



HAL
open science

La quête de rationalité: Le cas de la standardisation de la prise en charge des malades

Etienne Minvielle, Claude Sicotte

► To cite this version:

Etienne Minvielle, Claude Sicotte. La quête de rationalité: Le cas de la standardisation de la prise en charge des malades. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 2018. hal-02358145

HAL Id: hal-02358145

<https://hal.science/hal-02358145v1>

Submitted on 11 Nov 2019

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

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

**La quête de rationalité:
Le cas de la standardisation de la
prise en charge des malades**

**The quest of rationality:
Standardization in the delivery of care**

**Etienne Minvielle, EHESP-MOS, et Gustave Roussy
Claude Sicotte, EHESP-MOS, Chaire de recherche EHESP /MNH-BFM: *Prospective en
Santé***

Résumé

Le phénomène de sur-rationalité est traité dans cet article sous l'angle de la standardisation excessive qui peut s'observer dans la gestion de la prise en charge des malades.

Dans ce cas précis, la standardisation peut s'appliquer au travail d'exécution en fixant des procédures et règles opératoires qui permettent d'engager l'action d'une manière reproductible, à la définition de bonnes pratiques (ce que les anglo-saxons nomment l'« *evidence based medicine* »), et à l'introduction de standards de performance (comme un délai optimal). Une analyse minutieuse de l'organisation de la prise en charge des malades montre que cette dernière se conçoit comme une alternance de standardisation et d'adaptation lorsque des situations de travail imprévisibles ou spécifiques l'obligent.

En conséquence, une sur-rationalité se comprend comme une standardisation excessive qui peut empêcher le recours au registre de l'adaptation. Nous illustrons ce phénomène de sur-rationalité à travers deux exemples : l'application de la procédure opératoire standardisée ou « protocole », et le recours aux technologies de l'information.

Nous identifions ensuite les raisons de cet excès, et proposons en réponse d'affirmer la reconnaissance d'un acteur autonome apte à juger le recours pertinent au registre de la standardisation, et les modalités de son application.

Summary

Over-rationality is addressed in this article in terms of excessive standardization of the process of care delivered to patients.

In this specific case, standardization can be observed in the definition and implementation of operational procedures, in the definition of best practices based on evidence-based medicine, and in the introduction of performance standards (e.g. an optimal delay). A deep analysis of the organization of work required by the process of care reveals that the goal of this organization is to determine a balance between standardization and adaptation, depending of the occurrence of unforeseen situations to face in the daily activity.

Then, an excessive standardization can limit the flexibility required in the organization of work. We illustrate this phenomenon of over-rationality through two cases: the use of operational procedures, often named "protocol", and the implementation of information systems.

Last, we identify reasons of this trend, and, in return, affirm the need to acknowledge an autonomous actor able to assess the best attitude to adopt for managing the variety of working situations to face during the delivery of care.

Mots-clés: rationalité, parcours de soins, technologie de l'information, standardisation, personnalisation

La sur-rationalité peut se comprendre de plusieurs manières. Nous traitons ici de la standardisation excessive qui peut s'observer dans la gestion de la prise en charge des malades. La standardisation dans ce cas précis s'applique au travail d'exécution en fixant des procédures et règles opératoires qui permettent d'engager l'action d'une manière reproductible, à la définition de bonnes pratiques (ce que les anglo-saxons nomment l'« *evidence based medicine* »), ou encore à travers l'introduction de standards de performance (comme un délai optimal).

La prise en charge des malades est une activité généralement qualifiée de complexe. Souvent rattachée à l'hospitalisation, cette prise en charge se conçoit désormais sur l'espace plus large du parcours du patient, incluant les contacts hospitaliers, mais aussi ceux relatifs aux soins à domicile, en médecine de ville, ou liés à une assistance sociale lorsque nécessaire. L'organisation du travail nécessaire à la gestion d'un tel parcours du patient est un enjeu fort à l'heure actuelle dans le secteur de la santé. Elle doit permettre d'améliorer la performance tant qualitative, c'est-à-dire éviter la survenue d'évènements indésirables graves, qu'économique, en évitant des gaspillages. Dans ce cadre général, l'étape de l'hospitalisation reste celle qui a fait historiquement l'objet du plus d'applications et de raisonnements managériaux. C'est à ce niveau que porte l'analyse qui suit.

Dans un premier temps, nous montrons que cette organisation¹ de la prise en charge des malades se conçoit comme une alternance de standardisation et d'adaptation lorsque des situations de travail imprévisibles ou spécifiques l'obligent.

Dans un second temps, nous montrons que différents outils affirment la sur-rationalité, comprise comme une standardisation appliquée d'une manière excessive, empêchant le registre de l'adaptation.

Dans un troisième temps, nous identifions les raisons de cet excès, et proposons en réponse un usage plus raisonné du recours à la standardisation. Seul un acteur autonome doté d'une capacité à définir le bon registre d'exécution, entre standardisation et adaptation, est apte à éviter ces phénomènes de sur-rationalité.

L'ACTIVITE DE PRISE EN CHARGE : ENTRE ADAPTATION ET STANDARDISATION

Les attributs du parcours

Problématiser la prise en charge des malades comme un processus qui se doit d'être rationalisé n'est pas une démarche familière. Elle suppose de comprendre les caractéristiques de cette activité et envisager son organisation. Dans cette démarche, la première étape consiste à identifier la prise en charge d'un malade comme un processus de production organisationnel. Plusieurs attributs peuvent ainsi être définis, et adossés au terme habituellement utilisé de parcours.

La variété

Le premier de ces attributs affirme d'une manière logique la *variété* des parcours. La condition clinique présentée par le malade apparaît comme une première dimension qui détermine une variété de parcours. Certains malades, du fait de leur tableau clinique, ont des parcours jugés « *simples* », au sens où les étapes sont peu nombreuses - par exemple, accueil, investigation diagnostique, diagnostic, début de traitement, sortie. D'une manière générale, la plupart des activités chirurgicales et d'obstétrique renvoient à ces parcours. D'autres dessinent des parcours plus « *complexes* », les phases diagnostic et thérapeutique venant se combiner de multiples façons. Ces parcours dits « *complexes* » renvoient généralement à des tableaux de polyopathologies et de chronicité où les actions thérapeutiques et diagnostiques se succèdent. Cette complexité est par ailleurs accrue

¹ Le terme « organisation » dans le cadre de cet article doit se comprendre comme l'organisation du travail nécessaire pour faire face à l'activité de prise en charge des malades, et non comme une organisation telle un établissement de santé.

par des phénomènes d'actualisation. Par exemple, l'apparition d'un nouveau signe clinique au cours d'un traitement peut remettre en cause le diagnostic, et déclencher une nouvelle investigation.

D'autres dimensions que celles de la clinique peuvent également participer de cette variété des parcours : la personne en situation d'isolement social, disposant d'une faible couverture financière, ou présentant d'autres critères, notamment de précarité, peut générer des besoins organisationnels bien spécifiques. De même, certains traits comportementaux ou des préférences personnelles peuvent orienter les choix organisationnels. Par exemple, certains patients sont très demandeurs d'information lorsque d'autres souhaitent en entendre le moins possible sur leur maladie (Dumez, Minvielle, 2017).

Cette variété de parcours se définit ainsi en réponse à un ensemble de critères, cliniques, mais aussi sociaux et personnels. La manière dont ces critères s'agrègent, se potentialisent ou s'annihilent, est par ailleurs mal connue : il est souvent difficile de définir *a priori* toutes les combinaisons possibles, ...et même dans certains cas, de les décrire *a posteriori*...

La reconnaissance de chaque cas explique aussi combien l'effort de catégorisation, une fois engagé, peut rapidement prendre des proportions gigantesques. A titre d'exemple, il n'est pas inutile de rappeler que le système de paiement hospitalier repose sur une classification des séjours, autrement dit des parcours intra-hospitaliers, en fonction de leur pathologie et de la similarité de la consommation de ressources, en groupes homogènes de séjour. De 500 groupes initiaux, la progression du dispositif a conduit à en identifier plus de 2800. La catégorisation est ici financière, et non organisationnelle. Mais le constat reste le même : l'effort de catégorisation de l'activité n'a pas de limite, ce qui conditionne la manière de raisonner la production et l'organisation (Moisdon, 2013).

L'imprévisibilité

Un deuxième attribut provient du degré d'*imprévisibilité* que comporte le déroulement des parcours. A la variété des trajectoires s'ajoute le caractère partiellement imprévisible de leur déroulement. Ces deux dimensions, variété et imprévisibilité, sont d'ailleurs très liées. Certes, dans certains cas, un parcours « *simple* » regroupant un petit nombre d'étapes, peut s'avérer riche en incertitudes, et donc problématique, et, à l'inverse, un parcours « *complexe* » peut se dérouler d'une manière très proche de la stratégie prévisionnelle. Mais il existe néanmoins une certaine logique à associer l'augmentation du nombre des étapes à la fréquence des imprévus.

Le point essentiel est surtout qu'à tout moment, un basculement peut s'opérer, d'un parcours maîtrisé à un parcours riche en imprévus. Ce basculement peut être dû aux caractéristiques du malade à commencer par une évolution clinique inattendue, ou à la variabilité des réponses thérapeutiques, mais aussi à des facteurs environnementaux (par exemple, l'apparition d'une épidémie soudaine), ou encore à des dysfonctionnements organisationnels (comme l'absence de communication entre deux médecins conduisant à une hospitalisation inutile). Dans tous les cas, cette imprévisibilité rend impossible une connaissance parfaite *a priori* du déroulé d'un parcours (Strauss, 1992). Certes, le médecin dispose rapidement d'acquis au moment de prendre en charge le patient: le bilan initial repère la gravité du cas, des examens complémentaires sont immédiatement programmés, les grandes lignes de la conception sont également rapidement précisées en staff hospitalier ou dans le cabinet du médecin généraliste. Pour autant, rien ne garantit que l'agencement entre les différentes phases du parcours ne va pas venir infléchir la conception initiale.

La durée, d'un « début » à une « fin »

Le parcours a par ailleurs « *un début et une fin* ». C'est le troisième attribut que de reconnaître ces butées temporelles. Christophe Midler (Milder, 1993) considère que de nombreux processus productifs sont comme des projets où l'objectif est de faire pour le mieux dans le morceau d'histoire qui est compris entre un début et une fin. Une histoire où rien n'est totalement reproductible et où le temps ne se rattrape pas. Ce constat est transférable au cas du parcours dans la mesure où les acteurs sont régulièrement incités à agir dans des contraintes de temps.

Dans le cas présent, si certains introduisent une nuance, en y incluant certaines actions préventives, voire de bien-être, le « *début* » correspond en général au premier contact du malade avec le système de soins, médecins, établissement, etc.

En ce qui concerne la « *fin* », la définition est souvent plus problématique. Une première acception consiste à la rapporter à celle de l'épisode clinique. Dans ce cas, le parcours est nommé parcours de soins ou de santé. La distinction entre « *soins* » et « *santé* » dépend du périmètre d'actions considérées. Avec le parcours de soins se considèrent les actions cliniques correspondantes. Avec le parcours de santé s'ajoutent toute une série d'actions qui contribuent à un état de santé positif, relatives par exemple à la prise en charge de la douleur, à des aspects nutritionnels, à des supports psychologiques, voire aux questions préventives. Si dans les deux acceptions, la butée temporelle reste dans la plupart des cas aisée à définir, et superposable, elle peut devenir plus délicate à considérer dans les maladies chroniques et les contextes poly-pathologiques. Dans ces cas, certaines actions peuvent s'avérer utiles à distance, ou s'inscrire dans un suivi continu sur plusieurs années, si l'on retient le parcours dit de santé. Par exemple, dans un accident vasculaire cérébral, maladie qui contient une part de chronicité, la réhabilitation peut se juger à 6 mois, 1 an, voire plus. Si par ailleurs intervient la considération d'une réinsertion professionnelle et sociale réussie, la « *fin* » du parcours de santé peut s'avérer encore plus délicate à cerner. En rattachant la « *fin* » à la reprise d'une vie normale, se pose de fait la question de ce que l'on met derrière cette normalité. La réinsertion professionnelle en est une illustration : le parcours s'arrête lorsque la reprise d'une activité professionnelle a eu lieu. Mais dans certains cas de contexte social dégradé, la notion de « *réussite* » peut devenir particulièrement ambiguë, et la butée temporelle plus difficile à établir. Il existe donc dans cette distinction entre « *soins* » et « *santé* » un arbitrage permanent entre précision de ces butées, et ambition de l'objectif considéré.

Entre ces deux options, le *parcours de santé* est actuellement de plus en plus souvent adopté, car il semble orienter l'objectif du système productif d'une manière ambitieuse, tout en lui gardant un caractère opérationnel.

La signature du malade

Le quatrième et dernier attribut du parcours est d'inscrire la *signature* du malade, ce dernier étant un acteur à part entière de son déroulement. Ce trait est évidemment à nuancer selon les cas. Les malades opérés au bloc opératoire sont dans des conditions moins propices à être proactifs que les malades suivis pour des questions de médecine interne. Mais l'idée générale est bien la même: celle de reconnaître le malade comme un sujet co-producteur de son parcours. Dans cette perspective, le malade n'est plus seulement l'entité du parcours, il est aussi un acteur au service de l'organisation de celle-ci.

Eliot Freidson (Freidson, 1984) définit ainsi cinq formes de relation entre le médecin et le patient:

- le modèle médecin actif/malade passif où le malade immobile est "*totalemment soumis à l'activité du médecin*". C'est le cas de l'intervention chirurgicale ;
- le modèle de "*guidance du médecin-coopération du malade*" où le malade est prêt à collaborer avec le médecin qui garde le rôle le plus actif. C'est le modèle classiquement privilégié dans la relation traditionnelle médecin-malade;
- le modèle de participation mutuelle rencontré dans certaines pathologies chroniques où l'initiative dans l'interaction est partagée entre le médecin et le malade. C'est le cas des décisions médicales partagées sur la stratégie thérapeutique ;
- le modèle où c'est le malade qui est le guide et le médecin qui coopère ;
- enfin, le modèle où le malade est actif et le médecin passif.

Ces deux derniers modèles, plus rarement rencontrés dans la pratique, renvoient cependant à une réalité. Le malade chronique est par exemple amené à tenir un rôle de participant de son parcours au cours des négociations qu'il engage avec le corps soignant sur la durée de sa prise en charge hospitalière, par exemple. Également, le malade est invité à être fidèle au traitement et modifier des comportements (ex., la pratique d'exercices physiques) pour retrouver son état de santé. L'accès aux nouvelles technologies de l'information lui permet également d'envisager de nouvelles formes d'auto-gestion de sa santé.

Les quatre attributs du parcours, de variabilité, de variété, de durée, et d'implication du malade, permettent, une fois rassemblés, de donner un sens précis au parcours comme processus productif. Ils contribuent tous à leur manière à sa singularité. En les croisant, toutes sortes de parcours peuvent en effet se définir, liés à la variété des caractéristiques du malade bien évidemment, mais aussi au degré d'imprévisibilité qui survient lors du déroulement, ou au caractère plus ou moins pro-actif du patient dans son engagement. Cette multiplicité de cas singuliers laisse aussi deviner la difficulté à assurer leur maîtrise simultanée, car la somme des parcours n'est pas l'addition de facteurs identiques comme dans une approche de flux constitués de cas homogènes. Elle dépend de la contingence de chaque cas. Cette multiplicité ne fait par ailleurs que croître au fil des années: le nombre de malades à prendre en charge augmente, renvoyant l'idée du médecin artisan à un glorieux passé. La production engagée peut se qualifier ainsi comme une production de parcours singuliers, mais à assumer désormais à grande échelle (Minvielle, 1996). La quête de rationalité, et donc de standardisation, émerge de cette recherche d'une production de masse personnalisée.

Le dilemme de l'activité productive

De l'objectif ainsi défini se dégage intuitivement une forme de tension. D'un côté, la singularité conduit à ce constat inéluctable que chaque malade est unique, et nécessite potentiellement une prise en charge adaptée. De l'autre, la nécessité de répondre aux besoins croissants de prise en charge renvoie à une production à grande échelle qui tend à vouloir standardiser. Il s'agit de produire d'une manière suffisamment rapide et économique à force de standardisation, les pans d'activité qui s'y prêtent.

Il est alors indispensable de mieux saisir le contenu de cette activité centrée sur la contradiction entre reconnaissance de la singularité et recherche de production massive, pour voir en quoi la contradiction est réelle ou apparente. C'est la deuxième étape de caractérisation.

Le degré d'antagonisme entre la prise en compte de la singularité et la nécessaire standardisation liée aux contraintes d'une production de « masse » apparaît sensiblement différent selon le type d'activités productives : certaines appellent à une conception standardisée, car facilement reproductibles à l'identique, alors que d'autres appellent au contraire à respecter au plus près la singularité de chaque cas. Dans un effort de synthèse, Joseph Lampel et Henry Mintzberg (Lampel, Mintzberg, 1996) ont proposé une typologie des processus productifs où la singularité et la standardisation se situent comme les extrêmes d'un même continuum, comme résumé dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. Les différentes formes de relations entre singularité et standardisation (Adapté de Lampel et Mintzberg, 1996)

Standardisation pure	Standardisation segmentée	Singularité standardisée	Singularité par lignes de production	Singularité Totale
Standardiser tout le long du processus	Plus de choix pour les bénéficiaires, mais pas d'influence sur le processus	Assemblage singularisé	Fabrication singulière	Les préférences des bénéficiaires priment dans le design du processus
Ford T	Types de céréales Villa de lotissement aménagé	Cuisine Ikea	Personnaliser un gâteau d'anniversaire	Résidence d'architecte
Circuit logistique Blanchisserie hospitalière	Chambre seule	Diagnostic de cancer en un jour	Poche de chimiothérapie	Chirurgie complexe

Le cadre proposé permet ainsi d'introduire certaines nuances au sein des activités productives relatives au parcours du malade. Celles-ci peuvent aller de la « *standardisation pure* » (certains circuits logistiques comme la blanchisserie) à une « *singularité totale* » (les parcours des chirurgies complexes). Entre, peuvent s'observer : une « *singularité standardisée* » (c'est la manière d'assembler les étapes du parcours qui est personnalisée, comme dans le cas des diagnostics dits « *en un jour* » en oncologie où les prélèvements, les examens d'imagerie, le diagnostic sur la base des résultats en réunion de concertation pluridisciplinaire, et l'annonce au malade, s'assemblent d'une manière propre à chaque malade durant la même journée) ; une « *standardisation segmentée* » (c'est la possibilité de choix de services supplémentaires comme une chambre seule, ou des soins esthétiques, en complément de la production des éléments constitutifs du parcours lui-même) ; et une « *singularité des lignes de production* » (par exemple, les poches de chimiothérapie, mais aussi les menus).

La prise en compte de la singularité du parcours pourrait d'ailleurs être encore plus détaillée en tenant compte d'autres critères, sociaux, et personnels, en complément des critères cliniques ici évoqués, et donc conduire à revendiquer une palette de nuances supplémentaires. Mais déjà à ce stade, l'analyse permet de montrer les variantes possibles de singularisation et de standardisation de l'activité au gré des processus productifs concernés.

A l'échelle d'un parcours pris dans son ensemble, l'approche apparaît quelque peu différente. Car l'assemblage entre les opérations productives (circuit de stérilisation, menu du déjeuner, etc.) introduit un degré de singularisation supplémentaire, de sorte que la programmation totalement déterminée est illusoire. Pour ces raisons, la « *standardisation pure* » ne renvoie de fait à aucune activité relative à un type de parcours, même pour les parcours les plus maîtrisés comme la prise en charge d'une chirurgie simple telle que l'appendicectomie. La singularité est une caractéristique intrinsèque à chacun des parcours.

Au total, un principe organisationnel qui allie standardisation et adaptation

C'est cette combinaison entre standardisation et adaptation qui caractérise l'orientation organisationnelle de la prise en charge des malades. Plus que de pencher vers l'un ou l'autre, c'est cette capacité à répondre d'une manière la plus standardisée possible, et de s'adapter à la variabilité et à la contingence d'un cas, lorsque nécessaire, qui apparaît comme l'enjeu majeur.

D'un côté, il s'agit de déterminer des formes d'organisation garantissant des économies d'échelle dans le traitement d'activités répétitives par le biais de la standardisation. De l'autre, il s'agit de respecter la contingence qu'entraîne la nécessité d'une adaptation, donc de venir perturber les schémas précédents.

Le principe général s'appuie sur cette capacité à juger de l'équilibre entre l'adaptation et la standardisation. Dans le cas du parcours, cette capacité d'arbitrage dépend principalement d'un jugement humain. Dans la mesure où l'organisation est principalement assurée par les professionnels de terrain, la capacité correspond en effet à une attitude dont dispose l'acteur de terrain pour favoriser la recherche des avantages associés au régime standardisé tout en conservant une prise d'initiative pour s'adapter aux particularités personnelles du malade. Autrement dit, c'est sur la base de cet acteur doté d'une capacité de jugement permanent pour définir le registre adéquat que les modes d'organisation du parcours peuvent s'envisager.

DEUX CAS D'EXPRESSION DE LA SUR-RATIONALITE

Pour illustrer ce risque de sur-rationalité associée à la volonté de standardisation qui s'opère lors de l'activité de prise en charge des malades, nous voudrions introduire deux exemples, le « *protocole* » et les technologies de l'information. Dans les deux cas présentés, nous identifions des usages qui peuvent traduire cette sur-rationalité.

Premier cas : Le « protocole »

Le « protocole » est un terme général fréquemment utilisé dans l'univers de la santé. Il représente tout à la fois des procédures appliquées à différentes situations de travail, des règles de bonnes pratiques cliniques, une conduite à tenir en cas d'urgence. Nous le prenons dans le cas précis de l'activité de dispensation des médicaments. Cette activité est collective, impliquant plusieurs acteurs. A travers cet exemple, l'objectif peut s'énoncer assez simplement comme « *la prise effective du médicament par le malade* ». Distribuer le bon médicament, au bon malade, et au bon moment constitue le processus qui mène à ce résultat. Pour y parvenir, différentes étapes sont nécessaires. À chacune s'appliquent des règles de travail issues d'un protocole. Il est possible à travers cet exemple de voir la différence entre la recherche de conformité à un ensemble des règles et l'atteinte du résultat.

Le cas de la dispensation des médicaments

Dans la plupart des établissements de grande taille, la fourniture des médicaments n'est pas assurée directement par la pharmacie, mais par l'intermédiaire d'antennes d'étage gérées en permanence par une préparatrice, en pharmacie. La prescription est faite lors de la visite du médecin le matin à l'aide d'une ordonnance nominative individuelle. Cette ordonnance sous forme de fiche dans le dossier s'établit pour 24 heures. Cette fiche est consultée par l'infirmière qui peut ainsi prendre connaissance des moments de distribution, puis par la préparatrice en pharmacie. Celle-ci dispose normalement de toutes les fiches vers 14 heures. Elle peut alors préparer le chariot de distribution qui comporte un tiroir par malade. À partir des stocks de l'antenne de pharmacie de l'étage, chacun des tiroirs est rempli des médicaments correspondants à la prescription du malade concerné pour les prochaines 24 heures. Le vendredi, cette préparation se fait pour trois jours, la préparatrice n'étant pas présente le week-end. Cependant, les infirmières possèdent la clé de l'antenne de pharmacie et peuvent donc aller chercher des médicaments en cas de changement de prescription, ou de besoin urgent hors des heures de travail de la préparatrice. Une fois le chariot préparé, il est apporté au sein même de l'aile, les infirmières vont alors pouvoir effectuer la distribution auprès des malades.

Dans le cas étudié, un nouveau système a été instauré, le « protocole ». Il consiste à préparer pour chaque malade du service un pilulier comportant plusieurs cases, chacune d'elles correspondant à une heure de prise de médicament: 8h, 12h, 16h, 22h. Les infirmières remplissent chacune des cases du pilulier avec les médicaments correspondants pris dans le chariot. Vers 16 h, elles déposent le pilulier dans la chambre du patient qui dispose ainsi de son traitement pour les prochaines 24 heures. Le pilulier est récupéré le lendemain vers 12 h pour être de nouveau rempli.

Ce système de distribution unique n'empêche pas les infirmières de passer dans les chambres au moment opportun pour indiquer aux patients qu'ils doivent prendre leurs médicaments. C'est aussi à ce moment-là qu'elles notent sur la feuille de température affichée dans la chambre, que le médicament a été effectivement pris en cochant une case prévue à cet effet et en indiquant la dose. Parallèlement, elles inscrivent sur la fiche les traitements distribués au patient.

Ce processus représente le déroulement attendu de la dispensation des médicaments à partir du protocole.

Dans la pratique, il peut exister des écarts avec cette référence qui peuvent conduire à des interprétations erronées.

En premier lieu, il arrive pour des raisons diverses que les médicaments ne soient pas présents dans le chariot : rupture de stock, prise du médicament présent dans le chariot pour un cas urgent et non remplacé, changement de prescription de dernière seconde. Dans ce cas, l'infirmière et la préparatrice cherchent à récupérer en urgence le médicament manquant. Durant cette phase, évidemment, l'important est que le malade obtienne à temps le médicament en cause. Il n'est plus question de passer par le chariot. Or, il arrive fréquemment que le caractère complet ou incomplet du chariot fasse l'objet d'évaluation de la part de l'encadrement, voire de démarches d'évaluation externes. Le jugement se fait naturellement en référence à un remplissage idéal du chariot, ce qui dans ces cas n'est pas vérifié.

De la même façon, la prise effective du médicament par le malade pose la question de l'usage donné à la feuille murale de température affichée dans la chambre du malade. Théoriquement, les infirmières doivent noter sur cette feuille au fur et à mesure de la journée les médicaments que le malade a reçus et ingérés. Ce travail d'écriture a un double objectif: il permet d'abord au médecin d'avoir une vue synthétique du traitement médicamenteux dispensé au malade; il constitue aussi une preuve que le malade a effectivement pris le médicament

C'est ce dernier point qui pose parfois problème car il arrive que les infirmières anticipent ce qui va se passer pendant les 24 prochaines heures en remplissant la feuille murale tous les matins avec toutes les prises de médicaments de la journée. Elles créent ainsi une information sur l'exécution d'actions qui n'ont pas encore eu lieu. Le plus souvent, les infirmières remplissent la fiche murale après avoir donné au malade le médicament, mais, entre le fait de donner le médicament et le fait que le malade l'ait véritablement ingéré peut exister une différence. Le médicament peut tomber de la tablette lors du nettoyage quotidien de la chambre, le patient peut aussi le perdre ou éviter volontairement de le prendre.

L'ingestion effective du médicament par le malade est un objectif qui demande de la vigilance. S'assurer de sa réalité n'est pas toujours appréhendé par un contrôle de la conformité aux règles issues du protocole, et demande éventuellement des actions complémentaires.

Ce cas est illustratif d'une attitude souvent rencontrée dans l'univers hospitalier. La conformité à la règle, dans un emploi excessif, peut conduire à une prise en charge inadaptée, et décalée par rapport au résultat souhaité.

Deuxième cas : la technologie de l'information

Toujours pour illustrer ce risque de sur-rationalité associée à la volonté de standardisation qui s'opère lors de l'activité de prise en charge des malades, nous abordons maintenant le rôle des technologies de l'information dans la gestion des parcours. Le partage d'information clinique entre des professionnels et des points de services échelonnés sur un parcours de soins ou de santé est essentiel à la coordination des activités de manière à assurer des soins complets, continu et de qualité. L'usage de systèmes numériques d'information clinique, en remplacement des systèmes traditionnels papier, jettent les bases de nouvelles rationalités organisationnelles. L'objectif est de mobiliser les capacités du numérique - programmation d'automatismes de traitement de données par ordinateur - pour standardiser les parcours tout en préservant leur singularité - programmation de règles de personnalisation selon des caractéristiques particulières des malades - de façon à s'adapter aux besoins individuels de chaque malade.

Le cas de la technologie de l'information : les systèmes numériques d'information clinique

Reprenons le cas de la prescription de médicaments à l'hôpital et attardons-nous à la gestion de l'information clinique nécessaire à la coordination de la prise des médicaments chez un malade. À l'étape initiale, le médecin pose un diagnostic en fonction duquel il prescrit au malade des médicaments requis. Dans le contexte traditionnel d'un dossier papier, le médecin consigne son ordonnance au dossier du malade. Cette information devient alors la source à la coordination des activités ultérieures de tous les professionnels. L'information doit être recherchée, interprétée, saisie et notée dans le cadre de diverses activités telle la mise à jour du plan de soins infirmiers; la requête de médicaments à la pharmacie; la mise à jour du dossier « médicament » dans le système d'information pharmacie; la préparation et livraison des médicaments accompagnés de leur posologie à l'unité de soins; les ajustements au planning quotidien du personnel soignant; et, clôture du circuit pour la notation au dossier du malade - à des fins de traçabilité et d'information du médecin traitant - de chaque consommation de médicaments.

Dans un environnement papier, la lourdeur administrative de ce processus d'échange d'information entre plusieurs personnes appartenant à différents corps de métiers (médecin - pharmacien - infirmière) est élevée. Il s'agit pourtant d'un processus relativement simple visant à transférer de l'information normalisée entre différents systèmes d'information. Mais le processus est coûteux en temps humain de professionnels et il est sensible aux délais et à l'erreur (notamment associée aux multiples recopies de la même information dans différents systèmes métiers). La qualité des soins et la sécurité des malades

peuvent être également compromises suite à une gestion de l'information clinique en flux tendu vulnérable aux erreurs (IOM, 1999 ; IOM, 2001).

Le recours au numérique, tels les dossiers patients informatisés (DPI), offre une réponse apte à rationaliser la gestion de l'information clinique. Le principe général est de mobiliser les capacités informatiques de l'ordinateur de manière à faciliter la saisie de l'information clinique et son partage entre les professionnels et ce, tout en allégeant le fardeau routinier des professionnels à recopier de l'information clinique. Également, il est possible d'utiliser les capacités d'analyse propre à l'informatique pour vérifier la qualité de la décision médicale et initier des alertes en cas d'écarts problématiques. Le dispositif numérique assure alors une standardisation des pratiques. Dans cette perspective, le potentiel de rationalisation d'un DPI est élevé (Sicotte et al., 2016). Il peut devenir un moyen de coordonner automatiquement des activités de soins. Les informations numériques du malade sont actionnables par le logiciel qui peut alors se suppléer à l'action humaine afin d'opérer des tâches routinières (ex. Suite à une nouvelle ordonnance médicale saisie dans le DPI, mise à jour du plan de soins infirmiers, émission d'une requête en pharmacie, mise à jour du dossier médicament du système pharmacie, ...). Il est ainsi possible d'automatiser une partie des activités de gestion de l'information en s'affranchissant de certaines interventions humaines. En somme, un tel usage du DPI peut contribuer à assurer la coordination des parcours des malades. Le DPI est alors utilisé comme un logiciel d'aide au travail coopératif (Minvielle et al., 2010). Des efforts similaires de rationalisation de l'utilisation des médicaments s'observent dans le domaine des soins primaires (Motulsky et al., 2013; Motulsky et al., 2015). Cette vision de l'utilisation des outils numériques relève d'une certaine industrialisation de l'organisation des soins. Elle introduit une rationalité nouvelle dans le travail clinique, une rationalité informatique qui repose sur la mobilisation d'algorithmes informatiques pour rationaliser le travail. Or, pour être pleinement efficace, de tels dispositifs nécessitent des algorithmes très perfectionnés. Ces algorithmes doivent fournir une rationalité informatique qui maîtrise la complexité du travail et qui fournit ainsi des solutions de standardisation acceptables. Si ces algorithmes sont partiels ou mal conçus, ils demeurent alors un exemple d'usage excessif de règles, donc d'une sur-rationalisation inadéquate du travail.

Dans cette perspective, il faut savoir que le DPI n'est pas encore un système complètement mature. Les DPI, disponibles sur le marché, présentent des performances variables quant à leur performance à surmonter la complexité de l'organisation des soins. Du point de vue des professionnels qui sont invités à les utiliser, les DPI sont souvent perçus comme des systèmes insatisfaisants (Béjean et al., 2015). On les voit donc comme des dispositifs de sur-rationalisation déficients et inadaptés.

En la matière, il faut comprendre qu'un DPI nécessite une très grande précision dans la définition des règles de standardisation pour pouvoir automatiser la prise en charge des malades. Dans le contexte actuel, les systèmes d'information clinique sont des systèmes métiers autonomes fonctionnant en silo. Leur utilisation repose sur une forte intervention des professionnels de chaque métier qui traitent l'information et l'adaptent à leurs systèmes respectifs. Cet usage sectoriel crée des moments-tampons où l'information est réinterprétée à la lumière de contingences différentes. Un DPI est un système de travail coopératif. Il vise à automatiser le partage d'information entre les professionnels. Les algorithmes de rationalisation de la prise en charge des malades d'un DPI font donc face à de très grands défis de standardisation pour combler les besoins informationnels de tous les professionnels. À cet effet, il est intéressant de souligner les travaux d'Ammenwerth (Ammenwerth et al., 2000) qui ont identifié plusieurs types de standardisation nécessaire à la réalisation d'un DPI mature. Sept types différents de standardisation sont requis et chacun est complexe à réaliser en soi. En effet, cette standardisation réside au cœur de l'activité clinique. En résumé, un outil numérique tel que le DPI repose sur (a) une standardisation technique (interopérabilité technique entre des systèmes informatiques différents (laboratoire, pharmacie, admission, ...)) ; (b) une standardisation d'accès (identifiant et mot de passe uniques pour chaque utilisateur) ; (c) une standardisation des interfaces logicielles pour une présentation uniforme des informations cliniques ; (d) une standardisation communicationnelle (entre les différents métiers) ; (e) une standardisation des données cliniques ; (f) une standardisation fonctionnelle (au niveau des activités de soins) ; et, (g) une standardisation des workflow (les parcours de soins, donc entre différentes structures de soins).

En synthèse

Dans la mesure où l'acteur a la nécessité de composer temporairement de la standardisation pour répondre à un besoin d'adaptation, il exprime une limite face à un modèle organisationnel complètement rationalisé où

l'ensemble des règles serait consigné dans des procédures officielles applicables à la lettre est évidente si l'on tient compte des raisonnements précédents. Face aux imprévus, et aux besoins de synchronisation liés à l'activité de prise en charge, l'action dépasse ce simple registre. Ne pas accepter cette souplesse dans la définition de la stratégie, l'action, ou l'évaluation conduit à des situations contre-productive.

Des usages inadaptés

Ainsi, il n'est pas anodin de constater des attitudes conservatrices qui ne perçoivent pas le besoin de changer de registre du fait d'une stratégie thérapeutique définie sans capacité de modification.

Par exemple, un patient rapporte l'anecdote suivante : « *Je suis diabétique insulinodépendant, je dois recevoir de l'insuline lente et de l'insuline rapide, ma dose de rapide est de 8 unités. Depuis que je suis dans cette maison de repos et de convalescence je mange extrêmement peu. Mon organisme a besoin de beaucoup moins d'insuline. Quand j'ai demandé quelle était la dose d'insuline qu'on m'administrait il m'a été répondu 8 unités comme d'habitude. N'est-ce pas exagéré ? Ai-je demandé. Non c'est le protocole. A plusieurs reprises le matin on m'a trouvé en état d'hypoglycémie, annonciateur d'un coma. Quand j'ai demandé qu'on me baisse l'insuline rapide il m'a été répondu : On ne peut pas aller contre le protocole. Il a fallu attendre 4 jours pour que le médecin porte sur ce fameux protocole un ordre de changement écrit* ».

On tombe là dans l'excès bureaucratique de l'organisation mécaniste où l'on applique strictement les procédés de travail pré-établis.

Cette première conséquence d'une sur-rationalité dans l'usage de la standardisation, en l'occurrence l'application des règles d'un protocole, peut en masquer une seconde plus subtile. Pour la comprendre, il convient de partir du constat que, même dans les cas où « *une conformité à la règle* » se justifie², l'usage peut malgré tout introduire des déviations inattendues par rapport au comportement souhaité. Par exemple, dans la définition des items de la check-list opératoire qui vise à vérifier des points-clés lors du déroulé de l'intervention chirurgicale, un item concerne la validation conjointe de la prescription d'antibiotiques post-opératoire par le chirurgien et l'anesthésiste. Cet item est considéré comme une règle de sécurité contre les risques infectieux. Néanmoins, l'application de la règle peut s'avérer problématique car la rencontre physique du chirurgien et de l'anesthésiste n'est pas si évidente à assurer (Fourcade et al., 2012). Dans certains cas, c'est à un moment précis que l'anesthésiste croise le chirurgien dans la salle d'opération. Dans d'autres cas, c'est un lieu commun de rencontre qui est défini. Enfin, un tiers, telle une infirmière anesthésiste, peut-être l'intermédiaire. Il existe en fait une variété de situations à considérer pour être certain que cette règle puisse être appliquée. Certains appellent à faire dans ces conditions une « *do-list* », qui précise très finement la règle de travail, car elle est jugée importante en termes de sécurité.

L'exemple montre que pour maîtriser des usages déconnectés du principe de conformité à la règle, la description de la règle doit être alors d'une précision extrême dans le rôle de chacun afin d'éviter toute ambiguïté. Le hic est que toutes les règles ne peuvent se prêter à un exercice aussi précis. Seules quelques règles relatives à des situations à risque s'y prêtent comme celles de la check-list. Au regard des caractéristiques de l'activité, du nombre d'actions diverses à accomplir et des formes d'entremêlements, il n'est pas réaliste d'envisager un effort de codage analytique minutieux à l'extrême de toutes les tâches. Une part d'implicite est obligatoire dans la plupart des cas, et suppose donc de savoir décliner la règle. C'est une des facettes de la capacité de l'acteur que de savoir établir cette déclinaison judicieusement afin d'adopter l'usage vertueux. Et c'est là que la sur-rationalité peut introduire une deuxième conséquence négative. Car empêcher l'autonomie de l'acteur dans l'usage de la règle peut conduire à des effets contre-productifs. Lorsque le degré de prescription devient trop pointilleux, il compromet en effet la fiabilité globale de l'organisation notamment par le décalage

² A travers l'expression « *règle de travail* », aucune forme ne vise à être exclue: qu'elle soit écrite ou orale, sous forme de fiches, ou codifiée au sein d'un dispositif plus sophistiqué comme dans le cas d'un planning opératoire ou d'une procédure, la règle se caractérise par sa stabilité et son objectivation dans les schémas d'organisation mis en place.

entre le travail prescrit et le contexte effectif si un imprévu oblige à se détourner de la règle. Pour y pallier, les acteurs sont contraints à un travail correctif plus ou moins important afin de maintenir les grandes lignes de l'organisation. Ce travail sollicite paradoxalement plus les capacités cognitives des acteurs que dans le cas où une incomplétude de la règle est admise, car non seulement, ils sont contraints de la rejeter pour éviter le risque d'un incident, mais ils doivent aussi simultanément concevoir des règles mieux adaptées. Il apparaît donc un certain paradoxe. Dans la conformité à la règle, un écart entre la prescription et l'usage réel existe. Cet écart peut être réduit par une description précise de la règle afin d'éviter que l'usage soit déconnecté de la prescription attendue comme dans le cas de la check-list. Mais en agissant de la sorte, le risque de sur-rationalité existe. En effet, une description trop fine peut limiter la capacité d'adaptation dans l'usage de la règle alors qu'elle peut s'avérer dans de nombreux cas utile.

Le risque d'oubli de l'adaptation aux aléas

De même, proposer une rationalisation en termes de « *flux tendu* », de « *juste à temps* », en limitant les stocks de ressources, ou de réserves de temps, est une erreur si le ou les processus ne sont pas tous standardisables. Dans un contexte aléatoire, ces réserves jouent un rôle régulateur de tampon pour en atténuer l'impact, et éviter de la sorte des gaspillages. De même, des inefficacités apparentes s'interprètent différemment. Le chirurgien, l'anesthésiste et la surveillante, malgré toute leur bonne volonté, ne peuvent pas par exemple respecter le flux tendu des interventions programmées lorsqu'une urgence arrive au bloc opératoire, ou dans un service. Il s'ensuit des débordements du programme prévisionnel souvent jugés comme un dysfonctionnement, alors qu'ils ne font que traduire la complexité d'un système ne pouvant répondre instantanément à des événements imprévus.

Le risque associé à l'evidence-based medicine.

L'idée d'un minimum de prévision ou le fait de jouer sur la vitesse d'exécution de certaines tâches n'est pas étrangère à certaines formes d'activité, comme on l'a dit. Deux facteurs empêchent néanmoins de faire de l'*evidence-based medicine* un principe général de l'organisation des parcours. En premier lieu, la dissociation entre les phases de conception et d'exécution est peu compatible avec les caractéristiques de la production des parcours qui ont été décrites. La conception médicale s'établit à proximité de la mise en œuvre, et que les acteurs de la mise en œuvre façonnent eux-mêmes l'évolution de cette conception. Il n'est donc pas possible d'établir un séquençage entre ces temps. En second lieu, l'enchevêtrement des travaux engendrés par le déroulement simultané des parcours, et la nécessité de réactivité aux imprévus, sont des contraintes trop importantes pour qu'on puisse définir systématiquement un « *one best way* » dans la façon de s'organiser telle que véhiculée par l'EBM (Minville, 2000). Comme le dit Dominique Tonneau, la « *modélisation optimisante ne peut guère être utilisée que comme un moyen de mobiliser les réflexions et non pour aboutir à une vérité révélée. Il convient surtout à chaque raffinement du modèle de s'interroger sur le ratio du coût du raffinement /intérêt de l'usage envisagé* » (Tonneau, 1994, page 94).

En résumé, seuls quelques pans très névralgiques, notamment en termes de sécurité, renvoient au registre d'une conformité stricte à des règles qui seraient définies *a priori* dans le cadre d'un registre de la standardisation.

Or, le jugement sur le caractère standardisable de composantes de l'activité du parcours est une source permanente d'ambiguïté. Certaines activités productives s'y prêtent aisément comme les circuits logistiques. Mais l'ambiguïté est manifeste à l'échelle du parcours pris dans sa globalité. Car à ce niveau, l'organisation développée comporte inévitablement une part d'adaptation. Elle s'exprime dans la réaction aux imprévus, dans la variété des assemblages nécessaires, ou encore dans la considération organisationnelle face à l'implication du patient. Les questions de synchronisation et de survenue d'aléas perturbent inéluctablement le caractère linéaire de l'enchaînement.

Le risque associé à la standardisation confiée aux technologies de l'information

Le cas des technologies de l'information permet de montrer l'ambivalence de ces outils en matière de quête de rationalité. D'une part, le cas révèle que les systèmes numériques d'information clinique peuvent être efficaces dans la standardisation, mais principalement dans le cas de tâches routinières. D'autre part, leur efficacité dans le cas de tâches complexes reste encore un défi colossal. Ces technologies introduisent des transformations si innovantes qu'il faut les considérer comme des technologies de rupture. Les défis à l'élaboration de nouveaux modèles d'organisation du travail individuel et coopératif sont si élevés qu'il faut anticiper et se donner le temps de les développer et de les expérimenter (Sicotte et al., 2017). Aujourd'hui, on considère que des entreprises de la nouvelle économie numérique ont révolutionné des secteurs industriels complets tel le succès d'Amazon dans le commerce du détail. Mais, il ne faut pas perdre de vue que ces transformations ont été évolutives et se sont déroulées sur plusieurs années. Vu la complexité de la prise en charge des malades, il faut faire preuve de prudence et de patience dans la quête de rationalité. Sinon, les efforts de standardisation confiés aux outils numériques seront décevants et seront perçus, à juste titre, comme des excès de sur-rationalité du travail médical.

Il apparaît à travers ces exemples que le risque de sur-rationalité peut s'exprimer de multiples manières. D'autres exemples, notamment au moment d'évaluer les résultats de l'activité, exercice souvent associé à un écart à la conformité, pourraient utilement compléter la démonstration. Mais l'enjeu est surtout de montrer que ce risque de sur-rationalité n'est pas lié aux outils, « protocole ou technologie de l'information, mais bien à l'usage qui en est fait. C'est un usage exclusivement orienté vers le respect de la règle, et la reconnaissance d'une activité linéaire et contrôlable qui peut conduire à une attitude erronée. L'absence de reconnaissance d'une forme d'adaptation peut être dans différents cas nuisibles à la performance de la prise en charge.

Comme nous allons le voir maintenant, les ressorts qui peuvent conduire à ces attitudes de sur-rationalité sont importants. Ils aident à comprendre les solutions nécessaires afin de reconnaître un acteur autonome.

RECONNAITRE UN ACTEUR AUTONOME

Les deux cas présentés aident à comprendre les raisons de cette sur-rationalité éventuelle dans l'usage des outils. Si le « protocole » apparaît comme un outil établi qui introduit une désirabilité sociale de la standardisation, point que nous allons développer, le recours aux technologies de l'information introduit pour sa part un risque de sur-rationalité par manque de maîtrise de la diffusion. La raison dans ce cas provient plus d'une mauvaise anticipation de ses développements successifs que d'une véritable action délibérée.

Les raisons de la sur-rationalité

Les jugements émis sont souvent nombreux pour valider l'hypothèse d'une standardisation complète de l'activité. Par exemple, une étude récente de la *Mayo Clinic* (Cook et al., 2014) portant sur l'activité de chirurgie cardiaque affirme qu'environ 2/3 des parcours de patients sont « *simples* » et aisément standardisables, alors qu'un 1/3 sont jugés complexes, et hors de portée d'une réponse organisationnelle « *standardisée* ». Nous avons pourtant montré dans la première partie de cet article qu'à l'échelle d'un parcours, il est impossible de considérer une standardisation pure et parfaite de l'activité. Le parcours reste une entité singulière qui suppose d'accepter une certaine forme d'adaptation.

Une désirabilité sociale partagée

Ces jugements semblent plus renvoyer à une appréciation générale guidée par un désir de maîtrise et de contrôle accru qu'aux caractéristiques mêmes de l'activité. En fait, différents acteurs peuvent être amenés à converger vers ce même désir de standardisation.

Pour le manager, attribuer à une activité collective une norme préétablie, auquel il s'agit de se conformer est un moyen aisé d'évaluer la performance des personnes sous sa coupe. Cela aide à s'assurer que les collectifs « *travaillent* », et de contrôler leur assiduité à exécuter une demande

Inversement, c'est aussi un moyen simple de rendre compte de l'activité pour les acteurs du terrain. Dans un secteur où la demande de reddition de comptes n'a cessé d'augmenter ces dernières années (Schilte, Minvielle, 2008), une évaluation fondée sur un rapport à la norme constitue une réponse intéressante et aisée à mettre en place.

Pour les acteurs impliqués dans l'activité de prise en charge des malades, médecins soignants, la nécessité d'exercer une action cohérente sous contrainte de temps peut aussi les conduire à désirer un système d'actions fondé sur des règles. Car à un moment, il est nécessaire d'arrêter d'explorer les diverses options possibles pour agir. Le contexte oblige ainsi à cocher des croix dans une liste d'examen, de remplir des fiches de rendez-vous, etc. Dans ces conditions, si l'application stricte de procédures entraîne une insatisfaction car le professionnel voudrait pouvoir introduire des nuances dans son action, elle offre une économie de temps, tout en garantissant une certaine cohérence. Le tout peut conduire à un sentiment de maîtrise. L'intérêt peut aussi se voir sur le plan de la charge mentale supportée par ces mêmes acteurs de la prise en charge des malades. Une action guidée par une conformité à la règle dans le cadre d'une approche standardisée se conçoit comme une sorte de repose-méninge qui permet de cadrer le travail. Le respect peut être le témoin d'une organisation qui sait s'adapter, car ces deux facettes de la standardisation et de l'adaptation ne sont pas antinomiques. Contrairement à une idée reçue qui associe les professionnels à une quête d'autonomie perpétuelle, le recours à la standardisation peut souvent constituer une valeur « refuge ».

Enfin, le développement de l'expertise peut trouver dans la définition des références de bonnes pratiques, des standards aptes à consacrer un système cohérent. L'*evidence-based medicine*, et dans une moindre mesure, l'*evidence based-management*, tirent leurs forces de cette capacité à définir simplement l'expertise et à permettre une évaluation sur les pratiques réelles.

La standardisation constitue donc une composante importante dans l'organisation du parcours, qui même si elle peut être guidée par des jugements plus ou moins appropriés dans son application, présente de puissants ressorts. Nous parlons de désirabilité sociale pour qualifier les attitudes qui tendent à aller vers une standardisation avec ces risques de sur-rationalité, mais il faut bien voir que cette désirabilité est aussi motivée par de fortes pressions sociales : rendre des comptes, intensifier l'activité, et limiter l'impact de l'usure psychologique qui peut en découler, démontrer une maîtrise de l'activité des collectifs de travail sous sa responsabilité, et d'une manière générale, asseoir un contrôle sur la production.

Vers une autre approche ?

Nous en venons maintenant au dernier point. Quel peut être l'attitude à adopter pour réduire ce risque de sur-rationalité dans le recours au registre de la standardisation.

Une telle question oblige à s'en poser au préalable une autre, aussi simple que redoutable: est-il possible de définir une forme d'organisation du travail dans le cas des parcours de patients ? Le développement de démarches rationnelles cherche d'habitude à définir des catégories générales, et à s'appuyer sur une activité un tant soit peu prévisible. Ici, l'adaptation à la prise en compte de la singularité de chaque patient augmente les difficultés de programmation et de cadrage. La réactivité nécessaire et les ajustements multiples limitent aussi une conception ordonnée de l'action. Certains pourraient juger dans ce contexte tout effort de rationalisation illusoire.

Ces limites ont déjà été appréhendées dans d'autres secteurs. Christophe Midler (Milder, 1993) évoque ainsi ces limites à propos d'un secteur autrement plus concerné par les démarches de rationalisation que la santé, l'automobile. Il formule l'hypothèse que "*ces limites existent certainement si l'on met derrière ces mots la vision rationaliste traditionnelle, celle d'un Taylor par exemple. Peut-être pas si l'on adopte une vision différente de ce que sont une méthode ou un modèle; une vision où l'incertitude, l'aléa et la coopération n'interviennent pas comme des facteurs résiduels mais comme des variables cruciales à intégrer*". (Midler, 1993, p 53). Si

l'organisation des parcours marque une intensité dans les questions posées, de nombreux systèmes de production sont de fait confrontés à une combinatoire similaire faite de critères de rapidité, de variabilité et de variété. Et il ressort que la visée rationalisatrice reste envisageable dans la mesure où les attributs de variété et d'imprévisibilité sont intégrés dans l'équation.

Trouver des formes d'organisation adaptées au parcours, c'est donc accepter d'intégrer dans la réflexion les caractéristiques productives décrites. Le terme de « *navigator system* » utilisé par les anglo-saxons pour exprimer les systèmes d'organisation des parcours symbolise bien cette orientation. Le patient bénéficie de l'aide de professionnels afin de « *naviguer* » entre différents services et structures de santé.

Une telle orientation, on l'a vu, ne bannit pas pour autant une conception linéaire et stable de l'organisation. Car même si elle a des limites, elle conserve une part de pertinence. Des pans d'activité, linéaire et stable, se prêtent à la standardisation dans le cas de l'organisation du parcours. Le véritable enjeu est d'identifier les activités qui y correspondent. Si l'acteur est aussi censé faire preuve d'initiative, même dans l'usage de la règle, il acquiert une certaine autonomie dans la réalisation de son travail. L'approche de l'acteur autonome est alors différente : l'acteur possède des compétences managériales pour faire face à la variété des situations de travail, et leur imprévisibilité, cherche à se coordonner avec autrui (point essentiel dans le cas du parcours du malade qui suppose une liaison entre des activités souvent menées indépendamment les unes des autres). Il s'inscrit aussi dans un collectif qui est guidé par des objectifs de résultat de santé ou d'efficacité. Tous ces éléments constituent une vision à développer, dans un univers qui n'est pas forcément préparé (Minvielle, 2018). Les risques de sur-rationalité liés à un désir de standardisation ne sont donc probablement pas prêts de s'éteindre.

Références

- Ammenerth, E., Haux, R., P. Knaup, et U. Pohl. 2000. Computer-based documentation systems and their integration into hospital information systems. In *Proceedings of the World Multiconference on Systematics, Cybernetics and Informatics* (SCI).
- Béjean, M., Kletz, F., Moisdon, J-C., Sicotte, C. 2015. Informatisation incrémentale ou de rupture ? Le cas du dossier patient hospitalier. *Journal de gestion et d'économie médicales* 33(7): 445-467.
- Cook, D., Thompson, J. E., et B. J. Habermann, E. B., Visscher, S. L., Dearani, J. A., Roger, V. L., Borah. 2014. From 'Solution Shop' Model To 'Focused Factory' In Hospital Surgery: Increasing Care Value And Predictability. *Health Affairs* 33(5): 746-755.
- Dumez, H., Minvielle, E. 2017. L'e-santé rend-elle la démocratie sanitaire pleinement performative ? *Systèmes d'information & management* 22(1): 9-37.
- Fourcade, A., Blache, J-L., Grenier, C., Bourgain, J-L., Minvielle, E. 2012. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Quality & Safety* 21(3): 191-197.
- Freidson, E. 1984. *La profession médicale*. éd. Payot. Paris.
- IOM. 1999. *To Err Is Human :Building a safer health system*. Washington, D.C.: Institute of medicine.
- IOM. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A new Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: Institute of Medicine.
- Lampel, J., Mintzberg, H. 1996. Customizing Customization. *Sloan management review* 38,1: 21-30.
- Milder, C. 1993. *L'Auto qui n'existait pas*. Paris: Inter Editions.
- Minville, E. 2000. Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades. *Ruptures* 7-1: 8-22.
- Minvielle, E., Leleu, H., Capuano, F., Grenier, C., Loirat, P., Degos, L. 2010. Suitability of three indicators measuring the quality of coordination within hospitals. *BMC Health Services Research* 10(1): 93.
- Minvielle, E. 1996. *Gérer la singularité à grande échelle*. Thèse de gestion de l'école Polytechnique.
- Minvielle. 2018. *Le patient et le système*. éd. Seli Arslan.
- Moisdon, J-C. 2013. De l'incitatif économique à la machine de gestion : le cas des établissements de santé. *Quaderni* (82): 39-54.
- Motulsky, A., Lamothe, L., Sicotte, C. 2013. Impacts of second-generation electronic prescriptions on the medication management process in primary care: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics* 82(6): 473-491.
- Motulsky, A., Sicotte, C., Gagnon, M-P., Payne-Gagnon, J., Langué-Dubé, J-A., Rochefort, C. M., Tamblyn, R. 2015. Challenges to the implementation of a nationwide electronic prescribing network in primary care: a qualitative study of users' perceptions. *Journal of the American Medical Informatics Association* 22(4): 838-848.
- Schilte, A., Minvielle, E. 2008. Le classement des hôpitaux : une nouvelle manière de rendre des comptes. *Gérer et comprendre* 91(1): 36-48.
- Sicotte, C., Clavel, S., Fortin, M.A. 2017. A cancer care electronic medical record highly integrated into clinicians' workflow: users' attitudes pre-post implementation. *European Journal of Cancer Care* 26(6): e12548.
- Sicotte, C., Lapointe, J., Clavel, S., Fortin, M-A. 2016. Benefits of improving processes in cancer care with a care pathway-based electronic medical record. *Practical Radiation Oncology* 6(1): 26-33.

Strauss, A. 1992. *La Trame de la Négociation*. Textes réunis par Isabelle Baszanger. Paris: L'Harmattan collection logiques sociales.

Tonneau, D. 1994. *Les outils de gestion et l'hôpital. Bilan d'une greffe sur un service public à soigner*. Thèse de gestion de l'École des Mines de Paris.