de soins de suite, de longue durée ou d'hébergement de personnes âgées dépendantes. Il disposait d'un SAMU-centre 15, d'un service d'urgence pourvu de 4 lits de très courte durée, d'un scanner et d'une IRM, de trois salles de naissances et d'un bloc opératoire de sept salles ; d'un centre de dialyse, d'un secteur de soins intensifs cardiologiques, et d'une réanimation. En 2013, cet établissement public a assuré 136 000 journées d'hospitalisations et séjours de moins de 24 heures ; et 33 000 passages aux urgences, marqués par une forte saisonnalité estivales (doublement de l'activité). Il a employé autour de 1 400 équivalents-agents, dont une centaine d'équivalents-médecins, et son budget d'exploitation a atteint à 115 M€.

Sur un bassin de population résidente d'environ 130 000 personnes, l'hôpital était en concurrence avec une seule clinique, assez bien placée pour les activités chirurgicales et certaines spécialités médicales. Accessibles uniquement par voies d'air ou de mer, les centres hospitalo-universitaires de références étaient lointains et les transferts médicaux compliqués, parfois longs ; selon les conditions météorologiques, les évacuations sanitaires duraient au moins quatre à six heures. Du fait de cet isolement géographique, l'hôpital avait mis en place des modalités d'organisation des soins particulières, dans certaines spécialités ; en néonatalogie ou en neuro-traumatologie par exemple, il bénéficiait d'autorisations ou de conventions administratives formelles, dérogeant aux normes de la sécurité sanitaires. Pour des soins spécialisés non urgents, l'assurance-maladie accordait en outre des facilités à une part non négligeable de la population, suivie dans ces établissements distants.

Durant la période d'août 2012 à juillet 2014, cet hôpital a été dirigé par une administration provisoire de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Créée par l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005, un tel encadrement est dérogatoire aux règles usuelles de la gestion des établissements publics de santé. L'article L6143-3-1 du Code de la santé publique en précise les critères d'application : « en cas de manquement grave portant atteinte à la sécurité des patients, ou lorsque (...) l'établissement ne présente pas de plan de redressement dans le délai requis, refuse de signer l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou n'exécute pas le plan de redressement, ou lorsque le plan de redressement ne permet pas de redresser la situation de l'établissement ». Même si le constat de difficultés financières est l'événement déclencheur le plus courant de cette procédure, s'y adjoignent généralement des problèmes de gouvernance et de gestion.

Cas hospitalier unique à cette date, la période d'administration provisoire 2012-2014 était la deuxième en quelques années. Elle ne comportait pas de substitution au conseil de surveillance, ni aux instances politiques internes à l'hôpital : la commission médicale d'établissement (CME, qui réunit les médecins élus par leurs pairs), et le comité technique d'établissement (CTE, qui regroupe les représentants du personnel). Définie par le Ministère de la santé, cette mission faisait suite au constat de l'incapacité de cet hôpital à définir son plan de redressement financier. La situation cumulait la phase aiguë d'un conflit syndical récurrent, et des arrêts de prestations des fournisseurs en attente de paiement. Avec l'aide de l'Agence nationale pour la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP), l'établissement venait cependant de définir son projet stratégique à cinq ans, et l'état de s'engager à financer 90% des 150 M€ nécessaires à la construction d'un nouvel hôpital.

Un ingénieur général avait été recruté pour évaluer la conformité technique, sécuriser les installations, et bâtir le dossier technique du nouvel hôpital, qui devait être présenté avec le plan de redressement financier au Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO). Les deux premières préoccupations de l'administration provisoire étaient liées à la poursuite de ce processus de travaux, et à la pacification des relations sociales. Début 2013, des avancées positives favorisèrent la signature d'un plan de redressement à deux ans, comportant une aide conjoncturelle importante. Pour un budget hospitalier annuel d'environ 110 M€, ce plan de modernisation visait une évolution favorable de 21 M€ en 2 ans, dont 6 M€ d'aides attribuées par l'Agence régionale de santé au titre des missions d'intérêt général.

2.2. Les facteurs de risques, et la certification

Établi sur un territoire isolé, et peu attractif pour ses carrières médicales ou chirurgicales, l'hôpital fonctionnait dans une majorité de spécialités avec des effectifs quantitatifs et qualitatifs en-deçà des normes de sécurité sanitaires, ou de la réglementation du travail ; on y constatait l'absence, sur une longue durée, de professionnels techniques ou paramédicaux dotés de compétences importantes pour la sécurité. *In contrappunto*, les compétences et les réseaux professionnels développés par quelques médecins leur permettaient de pratiquer sur place des actes professionnels d'assez haut niveau, voire de bénéficier des dérogations administratives formelles dont nous avons déjà évoqué l'existence.

Pour des raisons de vétusté avancée, de nombreux problèmes de locaux et d'équipements ne pouvaient pas être résolus dans la période intermédiaire qui courrait jusqu'à l'ouverture du nouvel hôpital, prévue mi-2017. Cette situation dégradée n'était probablement pas sans rapport avec l'ampleur des difficultés financières rencontrées par cet établissement. Le ralentissement des paiements et des procédures comptables majorait les risques de rupture de stocks, ou d'accidents techniques, par exemple. Dans plusieurs cas, la Haute autorité de santé elle-même avait pu constater que l'incapacité d'acheter ou de rénover avait été cause d'abandon de projets importants pour la qualité.

Enfin il n'est pas possible de passer sous silence l'existence des facteurs de risques socio-politiques. Ceux-ci se traduisaient non seulement par de fréquents mouvements de protestations ou de grèves ; mais encore, par un ensemble de remises en cause individuelles, et collectives, de la capacité de directeurs, de médecins ou de cadres à agir conformément aux règles ou aux modèles usuels d'organisation du travail dans les hôpitaux publics français.

Selon l'article L6113-3 du Code de la santé publique, la procédure de certification de la qualité par la Haute autorité de santé « vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement (...), à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités ». Dans la version V2010

alors en vigueur, les quatre-vingt-deux critères du manuel de certification étaient évaluables par les experts visiteurs sur la base d'éléments d'appréciations programmatiques, organisationnels, et opérationnels. En cas de cotation insatisfaisante à l'issue de la visite – une réserve majeure, ou trop de réserves –, la commission nationale de certification émettait une injonction de mise à niveau, assortie d'une visite de suivi à six mois. A cette échéance, le maintien des situations de non-qualité amenait la clôture de la procédure de certification, et l'engagement des autorités de tarification sanitaire dans un processus de questionnement stratégique des autorisations et des moyens attribués à l'établissement.

De façon déjà dérogatoire dans les années 2007-2008, la deuxième procédure de certification avait ajournée pour des raisons graves. L'engagement dans la V2010 avait été formalisé en 2012, avant la mise en place de l'administration provisoire. En janvier 2013, les résultats de la première visite d'expertise se révélèrent très péjoratifs ; ils furent plus ou moins confirmés en juillet de la même année. Sur les dix-sept réserves initiales de l'établissement, six concernaient directement la nouvelle thématique « management de la qualité et des risques » ; il s'agissait notamment des critères 8b. Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins, 8d. Évaluation des risques associés aux soins, et 8f. Gestion des événements indésirables associés aux soins. Ces premiers résultats faisaient courir à l'établissement le risque de ne pas être certifié. En avril-mai 2013, une première étude documentaire et de terrain montra qu'il n'était pas envisageable de répondre à toutes les réserves et recommandations simultanément, et la décision fut prise de se centrer sur la réponse aux réserves uniquement. Même ainsi, faire franchir à l'hôpital les sauts culturels et organisationnels indiqués méritait qu'on lance, et fasse aboutir une puissante dynamique d'amélioration continue de la qualité.

Pour gérer ce dossier dans le contexte d'une activité administrative foisonnante par ailleurs, un poste de directeur de la qualité et des relations avec les usagers a été ouvert, et pourvu en septembre 2013 par un directeur en milieu de carrière (DQ). En novembre 2013, l'établissement a demandé et obtenu de la Haute autorité de santé un ultime et unique sursis dérogatoire, jusqu'à la nouvelle date de visite fixée en juin 2014. Un directeur chargé de mission (DCM), a été recruté en janvier 2014 : cet homme était pressenti pour occuper, au départ de l'administration provisoire, le poste de chef d'établissement.

Après moins d'un an de gestion de projets, le centre hospitalier a finalement obtenu sa certification (V2010) en 2014.

Table 1. Résultats des deux visites de certification.

	Janvier 2013	Jun 2014	Relèvement en A / B / ou C
Réserves majeures , cotées D	5	0	2 / 2 / 1
Réserves , cotées C	12	6	2 / 4 / NA

3. Problématique, périmètres et méthodes d'analyse

3.1. Problématique et modèles

Avec la communauté des chercheurs en management de la qualité et des risques, nous pensons qu'il y a un intérêt particulier à étudier les situations de limites dépassées : c'est qu'elles offrent des terres de contrastes forts, des événements marqués. Sur notre lieu d'intervention, le renforcement des contrôles étatiques, les mouvements syndicaux récurrents, et la vigilance des médias laissaient d'emblée percevoir l'existence de risques systémiques. Comme nous l'avions formulé en mai 2013 dans un pré-projet de recherche intitulé « Audit du système des risques dans un centre hospitalier en difficulté », « Certains [risques] sont réalisés, d'autres visiblement présents ». De la contamination de blocs opératoires à la panne totale d'électricité, le premier trimestre d'intervention nous a très vite confirmé la justesse de notre constat. De fait, durant toute la période d'intervention, nous avons constamment eu à gérer avec les professionnels la survenue d'événements préoccupants.

Le contexte du management des risques était qu'une administration extérieure avait été appelée à exercer un mandat d'autorité aux objectifs nettement plus déterminés par les contraintes externes, que par les propres capacités de l'institution à définir et réussir ses projets. L'administration provisoire n'avait pas vocation à rester au-delà de deux ans sur place au maximum, et il en allait de même des directeurs de la qualité. Ces professionnels devaient se faire accepter, et faire mettre en œuvre, sur le terrain, par les professionnels établis là pour de plus longues durées, les séries d'actions précises dans lesquelles l'établissement était engagé.

Les conclusions des experts-visiteurs de la Haute autorité de santé s'étant avérés plutôt probantes en matière de qualité, notre problématique de recherche est de vérifier si l'analyse méthodique des interactions managériales permet de corréliser leur structure, avec le déroulement et les résultats du projet de certification. S'agissant d'une action de recherche-intervention à visée constructiviste, nous n'avons pas conçu de test de vérification univoque. Dans le paradigme systémique, serait-ce simplement pensable ? Nous avons couplé deux méthodes d'inspiration interactionniste, qui nous ont paru complémentaires : la première est issue de la théorie des organisations à haute fiabilité ; la deuxième, du monde professionnel.

Le courant d'étude des organisations à haute fiabilité est organisationnel, et interactionniste. Nous nous sommes appropriés ce modèle, dans lequel « performance de fiabilité rivalise avec productivité » (Karlene Roberts, 1990). Pour expliquer sa dialectique, disons que trop de contrôle productif risque de minorer la perception ou la prise en considération des risques par les professionnels ; exécutants ou cadres peuvent en venir à négliger les consignes de sécurité, les événements précurseurs et les alertes. *A contrario*, trop d'attention au risque et de précautions peuvent ralentir, voire nuire à la production ou à l'action ; quand la rapidité et l'adaptabilité comptent, les dispositifs de sécurité engendrent paradoxalement de nouveaux risques.

Dans les organisations à haute fiabilité, les dirigeants et les agents gardent conscience de ce dilemme. Entre le recueil d'information et d'analyse, d'une part, et l'action et le contrôle productif, d'une autre, ils cherchent à maintenir l'équilibre dynamique qui permet de trouver au bon moment des ajustements satisfaisants. Dans le travail de référence que nous utilisons comme guide (Renaud Vidal, 2011), une mesure d'interactions a montré qu'un type précis de triades, constitué de deux sortes de relations, contribuait de façon notable à cette fiabilité organisationnelle. Nous nous sommes demandés si ce résultat était reproductible dans notre contexte, et avons cherché à le vérifier *in concreto*.

Pour rendre compte de la qualité des interactions managériales sur la durée relativement longue de dix mois, intégrer à notre propos la diversité socio-professionnelle des groupes étudiés nous a paru porteur de sens. C'est la raison pour laquelle nous avons employé une méthode issue du terrain. « La cindynique, qui se veut la science du danger et reprend la racine grecque du mot, a été fondée en décembre 1987 (...). A cette époque, les grandes entreprises s'interrogeaient sur le développement d'une nouvelle fonction spécifique, le "Risk manager", plus réfléchi et aussi plus "moderne" que le traditionnel responsable de la sécurité ». C'est ainsi que le texte d'introduction du fonds Kervern aux archives nationales présente ce modèle systémique, dont l'objectif est d'identifier les dangers non immédiatement apparents.

La cindynique est une sociologie d'acteurs, centrée sur le facteur humain, dont elle ne limite pas la perception au seul opérateur de l'action. Elle accepte l'existence d'un collectif façonné par un ensemble de valeurs, de croyances et de représentations qui influent sur les comportements des personnes. Elle repose sur l'identification de cinq paramètres qui s'appliquent aux groupes ou aux personnes étudiées. Il s'agit des règles et des modèles socio-professionnels ; des valeurs et des finalités ; ainsi que des données

qu'ils sont amenées à traiter pour leurs activités. Nous assumons une originalité d'application, celle de nous être intéressé aux conditions matérielles d'exerce de ces professions. Présenté dans une table d'analyse, l'ensemble de ces éléments comparatifs alimente nos interprétations.

3.2. Groupes professionnels concernés par l'étude

Les administrateurs provisoires dépendaient hiérarchiquement et/ou fonctionnellement de l'Inspection générale des affaires sociales. « Corps de contrôle interministériel du secteur social, l'IGAS contrôle, audite ou évalue les structures et les politiques, conseille les pouvoirs publics et apporte son concours à des projets ». Sauf un médecin, ces professionnels étaient tous d'anciens directeurs d'hôpital, ou inspecteurs des affaires sanitaires et sociales. Leurs compétences administratives recouvraient celle du directeur de l'hôpital (dont le poste étant vacant), définies à l'article L6143-7 du code de la santé publique. Leurs missions durant six mois renouvelables, certains administrateurs n'ont pas été continûment présents. Dans notre étude, ce groupe de six professionnels n'est pas dissocié par individus.

Le groupe des médecins exerçant des responsabilités d'organisation se compose principalement du président de la commission médicale d'établissement, chef du service des urgences ; des médecins chefs des six pôles : soins critiques et services médico-techniques ; médecines et spécialités médicales ; chirurgies ; gynécologie-obstétrique et pédiatrie ; gériatrie ; santé publique. Dans notre étude, ce groupe de sept personnes n'a pas été dissocié par individus.

L'équipe qualité formait une unité administrative de sept personnes, autrefois dépendante de deux directions différentes et non spécialisées en qualité. Le responsable qualité (RQ) approchant de la retraite, une assistante-qualité (AQ) était positionné pour le devenir dans quelques années, au départ à la retraite du premier. Le premier auteur de cette communication a été nommé en septembre 2013 sur le poste nouvellement créé de directeur de la qualité et des relations avec les usagers (DQ). A partir de février 2014, un deuxième directeur d'hôpital a exercé comme chargé de mission (DCM) avant d'être nommé chef d'établissement en août. Il nous a paru intéressant de considérer chacune de ces quatre personnes indépendamment.

Plus d'éléments de compréhension et de justification de la répartition de ces trois groupes socio-professionnels apparaissent *infra* dans notre table d'analyse cindynique.

3.3. Deux modalités d'analyse des interactions

La recherche sur les organisations à haute fiabilité a développé une perception des relations qui est plutôt neutre, formelle, et objective. Pour caractériser les interactions entre les personnes, elle se fonde sur des critères mesurables.

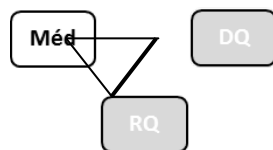
Un couplage fort caractérise des interactions fréquentes, souvent de courtes durées, entre professionnels qui se connaissent et se comprennent bien. Il est généralement associé à des comportements non ambigus : connaissant l'action de l'un, on peut en déduire celle de l'autre.

Un couplage faible correspond à des relations occasionnelles, mais qui prennent du temps. Les personnes qui les vivent peuvent avoir besoin de marquer leur politesse ou leur sociabilité ; d'écouter les autres avec attention, et d'exposer de même posément leur point de vue ; d'approfondir le sens des questions, ou la signification des mots qu'ils utilisent.

Deux professionnels en couplage fort s'appuient sur des références communes pour se transmettre rapidement des informations, et faire ensemble des choix assez simples : quand le cadre est structuré et les informations pertinentes, leurs choix le sont généralement aussi. L'intérêt particulier du couplage faible est que la mise en relation, même ponctuelle, de deux professionnels aux préoccupations distinctes permet d'évaluer plus complètement les événements ou les situations de travail, et de mieux définir la réponse à y apporter collectivement.

Les résultats établis par Renaud Vidal et Karlene Roberts pour des professionnels de l'urgence démontrent que ce ne sont pas les relations individuelles, mais la forme du réseau d'interactions, qui détermine la capacité de réponse aux événements. Face aux risques, un résultat pratique porte sur les triades relationnelles d'un certain type : la fiabilité croît avec le nombre de triades faibles-Fortes-faibles (f-F-f) présentes au sein du réseau. Ces triades sont sources de fiabilité organisationnelle, car elles rendent probable un questionnement des deux acteurs en couplage fort par le troisième acteur, en couplage faible avec chacun, et dont le cadre interprétatif est généralement différent. La pertinence de la réponse aux questions « Que se passe-t-il ? Que devons-nous faire ? » s'en trouve ainsi améliorée.

Figure 1. Triade f-F-f, dite fiable



Utilisée en complément, la méthode cindynique repose sur l'identification de cinq paramètres qui s'appliquent aux groupes ou aux personnes étudiées. Il s'agit des règles et des modèles socio-professionnels ; des valeurs et des finalités ; ainsi que des données qu'ils sont amenées à traiter pour réaliser leurs activités.

Pour notre étude, l'écriture d'une table cindynique a été facilitée par le contexte hospitalier public. En effet, la fonction publique hospitalière française est une bureaucratie professionnelle très réglementée. Dans le code de la santé publique, le titre IV - Professions de santé, définit le cadre juridique et déontologique de l'exercice de la médecine ; dans son titre VI - Établissement de santé, les pouvoirs du chef d'établissement. Ainsi ces professions sont-elles constituées en tant que corps statutaires ; elles disposant de lieux de formations, de cadre d'exercice, et d'identités sociologiquement marquées. De leur côté, les qualifiants et gestionnaires de risques trouvent dans les documents de la Haute autorité de santé l'énoncé des bonnes pratiques professionnelles, dont ils doivent pratiquement répondre lors des visites de certification.

Pour donner ces clés de compréhension, nous nous sommes aussi appuyés sur notre connaissance de l'action administrative hospitalière. Considérant que la connaissance des conditions de travail de ces professionnels apportait aussi des éléments de compréhension importants, nous les avons incluses dans l'item des données. Enfin, du fait d'avoir privilégié l'analyse de triades HRO, nous ne nous sommes pas attardés sur celle de dissonances ou d'ambiguïtés.

4. Application des méthodes d'analyse

4.1. Périodes et événements marquants, avec qualification des couplages

En septembre 2013, l'établissement n'était pas prêt à respecter les critères de certification, et l'administration provisoire envisageait de poser à la Haute autorité de santé une demande de délais supplémentaire. Pour qu'il conçoive le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, elle donne les informations nécessaires au directeur qualité, et écoute ses retours réguliers : le couplage est fort. Ce directeur travaille le responsable qualité principalement, et prend connaissance des documents pour élaborer le plan : le couplage hiérarchique est également fort. Pendant ce temps, il gère les événements indésirables, et procède à une série d'entretiens avec les chefs de pôles : ces couplages introductifs sont est faible, mais le directeur peut communiquer sur l'importance d'engager résolument le monde médical dans le projet de certification. Entre l'équipe qualité et les chefs de pôles, il constate l'absence de lien.

Fin novembre 2013, les responsables de la commission de certification de la Haute autorité de santé reçoivent en leurs locaux le président de la CME, les chefs de pôle, deux membres de l'administration provisoire et le directeur de la qualité. Dans l'esprit thématique de la nouvelle procédure de la certification V2014, le plan ciblé présenté par le directeur de la qualité fixait six grandes priorités synthétiques dans des domaines de risques prioritaires : trois réserves majeures (le management de la qualité et des risques, l'identité-vigilance, et la gestion des déchets), trois réserves (la gestion du dossier du patient, la prise en charge médicamenteuse, et la gestion des admissions non programmées). Ces projets impliquaient la totalité des services de soins, et comportaient d'importants enjeux d'évolution des pratiques. Chaque chef de pôle confirma solennellement ce jour-là son adhésion à ce plan, et la Haute autorité de santé accorda à l'hôpital un sursis exceptionnel jusqu'en juin 2014.

Dès le retour à l'hôpital, début décembre 2013, le président de la commission médicale d'établissement décida de travailler avec les chefs de pôles et le directeur de la qualité, sur un créneau de réunion hebdomadaire, avec une priorité : la refonte du dossier patient. Un autre élément favorisait l'instauration entre eux d'un couplage managérial fort : c'est l'épisode de « la crise des lits ». Le thème du congrès Lambda Mu nous incite à préciser un peu la description de cet événement.

Entre décembre 2013 et mars 2014, le plan de restructuration de l'établissement prévoyait une série de déménagements et d'opérations de travaux *intra muros*. Ce programme affectait cinq services d'hospitalisation, et privait temporairement l'hôpital de l'usage de plus de 15 % de ses lits de court séjour, de mi-décembre à mi-février environ. La moitié des patients étant admis en urgence, les services de soins se sont donc trouvés dans une situation difficile. Même si, là comme ailleurs, les cas de saturation ponctuelle n'étaient pas extraordinaires, celui-ci s'installant dans la durée prit une tournure préoccupante. On craint de devoir déclencher le plan blanc, simplement pour des causes internes ; ou qu'un événement dramatique ne vint remettre en cause les restructurations. Les professionnels de santé des urgences et des services d'accueil mirent en place les premières mesures réactives, qui se diffusèrent progressivement dans des cercles plus larges. Début janvier, les médecins qui se réunissaient avec le directeur de la qualité pour travailler sur le projet de certification ont ajouté à l'ordre du jour de leurs réunions hebdomadaires le suivi des admissions non programmées, et celui des patients du week-end dont il convenait de gérer les hébergements ou transferts. Deux semaines plus tard, au cours d'un directoire qui fut de fait transformé en réunion de crise, les chefs de pôle interpellèrent l'administration provisoire, qui mit en place quelques mesures conjoncturelles. Elle engagea peu après l'hôpital dans le programme national de gestion des lits de l'ANAP.

En milieu de période, un qualificateur commence à être positionné comme interlocuteur des médecins, pour la refonte du dossier patient. Le futur chef d'établissement prend ses premières fonctions de chargé de mission, et constitue une ligne de couplages hiérarchiques forts entre l'administration provisoire et le directeur qualité ; le couplage entre l'administration provisoire et le directeur qualité s'affaiblit en conséquence.

De mars à juin 2014, la crise des lits se résorbe au fur et à mesure de la réouverture des services, et le travail administratif de la qualité se renforce dans la perspective finale de la certification. Le futur chef d'établissement approfondit le suivi du plan ciblé en instaurant avec les qualificateurs un couplage fort. Il supervise aussi l'avancement du plan d'actions avec les autres directions (hors champ). Le directeur de la qualité conserve la maîtrise effective de la gestion des risques opérationnels, et des réclamations des usagers ; positionné pour le reste comme consultant ou expert interne, ses liens formels avec la hiérarchie et les qualificateurs s'affaiblissent. Ainsi encadrés et supervisés, les qualificateurs animent deux groupes de travail importants, qui portent l'assistante à entretenir avec le groupe médical une relation faible.

Dix jours avant l'échéance, un événement purement managérial montre la réalité du risque d'échec du projet de certification. Alors que les nouveaux dossiers médicaux et ordonnanciers viennent d'être livrés dans les services de soins, plusieurs médecins refusent de les utiliser, et se tournent vers leurs chefs de pôle pour faire valoir leurs positions. Même si les nouveaux documents ne sont pas exempts de critiques, une négociation décisive est initiée par le président de la CME et tout le groupe des chefs de pôle, avec le seul directeur de la qualité. Elle se résout par l'accord collectif des médecins, sous réserve de la reconnaissance par l'administration de la possibilité d'introduire une exception à la règle commune, pour des prescriptions particulières. Alors en couplages faibles avec ces médecins et le chargé de mission, ce directeur fait office de médiateur.

Un événement organisationnel marque significativement l'immédiate proximité de la visite de certification : c'est la nomination du médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Elle est décidée par l'administration provisoire, sur proposition du président de la CME et après discussion avec le futur chef d'établissement.

4.2. Diagrammes et décompte des triades médico-administratives fiables

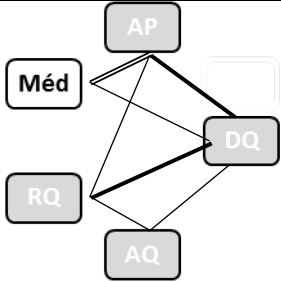
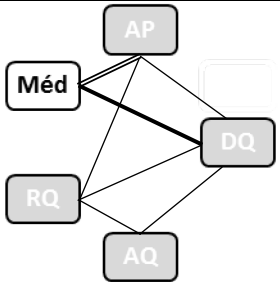
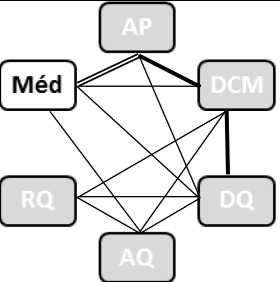
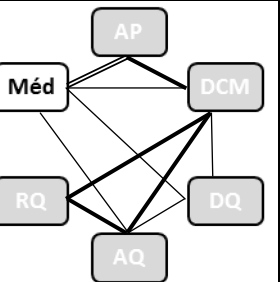
Pour caractériser le couplage managérial fort, nous avons considéré trois paramètres : les professionnels se réunissent près d'une fois par semaine, travaillent ensemble sur des dossiers communs, et prennent des décisions partagées.

Les couplages faibles tracent des relations au moins mensuelles, d'une réunion d'une heure au moins.

Dans les autres cas, si par exemple les personnes se voient moins d'une fois par mois (ou plus souvent, mais sans discuter de sécurité ou de qualité) : nous avons considéré que cela marquait une absence d'interaction professionnelle.

Les médecins se sont impliqués dans la certification, et les qualificateurs dans la gestion de risques opérationnels. Notre principal objectif était de comprendre comment les interactions entre des responsables de différentes professions, origines et intérêts les ont amenés à gérer un ensemble de risques assez vaste. Dans le décompte des triades, nous avons donc séparé celles qui font sens pour notre problématique : les triades médico-administratives.

Figure 2. Diagrammes de couplages

Phase I. Sept. à nov. 2013	Phase II. Déc. 2013 à fév. 2014		Phase III. Mars à juin 2014
Conception du plan	Réduction des lits	Nouveau directeur	Structuration
			
Aucune triade fiable médico-administrative	Aucune triade fiable (à discuter)	Une triade fiable médico-administrative	Une triade fiable médico-administrative
Une triade administrative fiable	Aucune triade administrative fiable	Deux triades administratives fiables	Une triade administrative fiable

AP = Groupes d'administration provisoire / DCM = Directeur chargé de mission / DQ = Directeur qualité

Méd = Médecins

RQ = responsable qualité / AQ = Assistante qualité

Les relations fortes sont marquées en gras, les relations faibles d'un trait fin ; le couplage entre groupes, d'un trait double.

4.3. Table d'analyse cindynique

Pour chacun des trois groupes étudiés, l'analyse cindynique explore d'abord les règles et modèles qui s'appliquent à leurs membres ; puis les valeurs et finalités qui les animent. Dans l'item « données », nous assumons une originalité d'application, celle de ne nous être intéressé aux conditions d'exercice professionnel. Cet ensemble comparatif alimente nos interprétations.

Table 2. Analyse cindynique

	Administration provisoire	Qualitiens	Chefs de pôles
Règles	Cursus de sciences politiques et d'administration publique Concours sélectif, carrière distinctive, recrutement par l'IGAS Titre VI du CSP : pouvoirs juridiques, hiérarchiques et financiers du chef d'établissement Evaluation par le directeur de l'IGAS	Directeurs, ou professionnels de de la fonction publique hospitalière formés à la qualité. Nominations externes de courte durée pour les directeurs ; carrières locales pour les responsables. Evaluations hiérarchique internes.	Formation scientifique et pratique en alternance université-hôpital. Concours, évaluation par les pairs Déontologie professionnelle, et garanties d'indépendance Responsabilités électives Nommés par le directeur Pas d'évaluation formelle
Modèles	Les institutions répondent aux besoins des patients. Les professionnels sont au service des institutions. Nouveau management public : concilier action administrative et gestion économique	Approche client médiatisée par l'analyse des processus : la qualité des processus améliore le service au patient et la qualité des soins. Management par la qualité selon les bonnes pratiques de la HAS. Pédagogie, pluridisciplinarité, décloisonnement.	Colloque singulier : le médecin est au service de son patient. Modèles et cultures professionnelles médicales, plus ou moins techniques : - Chirurgie, réanimation, - Urgence, médecine, pédiatrie, gériatrie
Valeurs	Puissance publique, valeurs d'autorité. Valeurs entrepreneuriales et gestionnaires : foi dans les projets. Respect et loyauté hiérarchique, cohérence de groupe, secret des affaires. Forte implication dans le travail. Influences politiques, mais obligations de réserve et de neutralité.	Rationalité scientifique : foi en la description, en l'analyse, en l'évaluation. Neutralité et indépendance d'esprit. Esprit de service : mesure de la satisfaction des patients. Soutien des professionnels de santé. Implication dans le travail dépendante des phases de la certification.	Médecine publique gratuite de qualité pour tous. Dans le contexte touristique, gestion des pics d'activité. Compagnonnage. Forte implication dans le travail. Faible implication dans les projets administratifs. Crainte des procédures judiciaires. Quelques médecins de sensibilités politiques connues.
Finalités	Engager l'établissement dans les politiques et les évolutions structurelles définies dans la lettre de mission signée du Ministre : - Concrétiser le projet du nouvel hôpital, - Assurer l'équilibre financier, - Pacifier les relations sociales,	Travailler avec les professionnels de santé. Concilier contraintes organisationnelles, avec satisfaction des besoins des patients. Produire et faire valider les documents de preuve. Réussir la certification.	Guérir ou stabiliser les patients : leur faire gagner des années de vie, et de qualité de vie. Assurer la continuité de présence médicale dans le contexte de sous-effectif. Gérer en sécurité les flux de patients. Régler la vie du service et du pôle.

Données / Conditions	Font des aller et retours entre Paris et la Province. Travaillent au bureau et en réunions avec des interlocuteurs externes et internes. Management l'équipe de direction, gèrent les échéances administratives.	Travaillent au bureau (DCM) et/ou alternativement en proximité des services. Travaillent en équipes transversales et en groupes internes à l'hôpital. Répondent occasionnellement à des urgences médico-légales (DQ)	Travaillent en équipes, dans les services et lieux de soins ; sont présent de jour, et de nuit. Gèrent des consultations, des visites au lit, des actes de soins, des relations avec le patient et son entourage, ainsi que les données médicales et les dossiers patients. Répondent à des urgences vitales.
----------------------	--	--	---

5. Interprétation des résultats, et discussion de trois enjeux de management

5.1. Interprétation des résultats

Au début de l'intervention, le déficit systémique de l'établissement est connu, et il n'y a pas de triade médico-administrative fiable. Les finalités de l'administration provisoire l'ont orientée dès l'origine vers des missions de réorganisation structurelles, de relations sociales, et de gestion économique. Durant le semestre qui a suivi la première visite d'expertise, elle n'a pas défini de plan d'action qualité global, et c'est pour engager et mener à bien le projet de certification qu'elle recrute un directeur qualité. A ce moment, les qualitiens ne sont pas particulièrement en lien avec les chefs de pôle, mais en couplages forts avec des responsables de services médico-techniques, qui à l'échelle de l'établissement n'exercent pas de responsabilités d'organisation médicale (pharmacie, laboratoire).

Pendant la première période, la ligne hiérarchique administrative est constituée des interactions fortes qui permettent la construction en équipe du plan qualité. La notion d'interaction avec le « groupe » de chefs de pôle peut être nuancée. Le directeur qualité entre en interaction avec chaque chef de pôle : des entretiens, des visites de services visent à évaluer les processus opérationnels et managériaux ; quand des événements indésirables et des plaintes surviennent, il les gère de façon conforme au modèle professionnel, c'est-à-dire bienveillante, et intégrative. Les finalités initiales des médecins ne comprenant pas vraiment la réussite à la certification – nous reviendrons sur cet enjeu –, c'est le déplacement à la HAS qui marque en pratique la constitution du groupe médical, et engage l'ensemble des chefs de pôle dans la mise en œuvre du plan ciblé.

Au début de la deuxième période, le lien fort du directeur qualité glisse de l'administration provisoire au groupe médical. En matière de qualité et de gestion des risques, ce professionnel assume alors pour le groupe des chefs de pôle une fonction structurante sur la forme (méthodes) comme sur le fond (finalités). Présent sur le terrain pour les réunions hebdomadaires, il s'implique aussi directement auprès d'eux et des cadres de santé dans la gestion opérationnelle de la crise des lits. En tant qu'expérience de management, un tel couplage est un cas probablement assez rare dans les hôpitaux. La HAS ayant requis une mobilisation médicale avant tout, il est évidemment favorisé par la situation particulière de cet établissement ; il relève aussi d'un choix conscient du directeur de la qualité, fondé sur les valeurs de service au patient et de soutien des professionnels. L'affaiblissement du lien administratif s'explique aussi par la mobilisation de l'administration provisoire sur d'autres fronts, et des événements socio-politiques sur lequel nous n'insistons pas. Compte-tenu du fait que nous avons choisi de ne pas qualifier le couplage inter-groupes, notre diagramme ne nous amène pas à identifier formellement de triade médico-administrative fiable. Nonobstant cette précaution méthodologique, un événement managérial nous paraît typique de l'effet de fiabilisation engendré par les triades relationnelles F-F-f : c'est l'interpellation de l'administration provisoire par le groupe des chefs de pôle, associé pour confirmer la difficulté de la situation opérationnelle au deux directeurs de soins et au directeur qualité.

A mi-projet, et milieu de la deuxième période, l'introduction de trois nouvelles personnes multiplie les interactions ; une taille critique est visiblement atteinte, et nous identifions successivement deux triades médico-administratives fiables.

La première de ces triades est structurée par le lien hiérarchique fort entre les deux directeurs, tous deux en liens faibles avec les médecins. Les deux facteurs qui contribuent à l'affaiblissement du couplage entre les médecins et le directeur qualité sont la fin de la crise des lits – donc de la gestion des risques y afférant – ; et le passage de relais à l'assistante qualité, pour le suivi du projet de nouveau dossier patient. Cette personne devant devenir responsable qualité à terme, il y avait un intérêt managérial évident à la positionner auprès des chefs de pôle sur un dossier crucial pour la qualité. L'évolution du diagramme de couplage montre aussi que le futur chef d'établissement a géré lui-même les relations de subordination administrative, en établissant pour le suivi du plan stratégique des liens forts avec les qualitiens. Si nous avons inclus la pharmacie dans le périmètre de cet article, nous aurions montré l'existence d'une triade fiable supplémentaire, structurée autour du lien fort existant entre le responsable qualité et la chef de service, tous deux en relations faibles avec le directeur qualité. Dans cette phase de transition, le positionnement des deux qualitiens sur les projets clés de la certification a donc valablement triangulé l'organisation.

Pour l'appréciation de notre méthode, il est intéressant de constater que la deuxième triade médico-administrative fiable de notre périmètre se structure dans le cadre du projet de nouveau dossier patient, et que cet ensemble documentaire réglementaire a été globalement bien accepté sur le terrain. Il n'en a pas été de même du nouveau document de prescription, dont la conception a été gérée par le responsable qualité directement avec la pharmacie ; mais n'a pas été validée avec le groupe des chefs de pôle (par ailleurs tous prescripteurs). Dans ce cas précis, l'absence de couplage médico-administratif n'a pas permis l'instauration d'une triade fiable.

Comme la HAS le constate régulièrement, c'est une situation qu'on rencontre souvent dans les hôpitaux, où les cultures professionnelles et les conditions de travail ne permettent pas souvent d'instaurer des couplages médico-administratifs forts. La table d'analyse cindynique nous paraît bien rendre compte des différences de formations, de modèles et de valeurs, et de condition d'exercice qu'il y a entre les médecins et les dirigeants administratifs. D'origines professionnelles variées, les qualitiens et les managers de risques tiennent un peu une position intermédiaire. Au sein de notre Fédération des associations de la qualité et de la sécurité en santé, nous essayons de cultiver cette richesse qu'est la pluri-professionnalité.

Enfin on se souvient que lors de la négociation d'application du document de prescription, un couplage faible a finalement permis le franchissement d'une étape de négociation décisive : il faut dire que cet épisode de management revivifiait une relation forte, déjà éprouvée par les protagonistes sur le terrain de la gestion des risques. Les chefs de pôles assumant à la fois les soins aux patients et des décisions de mise en œuvre des projets d'amélioration de la qualité, par le fait des interactions, la gestion médico-administrative des risques opérationnels a finalement contribué à la réussite des projets qualité.

5.2. Trois enjeux du management de la qualité et des risques à l'hôpital

Très sensible en début de période, le premier enjeu est celui de l'engagement des chefs de pôle dans la démarche qualité. D'une série d'entretiens effectués en septembre-octobre 2013, il ressortait que ces hommes et ces femmes avaient déjà connu, par le passé, diverses situations de crises administratives, financières ou institutionnelles ; et malgré de fréquentes inspections sanitaires, plusieurs

directions successives et une administration provisoire, de nombreuses histoires d'améliorations reportées et abandonnées... Vis-à-vis des nouveaux projets portés par la mission d'administration provisoire ou la direction de la qualité, ils se trouvaient donc aussi bien disposés, qu'avertis des risques d'échecs.

Or, la principale préoccupation institutionnelle de ces médecins très impliqués dans la vie de leurs pôles ne concernait pas vraiment la certification. Pour le traduire dans un langage administratif, elle était plutôt liée aux non-conformités réglementaires. Délivrées par l'Agence régionale de santé (ARS), les autorisations d'exercer des activités de soins imposent en effet aux établissements des présences ou disponibilités médicales et paramédicales continues, ainsi que certaines qualifications, et des seuils pour les activités ou les actes à risques. Dans cinq pôles sur six, le constat durable de sous-effectifs ou d'activités inférieures aux seuils laissait peser dans les esprits plusieurs inquiétudes : des risques pour les usagers (compensés par la concentration des gardes, et de coûteux intérim médicaux) ; des responsabilités pour les professionnels qui assumaient sur place des soins techniques difficiles, plutôt que de transférer sur le continent – le tout nourrissant un sentiment général de précarité. Depuis le début des années 2000, ce genre de situation est tout-à-fait typique des centres hospitaliers publics isolés. Les conditions locales mises à part, ses causes systémiques sont à rechercher dans les évolutions des emplois médicaux, la diminution des ressources de l'Assurance-Maladie, ou même l'augmentation des exigences des usagers... ou des qualitatifs !

La certification ne réglerait évidemment pas tous ces problèmes. Elle éviterait simplement de les majorer. Bien plus que les différents exemples ou arguments qui peuvent avoir été mis en valeur pour convaincre les chefs de pôle de l'intérêt de l'importance de la certification, deux éléments de fond se sont sûrement avérés décisifs. D'une part, la perspective d'intégrer un nouvel hôpital conçu pour gérer différemment les flux de patients et les activités de soins : la préparation que cela supposait leur parut aller de pair avec le travail de la qualité. D'une autre, la présentation du plan d'amélioration de la qualité au président de la Commission de la certification était une *prima volta*, et une puissante cause de mobilisation.

« Dans ce monde en mouvement », le deuxième enjeu qui s'est présenté à notre esprit était lié à la nécessité de gérer, sur seulement six mois en 2013-2014, la convergence de plusieurs projets. Le plan de modernisation et de progrès annoncé par l'administration provisoire comportait huit opérations de travaux, obligeant les services de soins à occuper de nouveaux locaux et définir de nouvelles organisations de services. Le plan d'amélioration de la qualité visait à faire évoluer des pratiques professionnelles aussi fondamentales pour les métiers du soin que la gestion du dossier patient, ou la prise en charge médicamenteuse. Les contraintes qui pesaient sur tous les professionnels étaient donc importantes et simultanées. Interprété en termes de sens et de politique, ce cumul de projets pouvait être un facteur de divergence entre une démarche affichée comme de qualité, et une autre, plus nettement orientée vers la productivité ; en termes de management, il risquait de causer des interférences, voire des confusions à et entre différents niveaux de l'organisation. Enfin, faute tout simplement de temps et de ressources, il pouvait aussi être responsable d'un manque d'investissement des professionnels.

Ce genre de situation délicate ne paraît pas inhabituelle dans les hôpitaux publics, dont l'activité n'est ajustable que dans certaines limites. Comme un tronçon de route peut être réduit pendant un temps, de même faut-il bien assumer parfois des réductions temporaires des lits. Or, si la littérature professionnelle donne connaissance de quelques analyses préliminaires bien menées, nous savons aussi qu'elles ne sont pas monnaie courante. Du fait des situations induites par les projets structurants eux-mêmes, le métier de *risk manager* hospitalier comporte donc une forte dimension réactive, et expérimentale. Pour l'exercer, il convient d'être à l'écoute du terrain, et d'évaluer solidement les risques ; en cas de besoin, même *a posteriori*, prendre alors l'initiative d'alerter les décideurs, mais surtout de proposer des mesures d'accompagnement réalistes et acceptables.

Dans notre cas, les indicateurs les plus simples du succès collectif de la gestion des risques opérationnels ont été l'installation des services restructurés dans leurs nouvelles configurations ; et la réussite de la certification. Des observations plus fines plaident pour la reconnaissance de l'adaptabilité des professionnels de cet établissement. Pendant la période de réduction des lits, des patients ont certes quitté les urgences avant d'avoir été vus par un médecin ; d'autres n'ont pas pu être admis rapidement dans les services ; d'autres aussi ont été orientés plus rapidement que d'habitude en fin d'hospitalisation. Mais nous savons aussi que les équipes et les chaînes de travail médicales, paramédicales, et directoriales, se sont mobilisées pour parer aux risques inhérents à l'engorgement des services. Le relevé des plaintes et réclamations (80/an environ) ne fait pas paraître de hausse significative ; une situation délicate ayant retenu notre attention, son expertise ne permet d'établir aucune causalité organisationnelle particulière. Enfin le déclenchement d'un plan blanc de causes internes a été évité, et au sortir de cette crise, l'hôpital avait avancé dans le sens d'une gestion plus rationnelle de ses admissions et de ses lits.

Un troisième enjeu est lié à l'organisation de la direction de la qualité en tant que microstructure managériale. Nous avons noté que la convergence sur cette courte période d'un projet de certification et d'une « crise des lits » est un événement qui a permis l'instauration d'un couplage fort entre un groupe de médecins chefs de pôles, et un directeur. En l'absence de médecin coordonnateur de la gestion des risques opérationnels, ce directeur s'était en fait rapidement positionné sur cette fonction. Ce faisant, il n'a pas pu gérer de front cette approche réactive, et suivre les travaux des groupes qualité – ce qui correspond à une activité administrative, et pro-active. La chance de cet établissement est donc d'avoir eu en même temps deux directeurs actifs dans le même champ de responsabilité, car ils ont pu se répartir les rôles. Pour la gestion du risque d'échec managérial, le choix de privilégier la relation avec les médecins s'est avéré payant à terme ; pour la réussite globale de la certification, le *leadership* administratif du futur chef d'établissement a permis de diriger efficacement les groupes, et de faire appliquer certaines décisions par les autres directions (achats, formations, informatisation,...).

Pour autant, dans le périmètre stratégique qui englobe les trois groupes étudiés, l'analyse des couplages ne met pas en évidence une concentration de triades fiables *in fine*. Si la mobilité organisationnelle est clairement visible, la considérer comme une recherche consciente de triangulations « fiables » durables serait abusif. Personne ne connaissait alors ce modèle ! De plus, le moment de la visite d'expertise a lui aussi été très restructurant. Sur proposition du président de la CME, l'administration provisoire a désigné un médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. En intégrant à ses activités la supervision médicale des qualitatifs et la gestion médico-administrative directe des réclamations, cette personne a largement pris le relais de la direction de la qualité. Une telle décision témoigne d'une appropriation par le corps médical de compétences en management qui vont même au-delà des modèles usuels. Pour en savoir plus sur la fiabilité des nouvelles interactions, il aurait fallu étudier le nouveau diagramme de couplage à quelque distance de cet événement.

Dans sa thèse intitulée *La haute fiabilité, comme gestion de la tension entre le contrôle et l'écoute* (2011), Renaud Vidal définit la notion comme un équilibre dynamique fondé sur deux processus. Le contrôle applique, reproduit, ordonne, anticipe, et produit de l'efficacité collective. L'écoute questionne, réagit, révisé les perceptions et les modèles, et produit de l'adaptation. Ces deux principes d'action sont contradictoires, mais ils peuvent très bien être menés successivement, ou simultanément dans des lieux différents. Dans notre cas, nous avons effectivement identifié simultanités et disjonctions de ces deux processus organisationnels. Dans la première phase, le directeur de la qualité a assumé les deux fonctions, dans deux champs relationnels différents ; à partir de la deuxième, il y a eu répartition du contrôle et de l'écoute au sein de la direction de la qualité.

Table 3. Les couplages au sein de la direction de la qualité, une gestion partagée du contrôle et de l'écoute

	Phase I.	Phase II.	Phase III.
Contrôle	Conceptualisation, planification (DQ-AP)	Coordination (DCM-RQ)	Décisions (DCM-AP)
Ecoute	Evaluation (DQ-Méd)	Evaluation, alerte (DQ-Med)	Adaptation (DQ-Med)

6. Discussion méthodologique et conclusion

6.1. Discussion méthodologique

Au sein de la théorie de la haute fiabilité organisationnelle, nous avons travaillé sur un résultat plutôt récent (Renaud Vidal, 2011), obtenu à la faveur d'observation d'exercices de simulation d'équipes de lutte contre les feux de forêts en France et aux États-Unis. Dans ce travail de référence, l'analyse quantitative de valeurs de couplages (fréquence / durée) a démontré l'effet fiabilisant des triades relationnelles f-F-f. Le cas étudié ici est assez nettement différent, car le lieu d'intervention n'est pas comparable, et la période d'étude s'étale sur dix mois ; de plus, les interactions évaluées ne sont pas liées à la maîtrise d'une opération de secours, mais au management d'un projet stratégique. Pour tester l'hypothèse de transposition, nous avons adapté nos méthodes, et devons justifier d'au moins deux différences.

En premier lieu, nos couplages ne relient pas uniquement des personnes, mais concernent aussi deux groupes en tant que tels. Pour notre objet focal, la direction de la qualité, nous avons cependant différencié quatre responsables, qui se sont partagés dans le temps les rôles, les objectifs et les moyens d'agir. En raison du caractère très interventionnel de notre recherche, c'est seulement à partir de ce point sûr qu'il nous a été possible de produire un ensemble de mesures valables. Par précaution (sauf une fois), nous ne nous sommes pas prononcés sur les couplages qui ont pu exister entre les deux groupes d'administrateurs provisoires et de médecins. Pour leurs relations avec les qualitiens, en revanche, nous avons pensé possible de les intégrer comme tels au système des couplages. Car, même s'ils partageaient des enjeux importants, leurs membres ne travaillaient pas pratiquement sur les questions de sécurité et de qualité, sans y associer au moins un qualitiien. Pour confirmation de cette hypothèse centrale dans notre travail, l'analyse cindynique nous a montré que chacune de ces entités professionnelles expérimentées avait d'assez fortes cohérences socio-professionnelles, des pratiques de décisions collectives, et le respect devant autrui de leurs propres logiques fonctionnelles internes.

Compte-tenu des contextes différents, les unités de mesure des couplages ont aussi dû être repensées. Par rapport aux valeurs du travail de référence (10 mn / 4 h), nous avons retenu des unités de durées en rapport à peu près homothétique (15 jours / 10 mois). Nous avons posé que des professionnels en couplage fort se réunissent près d'une fois par semaine, et que les couplages faibles tracent des relations au moins mensuelles, d'une réunion d'une heure au moins : ces valeurs sont aussi en accord avec les résultats de référence, obtenus par des moyens de calculs statistiques. Intéressant non négligeable, elles nous ont permis d'identifier facilement la nature des interactions. Quant au critère de décision partagée, il introduit d'emblée dans la mesure une dimension qualitative qui nous a paru pertinente. Une propriété du couplage fort étant liée à la cohérence des actes, nous avons ainsi tenu compte du fait que, dans les relations humaines, des rencontres fréquentes ne signifient pas forcément des comportements professionnels similaires.

6.2. Conclusion

Sous couvert de l'administration provisoire, le premier auteur de cette communication avait rédigé en mai 2013 un pré-projet de recherche intitulé Audit du système des risques dans des établissements publics de santé en difficulté (AUSYRIS). Il visait à « évaluer les effets de système, c'est à dire, l'interdépendance et le cumul des risques internes ; et les vulnérabilités aux menaces extérieures ». L'objectif pragmatique était d'éviter « la survenue d'une crise de rupture, qui mettrait en péril l'institution elle-même ». Sur une base typologique, cette orientation initiale aurait nécessité le déploiement d'une équipe d'auditeurs, dont nous savons aujourd'hui que l'intervention sur ce terrain complexe, sensible et très évolutif aurait très certainement été vécu comme une ingérence, et un contrôle inacceptables. Car quand nous les interrogeons sur les risques, les audités occasionnels entendent souvent le mot « fautive », même si nous ne le prononçons pas !

Plutôt que sur ces idéalités redoutées, porter attention à la fiabilité organisationnelle a présenté plusieurs avantages.

Pour la science, notre périmètre d'observation a consisté en un réseau de relations socio-professionnelles, aux interactions qualifiables de façon réaliste. L'absence et l'apparition de triades fiables ont ainsi pu être mises en évidence, et rapportées dans plusieurs configurations successives à la maîtrise des risques opérationnels ou de management. La visite de certification ayant également objectivé des résultats positifs, l'étude de corrélation offre des points d'ancrages solides. Dans ce cadre pourtant très différent de celui du travail de référence, nous sommes heureux de conclure à la valeur fiabilisante de la triangulation f-F-f.

Dans cet établissement en difficulté, nous avons constaté l'existence de situations auxquels les acteurs ne voyaient pas de solution à leur portée ; et de risques induits par des décisions stratégiques. Les vivre, puis aborder ici ces sujets n'a pas été facile. Comme la qualité, la fiabilité est une notion positive. Comprendre qu'elle résulte moins des relations duales, que des interactions de système, peut aider inciter ceux qui s'y intéressent à porter attention aux relations humaines telles qu'elles sont, à respecter le travail informel aussi bien que formel, à encourager les échanges et à enrichir leurs interactions.

Remerciements

Au Centre national de gestion des directeurs de la fonction publique hospitalière, Mmes Patricia Vigneron, Annick Van Herzele et leurs équipes m'ont encouragé et soutenu dans mes projets professionnels et de recherche. Sans elles, je ne serais peut-être jamais devenu directeur de la qualité et gestionnaire de risques.

Mme l'inspectrice générale des affaires sociales, Dominique Acker, et les membres de l'administration provisoire du Centre hospitalier d'Ajaccio, dont mon camarade de promotion Hubert de Beauchamp ; puis M. Jean-Paul Houlier, chef d'établissement, m'ont fait sur une période de près de trois ans l'honneur et la confiance de m'attribuer d'importantes responsabilités hospitalières, et de me compter parmi leurs collègues : qu'ils en soient remerciés.

Le président de la CME, M. le Dr Vincent Martelli, chaque chef de pôle personnellement, ainsi que les Dr Jean-François Abino, Damien et Michel Amhan, Jean-Jacques Leandri, Pierre Quilicchini, Jeanne-Marie Régner, Adam Tifoura et sa famille, et l'ensemble des directeurs, cadres et professionnels de santé du Centre hospitalier Notre-Dame de la Miséricorde ont chaque jour bien plus à affronter que des risques managériaux : qu'ils soient assurés de ma sincère solidarité et du meilleur de mes souvenirs, celui des épreuves qu'on a vécues au coude à coude.

A toi, femme dont je n'ai connu que la mère et les bijoux.

A l'ami André Olivieri, et à sa famille.

Aux usagers de la Miséricorde et à leurs représentants, Nathalie Damiano et Robert Cohen.

A ma collègue directrice d'hôpital Christine Wilhelm, pour son courage et la sincérité de ses engagements.

L'idée maîtresse de cette communication est de Sylvie Garandel. Comme elle, Gilbert Mounier, Guy Planchette et plusieurs autres très aimables personnes de la Fédération des associations de la qualité et de la sécurité en santé ou de notre groupe de travail commun FAQSS-IMDR intitulé « nouvelles approches systémiques dans le champ de la santé » ont suivi avec une attention toute amicale nos travaux d'écriture.

Ariel Eggrickx et Nathalie Teissier-Sampieri m'ont accompagné avec affection dans le monde de la recherche en sciences de gestion, où Eric Rigaud et Renaud Vidal m'ont fait comprendre en quoi consistait la fiabilité organisationnelle. Sur ces chemins bien éclairés, poursuivre ensemble la promenade sera un vrai plaisir.

Références

Christian Chevandier : L'hôpital dans la France du XXe siècle. Perrin, 2009

Camille de Bovis : D'une prévention des risques classique à des organisations à haute fiabilité, *Management & Avenir* 7/2009 (n° 27), p. 241-259

Alain Desroches : La gestion des risques - principes et pratiques. Hermès Science, 2003.

Gerry Johnson & al. : Stratégique (10e édition). Pearson, 2014

Glaser and Strauss : The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. 1967, Aldine Publishing Company

Georges-Yves Kervern : L'archipel du danger. Eyrolles, 1991

Georges-Yves Kervern : Cindyniques. Concepts et mode d'emploi. Paris, Economica, 2007 (101 p)

Jean-Paul Louisot : Gestion des risques : 100 questions pour comprendre et agir. AFNOR et CARM Institute, rééd 2014

Régis Martineau : Passer des procédures aux processus : l'appropriation du management par la qualité dans un hôpital. *Politiques et management public* vol 29 n°2, avril-juin 2012, pp 215-232

Bruno Milly, Gilles Herreros. La qualité à l'hôpital. Un regard sociologique. L'Harmattan, 2011 (152 p)

Henri Mintzberg, Manager : l'essentiel. Ce que font vraiment les managers... et ce qu'ils pourraient faire mieux. Vuibert, 2014

Etienne. Minvielle : Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel ? *Politiques et management public*, vol. 17 n°4, 1999. pp 59-84

Etienne Minvielle : Comment évaluer et réguler la performance en matière de qualité de la prise en charge des malades. Éd de la maison des sciences de l'homme, Quaderni, 2013/3, n°82, p 83-98

Edgar Morin, Jean-Louis Le Moigne : Comprendre la complexité dans les organisations de soin. ASPEPS Editions, 1997

Charles Perrow : Normal accidents : living with high risks technologies. Princeton university press, 1999 (rééd.)

Catherine Véret, Richard Mekouar : Fonction Risk manager. Dunod, 2005

Renaud Vidal : La haute fiabilité comme gestion de la tension entre le contrôle et l'écoute : l'étude empirique des organisations de secours. Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université d'Aix-Marseille, 2011

Renaud Vidal : Facing uncertainty : a question of sense-making. A real-time mesure. IMDR, 19ème congrès Lambda-Mu, 2014

Renaud Vidal, Karlene Roberts : Observing elite firefighting teams : the triad effect. *Journal of contingencies and crisis management*, vol 22, issue 1, p 18-28, 2014

Karl E. Weick, Kathleen M. Sutcliffe : Managing the unexpected. Resilient performance in an age of uncertainty. Jossey-Bass, 2007

Jean-Luc Wybo : Maîtrise des risques et prévention des crises. Lavoisier 2012

Mots- clés

Hôpital / centre hospitalier / établissement de santé / gestion des risques / management des risques / interactions / couplages / triade / fiabilité / haute fiabilité organisationnelle / écoute / contrôle / cindynique / modèles / administration provisoire / certification / gestion de projets /