



HAL
open science

Le risque comme grille de lecture de la complexité des organisations : approche conceptuelle et expérimentation dans un hôpital

Julien Husson, Didier Nobile, Ilias Majdouline

► To cite this version:

Julien Husson, Didier Nobile, Ilias Majdouline. Le risque comme grille de lecture de la complexité des organisations : approche conceptuelle et expérimentation dans un hôpital. Christophe Schmitt. De la complexité de l'action dans les organisations, Growth Publisher Editions, pp.67-80, 2016, 978-2-940384-36-05. hal-03000325

HAL Id: hal-03000325

<https://hal.science/hal-03000325v1>

Submitted on 11 Nov 2020

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.

« Le risque comme grille de lecture de la complexité des organisations : approche conceptuelle et expérimentation dans un hôpital »¹

Julien HUSSON

Maître de conférences HDR en sciences de gestion

Université de Lorraine

IAE Metz

Chapitre 4	
Le risque comme grille de lecture de la complexité des organisations : approche conceptuelle et expérimentation dans un hôpital	67
À la recherche d'un modèle d'appréhension du risque pour le manager	68
La notion de risque : une approche transversale	68
Une approche processuelle pour appréhender le risque par ses conséquences .	69
Des repères pour aborder la notion de risque dans le domaine hospitalier	71
De la « gestion du risque » à la gestion du changement	72
La recherche d'une vision partagée sur les processus et les risques	73
La reconfiguration pour maîtriser et la reconfiguration pour changer	74
La recherche de pérennité et le pilotage	75
Conclusion et perspectives	77
Références	78

¹ Une première version de ce chapitre a fait l'objet d'une publication en revue (HUSSON, J., SCHMITT, C., « Pour une relecture de la notion de risque à l'hôpital : approche conceptuelle et expérimentation », Journal d'Economie Médicale, Vol26, n°8, 22p, avril 2009).

1 Introduction

Parler de risque devient un lieu commun dans la société actuelle. Si le risque fait parti du discours ambiant (politique, social, environnemental, financier), son approche par le biais de la recherche reste encore faible. En effet, il existe encore peu de consensus autour de cette notion au regard des définitions dans le domaine des sciences économiques, des sciences de gestion ou encore de l'ingénierie pour ne citer que ces domaines de recherche. Actuellement, l'orientation donnée à la notion de risque se veut avant tout transversale et contingente (St-Pierre, 2008). Dans cette perspective, il est important et urgent d'interpeller les recherches dans le domaine hospitalier afin de voir dans quelle mesure une approche transversale de la notion de risque est pertinente.

Ce chapitre se propose donc d'aborder, dans une première partie, la notion de risque sous un aspect transversale en mobilisant principalement la théorie cindynique (Kervern, 1991), Bien souvent cantonnée à une dimension technique, nous insisterons, en conséquence de la mobilisation de la théorie cindynique, tout particulièrement sur la nécessité d'envisager le risque comme un processus (Sienou et *al.*, 2008) et notamment un processus de changement. Le risque devient une opportunité de changement. Le risque à l'hôpital apparaît comme une situation caractérisée par sa complexité au sens de Le Moigne (1990) et Morin (1990). La seconde partie a pour objet de présenter les résultats d'une recherche intervention dans le domaine hospitalier autour de la notion de risque comme moyen de changement. Enfin, nous concluons nos propos en analysant l'apport au domaine hospitalier de cette recherche, ainsi que les perspectives que cela entraînent.

2 À la recherche d'un modèle d'appréhension du risque pour le manager

Dans cette partie, il s'agit avant tout d'interroger la notion de risque. Bien que mobilisé par les économistes dans les années 1920, cette notion n'en demeure pas moins une notion que l'on pourrait qualifier de « pré-scientifique » au sens de Bachelard (1934/1993), du fait de son utilisation, voire sa sur-utilisation dans le vocabulaire de tout les jours. En ce sens cette prégnance ordinaire est un obstacle à l'analyse scientifique.

2.1 La notion de risque : une approche transversale

Protéiforme, le risque est entouré d'un certain flou conceptuel (Kervern, 2005). Il renvoie tour à tour à l'aléa, au hasard, à l'incertitude, à l'erreur, à une menace, à un danger, à ses causes ou ses conséquences, en définitive à une multitude de termes souvent confondus. Un retour aux sources disciplinaires qui s'y sont intéressées ont permis d'en clarifier le champ sémantique. Deux types de sources disciplinaires ont pu être isolés : les sources les plus théoriques, qualifiées de « première main », représentées par les sciences économiques et le droit et les sources qui ont connu le plus de développements opérationnels, représentées par la gestion et l'ingénierie.

Le creuset historique du risque se trouve dans la science économique qui a été la première à s'y intéresser. Le risque y est désigné par des situations aléatoires probabilisables (Kast, 2004), les situations non probabilisables étant définies en « incertitude » (Knight, 1921). Ainsi, classiquement, le risque se définit par une mesure de probabilités, reposant le plus souvent sur la théorie de l'utilité espérée ou ses prolongements (Schmidt, 1999). En droit, le risque en soi n'est pas identifié, il n'existe que par sa dimension indésirable non souhaitée et se trouve de ce fait lié à ses conséquences et au dommage causé. Pour Ewald, le droit s'intéresse en fait aux effets du risque et non au risque lui-même (Ewald, 1987).

Les développements disciplinaires tels que la gestion appréhendent le risque comme un écart entre « un prévu et un réalisé ». Ils reposent sur le modèle probabiliste et le risque est appréhendé soit *a posteriori*, à partir de la traçabilité des informations comptables par exemple, soit *a priori* à partir de l'analyse financière. Dans tous les cas, la connaissance du risque est destinée à réduire l'incertitude liée à une prise de décision ou à optimiser le couple risque-rentabilité. Enfin, l'ingénierie propose une acception normative du risque en le définissant comme une combinaison entre une probabilité d'occurrence d'un dommage et de sa gravité et en le caractérisant par une source de risque, qui correspond à son origine, une cible potentielle et une mesure probabilistique (Barthélemy, 2004).

Si l'économie, le droit, la gestion ou l'ingénierie ont fait du risque un objet de recherche multidisciplinaire, certains auteurs ont tenté de dépasser les différentes définitions disciplinaires. Parmi les trois théories les plus classiques : théorie de l'accident normal (Perrow, 1999), théorie des catastrophes (Thom, 1993), théorie cindynique (Kervern, 1991), la théorie cindynique présente plusieurs intérêts pour le gestionnaire. Elle permet de relier, à partir de « déficits cindyniques » le risque avec les processus, le management et la culture de l'organisation. En effet, selon cette théorie, un dysfonctionnement des processus de l'organisation est considéré comme la conséquence d'un déficit de management, lui-même conséquence d'un déficit culturel. De la même manière, l'erreur humaine peut être considérée comme la conséquence d'un déficit d'organisation et être de ce fait, le révélateur d'une mauvaise organisation. Cette théorie présente l'avantage de relier le risque à l'organisation et donc ses conséquences palpables à ses causes. Force est de constater que si le risque est difficile à définir, les conséquences de sa « non-gestion » sont quant à elles aisément palpables et mesurables.

La théorie cindynique apparaît comme une orientation théorique intéressante car elle permet d'aborder le risque dans une perspective globale. Ainsi, l'approche du risque évolue pour passer d'une menace à une opportunité et notamment de changement (Waring et Glendon, 1998). Comme le rappellent Hillson et Murray-Webster (2005), le risque devient quelque chose de perceptuel dont l'ampleur et les conséquences dépendront de l'attitude du gestionnaire. En définitive, si l'on veut être plus précis dans la définition, on dira qu'un risque est une situation ou un ensemble d'événements simultanés ou consécutifs, dont l'occurrence est incertaine et dont la réalisation affecte les objectifs des acteurs qui les subit (St-Pierre, 2008).

2.2 Une approche processuelle pour appréhender le risque par ses conséquences

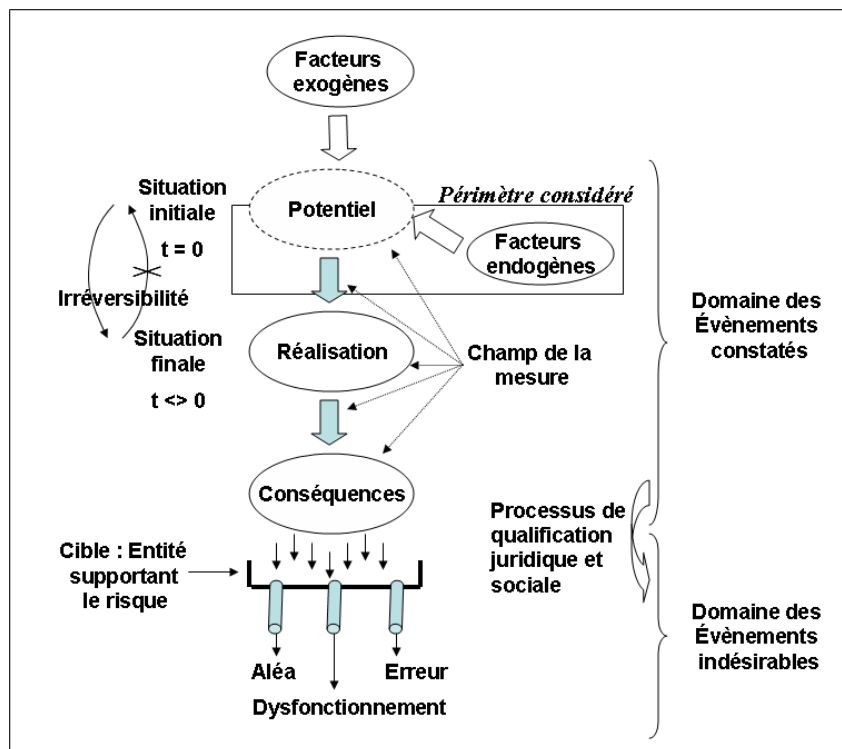
L'approche proposée et reprise par la modélisation présentée en figure 1. Cette modélisation intègre les éléments invariants des définitions identifiées dans la littérature, complétés par des critères que les investigations de terrain nous ont permis de déterminer comme pertinents dans le contexte hospitalier. Dans cette modélisation, le risque peut se définir comme la combinaison d'un processus d'enchaînement causal, c'est-à-dire la transformation potentielle d'un système donné à une situation initiale en un système affecté à une situation finale et d'un processus de qualification social et juridique des conséquences de cette transformation et :

- dont un des attributs au moins se réalisera de manière certaine, plus ou moins prévisible,
- dont les facteurs contributifs sont endogènes ou exogènes au périmètre d'analyse considéré,
- dont il est possible de donner des mesures probabilistes malgré la difficulté de la métrique du risque,
- dont le résultat est non souhaité. Ce résultat correspond à la qualification de la conséquence de la réalisation du risque ; il est appelé événement indésirable. Dans cette modélisation, le risque est consubstantiel de la notion d'événement indésirable qui permet au manager de « l'appréhender

concrètement ». Le caractère indésirable des conséquences du risque relève d'un processus de qualification des événements selon trois canaux qui permettent la caractérisation du risque en aléa, dysfonctionnement ou erreur.

Le risque relève de l'**aléa** dans le cas où il est statistiquement inévitable, c'est-à-dire dans le cas où le comportement des acteurs relève d'un comportement professionnel prudent et avisé disposant des données actualisées de la science. En terme d'analyse, l'aléa relève des sociétés savantes médicales. Le risque relève de l'**erreur** s'il est lié à une défaillance humaine. En terme de gestion, l'erreur relève de la compétence des individus et de leur formation. Enfin, le risque relève du dysfonctionnement s'il est lié à l'organisation. Ainsi, en termes de gestion le **dysfonctionnement** relève de la connaissance des processus et de leur organisation.

Figure 1 : une modélisation du risque pour le manager hospitalier



Selon cette modélisation, qualifier une situation de risquée signifie sortir de l'imprévisible pour entrer dans l'imprévu et gérer les risques débute par la qualification des conséquences du risque dans un des trois canaux identifiés. Le risque, tel que défini reste une notion abstraite mais la façon de l'appréhender par le biais de l'événement indésirable, est palpable et mesurable. De même, il apparaît plus facile de cerner le risque par l'expérience, c'est-à-dire de manière relative en comparant les conséquences du risque les unes par rapport aux autres et de sensibiliser autour de l'événement indésirable que du risque lui-même qui demeure un potentiel « abstrait » entouré d'un vocabulaire technique compliqué.

Aléa, erreur et dysfonctionnement ne sont pas des éléments isolés. Ils peuvent relever d'une combinatoire qui présente l'avantage d'interpeller les médecins qui y voient systématiquement une possible origine médicale, et le gestionnaire qui y voit une source d'inefficience et de coûts. C'est pourquoi, ils donnent à ce dernier une légitimité aux yeux de la communauté médicale pour pénétrer la complexité de l'organisation hospitalière et reconfigurer les processus de l'organisation au nom de la maîtrise des risques mais avec la volonté plus large d'en améliorer la performance. De la même manière que Bouquin mettait en garde contre les dérives des prémisses de la comptabilité analytique en ces termes : « *ce n'est pas les coûts que l'on gère* » (Bouquin, 1983), la modélisation proposée permet de rappeler que ce n'est pas le risque que l'on gère mais l'organisation qui le produit au sens de Giddens (1987).

2.3 Des repères pour aborder la notion de risque dans le domaine hospitalier

Ce travail s'appuie sur une recherche intervention menée auprès des hôpitaux. Elle est née, lors d'une confrontation au terrain, de la « surprise » qui a été la nôtre devant l'empirisme voire l'artisanat des hôpitaux face à la gestion des risques. Cette surprise repose tout d'abord sur la perception d'un décalage entre les discours institutionnels sur l'importance de la gestion des risques et les difficultés quotidiennes des hôpitaux, ensuite sur le sentiment que le risque quitte progressivement le giron médical et enfin, sur le sentiment que l'hôpital est lassé par les programmes d'amélioration de la qualité des soins gigantesques dont il est difficile de démontrer les impacts.

La problématique de cette recherche est articulée autour de l'idée que la gestion des risques peut être un levier d'action du changement. L'histoire, grâce aux multiples réformes du passé, a montré la capacité du service hospitalier à changer et a mis en lumière l'efficacité de l'approche médico-gestionnaire en la matière. En effet, les réformes constatées ont été nourries à la fois de la volonté des médecins et des gestionnaires. En d'autres termes, nous pensons que les facteurs de transformation de l'hôpital reposent sur un potentiel endogène de co-construction médecin – gestionnaire dans lequel chacun d'entre eux doit trouver une légitimité à l'action. C'est pourquoi, dans un contexte sociétal d'aversion croissante au risque, ce dernier apparaît comme un élément fédérateur, porteur de sens en termes de coût et de désorganisation pour le gestionnaire et de perturbation clinique pour le médecin. Le risque, et sa matérialisation en tant qu'événement indésirable constituent une sorte de « fenêtre d'opportunité à l'action de changement » pour le gestionnaire (Mercier, 2003). Notre position est renforcée par le propos de Canguilhem, médecin-philosophe, qui a démontré que c'est toujours l'anormal qui suscite l'intérêt théorique pour le normal, les normes n'étant reconnues pour telles que dans les infractions et les fonctions n'étant révélées que par leurs ratés (Canguilhem, 1966). De l'ensemble de ces constats sont nées nos hypothèses de recherche. La première énonce qu'un retour aux théories du risque est nécessaire pour proposer une approche conceptuelle du risque à l'hôpital. La seconde énonce que la gestion des risques peut être un catalyseur du changement si elle suscite l'adhésion conjointe des médecins et des gestionnaires. La troisième énonce que si elle est globale et intégrée à la gestion globale de l'hôpital, la gestion des risques est un moyen de sortir de la spirale fermée de l'amélioration continue de la qualité.

Méthodologie de recherche

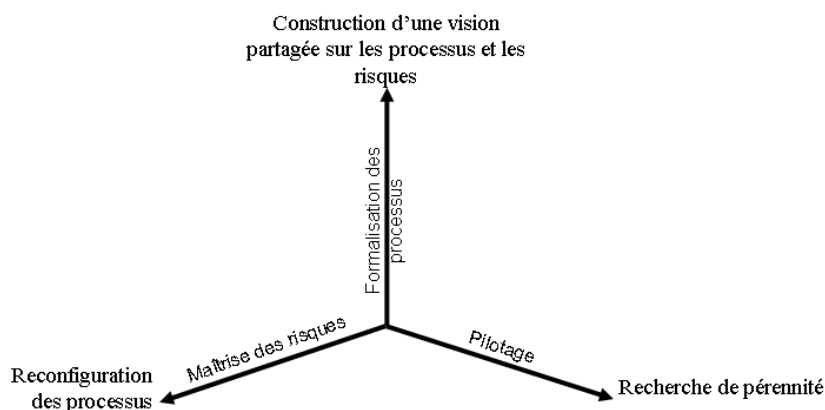
Cette recherche-intervention a été conduite sur trois années. Elle a bénéficié de deux sources de travaux : ceux issus d'une vingtaine de monographies d'établissements hospitaliers français réalisées par nos soins et ceux issus d'études de cas longitudinales menées au sein de deux importants Centres Hospitaliers Universitaires. Dans ce dernier établissement, nous avons participé à un programme de recherche destiné à réfléchir à la mise en place d'un système de gestion des risques. La collecte et la structuration des

savoirs nécessaires à notre recherche ont été réalisées à partir de formes variées d'intervention sur le terrain : des diagnostics opérationnels et stratégiques, des missions d'assistance et d'appui méthodologique ou encore des missions de restructuration. Le matériau recueilli est constitué de rapports d'audits, de notes d'observation, de comptes rendus d'entretiens, de comptes rendus de séminaires ou encore de rapports d'étonnement. Riche, il repose sur une immersion dans le terrain de près de quatre cent journées. Dans cette recherche, le terrain a été à la fois lieu d'ingénierie et source de théories fondées (David, 2000, Avenier et Schmitt, 2007). Nous l'avons considéré comme une condition nécessaire à la recherche mais pas suffisante en ce qu'il n'existe que par rapport à la théorie de la recherche, à la qualité des méthodologies d'investigation et à la mise en perspective de ces deux éléments dans une posture épistémologique clairement énoncée (Plane, 2000).

3 De la « gestion du risque » à la gestion du changement

Nouvelle quête du graal ou nouvelle mode managériale, l'hôpital, contraint à gérer les risques est forcé de d'opérationnaliser cette notion. Comprendre la notion de risque est une chose. Importante, mais il est nécessaire de transformer cette connaissance en action. Ainsi, cette recherche se veut être une piste de réflexion sur une articulation entre la dimension instrumentale d'un outil de gestion incarné par une heuristique générale de gestion des risques et le changement. L'approche de gestion des risques issus de cette recherche repose sur trois pôles (Figure n°2) que sont la recherche d'une vision partagée, la reconfiguration des processus et la recherche de pérennité.

Figure 2 : une approche tripolaire de gestion des risques au service du changement



La recherche d'une vision partagée sur les processus et les risques

Le premier pôle de l'approche tripolaire vise à construire une vision partagée sur les processus de l'organisation (Cossette, 2002 et Varraut, 1999), puis, dans un second temps sur les risques. Cette vision passe par une connaissance et la formalisation des processus de l'organisation. Le risque est vu comme le point d'entrée dans les processus de l'organisation, eux-mêmes vus comme le lieu privilégié du changement. À ce titre, le processus présente trois avantages (Claveranne & Pascal, 2004) :

Tout d'abord, « le processus est un révélateur du management » en permettant de mettre à nu les relations existantes entre les acteurs à l'intérieur et l'extérieur. Transversal par nature lorsqu'il mobilise des

acteurs appartenant à des divisions séparées de l'organigramme, le processus est aussi transversal dans la vision qu'il fournit de fonctionnement formel de ces divisions. Il fournit ainsi des informations sur le degré de spécialisation du travail, le degré de formalisation des comportements ou encore la nature et la qualité des mécanismes de liaison entre les individus et l'organisation du système de contrôle. En définitive, l'analyse des processus de production de soins est indissociable de l'analyse des processus de management, aux premiers rangs desquels se trouvent les processus de décision stratégique et opérationnelle et les processus de contrôle et de pilotage.

Ensuite, « le processus est révélateur des pratiques ». Dans un univers obscur fait d'un maelström d'activités et de tâches diverses et souvent peu, pas ou mal coordonnées, le processus apporte de l'ordre en donnant aux différents acteurs des représentations de leur travail et par là même des éléments de réflexion et des leviers d'action sur celui-ci. L'organisation se trouve pour ainsi dire, mise à nu par cette opération qui relève pour partie de l'introspection lorsqu'il s'agit de représenter son propre travail et ses propres actions et de l'inspection lorsqu'il s'agit d'observer ou de commenter celui des autres

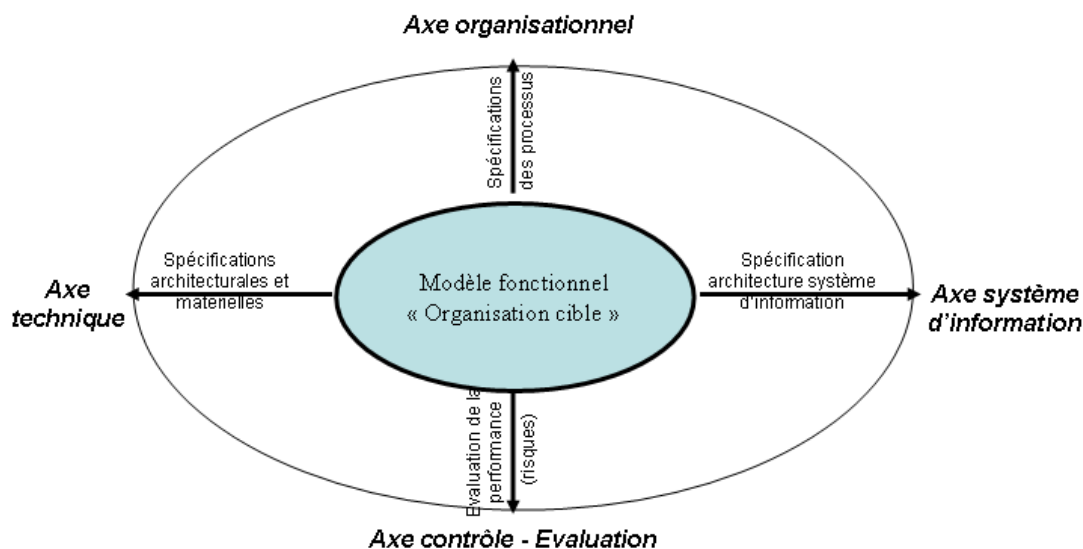
Enfin, « le processus est fédérateur de lien social ». La mise à plat de l'organisation, sa déconstruction, la découverte des rôles de chacun qu'elle entraîne, permettent aux acteurs de porter une lecture critique sur leur pratique collective et, partant de l'améliorer, ouvrent ainsi la boîte noire à un véritable apprentissage organisationnel. À l'hôpital, la source d'apprentissage la plus classique en matière de gestion des risques résulte des événements indésirables qui constituent le déclencheur de l'apprentissage (Leroy, 2000). L'observation des événements indésirables est un point d'entrée dans les processus qui amène, par le biais de l'analyse de l'événement, à l'analyse des processus qui l'ont supporté. Cette analyse des événements indésirables est pertinente dans le sens où elle s'articule avec la réorganisation des processus dans un va et vient de déconstruction-construction générateur d'amélioration de la maîtrise des risques.

Le processus permet la mise à nu de l'organisation. En approchant l'organisation de manière transversale, il permet de prendre en compte les interfaces. Elles sont le lieu de la genèse des événements indésirables et leur connaissance constitue l'étape première de la maîtrise des risques. Elle débouche sur une cartographie des processus et des risques de l'organisation hospitalière, sorte de bilan de l'existant en matière de gestion des risques à partir duquel il est possible d'esquisser les axes d'une reconfiguration des processus destinée à maîtriser les risques mais plus largement à rechercher à améliorer l'efficacité et à changer.

La reconfiguration pour maîtriser et la reconfiguration pour changer

La reconfiguration, rendue légitime aux yeux des médecins au nom de la maîtrise des risques peut prendre plusieurs formes, la plus lourde étant la transformation profonde du processus de type *reengineering* ou *business process reengineering*. La refonte des processus est guidée par la maîtrise des risques ainsi que par « l'envie de faire des acteurs ». Les principes de fonctionnement formalisent le désir du concepteur et, inscrits dans un champ de contraintes, ils transforment « l'envie de faire » en « pouvoir faire ». Le champ de la refonte des processus engagée par le manager qui souhaite maîtriser les risques hospitaliers peut s'appuyer sur un cadre conceptuel (Figure n°3) permettant de décliner l'organisation cible projetée, intégrant la maîtrise des risques, selon des axes organisationnels (spécifications des processus), techniques (ressources matérielles et architecturales mobilisées), système d'information (schéma directeur du système d'information) et contrôle - évaluation (évaluation de la performance de l'organisation cible en termes de niveau de risque résiduel et de coût).

Figure 3 : Cadre conceptuel pour la reconfiguration des processus



La recherche de pérennité et le pilotage

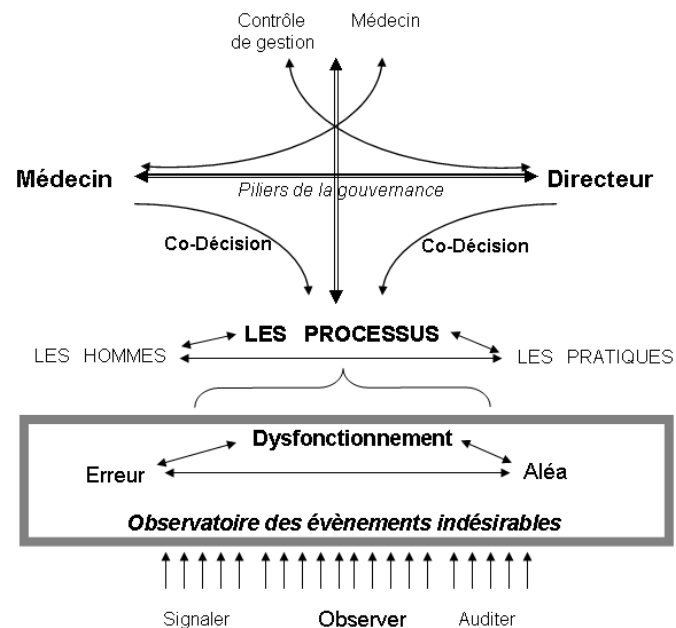
La réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière, dite « plan Mattei » du nom du ministre de la santé qu'il l'a initiée, préoccupe et occupe l'hôpital à un moment où le temps médical est rare. Même si les hôpitaux se mobilisent autour de la gestion des risques, celle-ci n'est pas leur préoccupation première et s'inscrit dans un contexte de réformes larges destinées à faire évoluer l'organisation hospitalière pour répondre à la nécessité de lutter contre les rigidités et le cloisonnement qui pèsent sur le fonctionnement de l'institution. Si la théorie du gouvernement d'entreprise reste à construire (Charreaux, 1997), la gouvernance hospitalière est, elle, embryonnaire. Ses fondements reposent sur deux grands principes, incarnés par la rénovation des instances et la clarification des compétences, matérialisée en particulier par un renforcement des fonctions du conseil d'administration en matière d'évaluation et de contrôle et, par une simplification d'organisation et de procédures en créant des pôles d'activités médicaux sous une co-direction médico-gestionnaire. Cette évolution culturelle vers une co-gestion administrative et médicale est une opportunité pour la mise en œuvre de démarches de gestion des risques pour plusieurs raisons :

- Conjointement à la mise en place de la nouvelle gouvernance hospitalière, la stratégie des établissements devient progressivement médico-gestionnaire. Or, pour Morin et Le Moigne, dans les organisations hospitalières, « *la stratégie, c'est de permettre de mieux communiquer* » (Morin, 1997). Ainsi, en contribuant à fédérer les logiques médicales et gestionnaires, la démarche de gestion des risques constitue une démarche au service de la stratégie de l'hôpital.
- Si l'événement indésirable est un moyen légitime d'entrer dans les processus de l'organisation hospitalière, en permettant le contact entre les médecins et les gestionnaires autour de problèmes inacceptables pour chacun d'entre eux, il devient aussi un moyen de faire accepter le changement.
- L'organisation de l'hôpital ne peut reposer sur la structure de gouvernance telle qu'elle est décrite dans les textes à partir de fonctions. Comme le souligne Rojot (1989), si les structures sont les plus visibles, les interactions entre individus sont tout aussi importantes. Ainsi, les processus organisationnels se structurent autour des comportements des individus. Les processus sont composés de comportements

individuels de deux ou plusieurs personnes, interreliés, appelés interactifs. Ce sont ces processus, fruits de l'organisation des interactifs en fonction d'un certain nombre de règles, qui structurent l'organisation (Rojot, 1989).

Le modèle de gestion des risques issu de notre recherche (Figure n°4) est destiné à piloter et faire vivre la démarche de gestion de risques. Il est inscrit dans le dispositif de la nouvelle gouvernance hospitalière et repose sur quatre niveaux de structuration. Le premier niveau est celui du recueil des événements indésirables au sein d'un observatoire. Ce recueil est issu du signalement des événements indésirables à partir de fiches spécifiques que chacun des acteurs hospitaliers peut remplir, des résultats d'audits internes ou externes ou encore de l'observation des événements indésirables à partir de l'ensemble des bases de données disponibles. Le second niveau est la classification des événements indésirables, par l'observatoire, à travers la grille de lecture « Aléa, Erreur, Dysfonctionnement » issue du modèle conceptuel d'appréhension du risque proposé. Le troisième niveau est la traduction des événements indésirables par un binôme médecin du département d'information médicale et contrôleur de gestion. Les événements indésirables qualifiés par l'observatoire des risques sont traduits en termes de gravité clinique et de coûts par ce binôme. Enfin, le quatrième niveau est celui de la prise de décision. L'information co-traitée est mise à disposition du couple médecin-gestionnaire qui pilote le pôle d'activité médicale. C'est ce couple qui co-décide des actions à entreprendre en fonction de la fréquence et de la gravité de l'événement indésirable en termes cliniques mais aussi en termes juridiques ou d'image de marque pour l'hôpital et en fonction de son coût et du type de plan d'actions à mettre en œuvre.

Figure 4 : Un modèle de gestion des risques intégré à la gouvernance



En contribuant, au-delà de la maîtrise des risques, à s'interroger sur l'organisation et sur le coût des processus de production et donc à la recherche de plus d'efficacité, le dispositif de gestion des risques participe à la nécessité de la démarche de changement à l'hôpital. Il s'inscrit à ce titre dans une forme de gouvernance ingénierique (Chanal et al., 1997)

Conclusion et perspectives

Les objectifs initiaux qui fondaient cette recherche reposaient la définition de la notion de risque dans une perspective transversale et sa mise en œuvre au sein de l'hôpital comme une opportunité de changement. A travers notre réflexion, il est possible de considérer la notion de risque comme les deux visages de Janus : le risque comme menace et le risque comme opportunité. L'originalité de notre recherche est de pouvoir considérer le risque comme une opportunité de changement. La notion de risque et de gestion des risques ne peut plus être qu'un simple postulat de recherche. Elle nécessite comme le soulignent Morin et Le Moigne (1999) non seulement de « *relier, de contextualiser, de globaliser des situations qui ne correspondent plus à l'entendement habituel* », mais aussi de concevoir des outils favorisant l'action. Dans cette perspective, les apports de notre recherche s'articulent autour de deux points :

- le développement de nouvelles connaissances en portant un regard différent sur actions menées à l'hôpital. Les problèmes liés aux risques doivent être considérés comme des situations complexes et être gérées en tant que tel. Il devient nécessaire de comprendre la notion de risque à la lumière des spécificités de l'hôpital, nécessitant le recours à des méthodes et des outils appropriés.
- la proposition d'une démarche afin de rendre intelligible la notion de risque au sein l'hôpital. L'originalité de notre proposition repose sur le fait que nous proposons un cadre d'intervention basé sur la compréhension des risques par les acteurs de l'hôpital. Ce travail a permis de recadrer la situation, c'est-à-dire changer le niveau de regard des acteurs par rapport à une situation donnée. Ce qui implique que « *l'acteur doit faire preuve de cette forme d'intelligence qui consiste moins en la résolution d'un problème qu'en la mise en forme d'un monde partageable* » (Martinet, 1993).

Soulignons pour conclure que la route est encore longue entre la notion de risque et sa gestion tant la distance est grande entre la compréhension du contexte, le choix d'une méthode et sa mise en œuvre et son pilotage, tant la prise de décision est toujours problématique et liée à un hasard et un brouillard de réformes non maîtrisable.

Bibliographie

BACHELARD, G., (1934/1993), *Le nouvel esprit scientifique*, Paris P.U.F.

BARTHELEMY, B., COURREGES, P., (2004), *La gestion des risques, méthode d'optimisation globale*, Editions d'organisation

BORODZICZ, B., (2005), *Risk, crisis and security management*, Wiley Edition

BOUQUIN, H., (1983), «Perversités comptables », *L'alchimie des coûts*, 4^{ème} séminaire de recherche de l'AFC

CANGUILHEM, B., (1966), *Le normal et le pathologique*, PUF

CHARREAUX, G., (1997), *Le gouvernement des entreprises*, Economica

CLAVERANNE, JP., (2006), « Les nouvelles perspectives du management hospitalier », *Les défis de l'hôpital : risques, qualité, performance, compétence*, Congrès de la Fédération Internationale Hospitalière, Nice, 11p

CLAVERANNE, JP., Pascal, C., (2004), *Gérer les processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance*, Médica-Editions

CLAVERANNE, JP., (2005), « Restructurations et recompositions hospitalières », Colloque *Les restructurations hospitalières*, Association Française du droit de la Santé, Université de Paris II

CHANAL, V., LESCA, H., MARTINET, A.-C., (1997), « Vers une ingénierie de la recherche en sciences de gestion », *Revue Française de Gestion*, n° 116, novembre-décembre, p. 41-51.

COSSETTE, P., (2002), *Cartes cognitives et organisations*, Presses De L'universite De Laval.

DAVID, A., (2000), « La recherche intervention, cadre général pour la recherche en management », *Conférence Internationale de Management Stratégique*, 23p

EWALD, JF., (1987), « La faute civile, droit et philosophie », *Droits, Revue française de théorie juridique*

GLOUBERMAN, S., MINTZBERG, H., (1998), « Managing the care of health and the cure of disease », *part 1 & 2 : four worlds*, Working paper, INSEAD, vol 49, p 16-24

GIDDENS, A., (1987), *La constitution de la société*, PUF, Paris.

HUSSON, J., (2005), « Gérer les risques à l'Hôpital, de l'inquiétude des acteurs à la méthode », Thèse pour le doctorat en sciences de gestion, Université Jean Moulin Lyon 3, 452p

KAST, R., LAPIED, A., (2004), *Analyse économique et financière des nouveaux risques*, Gestion Economica

KERVERN, GY., (2005), « La théorie de la description appliquée à l'essentiel des cindyniques », *Colloque de l'Association pour la modélisation de la pensée complexe, Intelligence de la complexité et épistémologie pragmatique*, Cerisy

KERVERN, GY., (1995), *Eléments fondamentaux des cindyniques*, Economica

KNIGHT, F., (1921), *Risk, uncertainty and profit*, First edition, Hart, Schaffner & Marx, Boston : Houghton Mifflin Compagny, Riverside Press

LE MOIGNE, J.-L., (1990), *La modélisation des systèmes complexes*, Paris, Dunod.

LEROY, F., (2000), *Processus d'apprentissage et partage des compétences à l'occasion d'une fusion*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Groupe HEC, pp. 38-44

MARTINET, A.-C., (1993), « Stratégie et pensée complexe », *Revue Française de Gestion*, n° 93, mars-avril-mai, p. 64-72.

MERCIER, J., (2003), *L'administration publique, de l'Ecole classique au nouveau management public*, Presses universitaires de Laval, p.154-160

MORIN, E., (1990), *Introduction a la pensée complexe*, PARIS, E.S.F..

MORIN, E, LE MOIGNE, J.L., (1999), *L'intelligence de la complexité*, Paris, L'Harmattan.

MORIN, E., Le MOIGNE, JL., (1997), *Comprendre la complexité dans les organisations de soins*, Aspepe Editions, 85p

PERROW, C., (1999), *Normal accidents : living with high risk technologie*, Princeton University Press, 2^{ème} Edition

PLANE, JM., (2000), *Méthodes de recherche intervention en management*, L'Harmattan

ROJOT, J., BERGMAN A., (1989), *Comportements et organisations*, Vuibert

SCHMIDT, C., (1999), « Prospective et théorie des jeux », *Futuribles*

SIENOU, A., LAMINE, E., PINGAUD, H., (2008), « A method for integrated management of process-risk », *Governance, risk and compliance - applications in information systems*, vol 339, pp. 16-30

ST-PIERRE, J., (2008), « La gestion des risques, une pratique de gestion de plus en plus nécessaire pour «protéger» sa compétitivité », dans C. Schmitt, *Regards sur l'évolution des pratiques entrepreneuriales*, Presses de l'Université du Québec, p. 209-226.

STAYNES, A., (2007), « La relation programme qualité / résultats cliniques : du concept à sa mise en œuvre dans trois systèmes hospitaliers », Thèse pour le doctorat en sciences de gestion, IFROSS, Université Lyon 3, 468p

THOM, R., (1993), *Prédire n'est pas expliquer*, Champ Flammarion.

Varraut, N., (1999), « De la vision à l'intention stratégique: une application au dirigeant propriétaire de PME », *Economie et Société, série Sciences de Gestion*, no 26-27.