

De la compréhension collective de l'activité réelle à la conception participative de l'organisation : plaidoyer pour une intervention ergonomique capacitante.

Anne Raspaud

► **To cite this version:**

Anne Raspaud. De la compréhension collective de l'activité réelle à la conception participative de l'organisation : plaidoyer pour une intervention ergonomique capacitante.. Sociologie. Conservatoire national des arts et métiers - CNAM, 2014. Français. NNT : 2014CNAM0959 . tel-01140901

HAL Id: tel-01140901

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01140901>

Submitted on 9 Apr 2015

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.



ÉCOLE DOCTORALE ABBE GREGOIRE

CENTRE DE RECHERCHE SUR LE TRAVAIL ET LE DEVELOPPEMENT

THÈSE présentée par :

Anne RASPAUD

soutenue le : 10 décembre 2014

pour obtenir le grade de : **Docteur du Conservatoire National des Arts et Métiers**

Discipline/ Spécialité : Ergonomie

**De la compréhension collective de l'activité réelle
à la conception participative de l'organisation :
plaidoyer pour une intervention ergonomique
capacitante**

THÈSE dirigée par :

M. FALZON Pierre

Professeur, CNAM

RAPPORTEURS :

M. DANIELLOU François

Professeur, Université de Bordeaux

Mme ZIMMERMANN Bénédicte

Directrice d'études, EHES

JURY :

Mme MOLLO Vanina

Maître de Conférences, IPST-CNAM

Mme SERVAT Martine

Directrice de la stratégie médico-scientifique, CHU de Toulouse

A mon époux et mes enfants, avec tout mon amour.

Remerciements

A Pierre Falzon, sans qui cette thèse n'aurait pu voir le jour. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée, pour l'espace d'autonomie « régulé et éclairé » que vous m'avez offert et qui m'a permis de progresser et de structurer ma pensée.

Aux membres du Jury d'avoir accepté de lire et d'évaluer cette thèse.

Au docteur Martine Servat, pour m'avoir offert la possibilité et les moyens de réaliser cette thèse. Merci pour votre investissement personnel, votre écoute et votre soutien tout au long de ce travail de recherche.

À Marie-Hélène Borie et Isabelle Roulier, qui les premières, ont cru au potentiel de développement de l'ergonomie dans le monde hospitalier.

Au professeur Jean Puget et à Guy Pottier, pour leur confiance et pour leurs conseils pertinents. Leurs départs prématurés m'ont beaucoup attristée.

À tous les membres du CHU, et tout particulièrement à l'ensemble des participants du groupe de travail, pour votre investissement et votre engagement dans ce projet collectif.

Aux rencontres, à la fois professionnelles et amicales, que j'ai pu faire lors de ces années : Monsieur Castel, Céline, Claude, Isabelle, Laurent, Michelle, Mireille, Myriam, Virginie... Anita et Catherine, merci de m'avoir offert votre amitié et d'avoir été là dans les moments de doute.

A mes soutiens de longue date : Irène Gaillard pour m'avoir communiqué ta passion de l'ergonomie, Michel Mazeau pour nos discussions constructives et ton éclairage avisé qui m'ont aidée dans la rédaction de ce manuscrit.

Et enfin, des mercis mille fois renouvelés à ma famille pour leur soutien inconditionnel, et en particulier à mon époux, pour tout l'amour et l'engagement que tu m'as apporté. Merci encore à mes parents d'avoir été une fois de plus mes lecteurs assidus.

Résumé

Cette thèse applique et développe le paradigme de l'ergonomie constructive à la conception de l'organisation. Le développement de l'individu et des organisations est présenté à travers l'approche des capacités et plus spécifiquement par l'approche des capacités collectives, qui ne sont pas la seule juxtaposition ou agrégation de capacités individuelles mais supposent l'émergence d'une possibilité nouvelle et collective d'agir et de créer.

Dans cette dynamique développementale et constructive, la recherche s'appuie sur une intervention de (re)conception d'un processus de soin innovant - la chirurgie ambulatoire - et définit et met en œuvre une méthodologie de l'intervention qui pose le développement comme le moyen et la finalité de l'action. La méthodologie repose sur la mise en place d'un environnement qui (au moins le temps de l'intervention) soit capacitant et sur une démarche ergonomique qui serve le développement des capacités des opérateurs au travers de l'activité collective conjointe. Le résultat de ce processus est la mise en œuvre d'une agencité collective qui permet au groupe d'atteindre un objectif commun de transformation des règles de travail. Cette volonté partagée entre les membres du groupe et les possibilités effectives ont facilité la conception d'une organisation du travail collectif.

Deux étapes ont guidé l'intervention ergonomique : la construction du diagnostic de la situation à transformer et la conduite du changement de l'organisation à améliorer. La première étape a consisté à analyser le travail et ses contradictions : en quoi l'organisation constitue-t-elle un frein ou un moteur au développement de l'activité collective conjointe, ressource au développement des capacités collectives ? Les résultats du diagnostic ont mis en évidence le bouleversement des standards professionnels des soignants engendré par la chirurgie ambulatoire et la difficulté des soignants à construire une organisation qui favorise le collectif transverse et l'activité collective conjointe. Au regard de ces résultats, la seconde étape a favorisé et soutenu la participation active des opérateurs aux démarches de changement et de conception. Dans un premier temps l'ergonome a mis en place une dynamique encourageant la confrontation des représentations du travail de chacun et leur mise en débat. Cette dynamique a permis la construction d'une représentation partagée de l'existant, nécessaire à la conception d'une situation future. Dans un second temps, une méthodologie de conception participative de l'organisation a été mise en œuvre, aboutissant à un projet d'organisation de la chirurgie ambulatoire.

Cette recherche interroge enfin la compréhension du rôle de l'ergonome comme facteur de conversion dans ce processus de transformation de l'organisation et la modélisation de l'action ergonomique de transformation.

Mots clés : ergonomie constructive, développement, agencité collective, capacités collectives, activité collective conjointe, facteur de conversion, intervention capacitante.

Résumé en anglais

This thesis develops and applies the paradigm of constructive ergonomics to organizational design. The development of individuals and organizations is presented through the capability approach, and more specifically through the approach of collective capabilities. These are not the mere juxtaposition or aggregation of individual capabilities but involve the emergence of a new and collective possibility to act and create.

In this constructive and developmental perspective, the research is based on a redesign intervention regarding an innovative care process - outpatient surgery. It defines and implements an intervention methodology that considers development as the means and the end of the action. The methodology rests on setting up an enabling environment (at least during the intervention) and an ergonomic approach which supports the development of operators' capabilities through the joint collective activity. This process promotes a collective agency which allows the group to fulfil a common goal of transforming work rules. This shared commitment within the group and the actual opportunities for change have facilitated the design of an organization of collective work.

The ergonomic intervention has proceeded in 2 steps: the construction of a diagnosis regarding the situation to be transformed and the management of the organizational change. The first step consisted in analyzing work and its contradictions: is the organization impeding or encouraging the joint collective activity development? Is it a resource for the development of collective capabilities? The diagnosis has highlighted the disruption of professional standards of care staff generated by outpatient surgery and the difficulty of the care staff in building an organization that promotes a transverse team and a collective joint activity. In view of these results, the second step has fostered and supported the active participation of operators in processes of change and design. At first, the ergonomist has implemented a dynamics encouraging the debate about the representations of work. This has led to a shared representation of the current situation, required for the design of a future situation. Then, a participatory methodology of organizational design has been implemented leading to an organization project of ambulatory surgery.

Finally, this research questions the role of the ergonomist as a conversion factor in this process of organizational transformation and proposes a model of ergonomic transformation action.

Keywords : constructive ergonomics, development, collective agency, collective capabilities, joint collective activity, conversion factor, enabling interventions.

Tables des matières

REMERCIEMENTS	3
RESUME.....	4
RÉSUMÉ EN ANGLAIS.....	5
LISTES DES TABLEAUX.....	12
LISTES DES FIGURES.....	12
INTRODUCTION ET CONTEXTE DE LA RECHERCHE	14
1. L'INTERVENTION ERGONOMIQUE SOUS LE PRISME DU DEVELOPPEMENT	15
2. LE CONTEXTE DE L'INTERVENTION	19
2.1. La chirurgie ambulatoire : laboratoire de changement à l'hôpital	20
2.1.1. La chirurgie ambulatoire : une définition.....	20
2.1.2. La chirurgie ambulatoire : un concept de soin innovant	22
3. L'INTERVENTION ERGONOMIQUE DANS UN PROJET DE TRANSFORMATION DE L'ORGANISATION : DEVELOPPER LES INDIVIDUS, LES COLLECTIFS ET LES ORGANISATIONS	23
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE.....	27
CHAPITRE 1. DES CAPABILITES INDIVIDUELLES AUX CAPABILITES COLLECTIVES DES ACTEURS SOCIAUX	28
1. L'APPROCHE DES CAPABILITES : AU SERVICE DE LA LIBERTE DE L'INDIVIDU.....	29
1.1. Le choix social comme fondement théorique	29
1.2. Des droits d'accès à l'approche par les capacités.....	31
1.3. De l'approche par les capacités aux libertés réelles	33
2. CONCEPTS FONDATEURS DE L'APPROCHE PAR LES CAPABILITES : FONCTIONNEMENT, CAPABILITE ET RESSOURCES	38
2.1. Fonctionnements et capacités : le pouvoir faire et le pouvoir être de l'individu.....	38
2.2. Entre ressources et capacités : une distance à parcourir.....	42
2.3. Les facteurs de conversion : un levier essentiel.....	43

3. AU-DELA DE SEN : AGENCEITE, DIMENSION COLLECTIVE DE LA LIBERTE INDIVIDUELLE ET CAPABILITES COLLECTIVES	48
3.1. La notion d'agenceité	48
3.2. La dimension collective de la liberté	52
3.3. Les capacités collectives : des éléments de compréhension	53
4. POUR CONCLURE : DES CAPABILITES COLLECTIVES A L'ACTIVITE COLLECTIVE	61
CHAPITRE 2. L'ACTIVITE COLLECTIVE : TEMOIN DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'AGENCEITE COLLECTIVE ET MOTEUR DES CAPABILITES COLLECTIVES	64
1. LE TRAVAIL COLLECTIF RESSOURCE POUR L'AGENCEITE COLLECTIVE ET L'EFFICACITE DE L'ACTION COLLECTIVE	65
1.1. Les différentes formes du travail collectif	70
1.1.1. La co-activité	70
1.1.2. La co-action	71
1.1.3. La coopération	71
1.1.4. La collaboration	80
1.1.5. L'aide et l'entre-aide	80
1.2. La présence de tous dans l'activité de chacun : ressource essentielle au travail collectif	82
1.2.1. La synchronisation cognitive : la construction de connaissances et de références communes	83
1.2.2. La synchronisation opératoire : la coordination des actions à réaliser	87
1.3. Pour conclure : le comment et le pourquoi du travail collectif	90
2. LES COLLECTIFS DE TRAVAIL PENSES COMME RESSOURCE POUR LES CAPABILITES COLLECTIVES	95
2.1. Le collectif métier : une référence en ergonomie	96
2.2. Vers de nouvelles formes de collectif de travail : collectif transverse versus opérateur collectif	99
2.3. Les conditions d'émergence et de développement d'un opérateur collectif	102
2.3.1. Des espaces de délibération : possibilité effective de faire mieux ensemble	103
2.3.2. Du temps pour établir des relations de confiance	104
2.3.3. Des marges de manœuvre : soutien à la reconnaissance des compétences et de la qualité du travail de l'autre	107
3. L'ACTIVITE COLLECTIVE : POUR LE DEPLOIEMENT DE L'AGENCEIETE COLLECTIVE ET L'EMERGENCE DES CAPABILITES COLLECTIVES	112
3.1. L'activité collective : couplage du travail collectif et du collectif de travail	112
3.2. L'activité collective conjointe : zone construite entre des systèmes d'activités en interaction	113
3.3. Vers un développement de l'activité collective : déploiement de l'agenceité collective et émergence des capacités collectives	117
DEUXIEME PARTIE : PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE .	119
CHAPITRE 3. PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE	120
CHAPITRE 4. LE TERRAIN DE RECHERCHE	123

1.	LA « CHIRURGIE AMBULATOIRE » : UN PROCESSUS ORGANISATIONNEL COMPLEXE	123
1.1.	Le processus de chirurgie ambulatoire au CHU de Toulouse.....	125
1.2.	Les trois étapes clés du processus de chirurgie ambulatoire.....	129
1.2.1.	La sélection des patients : les critères d'éligibilité.....	129
1.2.1.1.	Critères de sélection médicaux et chirurgicaux (ANAP, 2012).....	129
1.2.1.2.	Critères de sélection psycho-sociaux et environnementaux (ANAP, 2012)	130
1.2.2.	L'appel de la veille	131
1.2.3.	La sortie du patient	131
2.	LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CHU DE TOULOUSE : DES CHOIX INSTITUTIONNELS.....	132
2.1.	Les unités de chirurgie ambulatoire : des structures autonomes-intégrées	132
2.2.	Le fonctionnement des unités de chirurgie ambulatoire	134
2.3.	Des unités de chirurgie ambulatoire à l'activité chirurgicale multidisciplinaire.....	136
	CHAPITRE 5. LA METHODOLOGIE DEPLOYEE : UNE COMBINAISON DE METHODES	137
1.	LES OBSERVATIONS IN SITU	138
1.1.	Les observations ouvertes.....	139
1.2.	Les observations systématiques.....	140
1.2.1.	La première phase d'observation	141
1.2.2.	La seconde phase d'observation	142
2.	DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS REALISES AUPRES DES PROFESSIONNELS ET DES PATIENTS	143
2.1.	Le protocole d'entretien.....	145
2.1.1.	Les entretiens menés auprès des patients	145
2.1.2.	Les entretiens menés auprès des professionnels.....	146
2.2.	Mise en œuvre pratique	146
2.2.1.	Les entretiens avec les patients	146
2.2.2.	Les entretiens avec les professionnels	148
2.3.	Méthodes d'analyse des entretiens	148
3.	LA MISE EN ŒUVRE D'UN PROBLEME DE SIMULATION : L'ANALYSE DES CRITERES D'ELIGIBILITE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE	149
3.1.	La construction des cas fictifs.....	150
3.2.	Mise en œuvre	154
3.3.	L'analyse des données expérimentales	155
4.	LA MISE EN ŒUVRE D'UNE CONCEPTION PARTICIPATIVE : CONSTRUIRE COLLECTIVEMENT LE TRAVAIL	155
4.1.	Construire un système partagé : simuler collectivement le processus réel	156
4.1.1.	La verbalisation conjointe à l'activité réelle simulée.....	160
4.1.2.	L'utilisation d'aides au rappel constructifs de l'activité : les situations d'action dynamiquement évoquées dans l'interaction et les demandes de clarification par questionnement	160

4.1.2.1.	Introduction de situations d'action dynamiquement évoquées dans l'interaction au cours de la phase de construction du processus.....	160
4.1.2.2.	L'introduction de demandes de complément et de clarification des données	163
4.2.	Analyser collectivement l'existant et décider des objectifs à atteindre	163
4.3.	Concevoir collectivement des solutions de l'activité future	164
4.3.1.	Favoriser l'émergence de solutions multiples : la recherche de solutions en sous-groupes.....	165
4.3.2.	Le rôle de l'argumentation dans l'activité de conception	165
5.	VALIDATION DES DONNEES.....	167
TROISIEME PARTIE : PARTIE EMPIRIQUE.....		168
CHAPITRE 6 : ANALYSE DE L'ACTIVITE ET DIAGNOSTIC.....		169
1.	DES REPRESENTATIONS DIFFERENTES D'UNE SITUATION COMMUNE	169
1.1.	La chirurgie ambulatoire : un débat autour de la notion de « pour ou contre »	169
1.1.1.	Le point de vue des patients	169
1.1.2.	Le point de vue des professionnels	173
1.2.	Au-delà des critères : qu'est-ce qu'un patient éligible ?.....	175
1.2.1.	Caractéristiques générales des raisonnements observés.....	177
1.2.1.1.	La compréhension des critères chirurgicaux : la mise en évidence d'un collectif métier	178
1.2.1.2.	La compréhension des critères sociaux : une interprétation personnelle	180
1.2.1.3.	Le choix d'une chirurgie ambulatoire : une prise de décision ambiguë	184
2.	LE PROCESSUS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE : DES SYSTEMES D'ACTIVITE QUI COHABITENT	186
2.1.	Des patients attentifs à l'organisation ambulatoire	186
2.2.	Une organisation du travail orientée spécialités plutôt qu'ambulatoire	187
2.2.1.	Une coordination des équipes difficiles	188
2.2.2.	Un parcours discontinu : des récupérations d'aléas	191
2.2.2.1.	Le dossier de chirurgie ambulatoire	191
2.2.2.2.	L'appel de la veille	191
3.	DISCUSSION DES RESULTATS DU DIAGNOSTIC	193
4.	QUELLES CONSEQUENCES POUR LA TRANSFORMATION DE L'ORGANISATION ?.....	198
CHAPITRE 7. CONCEVOIR COLLECTIVEMENT UNE ORGANISATION EN CHIRURGIE AMBULATOIRE : L'ACTIVITE COLLECTIVE RESSOURCE DU DEVELOPPEMENT.....		201
1.	LA CONSTRUCTION SOCIALE DU PROJET « DEVELOPPEMENT COLLECTIF DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE »	202
1.1.	L'objectif du projet : développer collectivement une organisation de chirurgie ambulatoire	202
1.2.	La communication sur le projet « Développement de la chirurgie ambulatoire »	204
1.2.1.	L'implication des pôles dans le projet	204

1.2.2.	Mise en place d'un comité de pilotage.....	206
1.3.	Les acteurs du projet « Développement de la chirurgie ambulatoire ».....	206
2.	LE ROLE DE L'EQUIPE D'ANIMATION : CONDUIRE L'ACTION ET LA REFLEXION SUR L'ACTION	210
2.1.	Construire le contenu des réunions.....	210
2.2.	Animer, alimenter et soutenir les débats.....	211
2.3.	Les moments réflexifs sur l'action de conception	211
2.3.1.	La nécessité d'une synchronisation cognitive pour un travail collectif de coanimation	212
2.3.2.	Une démarche itérative entre réflexion et construction.....	213
2.3.3.	Analyse réflexive de la pratique de l'ergonome.....	216
3.	LA CONSTRUCTION COLLECTIVE DES PRATIQUES PRESENTES ET FUTURES	220
3.1.	Définir un cadre participatif lisible et explicite pour chaque participant	220
3.1.1.	Soutenir la démarche par un engagement institutionnel	221
3.1.2.	Etre transparent pendant et après les réunions	221
3.1.3.	La contractualisation des règles de fonctionnement du groupe : préalable à l'engagement des participants au projet collectif	222
3.2.	Le partage du diagnostic : une première mise en commun des résultats pour comprendre ensemble	224
3.3.	Un outil d'aide à la synchronisation cognitive des participants : construction des séquences du processus de chirurgie ambulatoire.....	227
3.3.1.	La nécessité des participants de s'ajuster sur les notions de besoin, comment, résultat pendant la phase de préparation.....	228
3.3.2.	La constitution des sous-groupes : une configuration collectif métier et collectif transverse..	230
3.3.2.1.	Les sous-groupes du type « activité » : une ressource pour générer des comportements coopératifs.....	230
3.3.2.2.	Les sous-groupes du type « métier » : une ressource pour harmoniser les pratiques	233
3.3.3.	Le rôle de l'ergonome dans la phase de préparation : mobiliser les ressources	235
3.4.	La cartographie du processus réel pour mieux comprendre ensemble : développement conjoint d'une culture collective et d'une analyse de l'activité réelle	237
3.4.1.	La construction d'un artefact : ressource au développement de l'activité collective conjointe	238
3.4.2.	Le rôle de l'ergonome : mobiliser les ressources dans la construction	241
3.4.3.	L'émergence de différence : une ressource pour l'analyse collective de l'activité réelle et la construction de l'activité future.....	244
3.4.3.1.	L'utilisation de situations d'action dynamiquement évoquées : un moyen pour atteindre un objectif différent entre l'ergonome et les participants.....	245
3.4.3.2.	L'émergence d'un collectif de travail transverse.....	248
3.5.	Le développement de l'agencité collective : décider des objectifs à atteindre collectivement	249
3.6.	Formaliser l'activité future et confronter les solutions	251
3.6.1.	L'émergence de solutions multiples	252
3.6.2.	Conception collective de l'activité future : la recherche de solutions consensuelles	255
3.6.3.	Le rôle de l'ergonome : transformer les capacités en action	259
3.7.	Les résultats de l'intervention.....	262
	DISCUSSION GENERALE	265
1.	POUR UNE INTERVENTION ERGONOMIQUE CAPACITANTE.....	265
1.1.	Le diagnostic : la première étape à la construction d'une intervention capacitante.....	267
1.2.	Construire socialement l'intervention versus implication des parties prenantes	268

1.3. Conduire le changement : proposition de méthodologie et rôle de l'ergonome.....	274
2. LA GENERALISATION DE LA METHODOLOGIE	278
3. QUEL ROLE POUR L'ERGONOME DANS UNE INTERVENTION CAPACITANTE ?	282
3.1. L'ergonome : un facteur de conversion dans la transformation de l'organisation	282
3.2. L'intervention une ressource pour développer le potentiel d'actions de l'ergonome : modélisation d'une forme outillée de la pratique réflexive de l'ergonome	285
BIBLIOGRAPHIE	290
ANNEXES	314
ANNEXE N° 1 : CONTENU DES REUNIONS DU GROUPE DE TRAVAIL PREVU INITIALEMENT « DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE »..	315
ANNEXE 2. L'ANALYSE DU PROCESSUS REEL : GROUPE DE TRAVAIL DE CHIRURGIE AMBULATOIRE	317

Listes des tableaux

Tableau 1 : Les principaux facteurs de développement des capacités (Bryson & Meritt,2008)	45
Tableau 2 : Typologie : nature des liens intra-organisationnels (Khenniche, 2010).....	74
Tableau 3 : Les spécificités de l'hospitalisation traditionnelle et de la chirurgie ambulatoire	123
Tableau 4 : Comparaison des modalités d'hospitalisation en chirurgie traditionnelle et en chirurgie ambulatoire	128
Tableau 5 : répartition des patients interrogés par rapport aux spécialités chirurgicales et aux unités de chirurgie ambulatoire	147
Tableau 6 : Présentation du contenu des cas fictifs en fonction des critères d'éligibilité perturbés	153
Tableau 7 : Identification des éléments perturbateurs pour chaque cas fictif	154
Tableau 8 : Ensemble des réponses des chirurgiens par cas fictifs ; Légende : A - Ambulatoire, NA - Non Ambulatoire, NO - Non Opéré, ACC - Ambulatoire sous Condition Chirurgicale, CH - Chirurgien.....	177
Tableau 9 : Justification d'une modalité d'hospitalisation en fonction des critères énoncés (problème 2)	183
Tableau 10 : Combinaison des critères par chirurgien pour un choix thérapeutique	183
Tableau 11 : Répartition des membres du groupe de travail par pôles et par équipes.	208
Tableau 12 : Comparaison entre le contenu prévu et contenu réalisé lors des réunions du groupe projet	216
Tableau 13 : Initiations des débats par type d'intervenants	245
Tableau 14 : Les propositions d'améliorations issues des sous-groupes	252

Listes des figures

Figure 1 : L'approche par les capacités adaptée de Fernagu Oudet, 2012a	47
Figure 2 : L'approche par les capacités appliquée à l'organisation, adapté de Bonvin & farnaque, 2007 et Fernagu-Oudet, 2012.	59
Figure 3 : Les interactions entre les capacités, la liberté et l'agencité au niveau collectif ..	60
Figure 4 : L'action collective : élément déterminant du processus de changement social et du développement des capacités individuelles et collectives	62
Figure 5 : Formes du travail collectif (De la Garza et Weill-Fassina, 2000)	70
Figure 6 : Rapports horizonraux, transversaux et verticaux – Cas d'un établissement hospitalier privé.....	74
Figure 7 : Architecture de la coopération.....	91
Figure 8 : Modèle de l'activité de travail (adapté de Vézina, 2001).....	108
Figure 9 : Modèle de l'activité collective (Caroly, 2011).....	113

Figure 10 : Modélisation d'un système activité, d'après Engeström (2005 p. 30)	114
Figure 11 : Les composants des systèmes d'activité en interaction (inspiré d'Owen, 2008). 116	
Figure 12 : Les étapes du processus de chirurgie ambulatoire.....	125
Figure 13 : L'ensemble des équipes présentes autour du patient dans le processus de chirurgie ambulatoire Légende : AR : Anesthésie-Réanimation ; UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire, SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle	126
Figure 14 : Les différentes étapes de notre intervention	138
Figure 15 : Schématiser les interactions entre les membres d'un même processus.....	158
Figure 16 : Matérialisation selon la logique processus de l'accueil du patient en consultation	159
Figure 17 : Les décisions chirurgicales en fonction des cas fictifs proposés.....	176
Figure 18 : Modélisation du raisonnement opéré par les chirurgiens	185
Figure 19 : L'organisation de chirurgie ambulatoire : des systèmes d'activité juxtaposés, adapté d'Owen, 2008.....	190
Figure 20 : Le processus de chirurgie ambulatoire : un ensemble de systèmes d'activités frontalisés, adapté d'Owen, 2008.....	197
Figure 21 : Le cycle de développement (d'après Béguin & Cerf, issus d'Engeström, 1999) 199	
Figure 22 : Taux global de Chirurgie Ambulatoire de la spécialité traumatologie/orthopédie par équipes (par nombre de séjour et par pourcentage)	207
Figure 23 : L'enchaînement des activités à l'intérieur du flux.....	228
Figure 24 : Le rôle de l'ergonome : mobiliser les ressources, adapté de Bonvin & Farnaque, 2007 et Fernagu-Oudet, 2012.....	236
Figure 25 : La méthodologie redéfinie au cours de l'activité de conception	238
Figure 26 : Représentation du processus chirurgie ambulatoire par les membres du groupe de travail.....	239
Figure 27 : Répartition des typologies des interventions	241
Figure 28 : Les différences catégories de questions de clarification posées par l'ergonome 242	
Figure 29 : Mobiliser les ressources : enrichir les représentations et élargir les options futures	246
Figure 30 : Les étapes impactées par les propositions des sous-groupes.....	253
Figure 31 : Les étapes impactées par les propositions du groupe (G).....	259
Figure 32 : L'ergonome facteur de conversion : transformer les capacités en action	262
Figure 33 : Les deux étapes de l'intervention ergonomique	266
Figure 34 : Les 5 étapes de la méthodologie proposée	275
Figure 35 : L'ergonome : un facteur de conversion artefactuel pour la transformation de l'organisation.....	283
Figure 36 : L'intervention ressource de développement des capacités de l'ergonome	286
Figure 37 : Architecture de la coopération du groupe d'animation (adapté de Loiselet & Hoc, 2001).....	287

Introduction et contexte de la recherche

Cette thèse en ergonomie applique et développe le paradigme de l'ergonomie constructive à la conception de l'organisation. Dans l'approche de l'ergonomie constructive, « *l'ergonomie ne peut se satisfaire d'une vision ponctuelle, statique, de l'adaptation, qui réduirait l'objectif de l'ergonomie à la conception de systèmes adaptés au travail tel qu'il est défini à un moment donné, aux opérateurs tels qu'ils sont à un moment particulier, aux organisations telles qu'elles opèrent là et maintenant. L'objectif de l'ergonomie doit être le développement.* (Falzon, 2013 p1) », le développement des individus, des collectifs et des organisations.

1. L'intervention ergonomique sous le prisme du développement

Le terme « développement » s'inspire de l'approche des capacités initiée par Amartya Sen (1999, 2002, 2003). La transposition de ce modèle à l'organisation sera décrite dans le cadre théorique. Nous aborderons les notions de capacités collectives et d'agencéité collective ainsi que leurs interactions, ressource pour le développement de la liberté des acteurs (chapitre 1). De l'exercice des capacités de base d'une personne découle son agencéité, c'est-à-dire la capacité de cette personne à être et agir en tant qu'acteur social ; l'agrégation des acteurs sociaux permet la formation d'une capacité collective, qui elle-même rend possible l'action collective. La mise en œuvre de l'action collective génère des accomplissements ou fonctionnements (l'élaboration de nouvelles règles, l'acquisition de compétences, le développement de l'autonomie...) qui vont renforcer la liberté des individus par le développement de l'agencéité collective et des capacités collectives. Nous nous intéresserons ainsi au concept de l'action collective définie comme l'articulation du travail collectif et du collectif de travail, ressource pour la performance, le développement de la santé et des compétences (chapitre 2). L'individu, l'agent et l'acteur social se construisent et se développent dans l'interaction avec le monde et dans l'action collective et c'est bien cette activité constructive, développementale des sujets et des collectifs qui constitue le moteur de l'apprentissage, de la transformation et de la performance, ressource pour l'émergence de nouvelles libertés pour les individus.

Dans ce nouvel objectif d'une ergonomie « constructive » le développement apparaît à la fois comme un fait, un objectif et un moyen (Falzon, 2013) :

1- Un fait : au cours de la pratique les opérateurs, les collectifs développent des compétences à la fois sur des savoirs et savoir-faire liés à la tâche ainsi que des savoirs sur eux-mêmes. Ces compétences ont une double finalité de performance et de bien-être (Falzon, 2013). Ainsi les individus apprennent au cours de la pratique et peuvent se développer, plus ou moins facilement, en fonction des environnements dans lesquels ils évoluent. L'activité apparaît certes productive mais également constructive puisqu'elle permet, sous certaines conditions, que les individus se construisent dans leur travail.

2- Un objectif : le développement constitue également une finalité de l'action ergonomique. L'ergonomie constructive amène à dépasser l'ergonomie de l'activité et vise à élargir les enjeux des interventions (Petit, Querelle & Daniellou, 2007). Il ne s'agit plus uniquement de veiller aux aspects dangereux et délétères des situations de travail mais d'aller au-delà, en veillant aux aspects développementaux c'est-à-dire en éliminant les entraves à la réussite et en facilitant le processus de développement, en veillant à ce que le travail puisse permettre à chacun de se développer et maximise les opportunités offertes (Falzon, 2005c). La mise en place d'un environnement capacitant a pour objectif précisément l'accroissement des capacités des individus et des collectifs. L'enjeu pour l'ergonomie est de transférer cette notion à l'organisation en s'attachant à la façon dont l'organisation, au sens très large, peut favoriser le développement des individus.

L'environnement capacitant du point de vue de l'ergonomie a été défini en incluant trois points de vue (Falzon, 2006 ; Pavageau, Nascimento & Falzon, 2007 ; Falzon & Mollo, 2009 ; Falzon, 2013) :

- *d'un point de vue préventif, un environnement capacitant est un environnement qui n'a pas d'effets néfastes sur l'individu et préserve donc ses capacités futures d'agir. On retrouve ici un aspect très classique – et toujours d'actualité – des interventions ergonomiques : il s'agit de détecter et prévenir les risques, d'éliminer l'exposition aux toxiques ou à des exigences qui entraînent à long terme des déficiences ou des effets psychologiques négatifs, etc.*
- *d'un point de vue universel, un environnement capacitant est un environnement qui prend en compte les différences inter-individuelles (caractéristiques anthropométriques, mais aussi différences d'âge, de genre, de culture) et qui*

compense les déficiences individuelles (liées au vieillissement, aux maladies, aux incapacités). C'est donc un environnement qui prévient l'exclusion et le chômage.

- *d'un point de vue développemental, un environnement capacitant est un environnement qui permet aux personnes et aux collectifs de réussir, c'est-à-dire de mettre en œuvre leurs capacités de façon efficace et fructueuse. Cet environnement, non seulement, n'entrave pas les capacités mais rend les personnes capables de développer de nouveaux savoir-faire et de nouvelles connaissances, d'élargir leurs possibilités d'action, leur degré de contrôle sur leurs tâches et sur la façon dont ils la réalisent, c'est-à-dire leur autonomie : un environnement d'apprentissage continu » (Falzon, 2013 p3-4).*

Un environnement « capacitant » est alors un environnement de travail qui rend les opérateurs capables de penser, de débattre et d'agir sur leur travail (Daniellou, 2003).

3- Un moyen : le développement apparaît comme un moyen de l'action ergonomique. Il s'agit de favoriser des dynamiques de développement et d'apprentissage au cours même de l'intervention et de concevoir des systèmes de travail qui eux-mêmes favorisent le développement : *le développement comme moyen sert alors le développement comme objectif* (Falzon, 2013 p 4). Les processus de l'intervention doivent être pensés comme des processus de développement. L'ergonome se fait le pivot d'une démarche « participative-développementale » à double objectif : la transformation de l'ensemble des acteurs (de l'opérateur au responsable) et la production d'une organisation qui permettent le développement c'est-à-dire une organisation capacitante.

Nous retiendrons la définition de l'organisation capacitante par Arnoud (2013). L'auteur retient trois caractéristiques d'une telle organisation. L'organisation capacitante est une organisation qui est (Arnoud, 2013 p 139) :

- *Instrumentalisable* : une organisation capacitante est une organisation-instrument. Elle traduit le couplage de la structure organisationnelle (artefact) avec les schèmes d'utilisation développés par les opérateurs pour faire face aux situations rencontrées (Petit, 2005). Elle propose un cadre – une structure-artefact qui confère une « *forme de stabilité* » à l'organisation (Petit, 2005, p. 174) - qui fournit des ressources, des conditions, des situations potentielles pour l'activité et des possibilités pour chacun (Rabardel, 2005). Le développement de schèmes d'utilisation chez les opérateurs et les mécanismes

d'appropriation vont permettre à chacun de mettre l'artefact « à sa main » de le modifier pour mieux s'en servir (Petit, Querelle, & Daniellou, 2007). C'est une organisation qui se prête à l'adaptation d'elle-même à travers les usages et qui au-delà du cadre prend en compte les activités de régulation et de structuration afin de penser ensemble le cadre et les actions.

- *Débatteable* : elle permet et soutient les discussions et les confrontations des points de vue des acteurs de l'entreprise. Pour Daniellou (1999) la connaissance, la reconnaissance et le débat sur les conflits de critères, de buts, de logiques sur le travail sont essentiels à la survie des entreprises au-delà d'une exigence démocratique. Il apparaît que le problème dans les organisations n'est pas la présence de conflits mais la non traduction de ces conflits à travers des débats sociaux qui extérioriseraient les différentes visions du travail et de la qualité (Petit, Dugué & Daniellou, 2011). La mise en forme d'espace de discussion apparaît propice au développement d'un « travail d'organisation » (de Terssac, 2003b) et à la construction de compromis (Detchessahar, 2001, 2011 ; Clergeau et al., 2006) se révèle être une des clés de la réussite d'un changement organisationnel.

- *Propice à la définition des collectifs* : c'est une organisation qui donne aux acteurs la potentialité de construire leur propre activité collective. Cette organisation doit mettre à disposition des ressources et des possibilités facilitant la production d'un travail collectif et offrir des conditions favorables à la construction d'un collectif de travail qui se construit entre des opérateurs qui partagent un objectif commun. Mollo & Nascimento (2013) énoncent quatre « règles d'or » à la pratique réflexive collective et considèrent que leur non-respect ne peut garantir l'efficacité d'une pratique réflexive au travail : une centration sur le réel de l'activité de travail, la régularité d'un collectif pérenne, l'élaboration et l'évaluation concertées des solutions, l'implication et l'engagement du management.

Placer le développement au cœur du processus de l'intervention ergonomique, c'est simultanément construire l'action pour encourager le développement et organiser une situation de développement (Falzon, 2013). La question pour l'ergonomie reste de savoir comment instruire, construire et outiller l'intervention de telle sorte qu'elle permette :

- de construire une situation future permettant aux individus, aux collectifs et aux organisations elles-mêmes de se transformer et d'apprendre, autrement dit, intervenir c'est chercher à concevoir une organisation capacitante,

- de mettre en place une dynamique qui autorise et encourage la confrontation des représentations et leur mise en débat : il s'agit de penser l'intervention comme un processus pédagogique de transformation, l'occasion d'une dynamique de développement et d'apprentissage.

2. Le contexte de l'intervention

Cette recherche s'appuie sur une intervention de (re)conception de l'organisation d'un processus de soin innovant qu'est la chirurgie ambulatoire. Le développement a été placé au cœur du processus de l'intervention et a cherché à encourager l'émergence de l'agencité collective et des capacités collectives.

Cette intervention, conduite dans un centre hospitalier universitaire, s'inscrit, de façon plus générale, dans un contexte de transformation de l'offre de soin nationale. Comme un grand nombre de systèmes de travail, le milieu des soins connaît d'importantes réformes qui impactent les conditions de travail des professionnels de santé (médicaux, paramédicaux, administratifs) et la prise en charge globale des patients, comme en atteste le séminaire organisé par la Haute Autorité de Santé en 2010 sur « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé ». Dans ce contexte de réforme hospitalière, de nouveaux modèles d'organisation des soins de santé se mettent en place. Le développement des prises en charge substitutives à l'hospitalisation à temps complet est aujourd'hui un enjeu transversal à l'ensemble du champ de l'offre de soins hospitaliers français et ceci dans une double perspective : mieux répondre aux besoins diversifiés des patients et optimiser le recours aux soins hospitaliers en pensant l'hôpital comme un lieu de soin sans nécessaire hébergement.

Ces nouveaux modes d'hospitalisation, comme l'hospitalisation ambulatoire en chirurgie, entrent dans la logique des changements et peuvent être une réponse à diverses difficultés (Buchard, 2005) :

- excédent ou pénurie de l'offre de soins et nécessité de restructurer l'offre hospitalière,
- développement de nouvelles techniques anesthésiques et chirurgicales et modification des pratiques professionnelles,

- vieillissement de la population et accroissement de la demande,
- exigence en termes de qualité et sécurité et pression médiatique,
- allongement des files d'attente et nécessité d'adapter et de transformer l'hôpital,
- ralentissement économique et réduction des dépenses dédiées à la santé...

Au regard de ces constats, l'hôpital doit désormais "mieux soigner", "mieux dépenser", "mieux discerner" (Merliere & Kieffer, 1997) et la modalité de prise en charge en chirurgie ambulatoire constitue un levier pour une transformation profonde de ces modèles d'organisation des soins de santé.

2.1. La chirurgie ambulatoire : laboratoire de changement à l'hôpital

Dans la littérature médicale, la notion de chirurgie ambulatoire apparaît dès 1909 lorsque Nicoll, chirurgien pédiatrique à l'hôpital de Glasgow, relate sur une période de 10 ans la prise en charge chirurgicale de près de 7000 enfants avec un retour de ces enfants le soir à leur domicile (Nicoll, 1909 cité par Rainbeau, 2009). Ce type de pratique sera dès lors identifié sous le vocable de chirurgie ambulatoire. Il faudra cependant attendre les années soixante-dix pour que la chirurgie ambulatoire commence à se développer et connaisse un véritable essor dans les années quatre-vingt, en particulier aux États-Unis.

2.1.1. La chirurgie ambulatoire : une définition

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a défini en 1997 la chirurgie ambulatoire selon les principes énoncés par la conférence de consensus¹ consacrée à ce thème et réalisée sous l'égide de la Fondation de l'Avenir en 1993. Une chirurgie ambulatoire (ou chirurgie de jour) est une chirurgie sans hospitalisation de nuit où les actes chirurgicaux sont programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire en salle de réveil permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission (ANAES, 1997).

¹ Conférence de consensus « La chirurgie sans hospitalisation », Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée, 23, 24 et 25 mars 1993

La réglementation française a édicté les conditions de mise en place des activités de chirurgie ambulatoire dès les années 90. Elle précise que *la durée de séjour doit être inférieure ou égale à douze heures* dans les conditions incluant une organisation spécifique (unité d'hébergement et personnels identifiés, médecin coordinateur de l'unité...). Tout dépassement de cette durée entrainera une hospitalisation du patient dans une autre unité de soin.

Les sociétés savantes, tant nationales qu'internationales (AFCA, IAAS²), n'ont jamais souhaité produire de listes d'actes réalisables en ambulatoire. La sélection des patients est un facteur clé de réussite, et permet d'éviter des complications postopératoires, ainsi que des retards et des annulations, tout en augmentant la satisfaction des patients. Les critères d'éligibilité peuvent varier en fonction du chirurgien, du patient et de la structure. Le choix ultime en matière d'éligibilité d'un patient pour une prise en charge en chirurgie ambulatoire est de la responsabilité du chirurgien et/ou de l'anesthésiste concerné (IAAS, 2003). Les sociétés savantes insistent avant tout sur la définition d'un couple acte/patient au sein d'une organisation avec une approche au cas par cas en analysant le rapport bénéfice/ risque à partir des critères médicaux, psychosociaux et environnementaux, la prévisibilité de la prise en charge et l'organisation mise en place (Triboulet, 2010).

Il a été démontré dans de nombreuses études (ANAES, 1997 ; Bontemps, 2007 ; ANAP, 2012) que le champ de la chirurgie ambulatoire est très vaste et qu'il concerne tous les actes programmés classiques, hormis la chirurgie de recours et d'urgence, soit près de 80% en volume de tous les actes chirurgicaux français, à l'instar de ce qui est observé aux USA.

En France, en concertation avec l'assurance maladie et l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA), un ensemble de gestes chirurgicaux de spécialités différentes a été identifié comme des gestes marqueurs qui servent d'indicateurs du développement de la chirurgie ambulatoire. La liste de ces actes évoluent tous les ans en fonction des perspectives de développement de la prise en charge en ambulatoire et sont valorisés sur la base d'un tarif unique qu'ils soient réalisés ou non en ambulatoire.

² AFCA : Association Française de Chirurgie Ambulatoire
IAAS : International Association for Ambulatory Surgery

2.1.2. La chirurgie ambulatoire : un concept de soin innovant

La chirurgie ambulatoire se caractérise par un concept centré sur l'organisation où le patient occupe une place centrale (de Lathouwer, 1999). C'est un processus de soin transversal aux différentes spécialités médicales et aux différents services. Son développement suppose l'évolution du système d'organisation des soins d'une simple distribution des ressources centrée sur le producteur de soin, comme cela peut l'être en hospitalisation traditionnelle, à une culture d'organisation centrée sur le patient devenant ainsi le pivot du système, en amont comme en aval de l'acte chirurgical (CNAMTS, 2003). Elle rompt de ce fait avec la pratique de l'hospitalisation traditionnelle où le patient est en attente des événements générés par les différents services (admission, radiologie, bloc opératoire, ...). Le patient, jusqu'alors captif et passif sans transfert de responsabilités, devient un patient actif avec transfert de responsabilités (prise en charge de sa préparation pré-opératoire, surveillance de son état de vigilance, gestion de sa douleur en post-opératoire...), ce qui induit de fait une modification du colloque singulier entre l'opérateur et le patient : la santé est co-produite.

La création d'unités de chirurgie ambulatoire dédiées hébergeant les patients indifféremment selon leurs pathologies et le développement d'un parcours patient ambulatoire spécifique imposent aux professionnels une collaboration pluridisciplinaire transversale centrée sur le patient et non plus une collaboration monodisciplinaire longitudinale centrée sur le service et le producteur de soin. La brièveté de la durée de séjour impose une organisation rigoureuse et un niveau d'exigence élevé avec un enjeu permanent de qualité et de sécurité des soins.

La chirurgie ambulatoire, loin de n'être qu'une chirurgie réalisée sur une courte durée, est un processus de soin très spécifique qui non seulement renouvelle, transforme et prétend faire progresser la chirurgie, mais aussi constitue un levier de changement global d'ordre culturel et organisationnel à l'hôpital (Descamps, 2010), et cela à quatre égards :

- elle représente un outil de promotion de nouvelles formes d'organisation guidées par la recherche de la qualité et de l'efficacité (gestion rigoureuse et anticipée des risques optimisation du parcours du patient, maîtrise des flux, partage de l'information...);
- par la place qu'elle confère à la culture de la multidisciplinarité, de l'échange et de la coordination entre les acteurs, elle est un outil de décloisonnement des cultures et des pratiques médicales et soignantes ;

- la nécessité d'assurer un continuum de soins au patient en fait un outil d'ouverture de l'hôpital vers les acteurs de soins de ville, médicaux et soignants ;
- du fait de sa temporalité et de son mode d'organisation, elle donne au patient un statut de sujet actif capable de rationalité et d'action dans la construction de la relation de soin.

C'est en ceci que la chirurgie ambulatoire apparaît comme un concept de soin innovant. Elle ne crée pas de l'invention définie d'après Schumpeter (1942) comme la création de nouveauté, là où il n'y a rien ou qui détruit l'existant, mais elle est bien le siège d'actions innovantes qui modifient l'ancien, le renouvellent, le transforment. Même si les progrès techniques chirurgicaux et anesthésiques ont favorisé le développement de la chirurgie ambulatoire, ils semblent aujourd'hui n'être qu'un facteur secondaire au développement de cette modalité d'hospitalisation. Les actes chirurgicaux sont les mêmes par leur nature et leur complexité que ceux habituellement effectués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle, l'équipe chirurgicale est la même, le bloc opératoire est le même. Seule l'organisation et la sélection des patients fondent et rendent possible la chirurgie ambulatoire. En revanche, elle encourage le développement de la technicité et favorise les nouveaux champs de progrès : molécules permettant un réveil plus rapide ou au contraire, molécules et techniques permettant un certain effet retard ; développement des anesthésies régionales ou loco-régionales ; conditions d'une meilleure cicatrisation ; conditions d'une meilleure maîtrise de la douleur et du risque hémorragique ; meilleure insertion du médecin traitant dans le circuit ; développement d'un partenariat avec le patient via l'information et l'éducation...

3. L'intervention ergonomique dans un projet de transformation de l'organisation : développer les individus, les collectifs et les organisations

Malgré la mise en place de structures adaptées, l'allocation de personnel dédié, la réglementation et les nombreuses démarches institutionnelles incitatives, le développement de la chirurgie ambulatoire au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse accusait en 2010 un retard significatif par rapport aux autres CHU français. Seulement 18% des actes chirurgicaux étaient réalisés en ambulatoire pour une moyenne française dans les

établissements publics de 26% (Espagno & Mahcer, 2011) et se situe au niveau régional (Midi-Pyrénées) à la 47^e position.

Au regard des demandes des pouvoirs publics (50% de la chirurgie devra se faire en ambulatoire d'ici 2016) et de son retard, la direction du CHU se trouve dans l'obligation d'adapter les modes de fonctionnement des équipes et de les faire entrer dans un processus de modifications organisationnelles. Ainsi le directeur général et le président de la commission d'établissement médicale ont missionné un représentant du corps chirurgical (professeur en chirurgie ORL) et la directrice du pôle stratégie médicale pour coordonner ensemble un projet institutionnel visant à aider et promouvoir au sein des équipes médicales et paramédicales le développement de ce type de prise en charge.

Dans ce contexte, le CHU de Toulouse a souhaité inscrire le développement de la chirurgie ambulatoire comme un axe prioritaire de son projet médical 2012-2017 pour la totalité des spécialités chirurgicales afin d'affirmer l'engagement institutionnel pris et la stratégie managériale engagée. Le développement de ce nouveau mode d'hospitalisation s'inscrit dans la continuité des mutations que connaît le milieu des soins depuis quelques années : l'introduction de logiques marchandes, des obligations réglementaires à satisfaire, un environnement concurrentiel grandissant, des attentes sociales très fortes et des ressources de plus en plus limitées. Les ambitions du projet ont été clairement énoncées par les chefs de projet lors d'une commission médicale d'établissement du 7 février 2012 : « *Les objectifs du CHU doivent être ambitieux et innovants. Notre cible est le développement de la chirurgie majeure en ambulatoire. Mais cela signifie d'accepter une modification significative de nos organisations* ».

Au-delà des ressources internes à l'hôpital, le directeur et les chefs de projet ont manifesté la volonté d'associer un ergonomiste à la réflexion globale de transformation de l'organisation, concernant les conditions de travail des professionnels de santé (médicaux, paramédicaux, administratifs), l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et la performance de l'ensemble du système (individuelle et collective). La demande faite à l'ergonomiste a émané de la direction de l'établissement et l'objectif affiché visait à promouvoir au sein des équipes médicales et paramédicales le développement de ce type de prise en charge en accord avec la stratégie développée et en réponse aux injonctions des pouvoirs publics.

La stratégie développée met en avant les questions du travail et la participation de l'ensemble du personnel, de façon générale, comme un enjeu majeur de la réussite du changement organisationnel. La compréhension de l'activité actuelle leur est apparue nécessaire pour envisager la construction du futur fonctionnement. Dans ce cadre, la direction du CHU est intéressée, non seulement, par le fait d'avoir des résultats pour transformer les situations étudiées pour qu'elles soient source de réussite « *c'est-à-dire une organisation de chirurgie ambulatoire qui marche et un développement de notre taux ambulatoire* », mais aussi, par un travail à plus long terme concernant la capitalisation et la généralisation de certaines connaissances relatives à l'activité des personnes et au changement organisationnel. L'idée est de travailler sur des situations expérimentales et de définir des critères méthodologiques permettant d'en tirer des conclusions pour l'ensemble des situations de travail. L'intervention ergonomique a été appréhendée comme un véritable contributeur stratégique (Falzon & Mas, 2007), avec la volonté de remettre la composante humaine comme une des valeurs ajoutées fortes du système d'organisation (Falzon, 2006). L'opportunité a été donnée à l'ergonome, à travers la construction de l'intervention sous une approche développementale, de proposer une nouvelle direction de l'ergonomie, qui utiliserait tout son potentiel au sein des organisations sans s'appuyer de manière exclusive sur des considérations de santé et de sécurité au travail (Dul & Neumann, 2005) mais plus globalement sur l'atteinte des objectifs de santé – entendue dans un sens large – et de performance – à la fois humaine et organisationnelle.

L'intervention ergonomique débute en décembre 2011 et se poursuit toujours à ce jour. Elle s'inscrit dans un travail de recherche de doctorat en ergonomie, réalisée dans le cadre d'une bourse Cifre réunissant le CHU de Toulouse et le Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) de Paris. L'ergonome chercheur est intégré au sein de l'hôpital pendant sa thèse et travaille sous la direction de la directrice de la stratégie médico-scientifique, direction qui dépend du directeur général de l'hôpital et du président de la commission médicale d'établissement.

La recherche-intervention s'inscrit dans le cadre de ce projet. Elle vise à appréhender les causes profondes de ce retard, à comprendre et à transformer les facteurs organisationnels, thérapeutiques et architecturaux pour qu'ils contribuent au développement d'un environnement qui ne soit pas seulement l'espace au sein duquel se déploie une activité mais bien une ressource pour cette activité permettant la mise en œuvre d'une prise en charge du

soin “réussi” : un environnement capacitant pour l’ambulatoire (Falzon, 2005c ; Pavageau et al., 2007). Au vu des changements culturels et organisationnels que ce processus entraîne, tous les acteurs, tant professionnels que non-professionnels, seront considérés, non seulement en tant que porteurs de besoins individuels particuliers, mais en tant que partenaires engagés dans une tâche commune contribuant aux objectifs de l’interaction, à savoir coproduire la santé.

Deux étapes nous apparaissent alors primordiales et guideront notre recherche empirique (Chapitres 3 à 7) :

- la première étape consiste à analyser le travail et ses contradictions : en quoi l’organisation constitue-t-elle un frein ou un moteur au développement de l’activité collective conjointe ressource au développement des capacités collectives ? Un diagnostic de l’organisation sera établi ;
- la seconde étape vise à comprendre et à transformer l’organisation : comment la mise en place d’une nouvelle organisation peut-elle être convertie en libertés plus grandes ? Quel rôle l’intervention ergonomique peut jouer pour accroître les ressources et leur conversion en capacités ? Comment créer les conditions d’un environnement capacitant ? Sur quels leviers l’intervention peut-elle agir pour contribuer à l’émergence d’organisations plus favorables ? (Petit, Dugué, & Daniellou, 2011).

C’est ainsi que nous avons proposé de conduire ce projet de (re)conception de l’organisation au travers d’une intervention ergonomique soutenue par un travail de recherche qui a eu un triple objectif :

1. la construction d’une méthodologie d’intervention qui viendrait soutenir « le travail d’organisation » de l’organisation déployée par des opérateurs engagés collectivement dans la conception de leur propre activité de travail ;
2. la compréhension du rôle de l’ergonome comme facteur de conversion dans ce processus de transformation de l’organisation ;
3. la modélisation de l’action ergonomique de transformation.

Première partie : Cadre théorique

Chapitre 1. Des capacités individuelles aux capacités collectives des acteurs sociaux

« La nature des existences réelles a beaucoup intéressé les penseurs du social au fil des siècles. Si les critères courants du progrès économique, reflétés par une nuée de statistiques clé en main se sont concentrés sur la croissance « d'objets de comforts » inanimés (PNB, PIB), cette focalisation ne pourrait être justifiée en dernière analyse que par l'impact desdits objets sur les vies humaines qu'ils influencent, directement ou indirectement [...]. Or il importe de ne pas confondre les fins et les moyens : ne prêtons pas aux revenus, à la prospérité, une importance intrinsèque, mais évaluons-les en fonction de ce qu'ils aident à construire, en particulier des vies dignes d'être vécues » (Sen, 2010, p 278).

A cette approche traditionnelle de « l'utilité » c'est-à-dire l'évaluation de la justice et de l'injustice d'une collectivité par rapport à une « métrique » des avantages des individus concernés (le bonheur ou le plaisir individuel, le niveau de son revenu, de fortune ou de ressources), Amartya Sen oppose une approche par les « capacités » qui cherche à évaluer la situation de l'individu au regard de l'idéal de sa liberté et place les individus et les savoirs au centre de l'organisation (Sen, 2010). Cette approche a pour spécificité de prendre en compte simultanément ce qu'une personne est capable de faire « ses capacités » – et les possibilités qui lui sont réellement offertes pour les développer, « les opportunités ». Elle place les « capacités » – ensemble des fonctionnements réellement accessibles à un individu qu'il en fasse usage ou non – au cœur d'une théorie de la liberté (§1.). Cette approche par les capacités est essentiellement mise en avant par la dimension individuelle de la liberté et il apparaît opportun d'approcher les capacités au travers de la dimension collective comme processus d'amélioration des conditions de vie et de travail et du développement de l'individu et du collectif (§2.).

1. L'approche des capacités : au service de la liberté de l'individu

L'approche par les capacités (AC), initiée par Amartya Sen (1999, 2002, 2003a), est une contribution majeure aux théories de la justice contemporaine. Spécialiste reconnu de la théorie du choix social, il a réhabilité la dimension éthique de l'économie en l'orientant vers une nouvelle dimension du développement (Dubois & Mahieu, 2009). Il réfléchit à un mode de développement qui privilégie la liberté tout autant comme finalité que comme moyen (Sen, 1999 ; Sen, 2003b) et centre son raisonnement sur le concept de capacité (capability). L'évolution de sa pensée est marquée par trois grandes étapes.

1.1. Le choix social comme fondement théorique

La première étape est marquée par ses recherches sur le choix social, fondement de sa théorie. La théorie du choix social exprime les conditions qui font qu'un ensemble d'individus, se situant au sein d'une collectivité, puisse combiner de manière logique leurs priorités et leurs préférences, naturellement divergentes, afin d'aboutir à une priorité et préférence collective unique et partagée par tous (Dubois & Mahieu, 2009). Pour l'exprimer plus simplement : comment obtenir une priorité et une préférence alliant morale et rationalité à partir de l'agrégation des diverses priorités et préférences individuelles ?

Les principales publications de Sen sur la théorie du choix social prolonge les travaux de Kenneth Arrow³. Arrow (Arrow, 1963), à travers son théorème d'impossibilité aussi appelé « paradoxe d'Arrow », généralise un résultat obtenu par Condorcet⁴ montrant qu'il est impossible de définir l'intérêt général à partir des choix individuels. Arrow étudie les

³ Kenneth Arrow, économiste américain, a reçu le prix Nobel en 1972 pour ses travaux sur la théorie des choix collectifs et la théorie de l'équilibre général. Les travaux d'Arrow s'inscrivent dans une période où la théorie de la décision individuelle en environnement incertain était en plein essor. Il est à l'origine d'une nouvelle discipline économique intitulée « théorie du choix social » qui étudie la formalisation des fondements des choix affectant les collectivités.

⁴ Condorcet, philosophe, mathématicien et homme politique français du 18^e siècle, est célèbre pour ses travaux pionniers en statistiques et en probabilités dans lesquels il analyse les différents modes de scrutins possibles. En 1785 dans son *Essai sur l'application de l'analyse à la probabilité des décisions rendues à la pluralité des voix*, il montre que l'agrégation des préférences individuelles ne peut pas permettre d'assurer, à coup sûr, un choix collectif cohérent : c'est le paradoxe de Condorcet. Dans ce cas les procédures de décision à la majorité des voix (le scrutin uninominal) peuvent donner des résultats paradoxaux c'est-à-dire que le vote à la majorité ne permet pas d'effectuer des choix mais seulement de comparer des solutions entre elles.

fonctions de choix social qui désignent les méthodes qui permettent de passer des préférences individuelles aux préférences collectives (par exemple les élections). En formalisant les travaux de Condorcet, il montre qu'aucune fonction (une règle de choix social) ne peut satisfaire en même temps aux quatre hypothèses suivantes :

- unanimité (si tout le monde préfère A à B alors la société dans son ensemble doit préférer A à B),
- indépendance des alternatives non-pertinentes (le fait que l'on préfère A à B ou B à A au niveau collectif ne doit dépendre que des préférences des individus entre A et B, et pas d'une autre option C),
- transitivité (si au niveau collectif on préfère A à B et B à C alors on doit préférer A à C),
- absence de dictature (aucun individu ne peut imposer ses préférences à la société) (Arrow, 1951).

Il affirme même que « *si on ne fait pas d'hypothèses à priori sur la nature des ordres individuels, il n'y a aucune méthode de vote qui puisse surmonter le paradoxe (...), ni le vote plural, ni un quelconque système de représentation proportionnelle aussi compliqué soit-il...* » (Arrow cité par Dubois & Mahieu, 2009 p 247).

Le passage des choix individuels à un choix collectif ne peut se faire sans transgresser soit la morale, quelqu'un imposant son choix à la collectivité, soit la rationalité en modifiant la cohérence des choix individuels (Dubois & Mahieu, 2009). La conséquence de ce théorème est que la prétention de la démocratie (qu'elle soit directe ou indirecte) à exprimer une « volonté générale » n'est pas possible. Autrement dit, l'intérêt général ne peut être défini à partir de la simple agrégation des préférences des individus : la décision au niveau collectif découle nécessairement d'un « arbitrage imparfait ».

Sen (1977) s'est efforcé de remédier aux limites d'une théorie du choix social qui, en économie, travaille principalement sur les agrégats et peine à réconcilier le niveau macrosocial avec les situations individuelles et les comparaisons interpersonnelles (Ferreras, 2008). Il montre ainsi que le problème posé par le théorème d'impossibilité réside dans le cadre d'analyse utilisé par Arrow. Ce cadre lui semble trop étroit car la seule information mobilisée pour prendre une décision au niveau collectif est le classement individuel des différentes options proposées. Sen promeut une théorie du choix social qui prenne en compte

des éléments autres que la seule utilité des individus et permette la prise en compte des enjeux de justice sociale et de redistribution.

1.2. Des droits d'accès à l'approche par les capacités

La deuxième étape de la démarche d'Amarty Sen se caractérise par le passage d'une démarche théorique issue des théories du choix social et de l'économie du bien-être, vers des problématiques plus empiriques de l'économie du développement. Sen s'intéresse aux liens entre « inégalité sexuée et situations de la femme » ou encore entre « la situation de famine généralisée et l'accès des plus pauvres à la nourriture ». Dans ces deux cas, il soulève les problématiques liées à la question plus générale de l'accès équitable à un certain nombre de biens et services fondamentaux pour les personnes et sur leur capacité de se procurer ces biens.

Dans son ouvrage « *Poverty and Famines : An Essay on Entitlement and Deprivation* » (Sen, 1981 cité par Dubois & Mahieu, 2009), Sen propose un modèle microéconomique d'analyse de la famine qui repose sur deux variables : les dotations (*endowments*) dont dispose un individu (éducation, formation, force de travail, relations...) et une carte de droits à l'échange (*exchange entitlement*) lui permettant d'accéder à divers ensembles de consommation. Ces deux variables déterminent pour un individu sa capacité effective à se procurer des biens alimentaires. Ainsi, une personne qui souffre de la faim est une personne dont la carte de droits d'accès s'est réduite, même si l'offre générale de biens alimentaires demeure suffisante. La faim n'est pas nécessairement le résultat d'un manque général de nourriture mais peut résulter du fait que certaines personnes n'ont plus la capacité de se procurer de quoi manger (Sen, 2010).

Sen s'interroge alors sur la pertinence de l'utilitarisme comme doctrine à même d'apprécier l'ensemble des situations sociales de bien-être et d'approcher le problème des inégalités (Sen, 1977). Il propose lors d'une conférence intitulée « *Inequality of what ?* » en 1979 le concept clé de « capacités », qu'il pense plus judicieux en termes informationnels pour évaluer les inégalités. Cette approche par les capacités des agents permet d'articuler la dimension de fonctionnements effectivement réalisés, et donc observables, à la dimension de libertés de choix potentiels qui ne se réalisent que lorsque les opportunités correspondent aux aspirations

des personnes. Elle est étroitement liée à la dimension de possibilité de la liberté vue sous un angle global et pas seulement focalisée sur ce qui se passe finalement.

L'approche par les capacités s'attache à corriger l'approche rawlsienne de la justice. Sen considère que la justice exige que les individus soient effectivement capables d'accomplir divers fonctionnements. Partant de là, il remarque que l'approche en termes de « biens premiers » développés par Rawls est inadéquate, car la même combinaison de « biens premiers » ne permettra pas à deux individus différents (par leur travail, leur état physique...) d'accomplir les mêmes fonctionnements. Les biens sociaux dont Rawls considère qu'ils sont centraux dans l'idée de justice, sont insuffisants selon Sen, car les individus n'ont pas forcément besoin de la même combinaison de biens pour être en mesure d'accomplir des actes identiques : *« alors que les biens premiers sont, au mieux, des moyens d'atteindre les fins valorisées de l'existence humaine, ils deviennent, dans la formulation rawlsienne des principes de justice, les critères cruciaux pour juger l'équité de la répartition. Cela me paraît une erreur car les biens premiers ne sont que des moyens en vue d'autre chose, en particulier de la liberté »* (Sen, 2010, page 287).

Sen (2010) souligne que le raisonnement en faveur de cette réorientation vers la capacité peut faire une différence importante et constructive : *« si un individu a un revenu élevé mais souffre d'une maladie chronique ou d'un handicap, il ne faut pas nécessairement le juger très avantagé pour la simple raison qu'il dispose d'un haut revenu. Cette personne dispose certainement d'un moyen de bien vivre en plus grande quantité mais elle est confrontée à la difficulté de le traduire en vie satisfaisante à cause des infortunes de sa maladie et de son handicap. Ce qu'il convient de regarder, c'est dans quelle mesure elle peut atteindre concrètement, si elle fait ce choix, un état de bonne santé et de bien-être, et une forme physique suffisante pour faire ce qu'elle a des raisons de valoriser. »* (Sen, 2010, p288).

Ce concept de capacités constitue la marque de fabrique de la pensée de Sen c'est-à-dire *« la fécondation de l'approche économique par l'héritage de la philosophie libérale centrée sur le sort de l'individu, déployée par un chercheur qui est interpellé, avant toute chose, par la réalité sociale et les inégalités, qui assume et qui explicite le poids de la normativité qui l'anime »* (Ferrerias, 2008, p283).

1.3. De l'approche par les capacités aux libertés réelles

L'approche par les capacités marque un tournant dans la pensée de Sen. Il abandonne le raisonnement économique théorique, cadre de son analyse sur les droits et capacités d'accès, pour une démarche plus marquée philosophiquement. Sa pensée est fortement influencée par la distinction entre liberté positive et liberté négative (Berlin, 1969). La liberté positive est définie par ce que la personne est libre de faire alors que la liberté négative est vue comme une liberté sous contrainte. Sen assimile ainsi les capacités à des libertés réelles de choix, effectives comme potentielles, entre différentes alternatives de vie possibles (Dubois & Mahieu, 2009). L'équivalence faite entre capacité et liberté positive permet de mieux appréhender la notion même de capacité. En effet le potentiel réel que détient une personne ne peut être exprimé qu'à travers la liberté positive, ce que la liberté négative ne peut pas faire car elle n'autorise que l'expression d'une capacité limitée par un univers de contraintes sociales, organisationnelles ou institutionnelles.

Même si, dans l'approche par les capacités, la liberté positive est privilégiée, elle n'exclut pas pour autant la liberté négative, puisque celle-ci retrace la vie telle qu'elle est vécue par les individus. Sen veut néanmoins entrevoir l'ensemble des possibilités individuelles qui pourrait résulter de nouvelles opportunités économiques ou sociales issues de la mise en œuvre de politiques organisationnelles appropriées. Des politiques qui réduiraient les contraintes délimitant l'espace de liberté négative pour permettre à l'agent de rejoindre l'espace de liberté positive.

L'approche par les capacités va donc directement considérer les actions et surtout les possibilités d'action des personnes « *les capacités* », si l'occasion et les opportunités correspondantes, leur en étaient fournies et si elles décidaient de les saisir (Sen, 2003a ; Falzon, 2006 ; Dubois & Mahieu, 2009). La capacité suppose la disponibilité d'une capacité (un savoir, un savoir-faire), mais ne se réduit pas à celle-ci : elle suppose la possibilité réelle de mise en œuvre de cette capacité. Pour Falzon & Mollo (2009) l'idée d'activité empêchée (Clot, 1999, 2004) traduit une amputation du pouvoir d'agir (une impuissance à dire, à faire, à raconter, à s'estimer) et qui peut être vue sous l'angle « *d'une capacité sans capacité* ». (Falzon & Mollo, 2009 p 63).

Cette dimension recouvre l'ensemble des fonctionnements non encore réalisés, mais qui pourrait l'être en fonction des libertés de choix entre plusieurs alternatives dont dispose la personne. Cette dimension « libertés » se situe dans le cadre de la liberté positive. C'est cet éventail de « *libertés de choisir* » parmi différentes alternatives de fonctionnements possibles qui pour Sen, représente la capacité (Sen, 2003) qu'il appelle aussi « *capacités dynamiques* » (Stiglitz et al., 2009, p. 16) ; certaines de ces alternatives étant effectivement choisies dans un contexte d'opportunités données et d'autres demeurant potentiellement réalisables. Le développement a alors pour finalité de renforcer les capacités des agents en accroissant l'éventail de leurs libertés de choix.

Pour Lambert & Vero (2007), la liberté réelle s'articule autour de deux dimensions : l'une est liée aux « *opportunités* » et renvoie à la nature et au volume des options réellement disponibles pour l'individu, et l'autre a trait au « *processus* » entraînant la participation active de chacun (plus exactement la possibilité réelle d'une telle participation) qui implique la mise en œuvre de décisions personnelles qui sont en mesure de jouer sur les choix. L'intérêt d'articuler ces deux dimensions est fondé sur l'hypothèse d'une dépendance forte entre le principe de participation actif et informé aux processus délibératifs et le développement des opportunités.

Bonvin et Farvaque (2007) approfondissent la définition de la liberté « processuelle » en précisant qu'elle implique la présence de trois alternatives pour l'individu : la loyauté (*loyalty*), le droit à la parole (*voice*) et la défection (*exit*). Chaque personne peut choisir d'être loyale vis-à-vis des prescriptions collectives mais elle doit également être en mesure de discuter ces règles ou encore opter pour la voie de la défection à un coût supportable (Herdt & Bastiaensen, 2009). La liberté réelle de choix dépend donc de la garantie effective de l'existence de ces trois alternatives. Par exemple, un opérateur dans une situation de travail qui ne lui convient pas en termes de conditions de travail, de rythmes de travail et du contenu de son travail n'a aucune possibilité d'action sur la manière de réorganiser son poste car l'entreprise dans laquelle il travaille n'a pas intégré de dispositif permettant à ces salariés de réélaborer les règles. A ce jour, par rapport aux qualifications et aux compétences qu'il possède, il ne peut bénéficier d'une option de sortie à un coût supportable c'est-à-dire la possibilité de changer de poste sans être obligé de quitter cette entreprise. Ainsi, s'il ne veut pas perdre son emploi, il se retrouve pour ainsi dire contraint à la loyauté, rester dans cette entreprise même si cela ne lui convient pas ; comportement qui pourrait être interprété en

termes de préférences adaptatives. Sans être contraint à une loyauté totale, au regard de sa situation, il pourrait faire entendre « *son mécontentement* » et choisir de « *freiner sa productivité* », pour reprendre la formule de Taylor (Pouget, 1998), ou encore se mettre en arrêt maladie alternative que lui donne le droit du travail. L'opérateur a la possibilité d'influer la norme de production, ce que Bernoux (Bernoux et al, 1973 cité par de Terssac, 1992) traduit par une revendication d'autonomie : « *ne pas faire la production imposée, c'est refuser de se laisser faire, c'est-à-dire de se laisser imposer une organisation* » (de Terssac, 1992 p 115). L'individu peut ainsi choisir d'être plus ou moins loyal et dévoué à son entreprise. Son comportement ne s'inscrit pas dans un système binaire (sa loyauté pourrait s'évaluer par 0 ou par 1) mais dans un continuum. Sa loyauté s'évalue dans un ensemble de valeurs dont les variations sont continues.

La liberté « processuelle » au travers de la loyauté (*loyalty*), du droit à la parole (*voice*) et de la défection (*exit*), se construit et s'enrichit au cours de l'action et est affectée par l'expérience de vie du sujet. Elle se réalise à travers la mise en œuvre de l'activité (individuelle ou collective) des sujets dans des contextes singuliers et variables dans leurs dimensions matérielles, organisationnelles et sociales. L'activité est considérée dans une approche intrinsèque (Wisner, 1995) : l'activité est construite par un opérateur donné comme une réponse à un contexte donné. Elle est donc affectée par l'expérience de vie du sujet.

La dimension processuelle de la liberté demande la possibilité de choisir entre des alternatives de valeur comparable. Dans un tel cadre, les critères, suivant lesquels un comportement individuel est jugé comme valide ou légitime, ne doivent pas être le seul privilège d'experts, de cadres, des dirigeants ou de quelque autorité que ce soit mais bien la construction participative effective (et pas seulement symbolique) pour chacune des personnes concernées de définir des normes, des règles et des valeurs sociales de l'entreprise.

Sen ne définit pas une liste de capacités fondamentales. Nussmaun (2000) approfondit le concept de Sen en présentant l'approche des capacités comme une approche pour chaque personne et toute personne. L'idée maîtresse de la théorie des capacités selon Nussbaum est simple (Chavel, 2010) : une société juste est répartie en fonction des *biens premiers* correspondant à des droits fondamentaux et des capacités, c'est-à dire des possibilités

concrètes de mener une vie bonne⁵ et pleinement humaine (pouvoir jouir d'une bonne santé, pouvoir communiquer, pouvoir participer à la vie politique, etc.). Cette approche insiste sur les possibilités réelles qu'une société offre aux gens pour mener une telle vie, plutôt que de s'intéresser de manière privilégiée aux droits. Ainsi les droits ne sont justifiés que comme des instruments qui permettent aux citoyens de développer une vie pleinement humaine. Alors une société est juste et décente si elle met à disposition de ses membres les conditions indispensables au développement de cette vie, et pas seulement d'une simple survie.

Elle définit dix capabilités (Nussbaum, 2000) qui sont ce qu'elle appelle des capabilités combinées c'est-à-dire des capabilités internes de base combinées avec les conditions extérieures, déterminantes pour l'exercice des capabilités (Panet & Duray-Soundron, 2008). Cette liste est établie sur les principes suivants : fidélité à la liberté individuelle, l'établissement d'une liste des conditions essentielles sans lesquelles l'homme ne peut mener une vie bonne (en fonction de la conception qu'il aura lui-même définie) mais aussi des conditions qui empêchent une vie d'être pleinement humaine en supprimant les conditions d'aliénation de la personne (Chavel, 2010).

Nussbaum dans son article « Social Justice and Universalism » (Nussbaum, 1993) définit sa démarche comme réflexive et ouverte. Réflexive, parce que la constitution de la liste des capabilités s'est construite au travers des textes historiques et des traditions culturelles qui définissent les conceptions de l'épanouissement en discernant les éléments fondamentaux considérés comme les conditions préalables de la vie bonne. Ouverte, parce que la liste est révisable car la méthode d'établissement n'est précisément pas une déduction logique à partir de principes posés à priori, mais une discussion qui vise à être la plus inclusive possible.

L'auteur présente ainsi les capabilités suivantes :

1. La vie : pouvoir vivre une vie humaine complète, dans la mesure du possible ; ne pas mourir prématurément ou avant que sa vie soit tellement appauvrie qu'elle ne vaille plus la peine d'être vécue ;
2. La santé physique : pouvoir être en bonne santé, être convenablement nourri et logé, avoir des possibilités de satisfaction sexuelle ; pouvoir se déplacer de lieu en lieu ;

⁵ Martha Nussbaum fait un large usage d'Aristote qui lui sert de modèle et de guide. Elle fait ici référence à l'opposition aristotélicienne : le simple « vivre » (*zein*) s'oppose au « vivre bien » (*euzein*) qui définit une société politique achevée et qui suppose le développement des excellences humaines.

3. L'intégrité physique : pouvoir éviter toute souffrance évitable et inutile, et pouvoir avoir des expériences de plaisir ;
4. Les sens, l'imagination, la pensée : pouvoir employer ses cinq sens ; pouvoir imaginer, penser et raisonner ;
5. Les émotions : pouvoir être lié à des choses et des personnes ; aimer ceux qui nous aiment et prennent soin de nous, se désoler de leur absence ; en général, aimer, souffrir, ressentir désir et gratitude ;
6. La raison pratique : pouvoir former une conception du bien et entreprendre une réflexion critique sur l'emploi de sa propre vie ;
7. L'affiliation : pouvoir vivre pour et avec d'autres, manifester de l'intérêt pour d'autres êtres humains, et s'engager dans différentes formes de relations familiales et sociales ;
8. Les autres espèces : pouvoir vivre en relation avec et en montrant de l'intérêt pour les animaux, les plantes, le monde naturel ;
9. Le jeu : pouvoir rire, jouer, entreprendre des activités récréatives ;
10. Le contrôle sur son environnement : pouvoir vivre sa propre vie, et non celle d'un autre ; pouvoir vivre sa propre vie dans son propre environnement et contexte.

Nussbaum fait remarquer que les dix capabilités fondamentales ne sont pas toutes strictement sur le même plan. Deux d'entre elles ont un statut qu'elle qualifie d'architectonique (Chavel, 2010) et sont ce qui nous distingue des autres êtres vivants : la capacité numéro 6 « la raison pratique » et la capacité numéro 7 appelée « affiliation ». Chavel (2010) rappelle que cette liste, formulée explicitement à des fins politiques et non métaphysiques, désigne les préoccupations d'un gouvernement juste, qui doit mettre à disposition de ses membres les conditions d'un épanouissement humain et du développement des capabilités. La liste est conçue de façon suffisamment large pour permettre à des conceptions du bien différentes d'y prendre place et de choisir de négliger telle ou telle capacité.

Il est observé que l'approche par les capabilités a deux caractéristiques importantes (Falzon, 2005a) :

- elle s'applique à tous les pays, quel que soit le niveau de développement économique. Salais et Villeneuve (2005 cité par Falzon, 2005a) précisent que « *les principes d'action basés sur les capabilités cadrent bien avec la transformation du travail qui accompagne l'émergence d'une économie européenne fondée sur la connaissance. Pour être compétitive et innovante, les normes d'emploi exigent de la responsabilité,*

de l'initiative, de l'autonomie et les compétences relationnelles. Le déploiement de ces qualités demandent aux travailleurs d'avoir de l'initiative et de la liberté de réflexion dans l'action ce qui ne peut être substitué technologiquement » ;

- elle fournit un cadre général pour comprendre les compromis faits par des gens dans leur vie. Toute action peut être jugée en fonction des capacités qui sont utilisées ou construites. Par exemple, une loi a été votée en France à la fin des années 90 en réduisant la durée maximale de travail de 39h à 35h par semaine. Une évaluation de cette loi a été entreprise quelques années plus tard. Les résultats ont montré un effet négatif sur les conditions de travail, en termes d'intensité de travail (la même quantité de travail devait être effectuée en moins de temps). Cependant, les résultats ont également montré que les travailleurs ne souhaitaient pas revenir à la durée du travail précédente. Ils ont estimé que les avantages d'avoir plus de temps libre (loisirs, famille, etc.) étaient supérieurs à la perte de la qualité des conditions de travail.

2. Concepts fondateurs de l'approche par les capacités : fonctionnement, capacité et ressources

La réflexion menée par l'approche par les capacités constitue un nouvel espace d'évaluation de la qualité de vie et du bien-être des individus. La relation entre fonctionnements (ou accomplissements), capacités, ressources est au cœur de cette analyse du bien-être et s'enracine dans une double distinction entre capacités et fonctionnements d'une part, capacités et ressources d'autre part (Bonvin & Farvaque, 2007 ; Robeyns, 2003). Nous proposons de définir ici les concepts fondateurs qui permettent une meilleure compréhension de l'approche par les capacités.

2.1. Fonctionnements et capacités : le pouvoir faire et le pouvoir être de l'individu

Les fonctionnements d'une personne reflètent les accomplissements d'une personne en termes d'être et de faire (Sen, 2003) c'est-à-dire ce que la personne est effectivement capable d'accomplir, dans l'univers d'opportunités et de contraintes où elle vit, et concerne les fonctionnements réalisés (la somme des accomplissements observables) : ce que je fais

effectivement - les actes ou les choix que je pose (Stiglitz et al., 2009). L'individu se situe alors dans le cadre de la liberté négative. Dans cette optique le bien n'est pas évalué à partir de son utilité, ni à partir de ses caractéristiques propres mais à partir des fonctionnements dont il dote une personne : être en bonne santé, participer à la vie de l'entreprise (Panet & Duray-Soundron, 2008).

Si les fonctionnements traduisent les « *états et actions* » d'un individu (Stiglitz et al., 2009, p. 46), en revanche les capacités correspondent « *à la capacité d'un individu à être et faire ce à quoi il aspire* » : elles représentent les différentes combinaisons de fonctionnements effectivement réalisables auxquels les personnes accordent de la valeur dans un environnement donné mais aussi les différentes combinaisons de fonctionnements possibles dans un environnement différent (Salais, 2009). Il s'agit donc « *d'une forme de liberté, c'est-à-dire la liberté substantielle de mettre en œuvre diverses combinaisons de fonctionnements (ou pour le dire de façon plus concrète, la liberté de mener des modes de vie divers)* » (Sen, 2003, p. 106).

L'accroissement de leurs possibilités de choix correspond à un accroissement de leurs libertés de *faire* et d'*être* (Bryson & Merritt, 2007). Les capacités d'un individu résultent ainsi de la combinaison de fonctionnements effectifs et de libertés réelles de choix dans tous les moments de la vie, garantissant la possibilité de développement personnel (Falzon & Mollo, 2009) c'est-à-dire « *son champ des possibles* » (Lambert & Vero, 2007).

Rapportée à la conception de l'organisation, l'approche par les capacités amène à s'interroger sur les opportunités réelles dont disposent les opérateurs à réinterroger les règles. Elle place ainsi au cœur du débat la possibilité effective pour les salariés d'exprimer leur point de vue et de le faire entendre. Sont donc en jeu les procédures concrètes garantissant l'accès à la délibération, l'accès réel à l'information et la possibilité effective de peser sur la décision des nouvelles organisations.

Mais cette distinction entre fonctionnement et capacité met en exergue aussi les différences entre les individus au regard de la liberté d'agir. Deux personnes réalisant des actes identiques n'auront pas forcément le même degré de liberté réelle. Par exemple dans un contexte de pénurie ou de famine, pour une personne ne pas se nourrir, relève d'une contrainte, tandis que dans un contexte d'abondance cette personne pourra faire le choix de se nourrir ou pas. Entre

la famine et le jeûne volontaire, il y a un fossé en termes de liberté réelle, que cette première distinction permet de saisir (Sen, 2010) : « *Leur sous-alimentation manifeste – leur fonctionnement accompli – est tout à fait comparable ; pourtant, les capacités de la personne aisée qui choisit de jeûner sont bien supérieures à celle de la personne qui meurt de faim involontairement par pauvreté et indigence. L'idée de capacités est en mesure de saisir cette importante distinction puisqu'elle est orientée vers la liberté et les possibilités, c'est-à-dire vers l'aptitude réelle des gens à choisir entre différents types de vie qui sont à leur portée...* » (Sen, 2010 p290). Le bien-être et la liberté ne résultent pas de l'existence de différentes options, mais bien de la possibilité réelle de choisir entre ces options (Falzon & Mollo, 2009 ; Oriane 2010).

Sen (2010) insiste sur le fait que l'approche par les capacités indique « *une base informationnelle sur laquelle se concentrer pour juger et comparer les avantages individuels globaux* » (Sen, 2010, p285). Il présente l'approche par les capacités comme une méthode d'évaluation d'ordre général qui axe la réflexion vers l'information sur les avantages individuels, jugés en termes de possibilités et non en fonction d'un projet spécifique sur la bonne façon d'organiser une société.

Dans ce cheminement de l'approche des capacités comme support de l'évaluation du bien-être et de la liberté des individus, une commission pour la Mesure des Performances Economiques et du Progrès Social (CMPEPS) a été mise en place en février 2008 sur la demande du président de la république française, insatisfait de l'état actuel des informations statistiques sur l'économie et la société. Coordonnée par Joseph Stiglitz, Amartya Sen et Jean-Paul Fitoussi, cette commission propose une nouvelle approche de la performance par la mesure du bien-être.

Une définition pluridimensionnelle du bien-être est donnée. Il est défini à la fois par les ressources économiques comme les revenus et des caractéristiques non économiques de la vie des gens : ce qu'ils font et ce qu'ils peuvent faire, leur appréciation de leur vie, leur environnement naturel. La commission répertorie les principales dimensions du bien-être qu'il convient d'appréhender simultanément (dimensions qui modèlent le bien-être de chacun, pourtant souvent ignorées par les outils traditionnels de mesure des revenus) :

1. les conditions de vie matérielles (revenu, consommation et richesse),
2. la santé,
3. l'éducation,

4. les activités personnelles, dont le travail,
5. la participation à la vie politique et la gouvernance,
6. les liens et rapports sociaux,
7. l'environnement (état présent et à venir),
8. l'insécurité, tant économique que physique.

Une distinction est faite entre l'évaluation du bien-être présent et l'évaluation de sa soutenabilité, c'est-à-dire de sa capacité à se maintenir dans le temps. La soutenabilité de ces niveaux de bien-être dépend de la question de savoir si les stocks de capital qui importent pour notre vie (capital naturel, physique, humain, social) seront ou non transmis aux générations à venir.

Les bases de l'évaluation posées la commission s'est attachée à :

- déterminer les limites du PIB en tant qu'indicateur des performances économiques et du progrès social,
- réexaminer les problèmes relatifs à sa mesure,
- identifier les informations complémentaires qui pourraient être nécessaires pour aboutir à des indicateurs du progrès social plus pertinents,
- évaluer la faisabilité de nouveaux instruments de mesure et de débattre de la présentation appropriée des informations statistiques.

Douze recommandations sont proposées pour l'évaluation de la performance par la mesure du bien-être dans ses dimensions objective et subjective : « *La qualité de la vie dépend des conditions objectives dans lesquelles se trouvent les personnes et de leur capacités (capacités dynamiques). Il conviendrait d'améliorer les mesures chiffrées de la santé, de l'éducation, des activités personnelles et des conditions environnementales. En outre, un effort particulier devra porter sur la conception et l'application d'outils solides et fiables de mesure des relations sociales, de la participation à la vie politique et de l'insécurité, ensemble d'éléments dont on peut montrer qu'il constitue un bon prédicteur de la satisfaction que les gens tirent de leur vie* » (Stiglitz et al., 2009, p16).

Cela signifie que les informations qui permettent d'évaluer la qualité de la vie vont au-delà des déclarations et des perceptions des personnes ; elles incluent également la mesure de leurs « fonctionnements » (la mise en œuvre de leurs capacités) et de leurs libertés. Ce qui

importe réellement ce sont les « capacités » dont disposent les personnes, c'est-à-dire l'ensemble des possibilités qui s'offrent à elles et leur liberté de choisir, dans cet ensemble, le type de vie auquel elles attachent de la valeur. Le choix des « fonctionnements » et des capacités pertinentes pour mesurer la qualité de la vie est davantage un jugement de valeur qu'un exercice technique. Toutefois, même si la liste précise de ces aspects repose inévitablement sur des jugements de valeur, il existe un consensus sur le fait que la qualité de la vie dépend de la santé et de l'éducation, des conditions de vie quotidienne (dont le droit à un emploi et à un logement décent), de la participation au processus politique, de l'environnement social et naturel des personnes et des facteurs qui définissent leur sécurité personnelle et économique. La mesure de tous ces éléments nécessite des données aussi bien objectives que subjectives. Dans ces domaines, la difficulté consiste à améliorer ce qui a déjà été accompli, à identifier les lacunes que présentent les informations disponibles et à consacrer des moyens statistiques aux domaines (comme l'utilisation du temps) dans lesquels les indicateurs disponibles demeurent insuffisants.

2.2. Entre ressources et capacités : une distance à parcourir

Une seconde distinction peut être faite entre les ressources et les capacités. Les « *ressources* » représentent les biens et services, produits ou non sur le marché, dont dispose une personne. Pour Sen (Sen, 2003), ces ressources ne sont pas considérées pour elles-mêmes mais par rapport aux fonctions qu'elles sont à priori appelées à remplir. Les revenus perçus sur le marché du travail, les transferts sociaux, les dons ou cadeaux, ainsi que toutes les marchandises et prestations de services auxquelles les individus ont accès, sont englobés dans la notion de ressources. De façon plus globale les droits formels accordés aux individus (le droit à l'éducation, à la liberté d'opinion, à la sécurité sociale, etc.) peuvent être autant de ressources mobilisables dans le cours de l'action (Bonvin & Farvaque, 2007). Bonvin (2005) résume cette idée en parlant de « *ressources pour l'action* ».

Mais entre la possession ou la disponibilité de ces diverses ressources aux droits formels et la liberté réelle des personnes, il y a une distance importante. Si nous considérons par exemple le droit de vote, d'après Sen ce concept est vide de sens si les conditions qui transforment le droit de vote en capacité ne sont pas remplies : « *ce qui a du sens, c'est la capacité de voter, qui présuppose l'accès à l'éducation, l'existence de partis politiques, la liberté de*

parole et de presse, une organisation efficace (transports) et équitable des élections » (Falzon, 2010, p. 61).

Ainsi le droit de vote n'est-il effectif qu'à la condition de pouvoir le « convertir » en capacité de voter ce qui présume l'existence de nombreux éléments : un niveau d'éducation convenable pour tous, un accès assuré et impartial à l'information politique, une organisation efficace des processus électoraux. En conséquence, dans un pays donné, il peut y avoir un droit formel de vote pour tous et une capacité réelle de voter très hétérogène selon les individus. L'objectif des pouvoirs publics devrait consister à ce que les personnes soient égales en capacités, pas seulement en droits formels ou en ressources économiques (Falzon, 2006).

L'approche par les ressources ne suffit pas à définir la notion de capacités car elle n'aborde pas d'information précise sur la manière dont les individus peuvent effectivement convertir leurs ressources en fonctionnements de valeur. Afin de dépasser ces limites, Sen introduit un levier théorique essentiel : la prise en compte des « facteurs de conversion ».

2.3. Les facteurs de conversion : un levier essentiel

Les facteurs de conversion (*conversion factors*) correspondent à l'ensemble des facteurs qui facilitent (ou entravent) la capacité d'un individu à faire usage des ressources à sa disposition pour les convertir en réalisations concrètes (Fernagu Oudet, 2012a). Dans la vision du facteur de conversion facilitateur il pourrait être assimilé au rôle que joue le catalyseur dans une réaction chimique c'est-à-dire un élément qui favorise ou même qui provoque cette réaction.

Trois types de facteurs de conversion, de natures diverses, peuvent être distingués d'après Bonvin & Farvaque (2007) reprenant les travaux de Robeyns (2003, 2005) :

- des facteurs strictement *personnels* : l'aptitude intellectuelle, le sexe, l'âge, les caractéristiques physiques, etc.,
- des facteurs *sociaux* : normes sociales et religieuses, rôles et statuts, stéréotypes sociaux discriminants, etc.

- ou encore des facteurs externes ou *environnementaux* : opportunités géographiques, institutionnelles, politiques ou culturelles.

Bryson & Meritt (2007), s'appuyant sur un programme de recherche intitulé «*Développement des capacités⁶ humaines : institutions de l'emploi, organisations et individus*» réalisé à l'université Victoria de Wellington en Nouvelle-Zélande, étudient l'influence que les individus, les organisations et les institutions exercent les uns sur les autres en matière de développement des capacités et élaborent un cadre permettant de comprendre le développement des capacités dans le contexte d'organisations données.

Le projet a utilisé une approche multiniveaux en introduisant la notion d'ensemble de capacités dans la recherche empirique. Cela signifie que la recherche porte sur les capacités individuelles dans le contexte élargi d'un réseau de connexions entre organisation, industrie et région géographique, autant de facteurs considérés comme influençant le développement des capacités. Leur analyse repose sur trois études de cas ⁷ menées chez un fabricant de produits de consommation courante, dans une industrie du vin et de fabrication de meubles. Les conclusions de leur recherche concernent les moteurs, les éléments contributifs et les freins au développement des capacités.

Les auteurs classent les commentaires sur le développement des capacités (issus des entretiens) en trois catégories :

1. *les moteurs* : facteurs qui catalysent activement le développement des capacités ;
2. *les éléments contributifs* : facteurs qui soutiennent le développement des capacités mais qui sont incapables de déclencher un processus de développement sans la présence d'un moteur ;
3. *les freins au développement des capacités* : facteurs qui empêchent les individus de se développer et/ou d'exploiter leurs capacités au travail. Ils peuvent être tout

⁶ Le mot anglais «*capability*» est traduit par le néologisme «*capabilité*» ou «*capacité*». Dans cet exemple les acteurs ont fait le choix d'utiliser le mot «*capacité*».

⁷ Les études de cas ont impliqué des discussions avec des dirigeants, des salariés et des syndicats, ainsi que la collecte d'informations auprès d'organes externes intervenant, au niveau des régions et des industries, dans le développement des capacités (par exemple : les prestataires de formation, les organes professionnels, etc.). De plus lors des entretiens individuels, il a été demandé aux salariés de réfléchir à l'historique du développement de leurs capacités, aussi bien dans leur environnement familial que scolaire et professionnel, afin de dessiner une image précise des moteurs et des freins au développement. Cela a représenté au total 100 entretiens, dans 20 organisations différentes.

simplement l'absence de moteurs, mais il existe également des freins actifs qui empêchent le développement des capacités, même en présence de moteurs.

En reprenant la notion de facteur de conversion, ils divisent ensuite les catégories « *moteurs, éléments constitutifs, freins au développement des capacités* » en sous-catégories de facteurs :

1. les facteurs individuels,
2. les facteurs organisationnels, liés aux pratiques en vigueur dans une organisation,
3. les facteurs institutionnels liés à des dispositifs systémiques à l'échelle de la société, tels que la politique, la législation, les réglementations et les attitudes sociales liées à l'éducation, l'emploi, le développement industriel et l'économie.

Les conclusions de leur recherche empirique, qui a exploré les facteurs influençant le développement des capacités au travail, sont synthétisées dans le tableau suivant :

	Moteurs	Éléments contributifs	Freins
Institutionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Attitudes sociales - Infrastructure de formation en entreprise 	<ul style="list-style-type: none"> - État de l'industrie et de l'économie 	<ul style="list-style-type: none"> - Attitudes sociales - Infrastructure de formation en entreprise/politique - Influences de l'école sur le choix du métier
Organisationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien et encouragement des employeurs et supérieurs hiérarchiques - Salaire - Conception et pratiques de travail 	<ul style="list-style-type: none"> - Avantages sociaux ou autres des salariés - Bonnes relations avec les clients et les fournisseurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Vision à court terme des dirigeants d'entreprise - Organisations de petite taille - Refus et réticence de partager savoir-faire et capacités (entre les individus et les organisations)
Individuels	<ul style="list-style-type: none"> - Attitude - Aspiration - Pro-activité - Autres priorités 	<ul style="list-style-type: none"> - Aimer son travail - Aptitude à apprendre 	<ul style="list-style-type: none"> - Attitude - Manque de maîtrise de la lecture et de l'écriture

Tableau 1 : Les principaux facteurs de développement des capacités (Bryson & Meritt, 2008)

Les auteurs insistent sur le fait que le développement et l'utilisation des capacités sont le fruit de l'interaction entre les individus, les institutions et les organisations. Le travail joue un rôle important dans le développement des capacités et il constitue à la fois un moteur et un frein.

En adaptant la typologie de Bonvin & Farvaque (2007) et de Bryson & Meritt (2008), nous proposons pour le domaine qui nous intéresse plus particulièrement « concevoir collectivement l'organisation » l'identification des facteurs de conversion suivants :

- les facteurs de conversion internes ou individuels qui désignent les caractéristiques, les capacités ou les compétences individuelles. Dans notre exemple, il s'agit de toutes les dimensions pouvant influencer sur la capacité d'un individu ou d'un groupe d'individu à construire l'organisation : les personnes parlent-elles la même langue ? Ont-elles la volonté d'apprendre ou la volonté de sortir de leur zone de confort ? Dans leur étude, Bryson et Meritt (2007) identifient quatre moteurs individuels : l'attitude, l'aspiration à la réussite pour soi-même ou pour ses proches, la pro-activité (être à l'initiative de la demande) et des priorités non liées au travail ;
- les facteurs de conversion externes ou artefactuels qui pourraient être divisés en trois sous-catégories :
 - o les facteurs sociaux et culturels qui désignent le contexte sociopolitique et culturel dans lequel la personne évolue : ici, les normes sociales en vigueur autorisent-elles le débat et l'échange d'expériences pour partager des critères sur la qualité du travail ? La structure favorise-t-elle la reconnaissance des compétences et de la qualité du travail de l'autre ? Est-il envisageable de construire ensemble toutes catégories professionnelles confondues sans crainte des sanctions ? De manière plus générale, est ici visée la capacité des normes sociales à favoriser ou entraver la réalisation de nouvelles règles formelles pensées ensemble pour l'amélioration et la performance de l'activité du travail futur ;
 - o les facteurs physiques qui regroupent les éléments de l'environnement physique dans lequel travaille les opérateurs (les lieux de travail) mais aussi les moyens matériels mis à disposition ;
 - o les facteurs « instrumentaux » organisationnels : dans notre cas, les espaces de discussion sur le travail formels et reconnus, les dispositifs de retour d'expériences analysés et transférables vers d'autres situations de travail, les fonctionnements et dispositifs organisationnels qui favorisent collectivement la conception et/ou la réélaboration des règles mais aussi la possibilité de libérer du temps pour travailler et construire ensemble. Plus généralement, les processus organisationnels qui soutiennent et encouragent les conditions d'une activité collective productive, constructive et développementale (Falzon, 2013).

Nous proposons d'adopter le cadre d'analyse synthétisé dans la figure 1 qui articule les principaux concepts énoncés.

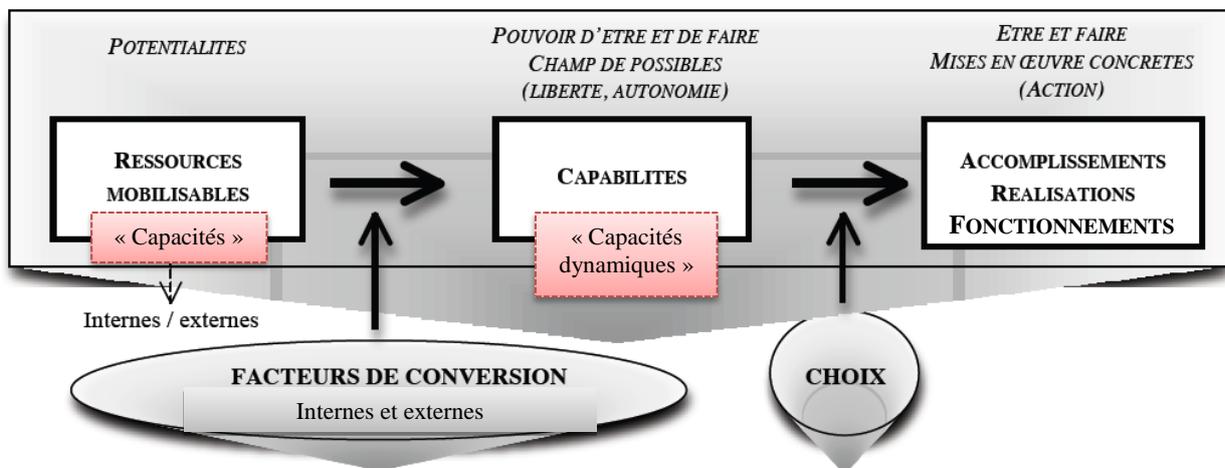


Figure 1 : L'approche par les capacités adaptée de Fernagu Oudet, 2012a.

L'individu dispose de *ressources* (revenu, biens, services...) qui constituent des moyens pour mener une vie libre. Grâce à différents *facteurs de conversion* de natures différentes (internes et externes), l'individu se trouve plus ou moins capable de faire usage de ces *ressources* qui se transforment alors en *capabilités* (capacités dynamiques) à mener une vie libre de leur choix. Mais, avant de générer un réel *accomplissement* (ou *fonctionnements*), ces *capabilités* à mener une vie libre (de l'ordre du *freedom to achieve*) passent par un filtre : elles font l'objet d'une décision, d'un *choix* sur lesquels pèsent un contexte social, des mécanismes de préférence individuelle et sociale, une histoire personnelle, etc... Dès lors, la *capabilité* est de l'ordre du potentiel et *le fonctionnement* (ou *l'accomplissement*) est de l'ordre de la réalisation ; *le fonctionnement* est la concrétisation d'une *capabilité* dont l'individu fait usage dans un sens spécifique.

Le fonctionnement (ou *l'accomplissement*) est ainsi le carrefour où la liberté de l'individu se réalise : l'interaction entre un ensemble de *capabilités* et des *choix* à poser qui sont tous *influencés* par un contexte social (l'histoire personnelle, les normes, les règles en vigueur dans l'entreprise, le comportement des autres, le travail collectif etc.) (Ferreras, 2008). À ce carrefour s'ancre la discussion critique et constructive de l'approche de Sen pour explorer la dimension collective de la liberté de l'individu et la notion de capacités collectives.

3. Au-delà de Sen : agencéité, dimension collective de la liberté individuelle et capacités collectives

Pour A. Sen, les capacités sont par définition des attributs individuels (Drèze & Sen, 2002) et tout ce qui touche à la place des interactions sociales et de la société dans son approche du développement constitue une limite de sa pensée (Dubois & Mahieu, 2009).

3.1. La notion d'agencéité

Afin de préciser son analyse des capacités et des libertés réelles qu'elles expriment, Sen établit une distinction entre deux types de liberté : la liberté de bien-être (well-being freedom) et la liberté d'agent (agency freedom). La liberté de bien-être renvoie à la liberté dont dispose une personne de réaliser une vie de qualité à travers la satisfaction de son propre bien-être. La liberté d'agent, traduit par l'agencéité⁸, fait référence à la liberté qu'à une personne d'adhérer à des valeurs et de concevoir des buts généraux, et non pas seulement des objectifs liés à son propre bien-être. *L'agencéité* peut être traduit comme ce qui est de l'ordre de la capacité à agir de manière autonome et à se coordonner à autrui. C'est ce concept d'agencéité qui permet à Sen (2003) de rendre compte ou plus exactement, de s'approcher de la dimension sociale, ou collective, de la vie humaine. Il reconnaît, à travers *l'agencéité*, la capacité d'un individu de participer en tant qu'acteur social à des objectifs collectifs.

Ce concept vise la capacité à influencer la société, quelle qu'en soit l'échelle : de l'accès de la femme à la décision des priorités d'investissement du ménage (Sen, 1999), à la participation à une manifestation contre l'OMC (Robeyns, 2005) ou la mise sur pied d'un groupe de discussion sur Internet en soutien aux paysans sans terre. Le concept d'*agency* traduit empiriquement les notions normatives qui sont au cœur de la théorie des droits de l'homme de Sen (2004) : liberté de parole, d'information, de circulation et de manifestation, et encore la liberté d'expression comme la « *capability for voice* » (Bonvin & Farvaque, 2007).

⁸ Le mot anglais « *agency* » peut être traduit par agencéité ou agentivité. Les deux termes expriment la capacité à définir des buts et à agir de manière cohérente pour les atteindre. Cette action intentionnelle orientée vers une finalité choisie peut être faite de manière individuelle ou collective en interaction avec d'autres. Par extension, on inclut, à côté de la capacité d'action effective de l'agent, sa capacité à se projeter dans une action potentielle. Dans la littérature française, les auteurs en fonction de leur discipline (les sciences sociales et humaines, les sciences cognitives...) vont utiliser plus spécifiquement l'un ou l'autre terme. Dans notre présentation nous faisons le choix de traduire « *agency* » par agencéité.

Sen (2002) explique son point de vue sur l'aspect collectif des capacités en abordant la notion de « *capacités socialement dépendantes* » (*socially dependant capabilities*) et insiste sur le fait que cette approche est centrée sur l'agencéité qui est étroitement déterminée par les opportunités sociales : « *L'approche par les capacités utilisée dans cette étude se concentre sur les opportunités qu'ont les gens d'améliorer leur qualité de vie. Il s'agit essentiellement d'une approche centrée sur les personnes qui place l'agencéité humaine devant la scène (plus que l'agencéité d'organisations comme les marchés ou les gouvernements). Le rôle déterminant des opportunités sociales est d'étendre le domaine de l'agencéité et de la liberté humaines, à la fois comme une fin en soi et comme un moyen d'expansion supplémentaire de la liberté. Le terme 'social' dans l'expression 'opportunité sociale' [...] rappelle utilement qu'il ne faut pas voir les individus et leurs opportunités en termes isolés. Les options qu'une personne a, dépendent largement de ses relations avec les autres et de ce que font l'Etat et les autres institutions. Nous devrions être particulièrement attentifs à ces opportunités qui sont fortement influencées par les circonstances sociales et les politiques publiques...* » (Drèze & Sen, 2002, p6).

Les interactions sociales sont à l'origine de capacités particulières « *les capacités socialement dépendantes* » qui représenteraient le supplément de capacité qui peut être individuellement obtenu par le fait d'agir avec d'autres. S'appuyant sur la notion « *des capacités socialement dépendantes* », il réfute l'idée de *capacités collectives* en expliquant que le concept d'agencéité recouvre de façon suffisante les aspects des choix liés aux contraintes et aux opportunités sociales (incluant les circonstances sociales, les institutions, les organisations) nécessaire à l'analyse du bien-être des individus.

Pour de nombreux auteurs (Corteel & Zimmerman 2009 ; Dubois, 2006, Dubois et al. 2008 ; Ibrahim, 2013 ; Kleine, 2013 ; Ferreras, 2008...) la notion d'agencéité de Sen semble insuffisante car elle ne tient compte des problèmes de coordination et de conflit social qu'au travers de l'entrée par l'individu (Ferreras, 2008) ce qui ne permet pas de comprendre l'ensemble des mécanismes du changement social. James Bohman (cité par Ferreras, 2008) constate que « *Sen se focalise sur l'action individuelle. Cela laisse pendante la question de l'action collective (social agency) puisque l'égalité des capacités se préoccupe de l'étendue de la liberté qu'ont les agents de réaliser les objectifs choisis par chacun d'entre eux. L'extension de la liberté individuelle d'action de chacun est identique à l'ensemble des capacités de chacun. On ne peut pas en dire autant de la liberté politique (political freedom)* »

de chacun. Dans ce cas, ce qui est central, c'est la mesure dans laquelle les personnes ou les groupes peuvent initier et donner forme à la procédure et aux résultats d'un processus coopératif de délibération. C'est pourquoi la liberté collective réelle (effective social freedom) n'est ni une sous-catégorie ni le substitut de la liberté individuelle d'agir ». (Bohman, 1997, p. 336).

Ainsi l'approche des capacités au travers de l'individu, des groupes et des structures sociales est un point de débat au sujet de l'approche de Sen qui soulève trois grandes revendications par les théoriciens de la capacités (Robeyns, 2005) :

1. L'approche par les capacités est trop individualiste. Elle ne tient pas compte des personnes dans le cadre de leur environnement social, socialement intégré et en interaction avec d'autres. Au lieu de cela, l'approche par les capacités travaille sur la notion d'individus « atomisés ».
2. L'approche par les capacités ne prête pas suffisamment attention aux groupes, aux collectifs.
3. L'approche par les capacités ne prête pas suffisamment attention aux structures sociales.

Au cours des dernières années un nombre croissant d'études a cherché à répondre à ces désaccords en étendant l'analyse des capacités humaines de l'individu à la collectivité et à comprendre la problématique de passage des capacités individuelles aux capacités collectives. En s'appuyant sur la notion de capacités d'affiliation (Nussbaum, 2000) qui prend en compte les formes variées de l'interaction sociale, plusieurs positions sont adoptées quant aux aspects collectifs des capacités. A ce jour deux positions principales semblent se dessiner. Certains considèrent que la nature même de l'approche est une évaluation du bien-être des individus y compris dans ce qui les rattache au collectif et qu'il est donc impossible et inutile de parler de capacités collectives (Sen, 2002 ; Robeyns, 2005). Par exemple Robeyns (2005) défend la nature *éthiquement individuelle* des capacités. Selon elle, le concept des capacités individuelles prend pleinement en compte l'enchâssement social des individus. Ainsi *l'individualisme éthique* reconnaît le rôle déterminant des contraintes des structures sociales dans le passage des capacités d'une personne à ses fonctionnements. Elle ne voit pas d'intérêt à étudier des fonctionnements ou des capacités collectives puisque de manière ontologique, le bien-être est lié à un individu et non à une communauté sauf si le bien-être est abordé en terme d'agrégation du bien-être de tous les membres de cette communauté.

D'autres définissent la capabilité d'une personne comme l'expression de *sa liberté d'agir et d'être* à un moment donné dans une société donnée. Ainsi cette liberté se retrouve non seulement dans le choix des fonctionnements que peut accomplir cette personne mais aussi dans sa « capacité d'acteur social » (Dubois, 2006). Cette capabilité dite d'*agencéité* pour reprendre les termes de Sen, lui permet d'interagir avec les autres pour convertir les ressources disponibles en capacités afin de concevoir des buts généraux et non pas seulement des objectifs liés à son propre bien-être. Le résultat de cet exercice est la mise en œuvre d'une *agencéité collective* (Ibrahim, 2008) où le groupe, le collectif cherche de manière collective à atteindre un objectif commun. L'acteur social, membre du collectif, est alors caractérisé par le fait qu'il peut privilégier volontairement l'intérêt collectif au détriment de son propre intérêt mais également aller au-delà de l'intérêt collectif de son groupe d'appartenance pour favoriser une vision plus large comme par exemple la protection des générations à venir (Panet & Duray-Soundron, 2008). Pour Ricœur (2004), cette attitude caractérise la personne, considérée comme un agent responsable, un sujet capable de parler, d'agir, de s'imputer une responsabilité... et de faillir.

Dubois et Mahieu (2009) explique le positionnement individualiste des capacités par le fait que Sen ne considère que deux formes de liberté, positive et négative. Il n'aborde pas les situations basées sur l'acceptation volontaire d'un individu de réduire sa propre liberté pour satisfaire à des obligations considérées comme prioritaires, car liées à un certain statut ou à une vision particulière du monde. Ces attitudes qui s'appuient sur « l'autocontrainte » de sa propre liberté sont difficilement appréciables par une analyse de la liberté de façon binaire : positif et négatif. En effet, où pourrait être inclus ces comportements « d'autocontrainte » ? Les classer dans la liberté négative, ce serait admettre que toute forme d'autocontrainte, librement consentie, est une contrainte imposée par autrui. Les inclure dans la liberté positive, demanderait d'en faire une capacité spécifique, une capacité « d'autocontrainte » de sa propre liberté pour satisfaire à ses responsabilités. Pour ces auteurs cela nécessiteraient un questionnement qui demanderait une réflexion toute particulière sur ce qu'est la responsabilité d'un individu et/ou des individus face aux obligations, ce qui n'est jamais abordé explicitement dans les textes de Sen portés par un contexte de liberté.

Cette seconde approche permet d'une part d'initier une réponse à la critique souvent faite à l'approche des capacités de Sen comme étant trop individualiste, et d'autre part de souligner l'importance des structures sociales, des collectifs et des groupes pour la construction et

l'expansion des capacités humaines (Ibrahim, 2013) en plaidant pour un nouveau type de capacités qui est généré à la suite de cette interaction, *les capacités collectives* (Evans, 2002 ; Kabeer, 2003; Ibrahim, 2006 ; Ballet et al, 2007 ; Ferreras, 2008) .

3.2. La dimension collective de la liberté

Les organisations syndicales dans les entreprises, les partis politiques, les groupes d'acteurs sociaux (les CHSCT, les associations de patients...) représentant des personnes dans un contexte donné (l'entreprise, l'hôpital...), les institutions, jouent un rôle croissant dans la politique de gestion des entreprises comme dans l'action publique. Il est à remarquer, de tout temps, que gagner la liberté de faire les choses auxquelles nous apportons de la valeur, est rarement quelque chose que nous pouvons accomplir seul (Evans, 2002).

Ainsi le regroupement des individus fournit une arène pour la formulation de valeurs et des préférences partagées entre les individus et apparaît comme une étape essentielle pour faire entendre sa « voix ». Il participe à la mise en œuvre d'une action collective grâce à laquelle le changement peut être envisagé et opéré. Pour illustrer ces propos, Evans reprend un des cas préférés de Sen, l'Etat indien du Kerala (Evans, 2002) : Sen souligne la capacité des services sociaux du Kerala à transformer les comportements des individus en matière de reproduction de façon non coercitive, sur la base de beaucoup de discussions et de débats. Ce qu'il ne met pas en évidence, est la mesure dans laquelle ce climat de discussion et de débat s'est construit sur la base d'un ensemble de mobilisation très important des organisations politiques et syndicales. Ces vecteurs organisationnels ont rendu possible la mise en œuvre des processus délibératifs qui à leur tour ont rendu possible le changement.

De nombreux exemples, dans des domaines différents, ont montré comment l'action collective au travers du collectif a été source de réussite et de développement de l'individu : le développement professionnel au travers du collectif (Corteel & Zimmermann, 2007), l'association de défense de l'auto-emploi de femmes en Inde pour défendre leurs droits et leurs libertés de travailler (Stewart, 2005), l'exemple du dispositif des « îlots caisses » dans un hypermarché (Ferreras, 2008)...

Dans un effort de clarification du concept de capacités collectives, Ferreras (2008) propose la notion de « *dimension collective de la liberté* » en réservant le mot « liberté » à la liberté individuelle et en soulignant qu'elle est rendue possible grâce à la dimension collective de l'action. Deux points précis soutiennent son approche : « *primo, c'est grâce à sa coordination à autrui que l'individu est porteur de certaines capacités (appelées dans ce cas « capacités collectives »), secundo, sans intégrer dans l'analyse cette dimension collective de la liberté, on ne peut rendre compte de manière complète de ce qui rend effectivement réelle la liberté individuelle, enregistrée au travers des accomplissements individuels. Ce sont, au final, ces deux faces, tant individuelle que collective de l'action, qui permettent la liberté de l'individu* » (Ferreras, 2008, p287).

Dans l'exemple de l'état indien du Kerala, c'est bien l'articulation à autrui et le développement de ces moyens d'action collective qui ont joué un rôle fondamental dans l'expansion de la liberté individuelle. Il paraît nécessaire alors d'aborder l'ensemble des capacités, non seulement de l'individu (ce que fait Sen) mais également du groupe, du collectif « *car c'est bien cet ensemble d'individus, contingent et situé, qui est le véhicule de certains accomplissements (achieved functionings) ; sans lui, la liberté individuelle n'est pas la même, sans lui, certains accomplissements individuels seraient impossibles car c'est lui qui est le siège de certaines capacités dont dépend la réalisation de ces accomplissements individuels* ». (Ferreras, 2008, p288).

3.3. Les capacités collectives : des éléments de compréhension

Un certain nombre de nouveaux termes ont été introduits pour caractériser ce nouveau type de capacités, telles que les capacités du groupe (Stewart, 2005) ; les capacités collectives (Evans, 2002 ; Kabeer, 2003 ; Ibrahim, 2006 ; Ballet et al, 2007) ; les capacités relationnelles (Dubois et al, 2008) et les capacités externes (Foster & Handy, 2009).

Le terme capacités collectives a été proposé par Peter Evans dans son article « *Collective Capabilities, Culture, and Amartya Sen's Development as Freedom* » (Evans, 2002). Les capacités collectives ne sont pas uniquement la somme ou la moyenne des capacités individuelles (Stewart, 2005). Elles résultent de la combinaison des capacités individuelles, qui, elles-mêmes, résultent de l'interaction entre les différents agents ou membres.

Elles sont le résultat de l'exercice de l'action collective dont les bénéfices reviennent à l'individu et au collectif et ne pourraient pas être atteintes par un individu seul (Ibrahim, 2006). Elles retracent ainsi la capacité d'action collective finalisée, autonome et intentionnelle d'un groupe de personnes, d'une organisation ou d'une institution : des acteurs sociaux.

En introduisant le lien social, c'est-à-dire la raisonnable qui s'appuie sur les capacités sociales de l'individu puis sur sa responsabilité vis-à-vis de l'autre, l'individu passe de l'agent à l'acteur social. Vernant (2005) définit l'agent comme un être possédant quatre caractéristiques : « *la réflexivité (sa capacité d'avoir conscience de soi, des autres et des mondes) ; la rationalité (sa capacité d'agir à partir d'une planification réglée) ; la finalité (sa capacité d'agir selon des fins et des valeurs) ; la coopérativité (sa capacité de participer à une action collective supposant la mise en œuvre d'une stratégie commune* ». (Vernant, 2005, p36). L'agent est un individu autonome qui effectue des choix rationnels avec une finalité donnée, finalité qui peut aller au-delà de son propre intérêt. L'acteur social, lui, est un agent inséré dans un réseau social, qui est capable d'agir de façon raisonnable c'est-à-dire en tenant compte du lien social, pour atteindre un objectif commun ou partagé avec d'autres et être partie prenante de choix organisationnels, institutionnels, politiques. Ceci peut l'amener à se sentir responsable vis-à-vis d'autrui. Le concept d'acteur social élargit ainsi le concept d'agent⁹, car par sa raisonnable et sa responsabilité, il peut augmenter et dépasser la panoplie des choix rationnels.

Au travers de l'ouvrage « Repenser l'action collective : une approche par les capacités collectives » (Dubois et al, 2008), les travaux exploratoires qui sont présentés permettent de définir et d'affiner le concept de capacités collectives :

1. Il apparaît que la notion de « **responsabilités des acteurs sociaux** » est une condition de renforcement des capacités des acteurs sociaux, que celles-ci soit individuelles ou collectives. Grâce aux capacités individuelles et sociales, l'expression de l'agencité

⁹ L'agent social est un individu autonome qui effectue des choix rationnels avec une finalité donnée. Une finalité qui va au-delà de son intérêt propre. Le concept d'agent élargit donc le concept d'individu rationnel tourné vers son propre intérêt. En anglais, le terme 'agent', plus générique qu'en français, recouvre aussi souvent celui d'acteur social.

collective est favorisée par les personnes ; qui génère à son tour des capacités collectives débouchant sur l'action collective.

Dans l'expérience des groupes d'entraide communautaires des populations pauvres du Delta en Egypte, Ibrahim (2008) montre comment le regroupement des acteurs sociaux autour d'un projet commun et partagé « le développement de leur communauté par la mise en place d'une responsabilité sociale partagée » a permis d'entreprendre avec succès des actions collectives fructueuses : création de services sociaux et d'écoles, construction d'une station de chemin de fer et amélioration des soins aux groupes sociaux vulnérables. L'initiative des groupes d'entraide a été portée par deux jeunes diplômés égyptiens originaires de cette communauté. Ils croyaient en l'idée qu'ils pouvaient avec les membres de leur communauté améliorer leurs propres conditions de vie sans attendre l'aide du gouvernement. Ils ont créé un projet d'élevage de poulet et développé cette société au sein de la communauté en reversant une partie des bénéfices au développement de la communauté. Pour ces deux diplômés, leur volonté était d'augmenter leurs propres conditions de vie mais c'est bien le souhait de la recherche de l'amélioration collective des conditions de vie qui a permis, à travers l'expression de l'agencité collective, la réalisation des objectifs recherchés : développer le bien-être, développer leur autonomie, développer leur liberté...

2. Le « capital social » a un rôle central dans le développement des capacités et des agencités collectives. Le capital social, défini initialement par Bourdieu (cité par Panet et Duray-Soundron, 2008) est l'ensemble des relations « sociales utiles », ce qui renvoie aux réseaux sociaux qui peuvent être mobilisés par les individus et les groupes pour mener à bien des actions et des stratégies individuelles et collectives dans le cadre de leur trajectoire professionnelle et sociale. Il conditionne l'accès aux ressources et permet une approche dynamique de la relation entre individus et structures sociales. Alors que pour Bourdieu le capital social est un bien individuel détenu par une élite comme objet de domination (Worms, 2006 ; Putman, 2002) associe ce concept à un bien collectif. Il définit le capital social comme les réseaux de communication, d'appartenance, utilisés par les individus pour produire en commun une utilité collective et des valeurs (normes et représentations) partagées auxquelles ils se réfèrent (pour produire en commun). C'est une composante essentielle de toute société et de tout groupe humain, ce que Putman appelle un « *social glue* ».

Le capital social peut être décliné suivant différentes dimensions (Worms, 2006) :

- la forme et la densité des réseaux relationnels (formels, informels, organisés, diffus, liens forts, liens faibles)
- l'orientation (tournés vers l'extérieur ou l'intérieur) et les fonctionnalités des réseaux de relations (bonding social capital, bridging social capital, linking social capital).

Worms (2006) précise que le capital social n'est pas une donnée statique : « *C'est une ressource sociale dynamique, inséparable de son utilisation et c'est précisément cette dynamique d'usage qu'il est important de saisir* » (Worms, 2006 pp 226).

Par exemple, dans le travail, l'accomplissement de toutes sortes de tâches est très fortement lié aux relations sociales et aux structures relationnelles des membres de l'entreprise. Dans le travail en équipe, la négociation ou la délibération des règles, demandent d'échanger toutes sortes de ressources pour les opérateurs qui participent à cette action collective. Ces ressources sont constituées des moyens utiles aux fins individuelles et collectives : l'information, la bonne volonté des collègues, le conseil, ou encore des ressources sans lien direct avec le processus de production comme le soutien émotionnel (Lazega, 2006). Pour participer aux efforts collectifs (et en bénéficier) les membres doivent compter sur l'existence dans leurs réseaux de relations, de sous-structures relationnelles, dont le rôle est de les aider à coopérer et à échanger de manière régulière, durable et adaptée à leurs objectifs collectifs (Friedberg, 1997). Ces sous-structures relationnelles témoignent de l'existence de processus sociaux. Le fonctionnement de ces processus sociaux peut être considéré comme un atout collectif. Ils constituent « *le capital social collectif, c'est-à-dire un capital social différent du capital relationnel des membres individuels de ce collectif* » (Lazega, 2006, pp214). Ils ne renvoient pas à l'addition ou à la soustraction de relations ou de ressources mais reposent sur une reconstitution des ressources et de leur interdépendance. Ils facilitent l'action collective et permettent le développement de la capacité de l'action collective (une ressource pour l'action) et des capacités collectives.

L'action collective repose ainsi sur de multiples processus sociaux qui dépendent des formes variables « *de discipline sociale* » (Lazega, 2006 p 216), perçues légitime pour les membres. La discipline sociale (inverse d'indiscipline) implique à la fois l'individu et le collectif. Du point de vue de l'individu, elle est la capacité de l'acteur à s'auto-restreindre aux cours des négociations avec autrui, dans la définition de ses propres intérêts individuels, dans la définition de l'étendue du champ de ses revendications ainsi que dans l'exercice de son

pouvoir individuel (Bernoux, 1990 ; Reynaud, 1979). Du point de vue du collectif, il s'agit des processus sociaux qui s'appuient, par exemple, sur la mise en œuvre des processus de solidarité, de contrôle et de régulation (Reynaud, 1999).

Pour accepter cette articulation entre discipline sociale et processus sociaux, il est nécessaire de comprendre la relation sociale comme le lieu de circulation de ressources hétérogènes et le lieu d'un engagement des membres c'est-à-dire d'une promesse, d'une obligation ou d'une convention morale introduisant la durée dans cet échange de ressources, présupposant un dispositif de contrôle social rendant cette promesse crédible pour l'ensemble des membres. Cela ne signifie pas qu'il existe nécessairement un lien mécanique entre l'existence d'une discipline sociale (considérée comme légitime) et la performance d'une organisation car la notion de discipline sociale ne conduit pas nécessairement à un raisonnement fonctionnaliste, la politisation des échanges repose toujours sur la définition des intérêts individuels et ces définitions ne sont pas nécessairement convergentes dans un collectif.

3. Le processus de développement des capacités collectives n'est pas linéaire. D'une part l'implication de l'acteur social dans l'action collective n'est pas nécessairement liée à la recherche d'un intérêt collectif. D'autre part l'action collective peut participer à l'augmentation des libertés individuelles mais aussi à sa réduction. Pour l'individu, la participation à un groupe d'acteurs constitue pour lui un mélange social qui peut être une source de libertés mais aussi de contraintes. Ainsi la liberté et les capacités d'actions individuelles (l'agencité) sont une condition nécessaire mais non suffisante à la capacité d'action des groupes d'acteurs sociaux.

4. Le développement comme liberté requiert l'action collective (Evans, 2002). L'action collective est un élément déterminant du processus de changement social. Afin de mettre en évidence l'enjeu et le rôle pris par la dimension collective de l'action dans l'exercice de la liberté de l'individu, Ferreras (2008) analyse une situation de travail dans un magasin qui a développé un mode participatif de gestion des horaires variables pour les caissières qui y travaillent : l'exemple des dispositifs des ilots caisses¹⁰.

¹⁰ Les résultats de ses recherches découlent d'une enquête ethnographique menée auprès des caissières de la grande distribution en Belgique. La recherche s'est concentrée autour de l'étude de trois cas : les trois groupes de caissières de trois magasins, deux supermarchés et un hypermarché, intégrés à trois des plus grandes chaînes de distribution en Belgique et en Europe. Ces magasins font partie du segment primaire, aux conditions de salaire et d'emploi les plus enviables du secteur. Une soixante d'interviews approfondies ont été réalisées dans ces trois

Un « îlot caisse » est un groupe d'une vingtaine de caissières. L'hypermarché compte cinq îlots au total. La responsable « îlots caisses » constitue les groupes de façon à les rendre les plus hétérogènes possibles mais aussi les plus complémentaires possibles du point de vue des profils de caissières (nombre d'heures au contrat, statut marital, charge de famille, âge des enfants, distance domicile/lieu de travail, préférences horaires, etc.). Une « Salle Îlots » commune à chaque groupe, a été créée avec la mise en place par groupe de trois grands tableaux représentant les trois semaines pour les plages horaires qui viennent d'être faites (le passé), qui sont en train d'être faites (le présent) et celles qui devront être faites (le futur). Chaque caissière se positionne à l'aide d'un pion qui les représente sur les plages horaires durant lesquelles elles souhaitent travailler. Une fois qu'elles sont toutes positionnées, la responsable « îlots caisses » vérifie que les îlots sont bien ajustés à la charge horaire dessinée par la direction du magasin. En cas de problèmes (plages trop remplies ou désertées), les caissières repassent par la Salle Îlots et cherchent – plus ou moins – à coopérer pour trouver un accord entre elles, car cela reste leur meilleure garantie d'obtenir l'horaire qui les arrange. La responsable « îlot caisse » est chargée de veiller à ce que les caissières règlent effectivement les problèmes éventuels.

Les caissières de cet hypermarché sont unanimement enthousiastes quant à un tel mode de gestion des horaires participatif, permis ici par un dispositif institutionnel (le mode de gestion par « îlots caisses »). C'est bien la mise en œuvre d'une activité collective « la gestion collective coordonnée des caissières » soutenue par un dispositif organisationnel, qui a rendue possible l'expression des capacités collectives et non individuelles, génératrice «d'accomplissements au plan individuel». L'entreprise à travers ce dispositif met à disposition des ressources (mode de gestion des horaires participatif, gestionnaire des plannings, un panneau d'affichage) mais également des facteurs de conversion sociaux, physiques et « instrumentaux » organisationnels (débat des règles, la reconnaissance du travail de l'autre, favoriser la réalisation de nouvelles règles formelles pensées ensemble pour l'amélioration et la performance de l'activité du travail futur...) afin de transformer les potentialités – individuelles, collectives, technico-organisationnelles – en possibilités effectives (Arnoud & Falzon, 2013). Autrement dit, l'entreprise a proposé un « environnement capacitant » (Falzon, 2006 ; 2013) qui a permis aux caissières d'élargir leurs

établissements situés en Belgique francophone (Provinces du Brabant, Wallon et de Namur), qui emploient à 98% des femmes au « poste caisses ». L'immense majorité (entre 80 et 90%) des employés à ce poste ont un contrat à temps partiel et à durée indéterminée et quasi 100% sont affiliés à un syndicat.

possibilités d'action et leur degré de contrôle sur leur tâche (Pavageau, Nascimento, & Falzon, 2007) en générant du travail collectif, auquel elles attribuent de la valeur, et du collectif de travail, ressource au développement des capacités collectives (figure 2).

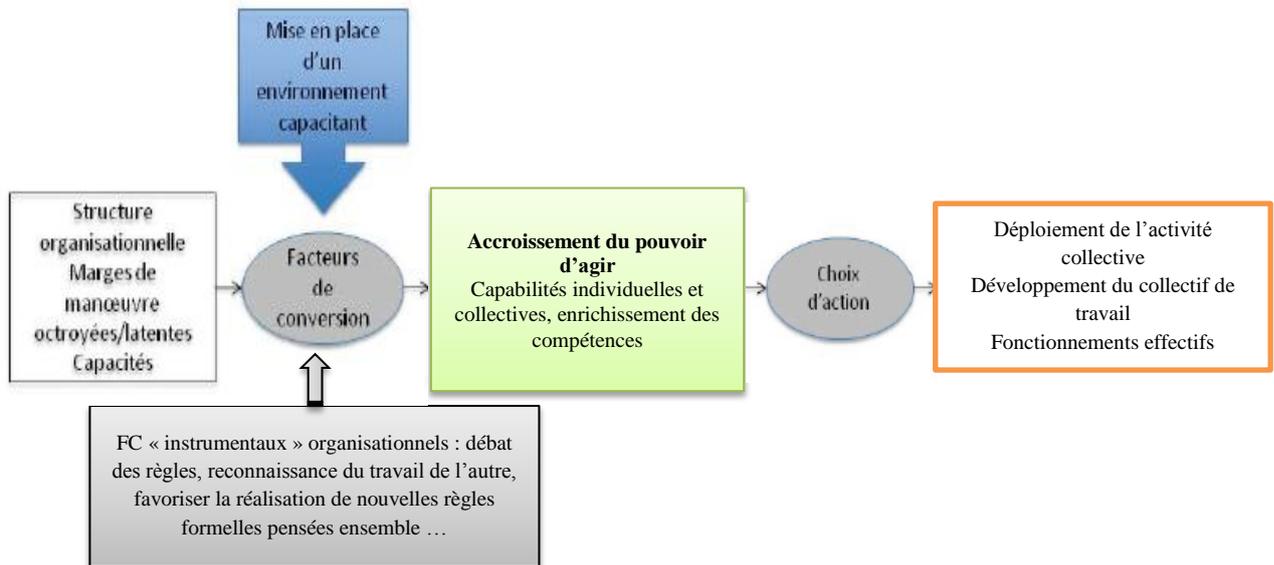


Figure 2 : L'approche par les capacités appliquée à l'organisation, adapté de Bonvin & Farnaque, 2007 et Fernagu-Oudet, 2012.

En effet, les individus pris séparément ou non organisés au travers d'acteurs sociaux (les îlots caisses) - c'est souvent le cas de la majorité des salariés soumis à des horaires variables imposés par leur employeur - ne disposent pas de cette capacité à bénéficier d'une articulation vie professionnelle-vie privée aussi satisfaisante. C'est cette capacité collective qui permet la liberté de l'individu et son développement. Le groupe d'individus est le véhicule de l'*accomplissement* individuel, d'une plus grande liberté dans l'organisation de la vie de l'individu, d'une meilleure compatibilité entre les exigences du travail et de la vie privée. Le gain que les caissières font en termes de capacité à jouir d'une articulation la plus harmonieuse possible entre les horaires de la vie professionnelle et les responsabilités privées est considérable et, dès lors, le sentiment de réappropriation de leurs vies professionnelle et privée s'en ressent.

5. Les capacités collectives et individuelles sont étroitement liées et se renforcent mutuellement (Ibrahim, 2013). Les capacités collectives affectent les capacités individuelles et vice versa. C'est un cycle (figure 3) qui suggère l'élargissement du cercle de l'analyse de l'individu au collectif, tout en tenant compte des différents facteurs structurels qui affectent chacun des processus. Le chevauchement entre les niveaux individuels et

collectifs révèle leur interdépendance. Le cercle en pointillé illustre les frontières floues entre les niveaux individuels et collectifs, qui sont en interaction constante et affectant l'agencéité humaine, les capacités et la liberté.

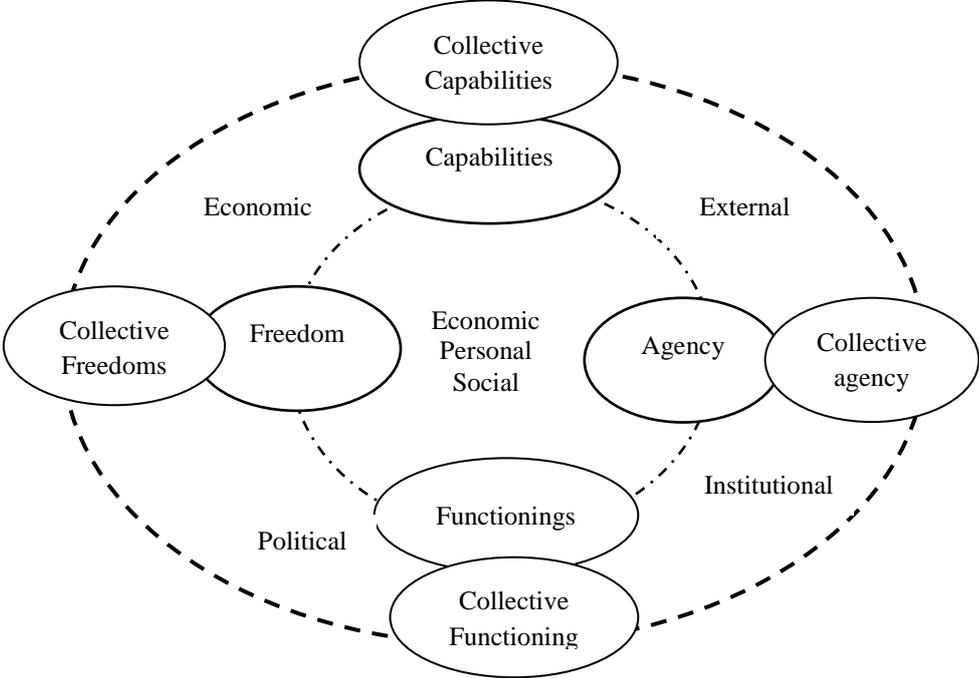


Figure 3 : Les interactions entre les capacités, la liberté et l'agencéité au niveau collectif d'après Ibramin, 2008.

4. Pour conclure : des capacités collectives à l'activité collective

Comme nous avons pu le voir, en parcourant rapidement l'histoire intellectuelle du concept de « capacités collectives », ce concept est né, comme beaucoup de concepts scientifiques, d'une nécessité de clarification de certains points. De l'exercice des capacités de base d'une personne découle son agencéité, c'est-à-dire la capacité de cette personne à être et agir en tant qu'acteur social ; l'agrégation des acteurs sociaux permet la formation d'une capacité collective, qui elle-même rend possible l'action collective.

La mise en œuvre de l'action collective génère des accomplissements ou fonctionnements (l'élaboration de nouvelles règles, l'acquisition de compétences, le développement de l'autonomie...) qui vont renforcer la liberté des individus et des capacités collectives et individuelles. Par exemple les capacités collectives, à travers l'action collective, affectent la perception du bien qui guide les actes de l'action humaine de l'individu (Evans, 2002). Ainsi ces capacités individuelles « enrichies » vont générer une nouvelle agencéité collective (au cours de l'action collective) qui vont à leur tour modifier les capacités collectives. A travers l'action collective, l'agencéité collective et les capacités collectives sont développées créant un processus cyclique (figure 4). L'individu, l'agent et l'acteur social se construisent et se développent dans l'interaction avec le monde et dans l'action collective et c'est bien cette activité constructive, développementale des sujets et des collectifs qui constitue le moteur de l'apprentissage, de la transformation et de la performance, ressource pour l'émergence de nouvelles libertés pour les individus.

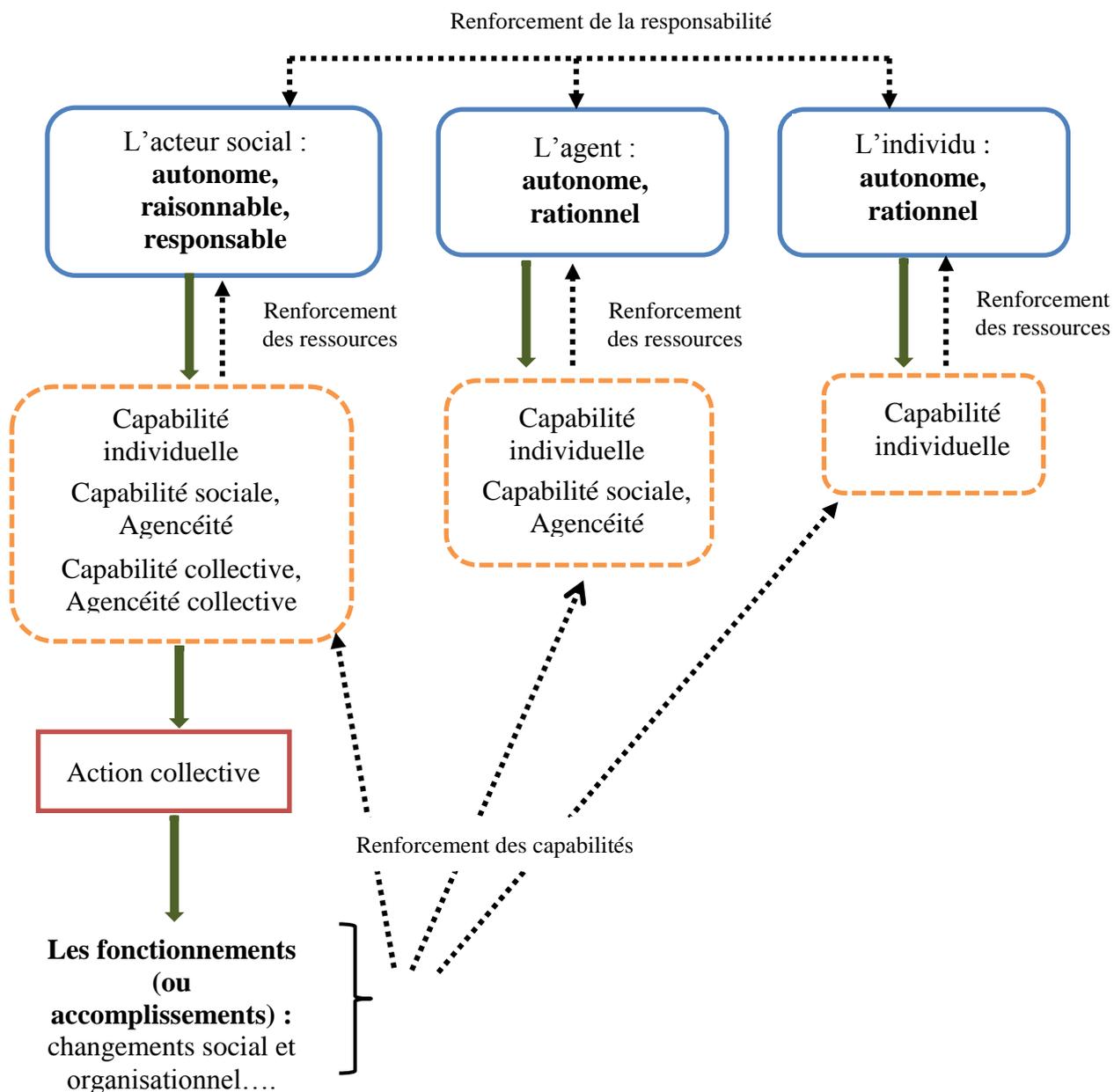


Figure 4 : L'action collective : élément déterminant du processus de changement social et du développement des capacités individuelles et collectives

Nous avons montré comment ce cycle est affecté par les contextes sociaux, organisationnels, économique, extérieurs dans lesquelles les actes de l'agencéité collective sont entrepris. Les capacités accessibles à un individu dépendent des *ressources* auxquelles il a accès et des *facteurs de conversion* à sa disposition pour transformer ces ressources en réalisations effectives. De la même façon, l'exercice des capacités collectives va dépendre des *ressources* dont le collectif est dépositaire.

Cette approche retranscrite dans le cadre du travail et de sa conception, permettrait de penser les dimensions de l'activité collective sous l'approche du développement, développement des individus, des collectifs et des organisations (Falzon, 2013) :

- développement des individus, grâce à la mise en place de savoir-faire, de connaissances, de compétences ;
- développement des collectifs de travail grâce à la mise en œuvre de conditions organisationnelles qui permettent la construction et le développement des différentes formes de collectifs de travail (collectif métier et collectif transverse) ;
- développement des organisations, grâce à l'intégration dans l'organisation elles-mêmes de processus réflexifs, ouverts aux capacités d'innovations des opérateurs eux-mêmes.

L'objectif, dans la conception des organisations, ne serait pas de créer une nouvelle tâche « capacitante » qui viendrait s'ajouter aux tâches existantes, mais organiser l'existant de sorte qu'il permette aux individus et aux organisations de progresser (Falzon & Mollo, 2009). Ainsi le changement orienté vers la transformation de l'organisation relève simultanément d'une adaptation des activités humaines, individuelles et collectives, et de la structure.

Dans ce sens l'ergonomie, au travers du travail d'organisation de l'organisation, défend une vision constructive et développementale. Elle envisage alors le développement comme un fait (l'activité de travail appréhendée comme une activité productive et constructive), une finalité (le développement comme une finalité de l'action ergonomique) et un moyen (le développement comme un outil de l'action ergonomique).

Chapitre 2. L'activité collective : témoin de la mise en œuvre de l'agencéité collective et moteur des capacités collectives

Selon Ibrahim (2006), pour passer des capacités individuelles (telles que définies par Sen, 1999) aux capacités collectives, il faut que trois éléments fondateurs interagissent : l'activité collective des opérateurs « le moteur », des structures organisationnelles adéquates « le support » et du capital social entre ces acteurs « le lubrifiant ».

L'ergonomie s'intéresse aux dimensions collectives de l'activité en les regardant comme objet de régulation dans les interactions entre l'opérateur et son contexte de travail (Caroly & Barcellini, 2013). De nombreuses recherches (Avila-Assunção, 1998 ; De la Garza & Weill-Fassina, 2000 ; Barthe, 2000 ; Flageul-Caroly, 2001...) ont mis en évidence « *le rôle central des activités collectives dans les systèmes techniques, tant sur le plan de la performance que sur celui de la santé, de la sécurité, de la fiabilité* » (Flageul-Caroly, 2001, p. 123).

Dans ce chapitre nous allons nous intéresser à l'activité collective et ses composantes. Nous définissons l'activité collective comme l'articulation du travail collectif dans lequel les opérateurs sont engagés et du collectif de travail (quel que soit sa forme) auquel ils appartiennent (Caroly & Barcellini, 2013). Comprendre l'activité collective nécessite de définir le travail collectif (§1) et le collectif de travail (§2) (Caroly, 2010). A partir des distinctions qui pourront être faites, il s'agira de mieux identifier les interactions et les articulations possibles entre travail collectif et collectif de travail afin de préciser les tenants et les aboutissants de l'activité collective (§3) et plus spécifiquement de l'activité collective conjointe, témoin de la mise en œuvre de l'agencéité collective des acteurs sociaux et ressource pour le développement des capacités collectives.

1. Le travail collectif ressource pour l'agencité collective et l'efficacité de l'action collective

Comme le précise Leplat (1993) « *tout travail comporte une dimension collective* », dans cette phrase l'auteur signale le fait qu'on ne peut manquer de rencontrer les aspects collectifs du travail dès qu'on analyse des activités en situation de travail. Travailler ensemble est ainsi le fondement de toute entreprise et la mise en œuvre d'une activité collective par ses membres est la condition sine qua non de son fonctionnement.

Depuis les années 90, la notion de travail collectif en ergonomie fut largement instruite et de nombreux congrès et publications furent consacrés à cette thématique (Barthe & Queinnec, 1999 ; Maggi & Lagrange, 2002 ; Weill-Fassina & Benchekroun, 2000 ; de Terssac & Chabaud, 1990 ; Caroly, 2010...). Le travail collectif comme objet de recherche n'est pas spécifique à l'ergonomie et d'autres champs disciplinaires (linguistique, sociologie, psychosociologie, psychologie du travail, sciences de gestion...) ont construit des connaissances sur ce sujet. Il est à noter que ces études se sont multipliées au moment où les évolutions des contextes techniques, organisationnels et scientifiques ont marqué la transformation des formes du travail collectif (Benchekroun & Weill-Fassina, 2000 ; Caroly, 2010 ; Trognon et al. 2004).

Quatre transformations structurelles majeures remodelent le paysage économique français depuis les années 80 : l'avènement des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), le passage d'une économie industrielle à une économie de service, le rôle clef de l'économie immatérielle qui met en évidence de nouveaux actifs stratégiques (compétence, confiance, pertinence) et l'intensification de la concurrence et des processus de globalisation (du Tertre, 2007). Ces transformations impliquent le développement de nouvelles formes d'organisations « *capables de percevoir les changements, potentiels ou réels, d'environnement et de se transformer* » (Tarondeau, 2002 pp 91). L'objectif n'est plus la recherche d'un one best way mais la recherche de structures adaptées au contexte, plus souples et plus décentralisées : « *pour contrôler la variété croissante de son environnement, la firme doit augmenter sa variabilité propre par décentralisation et autonomie* » (Tarondeau, 2002, p 92). Les activités ne sont plus découpées par fonctions mais par divisions ce qui se traduit par une variété et une combinaison d'expertises (Tarondeau, 2002).

Par exemple le développement des technologies nouvelles (NTIC) a transformé les tâches des opérateurs (Rasmussen et al., 1991). Sous l'influence initiale d'une organisation Taylorienne du travail qui fixait leur répartition et tendait à individualiser le travail, les tâches des opérateurs sont devenues en général plus ouvertes, plus interactives (les décisions à prendre à un moment donné dépendent de la situation locale mais également des connaissances des situations voisines fournies par d'autres personnes) mais aussi plus discrétionnaires. Il n'est plus possible de définir et de programmer le contenu des tâches précisément. Leur but et leurs principes d'exécution seront définis de façon plus abstraites, moins explicitée ; ce que de Terssac qualifie *de travail à discrétionnalité croissante* (de Terssac, 1992, p66). On se rapproche ici de la structure « organique » (Burns & Stalker, 1996 cité par Arnoud, 2013) caractérisée par un faible recours aux règles formelles, par la décentralisation des décisions (de Terssac & Lompré, 1996), par la définition souple des responsabilités, où l'accent est mis sur la mission (de Terssac & Chabaud, 1990, de Terssac, 1992) et les objectifs à atteindre (Torrès-Blay, 2000).

Ces nouvelles formes d'organisation révèlent la place centrale du travail collectif, car leur complexité implique de se référer aux autres (Alter, 2010) et d'associer diverses compétences « pour faire face ».

Le *travail collectif* peut être défini comme la mise en œuvre de régulations¹¹ collectives d'une activité de travail (Caroly, 2010), c'est-à-dire des actions coordonnées de plusieurs opérateurs. Il n'est donc pas une addition ou une combinaison d'activités individuelles mais la réalisation conjointe d'une activité par plusieurs opérateurs, dans des lieux et des temps qui peuvent être communs ou différents. Cette notion d'interdépendance entre les opérateurs correspond à ce que nous entendons par travail collectif, impliquant des processus d'échanges de savoirs et de répartition des tâches plus ou moins distribués ou centralisés et nécessitant une activité de coordination soutenue par des moyens de communication ou des supports techniques. Il est défini en lien avec la tâche dans laquelle sont engagés les partenaires du travail collectif et renvoie à la performance dans l'atteinte des objectifs de cette tâche (Caroly & Barcellini, 2013).

¹¹ Deux définitions sont données au terme « régulation » (Reynaud, 1988) : celui d'une action de formation et de maintien de la règle par confrontation des acteurs et celui de résultat de ces actions « un ensemble relativement cohérent... de règles acceptables de part et d'autres ».

Le travail est ainsi une aventure collective (de Terssac, 2002) c'est-à-dire un travail de production de règles négociées qui servent à ordonner les actions et les interactions des opérateurs engagés dans cette aventure collective. La règle est construite par les sujets pour agir et elle est transformée en règle sociale partagée pour interagir ou agir ensemble mobilisant une pluralité d'acteurs qui doivent combiner leurs savoirs et leurs actions « *Le travail est une action permanente de production de règles pratiques pour sortir la production et comme un effort pour faire reconnaître ces règles comme efficaces et légitimes, donc un effort pour les faire partager et les rendre communes* » (de Terssac, 2011 p104). Le travail est alors travail d'organisation car à tout moment le ou les opérateurs modifient la situation de façon intentionnelle pour transformer les cadres de l'action individuelle et collective c'est-à-dire changer ou adapter les règles et les faire partager aux autres dès que les limites des procédures ou pratiques sont atteintes ou encore quand les représentations ne contiennent plus les représentations qu'elles sont censées retenir (de Terssac, 2011). Certaines recherches montrent le rôle central du travail collectif dans la gestion du système sociotechnique sur le plan de la production (Navarro, 1991 ; Duraffourg & Hubault, 1993) ou sur le plan de la résolution de problèmes ou du contrôle de la situation (Muntutéguy & Darses, 2000 ; Anceaux, Hamek et Watbled, 2004).

Dans les situations décrites, la règle ne règle plus les problèmes d'efficacité ou encore la règle ne sert plus à renforcer la légitimité de l'échange social, alors le travail d'organisation collectif s'impose pour encadrer les interactions et renouveler les termes de la coopération.

Le travail collectif a ainsi deux grandes fonctions (Caroly, 2010) : la régulation de la production et la régulation de l'efficience. Réguler la production signifie mettre en œuvre des régulations collectives qui ont pour objectif de gérer les obligations du système (de Terssac & Reynaud, 1992). Un des moyens de régulation de ces perturbations est la reconsidération par le groupe de la répartition du travail par la mise en œuvre de règles adaptées, qui a fait l'objet de concertation avant l'action et de négociation des contraintes par le groupe (Reynaud, 1988). La concertation est « *une discussion en vue d'aboutir à un accord* » (Reynaud, 1963 p.10). Elle est définie comme un « *instrument de la coopération et de la collaboration pour confronter et ajuster les points de vue ou négocier des perspectives et des choix* » (De la Garza, 1998, p. 25). Elle se distingue de la négociation en ce qu'elle n'aboutit pas nécessairement à une décision, mais vise à la préparer. Elle est ainsi préalable à l'action et s'inscrit dans l'histoire de l'équipe (Caroly, 2010). La négociation est définie comme « *un*

dialogue contradictoire des acteurs pour un accord intégrant les intérêts compatibles des parties en présence, dans un jeu dialectique à somme positive » (Savall & Zardet, 1995 p.482). Elle est « *un processus à travers lequel deux ou plusieurs parties tentent d'établir ce que chacun donnera et prendra, ou accomplira et recevra, par l'intermédiaire d'une transaction entre elles* » (Rubin & Brown, 1975 cité par Khenniche, 2010 p.85).

Trois niveaux de la négociation sont identifiés par Rojot (2003), niveaux que l'auteur décrit comme parallèles et simultanés :

- la négociation se compose dans un environnement organisé, qui dispose de ressources et impose des contraintes. L'objectif pour le négociateur est de comprendre cet environnement pour préparer la structure de la négociation : c'est le domaine du savoir ;
- elle se construit à travers un processus qui oppose les réciprocités et les divergences qu'il s'agit de contrôler : c'est le domaine des savoir-faire stratégiques et tactiques ;
- elle est une interaction entre acteurs qui cherchent à s'influencer l'un et l'autre : c'est le domaine du savoir-être, des capacités sociales et des comportements.

La négociation peut être formelle, implicite, individuelle ou collective (Reynaud, 1979). Elle n'est pas une étape dans les relations des acteurs mais un processus continu qui accompagne les relations des individus où chaque acteur est en permanence en adaptation et en régulation vis-à-vis de son environnement (Savall & Zardet, 1995).

Reynaud (1999) remarque qu'il y a certaines situations où il n'est pas nécessaire que les acteurs négocient pour agir ensemble. Par exemple les situations dans lesquelles l'accord suffit pour ne pas avoir à négocier, ou encore quand les acteurs acceptent de ne pas remettre en cause les règles existantes.

Réguler *l'efficience* c'est prendre en considération le fait que les régulations individuelles ou collectives n'ont pas qu'un objectif de production mais ont des fonctions particulières, notamment sur le plan de la préservation de la santé, de l'acquisition des compétences, de la création de situation d'échange... Dans les situations de régulations, les compromis recherchés dans l'activité ne sont plus uniquement entre les contraintes du système et l'individu, mais sont en interaction avec les autres acteurs de la situation.

Par exemple dans la restauration au Brésil pour compenser des déficiences liées aux TMS, des stratégies collectives sont mises en œuvre (Avila-Assunção, 1998) pour réguler la charge de

travail entre les opérateurs, au travers de l'activité collective. Les objectifs initiaux, plus ou moins partagés, sont centrés sur l'individu c'est-à-dire diminuer les contraintes pour les individus fragilisés par une répartition informelle des postes entre les jeunes et les âgés (Millanvoye & Colombel, 1996 ; Paumès, 2010). Les auteurs montrent que ces rapports sociaux entre les jeunes et les âgés ne sont en rien des relations dissymétriques intergénérationnelles (la simple répartition des efforts) mais constitue une véritable d'échange (Avila-Assunção, 1998) avec des objectifs centrés sur l'individu et sur le groupe : transmission des connaissances aux jeunes, apports d'aide dans la gestion de la charge aux anciens. Tous deux concourent donc à la gestion des situations critiques dans le travail. Le travail collectif est alors un lieu d'entraide, de coopération, de formation par la redéfinition collective de la répartition des tâches dans une situation donnant-donnant¹² c'est-à-dire une stratégie coopérative fondée sur le principe de la réciprocité valorisante pour tous et protectrice. La fonction de régulation sociale au sein du groupe permet d'une façon générale de prévenir les conflits potentiels, ou d'en diminuer les conséquences sur l'obtention des résultats ou sur le groupe lui-même (, 1993).

En ergonomie (Benckroun & Weill-Fassina, 2000), l'expression « travail collectif » permet de rendre compte de la diversité des articulations de l'action de chacun, avec celles des autres et avec l'environnement, et de l'implication de ces articulations au travers :

- de leurs formes (co-action, co-activité, coopération, collaboration, entraide...),
- de leurs conditions de réalisation (coordination, concertation, débats, négociation...),
- de leurs implications cognitives (intelligence collective, référentiel commun, représentation partagée...),
- de la conception du « groupe » (acteur collectif, individus interagissant les uns avec les autres...).

Décrire le travail collectif passe donc par un déchiffrement de l'ensemble de ces constituants.

¹² La stratégie du donnant-donnant est née des travaux menés par Axelrod, chercheur en sciences politiques, sur l'évolution de la coopération. L'auteur s'intéresse à la nature des comportements de coopération sans intervention du pouvoir central et cherche à comprendre comment ces comportements de coopération ont pu apparaître. Pour formaliser le problème il utilise le cadre mathématique de la théorie des jeux. La stratégie du donnant-donnant consiste à rejouer exactement ce que votre partenaire vient de jouer. L'analyse de cette stratégie a révélé quatre propriétés qui contribuent à sa réussite : éviter les conflits inutiles en coopérant aussi longtemps que l'autre coopère, se montrer susceptible si l'autre fait cavalier seul de manière injustifiée, faire preuve d'indulgence après avoir riposté à une provocation, avoir un comportement transparent pour que l'autre joueur puisse s'adapter à votre mode d'action.

1.1. Les différentes formes du travail collectif

Dans le courant de l'ergonomie de l'activité, plusieurs auteurs proposent de distinguer différentes formes de travail collectif (Savoyant, 1977 ; de la Garza, 1995 ; Barthe & Queinnec, 1999). De la Garza et Weill-Fassina (2000) proposent une analyse multidimensionnelle du travail collectif à travers les différentes formes d'interactions sociales différenciées en fonction de l'unité d'analyse considérée, des objets d'action, de l'échéance temporelle, des buts et des tâches des différents acteurs (figure 5).

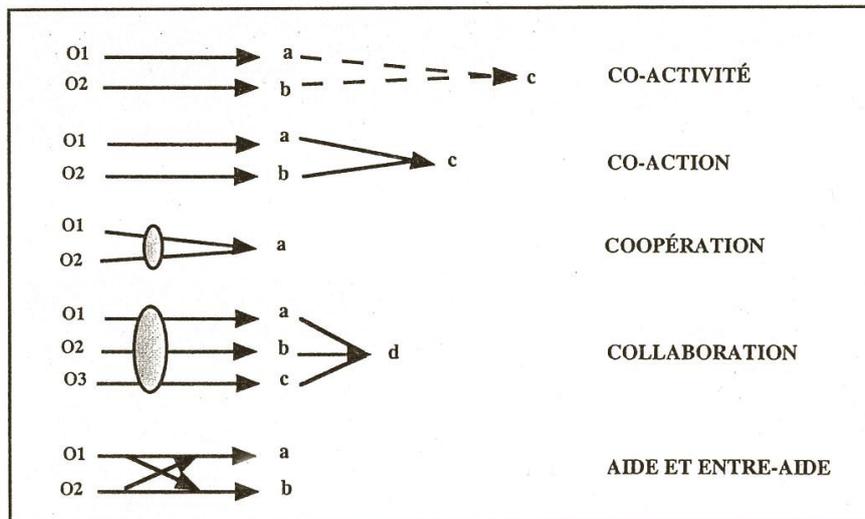


Figure 5 : Formes du travail collectif (De la Garza et Weill-Fassina, 2000)
Légende O2, O3 = opérateurs ; a/b/c/d = buts ; flèches = temps (moyen ou long terme)

Nous retiendrons leurs définitions qui ont l'intérêt de combiner divers critères, en les enrichissant des concepts développés par d'autres auteurs.

1.1.1. La co-activité

C'est la situation dans laquelle des opérateurs de professions différentes travaillent dans un espace géographique commun avec des buts différents, même à très long terme, en dehors d'un objectif global de fonctionnement de l'entreprise. Certains auteurs parlent d'activités effectuées en coprésence (Quéinnec, de Terssac & Thon, 1981).

1.1.2. La co-action

C'est la situation dans laquelle des opérateurs poursuivent des opérations différentes sur des objets différents en ayant des buts à court terme différents, mais devant être intégrés à moyen terme dans une activité commune. Par exemple, le brancardier qui vient chercher un patient dans une unité de soin pour le conduire dans le secteur de bloc opératoire pendant qu'au même moment l'infirmière de bloc prépare la salle pour pouvoir opérer ce patient.

Dans la littérature il est intéressant de constater que le terme de co-action prend des sens différents selon les auteurs. Leplat et Savoyant (1983) utilisent ce terme dès que des opérateurs coordonnent leurs actions alors que les buts de leur tâche sont différents. Lacoste (1993) parle de co-action dans le cas d'interdépendance étroite et matérielle entre des opérateurs. Falzon (1995) utilise l'exemple du couple brancardier-malade pour développer la notion de co-action dans une situation de travail où le but des protagonistes est identique mais les ressources et les moyens inégaux. En conception, il y a co-action des opérateurs lorsque les opérateurs effectuent simultanément leurs tâches sans qu'ils aient conscience qu'ils participent à l'atteinte d'un même but (Darses & Falzon, 1996). Rogalski (1994) assimile la co-action à la « coopération distribuée ou asynchrone ». C'est notamment le cas de planification des différentes étapes du processus de chirurgie ambulatoire. L'unité de chirurgie ambulatoire anticipe l'organisation du séjour du patient (attribution d'une chambre, élaboration du dossier médical, préparation de la fiche « appel de la veille » retraçant les éléments médicaux et sociaux du patient...), alors qu'en même temps l'équipe du bloc opératoire élabore le tableau opératoire (durée moyenne de l'intervention, heure de passage, instruments à commander). Les buts à court terme sont différents pour ces deux équipes - la planification de l'hébergement, la planification du bloc opératoire, mais sont intégrés à moyen terme dans un but commun – l'intervention chirurgicale du patient sous la modalité ambulatoire.

1.1.3. La coopération

Situation dans laquelle des opérateurs travaillent ensemble sur un même objet ou un objet proche, visant le même but proximal. Elle implique un partage du travail en fonction des ressources disponibles (connaissances et compétences, connaissance sur l'état de santé des uns et des autres) et des exigences immédiates du travail. Elle nécessite une disponibilité

temporelle et personnelle des acteurs concernés. Par exemple deux chirurgiens qui opèrent ensemble un patient.

Mundutéguy et Darses (2000) précisent que la coopération dans un groupe est régie par au moins trois influences complémentaires : les caractéristiques des problèmes à traiter, les conséquences de la structure organisationnelle prescrite et le processus psychosocial dans lequel les acteurs sont engagés.

1.1.3.1. Le poids de la structure institutionnelle sur la coopération

L'organisation institutionnelle impose nécessairement une structure au travail collectif et au collectif de travail qui peut aller d'une forme lâche, à une structure très hiérarchisée, induisant de ce fait des dimensions de coopération différentes. La dimension de la coopération est définie selon la nature des relations entre les acteurs en fonction de leur position au sein de l'organisation. Trois dimensions peuvent être identifiées : la dimension verticale, la dimension horizontale et la dimension transversale.

La dimension verticale englobe l'ensemble des rapports hiérarchiques qui lient les acteurs de l'organisation, elle correspond « à la situation où un acteur (en général unique) responsable d'une mission délègue à un ou plusieurs opérateurs le traitement d'une tâche ou d'un ensemble de tâches » (Rogalski, 1994, p. 370). La structure hiérarchique est élaborée par l'encadrement et décrit l'ensemble des activités de conception du travail : objectif de l'entreprise, distribution des tâches, organisation hiérarchique, règles applicables, moyens techniques disponibles, etc. (Amalberti, 1996 ; De la Garza et Weill-Fassina, 2000 ; Weill-Fassina, Kouabenan et De la Garza, 2004). La coopération verticale est très présente dans les hôpitaux universitaires. Au sommet de la pyramide se trouve les professeurs et les spécialistes et en bas les étudiants (Nyssen, 2007). Dans ce contexte hospitalier, la coopération verticale est organisée par corps de métier au sein desquels sont définis les rôles spécifiques de chaque acteur et leur hiérarchisation (Faraj & Xiao, 2006 ; Pelayo, 2007).

La dimension horizontale correspond à la situation où « on se situe à un même niveau d'analyse hiérarchique des tâches » (Rogalski, 1994, p. 370). Elle repose moins sur la structure organisationnelle prescrite que sur les régulations opératives développées dans l'exécution du travail pour répondre aux variabilités et compenser les aléas de fonctionnement

du système de production (De la Garza & Weill-Fassina, 2000 ; Weill-Fassina et al., 2004). « *Par régulations interindividuelles, il faut entendre les réajustements dans la distribution des opérations auxquels procèdent les opérateurs entre eux pour arriver aux résultats malgré les impératifs et les perturbations qui affectent le processus* » (De Terssac & Chabaud, 1990, p. 121).

La dimension transversale est relative aux relations qui traversent les groupes, aux rapports “*inter-*” (Khenniche, 2010), qu’il s’agisse d’entités, de services ou encore d’équipes de travail. Autrement dit, les acteurs appartenant à des entités différentes sont intégrés dans un « processus » (ex le processus de chirurgie ambulatoire), qui est un ensemble coordonné d’activités locales (Lorino, 2009), et ils vont être confrontés à des « relations complexes d’interdépendance » (Ibid., p. 90) au cours de l’activité de travail. Lorino (2009) parle d’« activité collective conjointe » pour désigner cette nouvelle forme d’activité de travail.

En s’appuyant sur les travaux d’Assens (2001), Khenniche (2010) propose une typologie des différentes dimensions des rapports intra-organisationnels au travers d’une étude menée dans un service de maternité d’un établissement hospitalier privé. Les échanges sont dits :

- verticaux lorsque A et B appartiennent au même groupe mais sont de niveaux hiérarchiques différents ;
- transversaux lorsque A et B sont de niveaux hiérarchiques et de groupes différents ;
- horizontaux lorsque A et B sont du même niveau hiérarchique.

Dans son étude des rapports entre acteurs d’un même service, elle montre comment le degré plus ou moins fin d’analyse, permet de qualifier les dimensions de la coopération de façon différentes. Si le niveau d’analyse correspond à l’organisation dans son ensemble, les échanges entre membres d’un même service, sans liens hiérarchiques entre eux, sont en général du type horizontal. Par exemple au sein du service maternité, les échanges entre infirmières peuvent être considérés comme horizontaux. En adoptant un niveau d’analyse plus fin, en se plaçant au niveau du service et plus de l’organisation, les dimensions sont alors refaçonnées et ces mêmes rapports peuvent être considérés comme transversaux du fait de l’appartenance des acteurs à différents sous-groupes. Une analyse plus micro dans ce même service, distinguera des dimensions transversales au sein du groupe infirmier, du fait de leurs spécialités techniques – infirmières accoucheuses et infirmières *post partum* – qui, dans ce cas de figure, sont clivantes. La variable de différenciation de ces groupes peut correspondre à

l'ancienneté, au métier, aux catégories socio-professionnelles... L'auteur illustre cette distinction dans la figure 6.

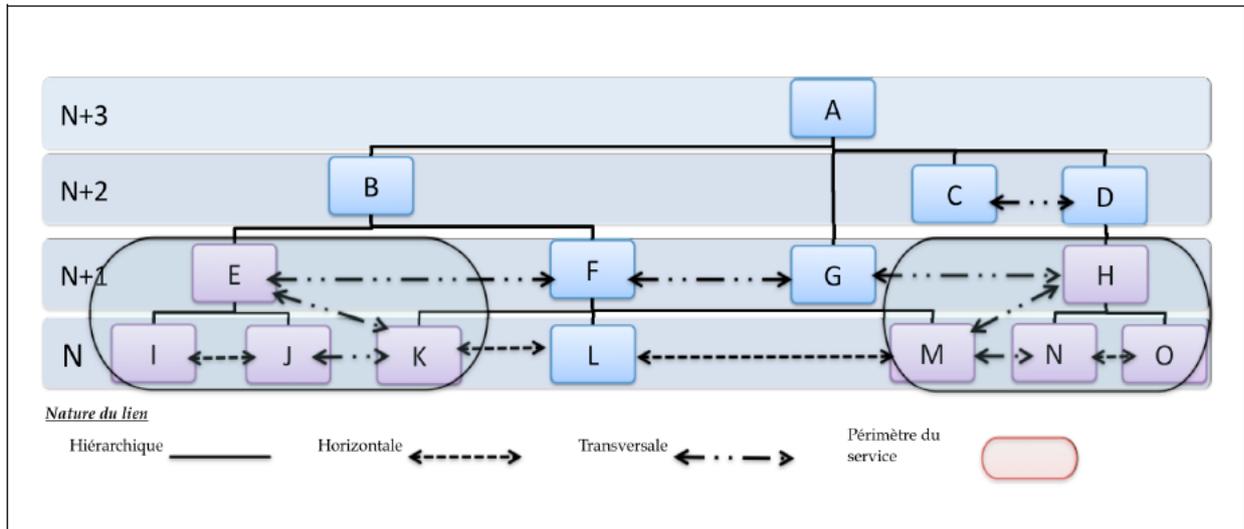


Figure 6 : Rapports horizonraux, transversaux et verticaux – Cas d'un établissement hospitalier privé
D'après Khenniche, 2010

L'auteur met en évidence l'influence de la structure de l'organisation sur la définition des dimensions et retient la proximité des acteurs, la convergence des objectifs, le recouvrement des missions comme variables prédominantes permettant de définir les dimensions. Il constate également que la logique métier est prégnante dans la structure formelle ou informelle, et c'est elle qui prédomine face à l'appartenance à un service.

Khenniche (2010) propose une typologie des dimensions coopératives en fonction de la nature des liens des acteurs (tableau 2).

		Niveaux hiérarchiques	
		Identiques	Différents
Services	Identiques	- Horizontale (1) - Transversale (2)	- Verticale (5) - Transversale (6)
	Différents	- Transversale (3) - Horizontale (4)	- Transversale (7)

Tableau 2 : Typologie : nature des liens intra-organisationnels (Khenniche, 2010)

En guise d'illustration, à partir de la figure 4 et du tableau 3, nous proposons des exemples se rapportant aux interactions entre professionnels dans le processus de chirurgie ambulatoire du centre hospitalier universitaire (CHU)¹³ qui nous a servi de terrain d'étude :

- (1) : nature = horizontale. Des infirmières de la même spécialité travaillant dans la même équipe, dans le même service et ayant le même niveau hiérarchique, telles que deux infirmières travaillant dans la même unité de chirurgie ambulatoire ou deux internes travaillant dans un même service. Cette dimension horizontale de la coopération nécessite une répartition des tâches selon les conditions toujours singulières de la situation – *Cas I-J* de la figure 6.

- (2) : nature = transversale. Des membres du même service mais de métiers différents, ayant le même niveau hiérarchique, telles qu'une infirmière et une secrétaire de l'unité de chirurgie ambulatoire – *Cas J-K*.

Dans ce cas spécifique les deux personnes travaillent dans la même unité (dépendant du pôle médical anesthésie-réanimation) mais n'ont pas le même supérieur hiérarchique. L'infirmière est rattachée hiérarchiquement au cadre de santé qui a pour supérieur le cadre supérieur de santé du pôle anesthésie-réanimation, lui-même rattaché à la directrice du pôle soins et activités paramédicales (pôle support). Au sein du pôle anesthésie-réanimation, l'infirmière appartient à la filière soin. La secrétaire a pour supérieur hiérarchique la coordinatrice des secrétariats du pôle anesthésie-réanimation, qui elle-même a pour supérieure la coordinatrice générale des secrétariats qui dépend d'un directeur des finances (pôle support). Elle appartient à la filière administrative.

- (3) : nature = transversale. Deux acteurs, de métiers différents, de départements différents, de niveaux hiérarchiques équivalents. Par exemple un chirurgien et un anesthésiste, chef de clinique tous les deux qui opèrent ensemble un patient - *Cas E-F*.

Les deux opérateurs sont médecins, donc de même métiers, mais les observations menées sur le terrain et l'organisation hospitalière nous amènent à nous positionner en faveur d'une relation transversale plutôt qu'horizontale. Même si tous les deux appartiennent à la filière médicale, l'un appartient à une spécialité médicale, l'autre à une spécialité chirurgicale ce qui

¹³ Le CHU est structuré en 26 pôles d'activités répartis en trois catégories : pôles médicaux (15), pôles supports (6), pôles médico-techniques (5). Chaque pôle est copiloté par une équipe médico-administrative composée d'un médecin chef de pôle, d'un directeur délégué, d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif. Le pôle regroupe des services autour d'une logique d'activité formalisée par un projet de pôle. Chaque pôle gère ses propres effectifs.

pourrait se traduire par l'appartenance à deux corps de métiers différents. De plus le chirurgien est rattaché au pôle médical de sa spécialité chirurgicale et l'anesthésiste dépend du pôle médical anesthésie-réanimation. Chacun dépend d'un chef de service et d'un chef de pôle différents.

- (4) : nature = horizontale. Deux cadres de santé, de même niveau hiérarchique, travaillant dans deux services différents (service de consultation, service d'hospitalisation) d'un même pôle médical – *Cas K-L*.

- (5) : nature = verticale. Deux membres du même service, de même métier, avec un lien hiérarchique, comme la cadre de santé et une infirmière de l'unité de chirurgie ambulatoire ou un interne et un chef de clinique d'un même service – *Cas E-I*.

Dans l'activité réelle on observe que les relations médecin-infirmière sont souvent de nature verticale surtout s'ils appartiennent tous les deux au même service ou accomplissent ensemble une action, même si les conditions « même métier, même filière, avec lien hiérarchique » ne sont pas formellement prescrites. Cuvelier (2011) donne l'exemple de la coopération verticale entre l'anesthésiste, l'interne en anesthésie et l'infirmière anesthésiste lors de l'anesthésie d'un patient.

- (6) : nature = transversale. Deux acteurs du même service, de métiers différents et de niveaux hiérarchiques différents, telle une secrétaire et la cadre de santé de l'unité de chirurgie ambulatoire – *Cas E-K*.

- (7) : nature = transversale. Deux acteurs de services différents, mais de métiers et de niveaux hiérarchiques équivalents, comme la cadre de santé de consultation chirurgicale et la cadre de santé de l'unité de chirurgie ambulatoire.

A la typologie de Khenniche, nous proposons d'ajouter un huitième point qui prend en compte la dimension hiérarchique métier très prégnante dans un CHU :

- (8) : nature = verticale. Deux acteurs de services et de niveaux hiérarchiques différents, mais de métiers équivalents, telle un professeur et un interne, un chef de clinique et un interne même s'ils ne sont pas de la même spécialité et du même service.

Il s'agit d'idéaux-types qui rendent compte de l'organisation formelle, la réalité offrant plus de complexité. En effet, les dimensions verticale, horizontale et transversale ne sont pas exclusives : la coopération peut faire intervenir simultanément des composantes hiérarchiques prescrites et des composantes horizontales ou verticales liées à la répartition réelle des fonctions et des actions au sein d'une même entité ou entre des entités différentes.

1.1.3.2. Les formes de la coopération en fonction de l'objectif à atteindre

Au-delà des dimensions verticales, horizontales et transversales, la coopération peut revêtir différentes formes en fonction des objectifs qu'elles cherchent à atteindre. Schmidt (1991) distingue trois formes de coopération : la coopération augmentative, intégrative et débative.

La coopération augmentative repose sur la somme des contributions de chaque membre d'un collectif donné dans le but d'accroître les capacités humaines individuelles, qu'elles soient physiques et/ou cognitives. Elle cherche à pallier la limitation des capacités des opérateurs dans une situation donnée. Par exemple deux aides-soignantes qui travaillent ensemble pour refaire un lit occupé par un patient alité : pendant que l'une tourne et maintient le patient sur le côté, l'autre enlève le drap et replace un drap propre. L'opération de l'autre côté se fera de la même façon par un échange des rôles. A deux, la tâche devient réalisable seule l'effort physique est trop important.

C'est la forme la plus simple de la coopération : « *Cette répartition ne s'appuie pas sur des compétences différentes : elle est en quelque sorte, contingente, en ne servant qu'à accroître les capacités de traitement* » (Hoc, 1996 p168).

La coopération intégratrice renvoie à la combinaison de compétences spécifiques pour réaliser la tâche : « *c'est la diversité des compétences techniques de chacun qui est coordonnée* (Mundutéguy & Darses, 2000, p. 171). Les activités de conception sont associées à cette forme de coopération qui implique différents types d'expertises. De même une intervention chirurgicale implique l'intégration de plusieurs expertises (chirurgiens, anesthésistes, infirmières...).

La coopération débative : repose sur la confrontation des connaissances des opérateurs, qu'ils appartiennent ou non au même domaine d'expertise et est « *orientée vers l'expression d'une pluralité de points de vue lors d'une prise de décision* » (Mundutéguy & Darses, 2000, p. 171).

Elle permet ainsi :

- « *objectiver ou fiabiliser les solutions* » (Barthe & Quéinnec, 1999) dans le sens d'aboutir à une solution qui prenne en compte un maximum de critères possibles ;
- accroître le nombre de solutions alternatives possibles qui sont générées au cours de l'échange (Clark & Syth, 1993, cités par Hoc, 1996).

Mollo (2004b) donne l'exemple des réunions de concertation pluridisciplinaires en cancérologie, où la solution thérapeutique optimale est recherchée au sein d'un groupe d'opérateurs.

A ces trois formes de coopération peuvent s'ajouter les dimensions synchrones ou asynchrones de la coopération. La dimension « synchrone » des coopérations est associée le plus souvent à des situations où les acteurs sont présents simultanément (dans un même lieu ou non) et cette assimilation apparaît pour Nyssen & Javaux (1996) réductrice. La coopération synchrone recouvre à la fois la synchronisation des acteurs à un moment donné (simultanément) et dans le temps. C'est le cas par exemple d'opérateurs présents en même temps pour une vidéoconférence (Barcellini, 2008), on parlera de coordination synchrone à distance, mais aussi de toutes les situations où les individus doivent coordonner plusieurs actions (ou faits) dans le temps pour maintenir des relations d'interdépendance temporelle entre elles (Nyssen & Javaux, 1996). La gestion du temps est au cœur de ce type de coopération, que ce temps soit celui de l'horloge, celui du processus en cours ou celui du/des partenaires (Cuvelier, 2011). Pour reprendre l'exemple d'une intervention chirurgicale, la coopération est à la fois intégrative et synchrone : le chirurgien, l'anesthésiste, l'infirmière de bloc coopèrent de façon synchrone et l'action de l'un détermine l'action de l'autre.

La coopération asynchrone (ou distribuée) est généralement utilisée lorsqu'il existe une distance (temporelle ou spatiale) entre les actions des opérateurs. Ils interviennent sur des sous tâches relativement indépendantes et disposent donc d'une certaine autonomie (Falzon, 2002 ; Rogalski, 1994). Comme développé précédemment, la coopération asynchrone sera assimilée à la co-action. Les travaux de Nascimento (2009), Nyssen (2007) et Mollo (2004b) dans le domaine médical permettent de mieux caractériser la co-action (coopération asynchrone ou distribuée) par son caractère « séquentiel » ou « longitudinal ». Nyssen (2007) donne l'exemple du diagnostic qui est une combinaison d'actions complexes et successives de plusieurs experts qui recherchent des informations sur la santé du patient : informations qui s'incrémentent dans le temps par l'évolution naturelle de l'état de santé du patient et des

actions de chacun pour améliorer cet état. Autrement dit, les opérateurs partagent successivement le même « objet » de travail. Le processus de diagnostic est constitué de séquences d'actions réalisées par des experts de spécialités différentes qui se relaient auprès du patient. De plus les productions des uns peuvent être les données d'entrée des autres. Dans ce cas des connaissances minimales relatives aux possibilités d'action de chacun devront être détenues et chacun dans son intervention devra tenir compte des décisions prises antérieurement (Mollo, 2004b). Cette dépendance se caractérise à la fois par le fait « *que l'action de l'un dépend des connaissances détenues par l'autre* » et « *que l'action de l'un dépend de la pertinence des informations reçues de l'autre* » (De Terssac & Chabaud, 1990, pp. 131-133).

Nous retiendrons que la coopération est le processus par lequel des opérateurs effectuent une activité en commun, c'est « *l'action de participer à une œuvre commune* » (Larousse, 2013). Coopérer signifie donc que les opérateurs visent un but commun à un moment donné - même s'il est plus faible que les objectifs personnels « *some authors admit a distributed form of cooperation where the role of the common goal can be weaker as regards those of private goals* » (Hoc, 2001 p512). C'est le degré minimum de bonne volonté que toute personne, dans toute organisation, manifeste ou doit manifester pour que l'organisation fonctionne (Romelaer, 1998 cité par Khenniche, 2010) - et ceci sans nécessairement que les buts immédiats de leurs tâches soient identiques.

Barthe & Quéinnec (1999) expliquent qu'une des coopérations les plus visibles est le partage des tâches entre les opérateurs. Ce partage se fait en fonction des connaissances et des compétences des opérateurs au travers d'interactions (Schmidt, 1991). La coopération se construit dans l'action (de Terssac, 2011) et ne se décrète pas (de Terssac & Chabaud, 1990). C'est un processus dynamique. Par exemple, selon les événements, la répartition des tâches peut évoluer : la survenue d'incident, la gestion de situation particulière, la régulation de l'astreinte physico-psychologique (charge physique de travail ou fatigue liée au travail posté) peuvent modifier la répartition des tâches entre les acteurs du travail (Tran Van, 2010). Il apparaît nécessaire de positionner la tâche dans le déroulement du travail pour comprendre les mécanismes de partage des tâches au sein d'un collectif. De fait la construction des règles de coopération sera difficilement prévisible à l'avance car elles s'établissent au cours des coopérations concrètes (de Terssac, 2011 ; Nascimento, 2009).

1.1.4. La collaboration

Situation dans laquelle des opérateurs accomplissent sur un même objet, des opérations différentes qui s'articulent les unes aux autres avec un but commun à court ou à moyen terme. Collaborer c'est « *travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ses fonctions : participer avec un ou plusieurs autres à une œuvre commune* » (Larousse, 2013). Les termes coopération et collaboration sont parfois utilisés indistinctement et une ambiguïté existe dans la définition de ces deux termes. Rabardel et al (1996) distinguent les activités collaboratives et celles de coopération : les premières consistent à maintenir les mêmes buts tout au long de l'activité ; les secondes à faire converger vers un but commun des buts courants différents. Selon Kvan (1997 cité par Khenniche 2010), la structure collaborative détermine l'autorité, alors que, dans un rapport de coopération, les relations entre acteurs sont plus informelles, sans structures ou efforts communs particulièrement définis. Pour Hanser (2003), dans l'activité collaborative, les acteurs ont des relations durables et proches, ils partagent un objectif commun. Bien que cette définition se rapproche de celles établies pour la coopération par d'autres auteurs, l'auteur distingue bien les deux concepts. Selon lui, la coopération est plus adaptée à la réalisation d'activités de conception, alors que le travail collaboratif correspond à des processus de production. L'ambiguïté réside dans la difficulté de caractériser le degré d'indépendance entre les tâches, degré qui est toujours relatif à la notion de « but commun » (Cuvelier, 2011).

1.1.5. L'aide et l'entre-aide

Situation dans laquelle, selon les cas, l'opérateur doit soit « seconder quelqu'un dans ses fonctions », soit « exécuter une action ou une opération à sa place » (Avila-Assunção, 1998, p. 63). Elles s'organisent face à une incapacité de l'opérateur soit au plan fonctionnel, soit au plan cognitif. C'est le cas par exemple d'une infirmière de chirurgie ambulatoire qui amène un patient au bloc opératoire à la place d'un brancardier. Les deux protagonistes après concertation, se mettent d'accord sur la solution « transport du patient par l'infirmière », qui paraît être le meilleur compromis pour répondre aux exigences du processus chirurgie ambulatoire : délai d'attente du patient minimisé, heure de passage au bloc respectée, pas de destructuration du planning opératoire en chaîne (un retard d'heure de passage au bloc pour un patient, entraîne le décalage des interventions suivantes et de ce fait un départ au bloc retardé pour les autres patients programmés en chirurgie ambulatoire), heure de retour du

patient dans l'unité de chirurgie ambulatoire respectée, sortie du patient le soir même probable. L'aide ou l'entraide pourrait être assimilée à la notion de coopération augmentative.

Ces différentes formes de travail collectif mettent en relief la multiplicité des relations entre les agents. L'étude du processus de chirurgie ambulatoire - qui intègre la prise de rendez-vous du patient en consultation chirurgicale jusqu'à la sortie du patient après son intervention à son domicile - montre qu'il est constitué de divers protagonistes appartenant à des unités organisationnelles distinctes qui interagissent, chaque unité ayant sa propre mission et étant constituée de professionnels de même métier et de métiers différents. Par exemple l'unité organisationnelle « consultation chirurgicale » est composée d'opérateurs de métiers différents (secrétaires, aides-soignantes, infirmières, chirurgiens) qui coopèrent pour proposer au patient une prise en charge globale : de son accueil à la proposition d'un traitement structuré et programmé. Les opérateurs de chaque unité sont ainsi engagés dans un travail collectif à la fois de co-action, de coopération (sous ses différentes formes) et d'entraide. Les unités sont amenées à s'articuler et à s'harmoniser au travers du travail collectif de ces membres et des collectifs de travail qu'ils constituent pour produire ensemble la prestation de soin en développant des coopérations¹⁴ inter-métiers et inter-fonctions (Zarifian, 2010). De plus il peut y avoir alternance pour chaque acteur ou groupe d'acteurs des différents modes de coopération c'est-à-dire qu'au cours du processus global ambulatoire un même acteur peut être amené à coopérer de différentes façons avec la même personne ou avec des personnes différentes. La prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire est un processus distribué entre les différents types de professionnels et séquentiel c'est-à-dire que l'interdépendance entre les acteurs fait que les productions des uns seront les données d'entrée qu'utilisent les autres.

Ainsi le travail collectif est déterminé par différentes formes de coopérations entre les opérateurs. Un élément déterminant de la forme de coopération réside dans le type d'activité réalisée. Comprendre les modalités de travail collectif à travers les différents types d'activités réalisés nécessite d'analyser les aspects temporels du travail, les éléments stressants dans l'activité, les interactions plus ou moins nombreuses entre les intervenants, etc... (De la Garza, 1995, 1999). L'auteur propose une classification des situations de travail selon une

¹⁴ Nous faisons le choix de substituer le terme coopération aux différentes appellations définissant la diversité des relations entre l'agent et ses collègues (entraide, collaboration...) car comme nous avons pu le décrire les différentes formes du travail collectif peuvent être assimilées à une forme particulière de la coopération.

complexité croissante du point de vue des exigences liées à la nature du travail, aux connaissances techniques, aux modes de préparation et de planification, à l'importance spatiotemporelle des opérations, au nombre d'intervenants engagés et aux risques associés à l'exécution du travail. Elle propose une catégorisation en termes « *d'exigences cognitives, d'intervenants, d'interactions et de contraintes* » (De la Garza 1999 p75) selon quatre dimensions :

- une multiplicité d'interactions : c'est-à-dire le nombre de flux et de canaux d'informations qui accroissent la complexité du système (Hoc, 1993) ;
- la dynamicité des informations : c'est-à-dire l'évolution en fonction des transformations et de l'état du système (Amalberti, 1996) ;
- deux sources principales d'incertitudes : a) l'indisponibilité ou l'ambiguïté des informations ; b) l'impossibilité de prendre en compte l'ensemble des informations au cours de situations particulières (Amalberti, 1996 ; Hoc, 1996) ;
- la criticité : en tant que qualification des informations permettant d'identifier le moment et la source de perte de contrôle dans les processus incidentels (Amalberti, 1996).

1.2. La présence de tous dans l'activité de chacun : ressource essentielle au travail collectif

Certaines conditions sont à réunir pour qu'un travail collectif puisse avoir lieu et soit une ressource protectrice pour l'individu et une source d'efficacité et d'efficience pour la structure. Dans les situations de travail collectif, les conditions d'efficacité de l'interaction ne peuvent pas être réduites au seul partage de buts (Rogalski, 1994 ; Schmidt, 1991). Il est également nécessaire que les coéquipiers s'accordent sur les représentations que chacun ont du but à atteindre et la manière dont ils vont le faire concrètement (Nascimento, 2009). Ainsi les interactions au travers desquelles l'activité collective s'exprime sont guidées par deux objectifs complémentaires : se synchroniser sur le plan cognitif (Darses & Falzon, 1996) et se synchroniser sur le plan de l'action c'est-à-dire coordonner les actions à réaliser (Falzon, 1994b).

1.2.1. La synchronisation cognitive : la construction de connaissances et de références communes

Deux types de connaissances apparaissent essentiels pour un travail collectif efficace (Falzon, 1994b) :

- d'une part de s'assurer que les partenaires partagent un même savoir général quant au domaine : règles techniques, objets du domaine et leurs propriétés, procédures de résolution, etc. Les opérateurs doivent pouvoir élaborer un savoir commun quant au domaine de l'activité : un *Référentiel Opératif Commun*. Ce référentiel comprend les « *représentations fonctionnelles communes aux opérateurs qui oriente et contrôle l'activité que ceux-ci exécutent collectivement* » (Leplat, 1991 ; Leplat, 2001 ; de Terssac & Chabaud, 1990).
- d'autre part de s'assurer que chacun a connaissance des faits relatifs à l'état de la situation : données du problème, hypothèses adoptées, connaissance de faits relatifs à l'état de la situation, contributions des partenaires engagés dans la tâche... c'est-à-dire « *l'ici et le maintenant de la tâche* » (Caroly & Barcellini, 2013). Les opérateurs doivent pouvoir se construire une représentation de l'état actuel de la situation dans laquelle ils sont engagés, appelé également « *awareness* » (conscience) (Carroll et al., 2006 ; Schmidt, 2002).

La synchronisation cognitive a ainsi pour objectif d'établir un contexte de connaissances mutuelles, de construire un référentiel opératif commun (de Terssac & Chabaud, 1990 ; Karsenty & Falzon, 1993).

1.2.1.1. Le référentiel opératif commun

La notion de référentiel commun désigne une représentation fonctionnelle commune aux agents qui régulent et orientent l'activité dans laquelle ils sont engagés collectivement (Leplat, 1991). C'est un guide d'action constitué d'un ensemble de connaissances, de principes et de valeurs qui permet de guider l'ensemble des représentations mentales (buts, stratégies, procédures, connaissances du domaine, contraintes et critères) (Darses, 2009 ; Giboin, 2004).

En fonction des auteurs, plusieurs dénominations peuvent être retrouvées dans la littérature pour désigner ces références communes : contexte partagé (Dumazeau, 2005), COFOR-*Common Frame of Reference* (Hoc, 2001), référentiel opératif commun (de Terssac et

Chabaud, 1999), environnement cognitif commun, espace commun d'information (Leplat, 1993). La différence est liée en particulier au rôle attribué au référentiel commun et à la raison avancée pour expliquer le choix de telle ou telle dénomination (Nascimento, 2009). Nous retiendrons le terme de référentiel opératif commun (ROC).

Le ROC conduit à la construction d'un contexte avec des propriétés communes (règles d'action, moyens de communication, approches techniques) suffisamment compatibles afin que le dialogue entre les acteurs remplisse ses fonctions dans l'activité menée (Leplat, 2001). Il représente un équilibre entre ce qui relève de l'individu et du collectif, en remplissant des fonctions de partage de connaissance et d'orientation de l'action compte tenu de la situation, ceci au service de la finalité fixée par le collectif.

Le ROC se construit et évolue au cours de l'activité collective de façon dynamique entre les opérateurs, ainsi les communications verbales qui jouent un rôle essentiel dans son élaboration, peuvent devenir moins essentielles lorsque le référentiel commun est constitué « *Ainsi, telle action d'un opérateur n'aura pas besoin d'être signalée verbalement à son coéquipier qui l'inférera des caractéristiques du comportement de celui-ci ou de l'état de l'environnement* » (Leplat, 1993, p.17). De la même façon, Falzon (1989, cité par Falzon, 1994b) a montré comment dans les dialogues entre opérateurs expérimentés, l'hypothèse de connaissances communes dans le domaine permettait une économie dans la communication par l'utilisation de langages opératifs. Dans les situations où cette hypothèse a fait défaut, l'auteur montre que les opérateurs ont recours à des dialogues de récupération, dont le but est justement de mettre à niveau des savoirs généraux. L'auteur montre que la communication (qu'elle soit verbale ou non verbale) a permis de s'assurer que chacun a connaissance des faits relatifs à l'état de la situation et de s'assurer que les partenaires partagent un même savoir général quant au domaine.

Le ROC remplit de nombreuses fonctions. Il s'agit tout d'abord, de mettre en place une approche processus qui permettra à chacun de comprendre son rôle et celui des autres en disposant d'informations concernant l'activité et les résultats de chacun (Leplat, 2006). Cela nécessite que les opérateurs du travail collectif puissent être engagés dans des activités de clarification et d'explication qui permettent de négocier et de construire une intelligibilité mutuelle dans la situation (Salembier & Zouinar, 2006). On peut supposer que la constitution d'un référentiel sera d'autant plus longue que les opérateurs partagent peu de connaissances

en commun (métiers distincts) et ont peu d'expériences en commun (cas des organisations par projet) (Arnoud, 2013).

Ce partage d'informations sur les opérations menées et les mécanismes informels qui les sous-tendent, permet de développer les compétences individuelles pour introduire les mécanismes de régulation des activités collectives afin d'en augmenter l'efficacité et de créer une compétence collective (Leplat, 1991). Le ROC permet également de soutenir une démarche structurante des échanges afin d'éviter les conflits entre des acteurs, qu'il s'agisse de résoudre un problème non prévu ou de mettre en relation les acteurs les plus à même de le résoudre (Lombard et al., 2004). Il en résulte une meilleure acceptation des systèmes ou activités conçus à partir d'une construction commune et appropriée (Giboin, 1994 cité par Taouil, 2010). Il facilite ainsi la reconstruction de la part implicite dans la définition d'une tâche, la reconnaissance d'intentions, l'adaptation aux autres, la communication, la coordination et la répartition de la charge de travail (Nascimento, 2009). Le référentiel commun est de cette manière une « *source d'économie et d'adéquation, permettant des fonctionnements à l'implicite* » (Grosjean & Lacoste, 1999, p.36).

1.2.1.2. *L'ici et le maintenant de la tâche : représentation de l'état actuel de la situation*

Caroly & Barcellini (2013) utilise l'expression « *l'ici et le maintenant de la tâche* », pour expliquer la nécessité que les participants engagés dans l'activité collective soient conscients de l'état actuel de cette situation collective et s'en construisent une représentation (connaissance de faits relatifs à l'état de la situation, aux contributions des partenaires engagés dans la tâche...).

Cette conscience de la situation, appelée également « *awareness*¹⁵ » est un concept introduit par Endsley (1995). Il se définit comme « *the perception of the elements in the environment within a volume of space and time, the comprehension of their meaning and the projection of their status in the near future* » (Endsley, 1995, p36). Le concept d'*awareness* ou de *conscience de la situation* a été mobilisé pour appréhender cette compréhension en situation (De Keukelaere et al.2011 ; Smart et al., 2009 ; Schmidt, 2002). Il renvoie à la perception et à la compréhension de l'environnement à un instant *t* et intègre des projections sur le devenir de

¹⁵ *Awareness* signifie « habileté à percevoir, à sentir, à être conscient des événements »

cette situation : la capacité pour l'agent d'expliquer comment la situation est telle qu'elle est actuellement, comment les éléments de la situation se sont agencés pour produire la situation actuelle et prévoir comment la situation actuelle peut se développer ou évoluer dans le futur (Smart et al., 2009).

L'*awareness* se définit comme la capacité des opérateurs « *design and produce actions to render features of their conduct selectively available to others, and not necessarily participants with who they involved in mutually interaction* » (Heath et al., 2002 p 317). Selon cette définition, elle se caractérise comme une attention partagée c'est-à-dire la capacité à rester attentif aux autres, aux évènements et aux objets de manière large et distribuée (Grosjean, 2005). C'est bien cette capacité de l'opérateur à rester sensible et à capter ce que font les collègues qui permet la mise en œuvre d'action de coopération et de régulation de son activité adaptée à l'autre et à ses propres urgences et aléas.

La construction d'une « conscience » n'est donc pas uniquement un processus opportuniste, résultant d'une affordance de la situation, mais s'appuie sur les compétences des partenaires du travail collectif à reconnaître, à interpréter et à comprendre leurs conduites réciproques et les ressources disponibles pour eux (Grosjean, 2005 ; Salembier & Zouinar, 2004). Cette conscience de la situation contribue à la construction d'une représentation de l'état actuel de la situation collective. Weill-Fassina, Rabardel et Dubois (1993) définissent plusieurs critères qui caractérisent ces représentations pour l'action :

- elles sont les résultats de l'activité des opérateurs c'est-à-dire des processus actifs de prise de connaissance et d'appropriation des situations et de l'environnement permettant la construction d'une représentation fonctionnelle à des fins pratiques ;
- elles sont tournées vers le futur et la réalisation de l'action. En étant individuelles et dynamiques elles permettent aux individus de se construire une signification de l'action à exécuter ;
- l'aspect dynamique de ces représentations est étroitement lié aux évolutions de l'environnement. Les interactions entre le sujet et cet environnement mouvant sont les moteurs de ces modifications ;
- cette propriété dynamique des représentations est marquée par l'émergence d'invariants caractéristiques des classes de situation à traiter et par la mise en place successive de métaconnaissances qui permettent l'identification des situations et la réalisation d'actions.

1.2.2. La synchronisation opératoire : la coordination des actions à réaliser

A travers des activités de coordination, la synchronisation opératoire remplit deux fonctions essentielles (Falzon, 1994b p.304 ; Darses & Falzon, 1996, p.126) :

- assurer la répartition des tâches entre les partenaires de l'activité collective : se synchroniser sur le plan de l'action.
- assurer l'articulation des actions à réaliser (le déclenchement, l'arrêt, la simultanéité, le séquençement, le rythme des actions à réaliser) : se synchroniser dans le temps.

La dimension fondamentale de la synchronisation opératoire est bien ici le temps (Falzon, 1994b). Pas nécessairement le temps objectif (c'est-à-dire celui de l'horloge), mais le temps du système « *entreprendre l'action quand la machine affichera telle valeur* » (Falzon, 1994b p 7) - le chirurgien dans le bloc opératoire relit les images du scanner pour visualiser une nouvelle fois le site opératoire avant d'opérer son patient, ou le temps du partenaire « *entreprendre l'action quand le partenaire commencera telle action* » - l'infirmière de bloc opératoire prépare le patient avant qu'il soit anesthésié.

Par exemple dans la conception distribuée, (situation dans laquelle les concepteurs travaillent simultanément, non conjointement, mais en parallèle sur un projet (Visser, 2002), la synchronisation opératoire est dominante même s'il existe, lors des réunions entre concepteurs, des phases de résolution de problèmes en groupe (synchronisation cognitive). Dans ce type de conception, les processus de coordination sont capitaux (Darses & Falzon, 1996 ; Darses, 2009) : les concepteurs déterminent la distribution des tâches, planifient l'exécution du travail, débattent des contraintes que les solutions de chacun entraînent sur les solutions des partenaires, puis se séparent pour que chacun résolve, individuellement, une partie du problème. Février-Quesada & Darses (2008) ont montré que dans les situations de conception industrielle, la synchronisation opératoire se concrétise dans les tâches dites de « management de projet » : *le pilote du projet s'assure que les partenaires ont accompli les actions qui leur étaient échues, les concepteurs organisent le calendrier de la production de leurs livrables respectifs, le groupe-projet ordonne les échéances en vue d'une revue de projet, etc.* Ce travail de synchronisation opératoire peut occuper plus de la moitié du temps de travail d'un groupe-projet.

La synchronisation opératoire au travers des mécanismes de coordination peut se définir comme « *la planification et l'organisation temporelle des activités ; elle implique un ordonnancement de comportements, d'actions et ou de décisions, qui se fait en termes d'unités temporelles* » (De la Garza, 1998, p. 24). Elle est une réponse formalisée visant à favoriser la coopération entre individus au travers de la coordination (régulatrice de l'action coopérative (Maggi, 1996)) : « *elle structure le contexte d'action pour faciliter la mise en cohérence des décisions prises par chacun des centres.* » (de Terssac & Lompré, 1995, p. 175).

La signification attribuée à la coordination est généralement centrée sur les tâches et renvoie aux prescriptions de l'organisation (Barthe & Queinnec, 1999). Selon les disciplines elle mobilise différents éléments :

- un ensemble de règles fixant la nature des tâches, les besoins des opérateurs et l'affectation de ces derniers aux tâches (de Terssac et Lompré, 1994) ;
- des moyens fondamentaux par lesquels les organisations coordonnent leur travail (Mintzberg, 1982). L'auteur décrit cinq mécanismes de coordination des tâches au sein de l'organisation à travers lesquels les organisations tentent de limiter l'incohérence des actions à réaliser : - l'ajustement mutuel où la coordination entre tâches est assurée via des communications informelles entre les individus ; - la supervision directe où la coordination est assurée par les cadres qui supervisent et coordonnent les tâches d'autres individus de l'organisation ; - la standardisation des procédés où la coordination est assurée par l'existence et l'application de normes et de procédures définies par la technostructure de l'organisation et guidant la réalisation des tâches ; - la standardisation des résultats où la coordination est assurée par l'existence de mesures d'évaluation de la performance également définie par la technostructure de l'organisation ; - la standardisation des qualifications où la coordination du travail est assurée par l'acquisition par les employés d'habiletés et de connaissances spécifiques nécessaires à l'exécution de leurs tâches.
- des structures organisationnelles dans lesquelles va se porter différemment la responsabilité de la coordination des tâches (Rasmussen et al., 1991). L'auteur décrit des structures d'organisation sociale allant d'une coordination dans laquelle un individu est seul responsable de la coordination des tâches de tous les autres membres du collectif (la coordination autocratique), jusqu'à un mode de coordination où chaque

opérateur coordonne localement sa tâche avec celle de ses coéquipiers (le planning diplomatique) .

Maggi (1996) distingue deux types de coordinations : la coordination décidée d'avance et la coordination contextuelle. Dans la coordination décidée d'avance ou hétéronome, les interactions sont préétablies et régies par des règles qui sont fixées par la structure suivant une modalité de coopération verticale. Par exemple lors du processus de chirurgie ambulatoire, les conditions de sortie du patient à son domicile sont encadrées par un protocole : il est prévu que l'infirmière s'assure que le patient se soit réalimenté, qu'il puisse se lever, qu'il ait uriné, et que la douleur soit maîtrisée. Elle établit un score appelé score de Chung¹⁶ qui doit être au moins égale à 9 (sur un total de 10). Si le total du score est conforme à la limite fixée, elle s'assure que le chirurgien a donné les consignes post-opératoires au patient et demande à l'anesthésiste d'examiner le patient et de valider sa sortie (étape appelée aptitude à la rue). Dans la coordination contextuelle, les interactions font référence à ce qui se passe réellement au niveau de l'activité des coéquipiers. C'est ce niveau de coordination et sa confrontation avec la coordination prescrite qui intéresse plus particulièrement l'analyse des situations de travail en ergonomie. Pour Savoyant (1984, cité par Barthe & Quéinnec, 1999 p. 673), la coordination interindividuelle est « *la caractéristique spécifique essentielle de l'activité collective des équipes de travail* ». Elle se caractérise par des modes effectifs d'organisation des opérateurs et d'ajustement sur le terrain des règles préalables (Maggi, 1996). Elle permet également la gestion de situations par les opérateurs qui, en situation réelle, coopèrent et se coordonnent pour gérer les perturbations issues du système qui ne font pas l'objet de règles. Ces situations mettent en évidence, au moins en partie, l'insuffisance et l'incomplétude de la prescription face aux situations complexes. Le caractère structuré de la formalisation se heurte ainsi à trois limites : « *quel que soit l'effort de formalisation, le modèle qui gouverne la formalisation des procédures de coordination a) reste incomplet car tous les événements ne peuvent être prévus, b) comporte des incohérences du fait des modifications qui surviennent*

¹⁶ Le score de Chung permet d'établir si les critères de sortie du patient sont conformes. Il regroupe plusieurs items (Constantes vitales, Déambulation, Nausées et/ou vomissements, Douleurs, Saignement chirurgical). Chaque item est associé à trois réponses, chacune associée à un chiffre (Déambulation : Démarche assurée, sans vertige 2, Marche possible avec assistance 1, Démarche non assurée, vertiges 0). La somme de toutes les réponses de tous les items doit au moins être égale à 9 sur un total de 10 pour considérer que le patient puisse sortir.

entre les conditions prévues et réelles, c) véhicule des implicites car tout ne peut pas être formalisé. La coordination non seulement n'élimine pas toutes les incertitudes, mais en introduit d'autres » (de Terssac & Lompré, 1994, p. 187).

Les efforts de réduction de la complexité du travail coopératif, en particulier pour favoriser la synchronisation opératoire, ne cessent d'évoluer (Darses, 2009). La synchronisation opératoire est de mieux en mieux soutenue par la mise en place d'outils et de méthodes dédiés à ce processus : développement d'outils d'aide à la coopération, développement de formations aux activités collectives, développement des activités qui visent à améliorer la construction de références communes dans une situation de travail donnée.... Le but est de diminuer les limites de la coopération qui peuvent générer des situations d'incertitude ou de quiproquo, des retards ou des erreurs dans la production (Nascimento, 2009).

1.3. Pour conclure : le comment et le pourquoi du travail collectif

Comme nous avons pu l'aborder, la caractéristique de nombreuses situations de travail est leur dimension collective et cette dimension conduit à différents types d'activités coopératives. Dans le travail collectif, l'existence d'une structure de connaissance et de représentation partagée entre les agents est centrale et la mise en œuvre d'activités coopératives efficaces et constructives, pour les opérateurs et l'organisation, nécessite au moins deux prérequis. Le premier est que les activités des agents puissent entrer en interaction au niveau du but, des ressources, des procédures, etc. Le second est que chaque agent tente de détecter, de comprendre le sens des interactions et de s'en saisir pour faciliter ses activités et celles de ses collègues, ainsi que la réalisation d'une tâche commune.

Pour gérer ces interactions, les opérateurs doivent partager des représentations de la tâche, des activités des partenaires et du résultat à atteindre. Ainsi la réalisation d'une activité collective s'appuie sur la construction, l'ajustement et le maintien d'un référentiel opératif commun (ROC) qui, au niveau collectif, a le même rôle que la représentation occurrente au niveau individuel.

La nécessité de cette synchronisation est d'autant plus importante lorsque la réalisation d'un travail implique la mise à contribution de professionnels divers. L'objectif est alors de

comprendre son partenaire, ses difficultés, les règles de son domaine, de connaître précisément les opérations « que fait et que peut faire l'autre » (Bisseret & Cohen, 1978 in de Terssac & Chabaud, 1990, p. 127).

Trois étapes dans la coopération peuvent être identifiées et qui interviennent lorsque que les opérateurs cherchent à se synchroniser au niveau opératoire et au niveau cognitif : la coopération dans l'action, la coopération dans la planification et la méta-coopération (Hoc, 2001). De plus ces trois étapes vont s'articuler au cours du temps (figure 7).

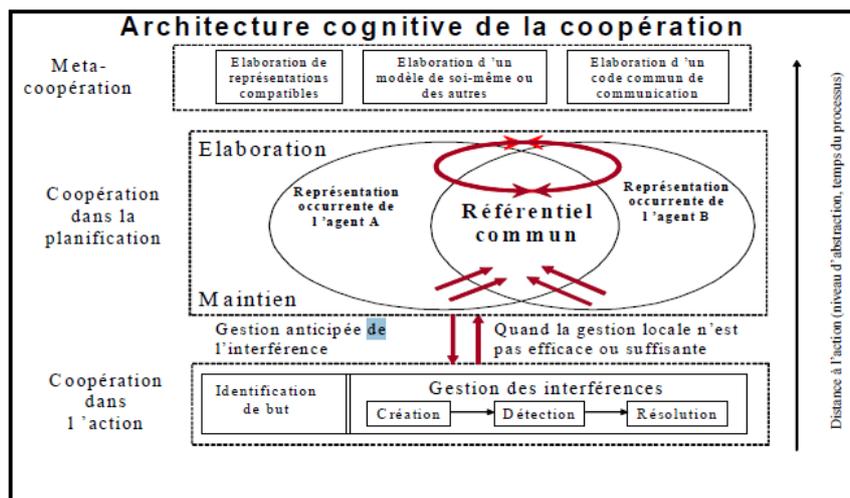


Figure 7 : Architecture de la coopération
Issue d'Anceaux et al. d'après Loiselet & Hoc, 2001

La coopération dans l'action (gestion des interactions) concerne des activités qui ont des implications directes à court terme et qui peuvent s'appuyer sur une analyse locale de la situation (Hoc, 2004). Elle comprend la création des interactions locales des opérateurs dans l'action, leur détection et leur résolution ainsi que l'anticipation des interactions des buts des opérateurs les uns par rapport aux autres à court terme.

La coopération dans la planification, réalisée sur du moyen terme, renvoie aux différentes activités de gestion du référentiel commun : élaboration des buts et de plan communs, l'attribution des rôles, le suivi et l'évaluation de l'action, des représentations communes (ou compatibles) de l'environnement. Elle s'inscrit dans les activités de synchronisation cognitive et opératoire des opérateurs. Le développement de ces activités de coopération dans la planification « nécessite l'atteinte d'une certaine abstraction par rapport aux conditions locales de l'action et détermine l'activité de l'équipe à moyen terme » (Hoc, 2004, p 279).

La méta-coopération concerne les activités coopératives de haut niveau d'abstraction, produisant des données utiles aux activités coopératives des autres niveaux grâce à des constructions opérées sur le long terme. C'est une activité non directement orientée vers la production immédiate, mais visant à la production d'outils et de connaissances destinés à une éventuelle utilisation ultérieure et visant à faciliter l'exécution de la tâche ou à améliorer la performance (Falzon, 1994a). Elle s'inscrit plus dans les activités de synchronisation cognitive. La méta-coopération regroupe à la fois :

- les méta-connaissances qui servent à réguler l'utilisation des autres connaissances. Par exemple Valot (1990) dans ses travaux sur l'activité des pilotes d'avion de chasse montre comment les méta-connaissances de compétence (c'est-à-dire le savoir des pilotes sur ce qu'ils savent, sur le degré de familiarité de telle procédure, sur leurs limites de traitement) sont utilisées pour planifier les vols. Les méta-connaissances sont donc des connaissances fonctionnelles, utilisées pour prendre des décisions d'action (action immédiate ou action future). L'utilisation des connaissances et des méta-connaissances a pour objectif l'action sur l'environnement ;
- les activités méta-fonctionnelles qui ont pour objectif la création de savoirs et d'outils. Ces savoirs créés peuvent être des connaissances au sens usuel ou des méta-connaissances. Ce sont des activités non directement orientées vers la production immédiate, mais des activités de construction de connaissances ou d'outils (outils matériels ou outils cognitifs) destinés à une utilisation ultérieure (éventuelle) et qui visent à faciliter l'exécution de la tâche ou à améliorer la performance (Falzon, 1994a).

D'autres conditions sont à réunir pour qu'un travail collectif puisse avoir lieu et soit une ressource protectrice pour l'individu (Caroly, 2010). L'auteur propose cinq conditions nécessaires au travail collectif pour qu'il soit propice au développement de l'activité collective :

- de la coordination dans la coopération,
- de la concertation avant l'action,
- une équipe riche par la diversité de ses membres au sens ancienneté et parcours de travail (Flageul-Caroly, 2001) et stable dans le temps pour construire et établir un socle commun de pratiques, d'objectifs et de valeurs,
- des outils cognitifs permettent au travail collectif de développer une activité réflexive par la mise en œuvre d'activités métafonctionnelles collectives (Falzon, 1994a),

- des marges de manœuvre laissées par l'organisation du travail aux opérateurs en leur donnant la possibilité de répartition du travail, en favorisant l'entraide, en organisant des temps pour construire du référentiel opératif commun, du diagnostic opératif commun, etc..

Au-delà des conditions organisationnelles à mettre en œuvre pour permettre le développement d'un travail collectif efficient, la compréhension des logiques d'actions des opérateurs à coopérer semble également nécessaire.

Smith, Carroll et Ashford (1995), dans leurs travaux sur la coopération, identifient cinq axes couramment mobilisés :

- les raisons conscientes et calculées des individus à coopérer,
- la compatibilité ou l'incompatibilité des objectifs et des valeurs d'acteurs unis dans une démarche coopérative,
- la coopération comme résultante d'une attraction interpersonnelle, d'un attachement psychologique et de normes de réciprocité,
- l'explication de la coopération par les théories socio-culturelle,
- enfin, l'apprentissage social et les situations de coopération.

Les sciences humaines, à travers cette division, distinguent deux logiques d'action au cours de la coopération : la rationalité calculatoire et la rationalité identitaire.

Dans la perspective calculatoire, la coopération est une réponse aux capacités limitées des acteurs. Au-delà d'un certain niveau d'activité, ne pouvant plus agir seuls, les acteurs constituent des collectifs afin de partager des tâches communes ; partage rendu possible par la complémentarité des individus. Pour Rojot (2003) c'est parce qu'il y a limite des capacités qu'il y a coopération. Dans cette dynamique, la coopération est alors contrainte, calculée et stratégique et vise à accéder à des ressources.

Pour d'autres auteurs (Barnard, 1938 ; Bernoux, 1990 ; Taylor, 1911) la cause de l'existence de la coopération repose principalement dans l'accession des acteurs à une rétribution. Dans l'organisation scientifique du travail, l'incitation par le salaire occupe une place centrale dans le management. Ainsi les ouvriers qui contribuaient à accroître l'efficacité de la production voyaient leur rémunération augmentée. Pour Barnard (1938), la rétribution inclut et dépasse le seul calcul économique. Le sentiment d'appartenance à une collectivité et la reconnaissance

de l'action individuelle sur l'organisation doivent également être pris en compte. Pour l'auteur, le rôle des responsables hiérarchiques est central dans le développement de cette coopération en garantissant l'équilibre du couple contribution /rétribution.

Une troisième analyse consiste à interpréter la coopération entre les acteurs comme un moyen d'atteindre des objectifs spécifiques. Pour Romelaer (1998), elle est développée vis-à-vis d'autres acteurs pour maintenir, contrôler et étendre une zone d'incertitude. Les acteurs négocient les uns avec les autres dans l'objectif de faire face à l'indétermination (Crozier & Friedberg, 1977). Dès lors, la coopération se manifeste par des alliances d'acteurs.

Mais au-delà d'un moyen d'accéder aux ressources, la coopération est aussi un moyen d'intégration d'un individu à un groupe. Dans ses travaux, Mayo (1933 cité par Kennhiche, 2010) met en évidence l'existence des motivations sociales des acteurs et d'une logique d'action fondée sur l'informel. Il décrit la présence de groupes affinitaires qui produisent chacun ses propres codes, admis et appliqués par tous les membres. Leur non-respect est considéré comme une déviance et conduit à une sanction de la part du groupe.

La finalité de la coopération est bien ici l'intégration au groupe - « *la coopération avec l'autre est une manière de lui dire que l'on appartient au même univers que lui, que nos identités sont proches* » (Bernoux, 1999, p11) - et coopérer devient un moyen d'appartenir à ce groupe. Trois conditions sont alors identifiées pour que le groupe fonctionne (Ouchi, 1980) : une réciprocité dans les échanges, une reconnaissance de l'autorité légitimée par la tradition, une congruence des objectifs individuels. Les relations sont fondées sur une certaine homogénéité des valeurs des acteurs.

Le travail collectif à travers ses différentes formes (collaboration, coordination...), les conditions de sa mise en œuvre (partage d'un but commun, synchronisation dans l'action, représentation commune de l'activité, régulations collectives de l'action) et les finalités recherchées par les partenaires de ce travail collectif (motivation, la mise en œuvre d'un travail bien fait, préservation de la santé, développement des compétences, action sur la performance du système...) traduit les possibilités de la mise en œuvre de l'agencité collective c'est-à-dire la capacité d'action collective finalisée, autonome et intentionnelle d'un groupe d'acteurs sociaux à développer leur pouvoir d'être et de faire au travers des fonctionnements réalisés, dans l'univers d'opportunités et de contraintes où ils vivent. Si la

structure organisationnelle permet la mise en œuvre des conditions d'un travail collectif efficace (possibilités de se concerter avant l'action, de réélaborer les règles collectivement, de construire collectivement un référentiel opératif commun, d'avoir une vision du travail de chacun et de son travail dans le processus global...) alors l'agencéité collective sera une ressource au développement des capacités collectives et des capacités individuelles.

2. Les collectifs de travail pensés comme ressource pour les capacités collectives

Si le travail collectif a été défini comme la manière de travailler ensemble, de coopérer, de collaborer, de s'entraider autour d'un but commun, le collectif de travail se caractérise par un ensemble de personnes réunies appartenant à une même communauté (Brun & Mazeau, 1994). Il peut être défini comme un groupe fonctionnel et social ayant une dynamique propre, des normes de fonctionnement, des règles de régulations communes à l'ensemble de ses membres (Vaxevanoglou et al., 1993).

En ergonomie, les études sur les aspects collectifs du travail se sont essentiellement intéressées aux actions communes (Vernant, 2005) c'est-à-dire des actions où les acteurs sont appelés à exécuter la même activité ou des activités similaires par exemple, le même métier. Dans cette approche, c'est la similitude qui est mise en avant, comme c'est le cas dans une communauté de pratique. Ainsi cette focale sur le « métier » a fait émerger les conditions de construction d'un collectif de travail et ses effets sur la santé et la performance (Caroly, 2010 ; Clot, 2005 ; Cru, 1988).

Pour autant, en raison de la complexification croissante des nouvelles organisations, des travaux (Arnoux, 2013 ; Arnoud & Falzon, 2014 ; Lacoste, 2000 ; Lorino, 2009 ; Motté, 2012, Nascimiento, 2009 ; Petit, 2005) naissent autour de la question de l'articulation de divers professionnels amenés à faire des choses différentes mais de manière coordonnée - professionnels susceptibles d'être physiquement éloignés. Lacoste (2000), en introduction de son article « le langage et la structuration des collectifs » pose la question suivante : comment se réalise l'ajustement entre les individus et des équipes hétérogènes dont les temporalités et les lignes d'action sont à la fois différentes et intriquées ? Elle souligne que « *cet aspect de*

l'efficacité collective pose de délicates questions, théoriques et méthodologiques, quant à la manière de concevoir et d'aborder l'étude des collectifs multiprofessionnels, aux contours flous et à géométrie variable, qui constituent le ciment de biens des organisations » (Lacoste, 2000, p 56).

En gestion, en reprenant les typologies des actions proposées par Vernant (2005), Lorino (2009) utilise le terme d'activité collective conjointe pour désigner cette nouvelle forme d'activité collective « *où les acteurs sont appelés à faire des choses différentes : vendre, produire, facturer, mais de manière coordonnée, selon un schéma de division du travail ; c'est alors la complémentarité qui est mise en avant* » (Lorino & Nefussi, 2007 p 77).

En ergonomie, la notion de « collectif transverse » se développe. Il est défini comme un collectif qui « *repose sur un travail d'articulation entre les acteurs et un ajustement incessant (...) et implique une articulation entre métiers* » (Motté, 2012, p. 104).

2.1. Le collectif métier : une référence en ergonomie

Pour pouvoir parler de collectif de travail (dans le sens d'appartenance à un même métier), il faut simultanément plusieurs travailleurs, une œuvre commune, un langage commun, des règles de métier et « *le respect durable des règles par chacun, ce qui suppose un cheminement individuel qui va de la connaissance des règles à leur intériorisation* » (Cru, 1988, p. 47). Cela ne signifie pas que chacun intègre les règles de la même manière, ni que tous les intègrent : *au contraire la règle permet à chacun de cultiver sa singularité sans nuire à la réalisation du travail commun. Les règles de métier ont dans cette conception une fonction protectrice pour l'individu* (Caroly, 2010 p102).

Même si la notion de collectif de travail est encore loin d'être stabilisée en ergonomie (Flageul-Caroly, 2001, p123), les conditions de son élaboration proposées par Cru (1988) font désormais consensus au sein de la communauté d'ergonome (Dessors, Dejours et Molinier, 1994 ; Clot, 2004 ; Caroly, 2010 ; Weill Fassina et Bencheckroun, 2000). La notion de « collectif de travail » est intimement liée à l'existence de ces règles de métiers qui orientent les arbitrages que les opérateurs ont à résoudre face aux dilemmes de l'activité (Davezies, 2005). Autrement dit, le collectif de travail « *affirme son autonomie en générant des solutions à*

partir de négociations informelles. Il se constitue dans et par cette activité de production de règles » (Flageul-Caroly, 2001, p. 124). Cette production de règles est non seulement orientée vers la tâche définie mais également vers un ensemble d'autres buts plus personnels aux opérateurs comme la gestion de leurs systèmes d'activité (Curie & Hajjar, 1990), leur sécurité (de la Garza, 1995) ou encore leur propre santé (Pueyo & Gaudart, 2000 ; Davezies, 2005). En ce sens, la notion de collectif de travail se distingue des diverses formes du travail collectif décrites précédemment car elle relève de conditions supplémentaires : « *tout travail collectif n'implique pas un collectif de travail* » (Weill-Fassina & Benchekroun, 2000, p. 6). En effet, le travail collectif peut nécessiter une simple coordination sans que l'équipe ait construit préalablement un collectif de travail. Dans ces recherches, Flageul-Caroly (2001) met en évidence deux types de situations de travail où il y a travail collectif sans collectif de travail. Elle différencie les situations où il y a travail collectif prescrit sans collectif de travail et des situations où il y a travail collectif réel sans collectif de travail.

Dans le cas d'un travail collectif sans collectif de travail, le travail collectif relève spécifiquement d'une prescription de l'entreprise (les opérateurs sont obligés de travailler ensemble à un moment donné). Les agents n'ont pu au préalable élaborer une représentation commune, des objectifs partagés du travail à faire, ni de pratiques communes sur la façon de le faire. Par exemple des élèves infirmiers qui effectuent leur premier stage dans un service de médecine et qui, par manque de personnel, sont intégrés sans accompagnement au préalable dans le planning des aides-soignantes. Dans le second cas les opérateurs ont eu le temps de construire un référentiel opératif commun mais n'ont pas eu les moyens d'élaborer un collectif de travail. Par exemple, lors de la mise en place d'un logiciel de gestion de programmation des blocs opératoires, les différents intervenants (chirurgiens, anesthésistes, cadre de bloc, directeurs) ont construit ensemble les modalités de programmation sur le logiciel des blocs opératoires (une durée prédéterminée des vacations opératoires, une vacation par chirurgien par jour, un temps opératoire moyenne par intervention) mais pour autant ils ne partagent pas la façon dont les plages opératoires devront être occupées (chirurgie lourde en premier versus chirurgie ambulatoire en fin de programme, vacation dédiée chirurgie ambulatoire, planning opératoire traditionnel complété par la chirurgie ambulatoire). L'auteur indique que dans les cas où le collectif de travail n'a pu se construire, « *les situations critiques pouvaient conduire à des situations de conflits-souffrance au sein du groupe ne permettant pas la mise en œuvre de régulations au niveau de l'organisation du*

travail ni de développement du collectif. L'opérateur peut être empêché dans la réalisation de l'activité individuelle » (Caroly, 2010, p106).

Ainsi, contrairement au travail collectif, « *l'antonyme de la notion de collectif de travail n'est pas l'individu seul mais le groupe sans loi, sans règles de métier* » (Cru, 1988, p. 48). Ces règles de métier sont à différencier à la fois des règlements, procédures, normes ou consignes applicables sur les lieux de travail et du référentiel opératif commun nécessaire à la coopération (Cuvelier & Caroly, 2011). Ce sont des règles non écrites, plus ou moins explicites dans leur formulation, qui « *articulent l'organisation prescrite du travail – qu'elles complètent voire qu'elles corrigent- et l'engagement subjectif de chacun* » (Cru, 1995, p. 61). Le collectif de travail se fonde sur ses *règles de métier*. Elles apparaissent comme un facteur de cohésion du groupe.

Dans son étude dans le BTP, Cru (1988) identifie plusieurs règles de métier développées par les tailleurs de pierres : la règle d'or, la règle d'outillage, la règle de temps, la règle de libre passage sur le chantier etc. L'auteur met en évidence que ces règles n'ont pas pour fonction de fixer une fois pour toutes les façons de faire mais permettent de préciser seulement les attitudes générales à tenir, en fixant un cadre, des lois générales lorsque la situation n'est pas totalement définie par les règles prescrites (Daniellou et al., 2009). A l'inverse des « règles non écrites » définies en sociologie (De Terssac, 1992), les règles de métier préexistent à l'action. Mais elles sont constamment rediscutées et « réévaluées » par la pratique (Cuvelier, 2010). Elles constituent un système de valeurs de référence qui ne peut être réduit aux dimensions techniques du travail. Elles recouvrent l'ensemble des obligations sur lesquelles s'entendent ceux qui travaillent ensemble (Clot, 2000, 2004). Ces obligations sont « *des règles de vie et de métier pour réussir à faire ce qui est à faire, des façons de faire avec les autres, de sentir et de dire, des gestes possibles et impossibles dirigés à la fois vers les autres et sur l'objet* » (Clot, 2004, p. 44). « *Elles représentent le système symbolique auquel l'action individuelle doit se rattacher.* » (Clot, 1999, p. 44). Ce sont ces valeurs qui définissent « le métier » (Cru, 1995), qui peut être rapproché de la notion de « genre professionnel » (Clot, 2004). Le genre est entendu *comme le répondant professionnel qui traversant l'activité de chacun, met chacun à l'intersection du passé et du présent* (Clot, 2005 p 189). Il est un système ouvert de règles « impersonnelles » non écrites qui définissent, dans un milieu donné, l'usage des objets et l'échange entre les personnes. Le sujet occupe sa place dans le collectif en exprimant son style, en même temps qu'il est en rapport avec sa propre histoire. « *Le style*

c'est la manière pour le sujet dont il parvient, par son histoire et l'histoire de son expérience, notamment professionnelle, à jongler avec les genres de façon à faire émerger des créations stylistiques singulières. Le style c'est la distance que le sujet interpose entre lui et le genre... c'est la contribution du sujet au collectif » (Clot, 2000, p. 279).

De plus cette notion de « métier » souligne le fait que ces règles s'inscrivent dans une tradition historique et dans une communauté plus large. Le collectif de travail assure donc une fonction de transmission et de maintien de la cohérence à long terme (Cru, 1995 ; Daniellou et al., 2009). Dans toute situation de travail, le travailleur est précédé par des « normes antécédentes » (Schwartz, 2000) : par exemple, les prescriptions officielles de l'organisation du travail, mais aussi les règles moins formelles élaborées au cours de l'histoire par les collectifs de travail. Le travailleur est aussi porteur de ses propres normes, traces de son histoire personnelle et de son expérience. Dans toute situation de travail se jouent un « débat de normes » et des tentatives individuelles et collectives de « renormalisation » (Schwartz, 2000).

2.2. Vers de nouvelles formes de collectif de travail : collectif transverse versus opérateur collectif

Le travail est devenu de plus en plus intense, complexe et interdépendant (Owen, 2008). Ce changement a pour origine le développement d'une économie de la connaissance et de la globalisation. L'extension des marchés et le progrès technique se traduisent par une complexification technique, sociale et spatiale des processus qui, en se complexifiant, exigent « *de* » l'organisation, donc « *des* » organisations (Lorino, 2009).

Les problèmes que soulèvent ces changements font que les opérateurs travaillent de plus en plus dans des environnements caractérisés par :

- des conditions dynamiques en constantes évolutions,
- des tâches interdépendantes impliquant des agents multiples,
- un travail qui s'intensifie entraînant une réactivité toujours plus grande dans des délais toujours plus courts,
- un travail de plus en plus abstrait par l'utilisation croissante de ressources exigeant, des opérateurs une activité cognitive forte pour interpréter ces nouveaux symboles.

Ainsi la coopération par les liens du métier diminue progressivement au profit d'une coopération entre les fonctions de l'entreprise (Beaujolin, 1999). La coopération inter-métiers ou inter-services devient « *la traduction opérationnelle ou structurelle de stratégies visant à obtenir des avantages concurrentiels en termes de qualité et d'innovation dans des environnements complexes et turbulents* » (Lorino & Tarondeau, 2006, p. 318). De ce fait les organisations s'adaptent et mettent en œuvre des processus sociaux complexes qui exigent l'intervention conjointe d'acteurs multiples (Lorino, 2005 ; Lorino & Nefussi, 2007 ; Lorino & Tarondeau, 2006). La division du travail impose, pour que l'activité puisse produire des résultats ou, en d'autres termes, être « performante¹⁷ », *de conjoindre dans un ensemble d'actes coordonnés, coopératifs et concertants, des contributions individuelles multiples, qui mobilisent une diversité souvent considérable de compétences, de métiers et de fonctions* (Lorino, 2009, p89). L'activité collective se teinte d'une figure privilégiée, celle qui engage des pratiques individuelles différentes et complémentaires, plutôt que celle qui engage des pratiques individuelles similaires : l'activité conjointe plutôt que l'activité commune (Vernant, 2005).

La mobilisation de profils professionnels variés dans le cadre d'une activité collective (conjointe) aboutit à la constitution d'un collectif de travail différent du collectif métier qui implique plusieurs travailleurs amenés à faire des choses différentes mais de manière coordonnée (Lorino, 2005 ; 2009), travailleurs engagés dans différentes activités d'un même processus. Ce type de collectif est identifié sous différents vocables : collectif *transverse* (Motté, 2012 ; Motté & Haradji, 2010), *cellule dynamique de travail* (Courteix-Kherouf, 1995) composée d'opérateurs ayant une mission commune ou encore *opérateur collectif* (Brun et Mazeau, 1994), ensemble d'opérateurs ayant à coopérer pour atteindre un but commun, les opérateurs pouvant appartenir à des collectifs de travail différents. Les auteurs donnent comme exemple, dans la direction générale de l'équipement, l'opérateur du Parc et celui de la Subdivision qui travaillent ensemble sur un même chantier.

¹⁷ *Le concept de performance renvoie au seul fait que toute activité sociale organisée répond à des finalités, et que, en tant que telle, elle relève de jugements sur la manière dont elle satisfait ces finalités. La sécurité, la productivité, la pénibilité, la qualité [...], constituent des registres potentiels du jugement de performance. Il n'y a pas de performance en dehors de l'activité, il n'y a pas d'activité non plus sans performance : la dimension évaluative est constitutive de l'activité et de son aptitude à faire sens ; réciproquement, la performance – ici, la sécurité du travail – ne peut se construire qu'à partir d'une compréhension des ressorts de l'activité et de ce qui, en elle, occasionne des s de risque. Il y a, entre activité et performance, un lien indéfectible.* (Lorino, 2009, p88).

De Montmollin en 1995 décrivait les collectifs comme des groupes empiriquement très divers, variant sous plusieurs axes : dimensionnement (groupement restreints ou importants), durée, statuts, règles internes de fonctionnement, principes de cohésion, de modes de communication, structure hiérarchique, objectifs... Pour l'auteur une équipe forme un collectif et cette équipe peut être aussi constituée de plusieurs collectifs restreints (durables ou temporaires). Au-delà de l'équipe il signale l'existence de collectifs inter-équipes, voire inter-services dans lesquels un opérateur peut appartenir dans plus d'un collectif, par exemple si son activité s'inscrit à l'entrecroisement d'une logique de service et d'une logique de projet.

Dans cette définition, le collectif est appréhendé comme une pluralité d'acteurs aux statuts différents qui travaillent ensemble, selon une distribution des tâches et qui développent des activités collectives conjointes plus ou moins structurées pour concevoir, construire, produire un produit, un service dans le cadre d'un contrat qui lie le producteur à ses clients (Lorino, 2003). Cette définition large du collectif permet de recouvrir les différentes formes des collectifs de travail : une équipe¹⁸ métier (deux infirmières qui réalisent ensemble la tournée du matin), une équipe multi-métiers d'un service de chirurgie (des équipes de différents métiers aides-soignantes, infirmières, chirurgiens, cadre de santé, secrétaires qui ont chacune leurs propres tâches à réaliser, tâches qui sont en général interdépendantes et qui nécessitent de l'interaction pour mener à bien l'objectif à atteindre) ou encore plusieurs équipes de services différents engagées dans un processus de soin. Par exemple dans le processus de chirurgie ambulatoire : 8 services (équipes multi-métiers) sont engagés - 10 métiers sont représentés, chaque métier pouvant appartenir à des genres différents (infirmière de consultation, infirmière de salle de réveil, infirmière de bloc...) – ils sont rattachés à des filières hiérarchiques métiers différentes (médicales, paramédicales, administratives) et les équipes multi-métiers sont administrativement rattachées à des pôles différents.

La distinction qui pourrait être faite entre ses différents collectifs semble être liée à la focale par laquelle l'activité collective est observée. Dans une prise en charge de chirurgie ambulatoire, chaque équipe métier, chaque équipe multiprofessionnelle, chaque équipe d'équipes (qui pourraient être nommées équipe processus) qui interviennent auprès (ou non) du patient, sont en étroite interaction et dépendance. Elles sont engagées dans un processus de

¹⁸ Une équipe est « un ensemble distinct de deux ou plusieurs personnes qui interagissent de façon dynamique, interdépendante et adaptée en vue d'un objectif, d'un but ou d'une mission commune et valorisée, qui se voient chacune assignée d'un rôle ou d'une fonction à exécuter, et dont la durée d'appartenance est limitée » (Baker, & Salas, 1992 p. 469).

soin c'est-à-dire un ensemble coordonné d'activités locales (Lorino, 2009) et vont être confrontés à des « *relations complexes d'interdépendance* » (Ibid., p. 90).

Des études dans le domaine médical montrent l'importance de l'interaction¹⁹ entre divers acteurs pour produire le soin (Grosjean & Lacoste, 1999 ; Mollo, 2007 ; Nascimento, 2009). Une recherche menée au sein de services de radiothérapie met à évidence l'importance de la coordination des acteurs de la chaîne de traitement issus de quatre professions distinctes qui « *coopèrent dans le but de délivrer aux patients les soins prescrits en toute sécurité* » (Nascimento, 2009, p. 74). L'auteur explique les potentielles sources de dérives et d'erreurs observées à chaque étape du processus par le manque de coordination et de dialogue entre les différents professionnels impliqués. Des études menées dans des contextes de réorganisations de la production de service (Motté & Haradji, 2010 ; Petit, 2005 ; Arnoud, 2013) produisent des résultats identiques. La coordination entre les différents acteurs impliqués dans cette production apparaît fondamentale pour garantir la qualité et la continuité du service mais aussi pour aider au développement du pouvoir faire et du mieux faire ensemble dans la notion du travail bien fait (Davezies, 2006).

2.3. Les conditions d'émergence et de développement d'un opérateur collectif

Wisner (1993 cité par Caroly, 2010) référençait un nombre d'éléments contribuant à la construction d'un collectif de travail :

- une connaissance réciproque du travail de chacun,
- une confiance mutuelle dans les informations échangées et les actions effectuées,
- une référence commune des règles de travail,
- une référence commune sur l'état d'avancement du processus.

Bien que ces éléments s'adressent plus spécifiquement aux conditions de construction du collectif métier, les travaux récents sur les collectifs transverses (ou opérateur collectif) (Falzon & Arnoud, 2013 ; Motté, 2012 ; Nascimento, 2008 ; Owen, 2008...) montrent que

¹⁹ L'interaction sera utilisée pour définir de façon générique les rapports entre les opérateurs dans le travail collectif quand il y a coopération, collaboration, coordination. Elle englobe à la fois une dimension coopérative comme un agir commun où le rapport à autrui fait partie de la définition même de l'action et une dimension de coordination comme l'ajustement de l'action de chacun avec celles des autres et avec l'environnement.

les éléments cités par Wisner peuvent également s'appliquer à ce type de collectif de travail et aider à la compréhension de mécanismes et des conditions d'émergence d'un collectif transverse.

L'appartenance à un même processus conduit les divers professionnels impliqués à constituer, de la même manière que les opérateurs d'un même métier, un collectif à partir de leur activité collective conjointe (Arnoud, 2013) grâce à des mécanismes de coopération, de coordination, d'articulation et d'ajustements incessants entre eux. Différentes conditions apparaissent nécessaires, à la lumière des travaux émergents sur ce thème (Arnoud & Falzon, 2013) :

- une connaissance partagée du processus dans sa globalité et l'émergence de références communes ;
- une connaissance du travail de l'autre et une culture collective au sens de « la présence de tous dans l'activité de chacun » (Nascimento, 2009) ;
- une reconnaissance des compétences de chacun et de leur nécessaire complémentarité ;
- une confiance mutuelle dans les informations échangées et les actions effectuées ;
- une volonté partagée et des possibilités effectives de « faire mieux ensemble » facilitant la conception d'une organisation collective du travail.

Lorsque ces conditions sont réunies, le collectif transverse facilite le déploiement de l'activité conjointe, constitue une ressource pour la santé et l'efficacité des individus et des organisations. Compte tenu des spécificités de l'activité collective conjointe, la construction d'un collectif transverse est complexe, ce qui est renforcé par les faibles ressources mises à la disposition des opérateurs pour coopérer dans ces situations de travail.

2.3.1. Des espaces de délibération : possibilité effective de faire mieux ensemble

La possibilité d'un voyage collectif à travers la zone proximale de développement de l'activité dépend de la possibilité pour les opérateurs de débattre de leur pratique. Ainsi l'émergence et le renouvellement des règles de travail se fait au travers des échanges, des confrontations entre les opérateurs à propos de leur activité de travail qui conduit à « *une réflexion collective sur leur propre activité collective de manière à l'évaluer et, le cas échéant, la transformer* » (Lorino, 2009, p. 92). L'agencité collective se met en place à travers la liberté des acteurs de

choisir de se coordonner. Les individus se construisent et se développent dans l'interaction de l'action collective. Ils adhèrent à des valeurs et conçoivent des objectifs communs pour le bien-être du collectif et non plus des objectifs liés à leur propre bien-être.

Un travail de « *réorganisation* » (de Terssac, 2003) se met en place entre les partenaires de l'activité. L'objectif est alors de créer de nouvelles règles, de nouvelles façons de faire visant un meilleur agencement organisationnel collectif, susceptibles :

- d'accroître la performance globale du processus,
- de participer au fonctionnement du collectif et à son enrichissement,
- à l'efficacité du travail collectif,
- et à la fonction protectrice pour la santé de l'individu.

Des espaces de délibération devront être développés pour favoriser « *le débat sur les valeurs, les dimensions pertinentes de l'activité et les conditions du travail nécessaire pour réaliser un travail de qualité (liée à l'efficacité, à la préservation de la santé, à la construction de sens du travail)* » (Caroly & Barcellini, 2013 p 13). Ces espaces peuvent s'inspirer des travaux qui proposent une pratique réflexive au travail (Mollo & Falzon, 2004 ; Mollo & Nascimento, 2013). Dans le cas où la réalisation du travail implique la mise à contribution de professionnels divers, « *l'opérateur se donne comme objet de travail l'activité collective conjointe* » (Arnoud, 2013, p50). Le retour réflexif sur l'activité conjointe apparaît comme une condition préalable à la construction d'un collectif transverse (Lorino, 2009). L'intérêt de ces espaces est de provoquer des situations intercompréhensives sources d'intégration de l'activité des autres dans sa propre pratique (Fernagu-Oudet, 2011). Pour cet auteur, ces situations sont sources d'apprentissage. Elles peuvent combiner différentes méthodes qui visent à favoriser « *la connaissance du travail de l'autre, l'émergence de références communes sur l'action collective et la conception d'une organisation collective du travail* » (Caroly & Weill-Fassina, 2007, p. 90).

2.3.2. Du temps pour établir des relations de confiance

La confiance peut être définie comme « *un sentiment de sérénité qui émane de la relation à un acteur sur qui l'on se repose dans une situation donnée en espérant qu'il prendra soin de nos intérêts* » (Karsenty, 2013 p17). Plus concrètement la confiance renvoie ainsi « *à la rencontre avec l'autre et à la prise de risque que comporte toute rencontre singulière avec*

l'autre, à la complexité du travail réel et au système vivant de l'échange entre les hommes » (Caroly, 2010, p. 104). Cela signifie que celui qui fait confiance, forme des attentes positives sur les actions et les compétences des autres (Karsenty, 2010). La confiance nécessite ainsi un savoir et une connaissance sur l'autre et ses faiblesses (Valot, 1988 ; Avila-Assunção, 1998). Elle n'est pas donnée d'emblée comme la tâche prescrite qui lie les membres d'une équipe. Elle se construit au cours du temps et au travers de la coopération (Amalberti, 1996; Caroly, 2010). Par exemple la confiance d'un opérateur dans la capacité de son collègue à réguler la situation de travail « *la confiance permet de transformer les engagements problématiques en engagements crédibles* » (Karpick, 1996 p. 527).

Les spécificités de l'activité collective conjointe peuvent être un obstacle à l'établissement de relation de confiance : les acteurs appartiennent à des systèmes d'activité différents, les coopérations sont souvent agencées dans l'espace et dans le temps. Cette configuration complique les possibilités de régulations collectives. Par exemple dans le processus de chirurgie ambulatoire, au moment de la sortie du patient l'infirmière d'unité de chirurgie ambulatoire vérifie si les critères de sortie sont conformes. Un des critères de sortie est l'établissement d'un compte rendu opératoire et d'une lettre de sortie signés par le chirurgien, qui doit être remis au patient. Si ces documents ne sont pas dans le dossier (informatique ou papier), elle devra les obtenir pour une sortie du patient en toute sécurité (possibilité de gestion de complication médicale à distance), dans un laps de temps court pour ne pas le faire attendre inutilement (gestion de la qualité du service rendue). Dans ces conditions sa capacité d'action est limitée : il n'y a pas de chirurgien basé dans le service (le service de chirurgie ambulatoire est un service autonome qui ne dépend pas d'une spécialité chirurgicale), le service est « physiquement » isolé des blocs opératoires, le temps pour agir est restreint (l'anesthésiste a donné son accord pour la sortie du patient, le patient a reçu les explications médicales pour gérer son retour à domicile). La seule option qu'elle a est de joindre le chirurgien par téléphone dans une relation de coopération transversale. A ce moment donné elle n'a pas accès au contexte de travail et à la disponibilité du chirurgien (qui consulte ? qui opère ?). Le chirurgien est généralement engagé dans une autre activité que celle pour laquelle il va être interrompu et la gestion de l'interruption devient alors un élément essentiel de son activité. Répondre positivement à la demande de l'infirmière (signer les documents rapidement) signifie mettre fin à l'activité dans laquelle il est engagé ce qui n'est pas toujours possible (je suis en train d'opérer) et ce qui n'est pas toujours souhaité (je vais perturber le déroulement de mon activité future : je suis dans la zone du bloc opératoire, je dois changer

de tenue pour sortir, aller dans l'unité de chirurgie ambulatoire, signer les documents, revenir au bloc et me changer).

Les observations menées sur le terrain ont montré que cette situation est une source de conflits (de buts) entre les deux opérateurs, le chirurgien n'accédant pas à la demande de l'infirmière dans le temps imparti. L'activité de travail de l'infirmière est alors perturbée ce qui l'oblige à réaliser des arbitrages (j'en réfère à mon supérieur, je fais patienter le patient et je gère son mécontentement, je renouvelle ma demande auprès du chirurgien même si je perturbe son activité) et à assumer les conséquences d'une prestation de service dégradée pour le patient.

Des stratégies opératoires sont mises alors en place par les infirmières qui vont consister à gérer de façon globale tous les appels téléphoniques vers les chirurgiens avec qui elles seront amenées à avoir des interactions régulières. Elles vont essayer de trouver des compromis dans l'action pour éviter les conflits (se protéger dans le travail) et apporter une prestation de qualité au patient (sentiment du travail bien fait) même dans une situation de travail dégradée pour elle. Les situations d'appels sont alors priorisées en fonction de plusieurs paramètres : l'urgence médicale, la douleur, l'acte chirurgical réalisé, les conditions d'amélioration de la santé du patient, les éléments de gestion administrative du dossier. Leur objectif est de limiter les appels en gérant le maximum de situations par leurs propres moyens (individuellement ou avec les collègues) au-delà parfois de la sécurité réglée (Nascimento et al, 2013) et de ses responsabilités professionnelles (glissement de tâche) et ainsi ne faire appel à l'autre que quand cela est vraiment nécessaire : *« Il sait (le chirurgien) que je ne le dérange pas pour rien. Quand je l'appelle c'est que c'est vraiment important. Il me fait confiance ».*

Ces situations montrent la difficulté pour les opérateurs de se donner comme objet de travail l'activité collective conjointe et à négocier « conjointement » leurs pratiques. Les stratégies déployées par les infirmières donnent un sens à la gestion des conflits en trouvant de nouvelles voies pour l'efficacité et donnent une valeur acceptable au travail par rapport à leur propre conception du travail bien fait. Mais l'effort du travail d'articulation pour gérer ces situations dégradées redimensionne quotidiennement le travail collectif sans pour autant être connu des autres et réinterroge fortement le cadre de la sécurité réglée.

Plusieurs auteurs mettent en évidence les bénéfices de la capacité des opérateurs à se faire confiance dans le travail (Dirks, 1999 ; Cihuelo, 2008 ; Pinto Slevin & English, 2009 ; Alter, 2009 ; Caroly, 2010 ; Karsenty, 2011). La confiance :

- favorise la qualité des communications entre les opérateurs,
- soutient la construction d'un référentiel commun et la convergence vers des objectifs communs,
- aide au développement de l'autonomie des acteurs,
- permet la réduction des tâches de coordination et de contrôle entre ces acteurs
- est une condition pour élaborer et construire un collectif de travail.

2.3.3. Des marges de manœuvre : soutien à la reconnaissance des compétences et de la qualité du travail de l'autre

Le concept de « marge de manœuvre » est issu de l'ergonomie de l'activité. Bien qu'il ne semble pas exister de définition établie (Coutarel, 2004), il renvoie à l'idée « *d'un espace de liberté, autorisé par l'organisation, que les opérateurs peuvent construire et investir* » (Coutarel, 2004, p. 168). Les marges de manœuvre traduisent ainsi le rapport actif de l'individu à sa tâche (Coutarel & Petit, 2013) et désignent la zone d'initiative et de tolérance dont dispose l'opérateur pour assurer la régulation du fonctionnement du système (Weill-Fassina & Valot, 1997).

Ainsi l'existence ou non de marges de manœuvre dans l'organisation du travail aura des effets sur :

- la mise en œuvre d'un processus de régulations « *c'est-à-dire le compromis auquel les opérateurs en présence aboutissent et se traduit par un ensemble de règles acceptables pour chacune d'elles et formant un ensemble raisonnablement cohérent* » (de Terssac, 1992 p 35). Flageul-Caroly (2001), dans son étude menée auprès des guichetiers de la Poste, montre qu'un compromis entre les quatre pôles de l'activité (soi, client, autrui, système) n'est possible qu'à condition que des marges de manœuvre soient laissées par l'organisation du travail. La notion de régulation est donc intimement liée à celle de marge de manœuvre et les possibilités de régulation au travail augmentent lorsque la marge de manœuvre des opérateurs augmente également (Coutarel, 2004) ;

- la construction et le renforcement du lien entre la santé et le contrôle de chacun sur sa situation de travail. La possibilité pour l'opérateur de mettre une partie de lui dans son travail, apparaît être un levier de développement personnel (déterminant pour sa santé), du collectif de travail (Caroly, 2002) ainsi qu'une ressource pour le développement de la performance du système (Coutarel & Petit, 2013). La présence de marges de manœuvre suffisantes apparaît nécessaire pour le maintien d'un équilibre entre production et santé et, plus largement, pour l'activité de travail (Durand et al., 2008).

Trois études récentes (Bénion, 2010 ; Nascimento, 2006 ; Falzon & Mollo, 2009) ont montré comment le fait de permettre aux opérateurs des marges de manœuvre sur les objectifs de la tâche, ou les critères à satisfaire, accroît les options disponibles et les possibilités de faire du « bon travail » individuellement et collectivement. Le cadre conceptuel du modèle de l'activité de travail (figure 8) proposé par Vézina (2001) (basé sur les écrits de Guérin et coll.) place les marges de manœuvre comme un élément essentiel à l'activité de travail de l'individu et du collectif.

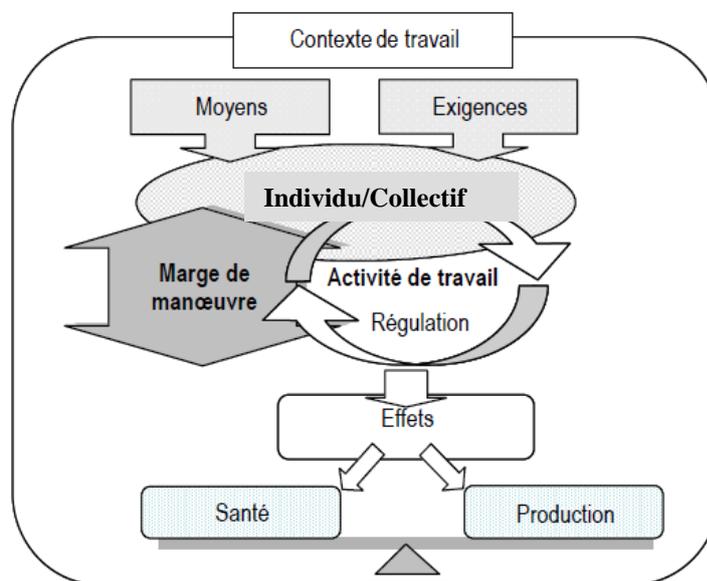


Figure 8 : Modèle de l'activité de travail (adapté de Vézina, 2001)

Trois pôles principaux sont représentés :

- en amont les éléments qui participent à la définition du travail à faire : le contexte général de travail, les moyens fournis aux individus pour accomplir ce travail, les exigences à remplir ;

- au centre l'individu et le collectif qui accomplissent ce travail, l'activité de travail elle-même, les processus de régulation du travail et les marges de manœuvre dégagées pour permettre la réalisation du travail ;
- en aval, en équilibre, les effets de cette activité de travail, qui sont de deux ordres : les effets sur l'individu (la santé) et les effets sur l'entreprise (les produits du travail).

Les marges de manœuvre sont liées par la rencontre circonstanciée des différents déterminants d'une situation de travail, qui construisent les marges de manœuvre (internes et externes) (Coutarel & Petit, 2013). Développer des marges de manœuvre « *c'est alors développer les ressources de la situation et donc des possibilités pour les opérateurs concernés de répondre aux exigences du travail dans des conditions qui favorisent la prise en compte des différentes modalités de leur mobilisation* » (Coutarel & Petit, 2013 p 180). Ainsi reconnaître les régulations (individuelles et collectives) développées par les individus et les collectifs, c'est reconnaître les compétences puisque les « *mécanismes de régulation des activités [...] constituent un mode d'expression des compétences* » (Leplat, 2000, p. 56). Ce jugement de reconnaissance n'est pas lié à l'individu en tant que personne (ego) mais concerne « le faire » ce que la personne a apporté dans la production, dans la coopération, dans le débat des normes et des valeurs (Caroly & Barcellini, 2013) c'est-à-dire les compétences qu'elle a développées pour réaliser le travail collectif. Les théories de la reconnaissance (Alter, 2009 ; Dejours, 2007 ; Honneth, 2000) partagent l'idée que la reconnaissance du travail de l'autre suppose une reconnaissance de la qualité du travail et de l'individu. Ainsi laisser des « marges de manœuvre » aux opérateurs, c'est reconnaître la diversité des stratégies opératoires qu'ils ont développées individuellement et collectivement et permettre la mise en œuvre de débats collectifs sur les critères de qualité du travail essentiels à l'activité collective et renforcer le collectif de travail.

Dans ses travaux Arnoud (2013) propose de rapprocher le concept de marge de manœuvre à celui de capabilités. Pour l'auteur les marges de manœuvre traduisent le degré de liberté à l'intérieur d'un système de règles :

- *un degré de liberté formellement prévu c'est-à-dire « octroyé » par le système ; dans ce cas, le système n'interdit pas aux opérateurs de procéder de différentes façons, le choix du mode opératoire est par exemple laissé à la discrétion des opérateurs mais dans un espace de règles, de décisions qui reste stable ;*

- un degré de liberté « de fait », c'est-à-dire « conquis » par l'opérateur ; dans ce cas les opérateurs saisissent des opportunités « latentes » du système et créent des marges de manœuvre (Arnoud, 2013, p).

Les relations entre marges de manœuvre et capacités ne sont pas directes mais liées par des facteurs de conversion. Les opérateurs doivent à la fois *saisir* les marges octroyées par le système et *conquérir* les marges latentes pour les rendre effectives (Arnoud, 2013).

Pour Coutarel & Petit (2013), la marge de manœuvre situationnelle s'intègre dans un rapport au milieu qu'elle contribue à construire, appelée pouvoir d'agir. Le pouvoir d'agir désigne ainsi le rapport actif de l'individu à son milieu, qui s'inscrit dans une histoire plus large que la situation de travail. C'est le rayonnement de l'activité, la manière dont individuellement et collectivement les opérateurs parviennent à faire autorité dans leur travail : ce qui permet de se sentir actif quand on agit, qui donne la capacité de dialoguer avec tous quand c'est possible, de résister au pouvoir quand c'est nécessaire (Clot, 2010a). En clinique de l'activité, restaurer le pouvoir d'agir « *c'est restaurer ce mouvement de liaison à l'initiative des sujets qui est au principe de la santé* » (Clot, 2010b, p. 17-18).

De plus le pouvoir d'agir est également lié à « *la possibilité effective de mettre en œuvre une capacité donnée* » (Falzon & Mollo, 2009 p 63) qui ne dépend pas de la seule disponibilité de cette capacité, mais aussi d'un ensemble de conditions organisationnelles, techniques, sociales, etc. (Corteel & Zimmerman, 2007). Le collectif de travail joue ainsi un rôle déterminant dans le pouvoir d'agir (Clot, 2008) par les orientations qu'il donne à la réalisation de l'activité de travail (Caroly, 2010) : « *il donne du pouvoir d'agir aux opérateurs dans son activité quotidienne pour trouver de nouvelles voies, de nouvelles façons de faire le travail et rend donc le travail collectif plus efficace* » (Caroly & Barcellini, 2013 p37).

Le concept de pouvoir d'agir est étroitement associé à l'approche des capacités (Falzon & Mollo, 2009 ; Falzon, 2010 ; Fernagu-Oudet, 2011, 2012a, 2012b). Dans la perspective de Sen, deux dimensions apparaissent centrales au concept de capacités (Bonvin, 2012) : le pouvoir d'agir qui nécessite que les individus disposent des moyens effectifs de mener la vie de leur choix et la liberté de choix qui requière que ce choix soit réellement libre et non pas imposé par l'autorité (une possibilité réelle). Ainsi la notion de capacité implique tout à la fois une latitude de choix individuel, des opportunités réelles, leur conversion en réalisations

effectives, un pouvoir d'agir soutenu par des supports collectifs, et enfin la possibilité pour les salariés d'exprimer leurs préférences et de les faire valoir.

Rabardel (2005) définit le pouvoir d'agir et son développement à travers les distinctions entre « capacité de faire », « pouvoir de faire » et « pouvoir d'agir » (Rabardel, 2005 p 261) :

- la « capacité de faire » est une capacité de faire quelque chose dans l'espace des situations qui correspond à un ensemble significatif pour le sujet. Elle peut être à la fois caractérisée par le résultat qu'elle produit et par ce dont elle est constituée. Elle s'inscrit dans des rapports stabilisés entre les objets et les instruments. Le développement de la « capacité de faire » *fait passer des actions du domaine de l'impossible à celui du potentiellement possible* ;
- le « pouvoir faire » dépend des conditions externes et internes au sujet réunis à un moment particulier. Il est situé dans un rapport singulier au monde caractéristique de l'action et de l'activité située, rapport qui actualise la capacité de faire en transformant les potentialités en pouvoir. Le développement du « pouvoir faire » *fait passer du potentiellement possible au réellement ou effectivement possible* ;
- le « pouvoir d'agir » *est le pouvoir de faire des actions répondant à la diversité des critères auxquels le sujet entend explicitement ou non que ses actions répondent.* L'agir comprend le faire mais pas seulement. Il comporte les autres dimensions de l'action et de l'activité mais aussi les autres critères et systèmes de valeurs dans lesquelles elles s'inscrivent et auxquelles elles répondent.

Le concept de « pouvoir d'agir » définit au travers de la distinction entre « capacité de faire, pouvoir de faire et pouvoir d'agir » permet la compréhension du rapport entre la « capacité » qui relève du *potentiellement* possible (la capacité de faire) et la « capabilité » qui relève du *effectivement* possible (le pouvoir faire) en réponse aux critères que la personne a des raisons de valoriser (le pouvoir d'agir) (Arnoud, 2013).

3. L'activité collective : pour le déploiement de l'agencéité collective et l'émergence des capacités collectives

Leplat (1993) définit l'activité collective : « *comme une activité dans laquelle l'exécution d'une tâche entraîne l'intervention coordonnée de plusieurs opérateurs. "Entraîne" : il s'agit d'une activité effective ; "coordonnée" : les opérateurs sont en interaction, c'est-à-dire que leurs activités dépendent les unes des autres. Une activité collective n'est pas une collection d'activités individuelles sur des tâches indépendantes mais une activité où des opérateurs réalisent conjointement la même tâche, dans un même lieu, ou éventuellement dans des lieux différents* » (Leplat, 1993 p. 10).

3.1. L'activité collective : couplage du travail collectif et du collectif de travail

En ergonomie, l'activité collective a été défini comme un couplage permanent entre le travail collectif (prenant différentes formes, coopération ou collaboration, etc.) et le collectif de travail (collectif métier ou opérateur collectif) (Caroly, 2010) qui s'articulent dans la réalisation de l'activité des sujets et s'enrichissent mutuellement. Le collectif de travail se construit dans les possibilités données d'agir ensemble dans l'action et les situations de travail enrichissent le sujet d'expériences pratiques de travail collectif qui sont l'occasion de son engagement dans le collectif de travail. Le collectif de travail permet la gestion collective de situations en soutenant et favorisant la coopération plutôt que la gestion individuelle de ces situations. Il devient ainsi une ressource pour l'activité en rendant le travail collectif plus « opérant » (passage de la co-action à la collaboration) par la construction par les opérateurs de règles communes (propice à l'enrichissement du référentiel opératif commun) pour faire face à des contraintes extérieures (Caroly & Barcellini, 2013). Ainsi l'activité collective est à la fois engendrée par le collectif de travail qui accomplit le travail collectif et le travail collectif qui concourt à l'élaboration du collectif de travail.

L'activité collective, qu'elle soit commune ou conjointe, ne se construit pas grâce à la somme des différentes activités individuelles mais par « *des aller-retour permanents entre l'activité*

du sujet, la mise en œuvre d'un travail collectif et le fonctionnement du collectif de travail » (Caroly & Barcellini, 2013 p 37) (figure 9).

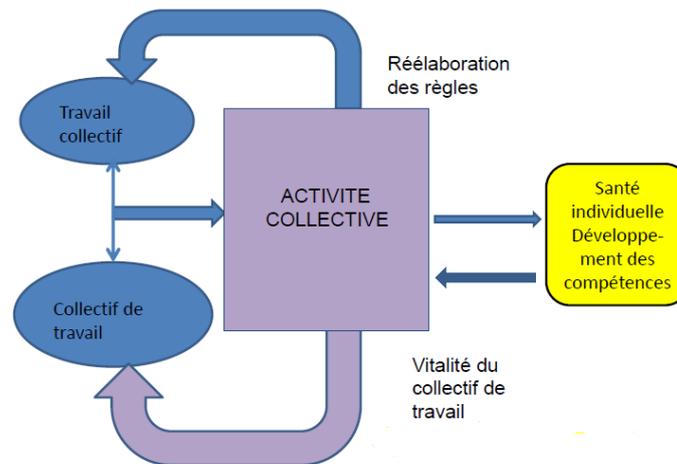


Figure 9 : Modèle de l'activité collective (Caroly, 2011)

C'est bien la mise en œuvre d'une activité collective, couplage du travail collectif et de collectif de travail qui permet « la poursuite et l'atteinte d'objectifs de santé et de performance, d'efficacité, de développement de compétences et de valeurs propres à l'activité (sens du travail pour l'opérateur/trice inscrit(e) dans une relation d'échange avec ses collègues sur la qualité du travail dans le métier) » (Caroly & Barcellini, 2013 p 37).

3.2. L'activité collective conjointe : zone construite entre des systèmes d'activités en interaction

Engeström (1999, 2000, 2004, 2005), dans le cadre de ses recherches sur la théorie de l'activité, définit un système d'activité²⁰ comme un système cohérent du point de vue de l'activité orienté vers des objets, des sujets agissants par l'intermédiaire des artefacts, et

²⁰ Engeström (2001) a résumé les cinq principes de sa théorie de la façon suivante :

1. Prime unit of analysis: "A collective, artifact-mediated and object-oriented activity system, seen in its network relations to other activity systems, is taken as the prime unit of analysis" (p. 136).
2. Multi-voicedness: "An activity system is always a community of multiple points of view, traditions and interests" (p. 136).
3. Historicity: "Activity systems take shape and get transformed over lengthy periods of time. Their problems and potentials can only be understood against their own history" (p. 136).
4. Contradictions: Contradictions play a central role as "sources of change and development...[They] are historically accumulating structural tensions within and between activity systems" (p. 137).
5. Possibility of expansive transformations: "An expansive transformation is accomplished when the object and motive of the activity are reconceptualized to embrace a radically wider horizon of possibilities than in the previous mode of activity" (p. 137).

organisés collectivement au sein d'une division du travail, des règles qu'ils emploient et de leur communauté (Figure 10). Son approche de l'activité de travail permet de mieux appréhender l'articulation entre collectif de travail et travail collectif.

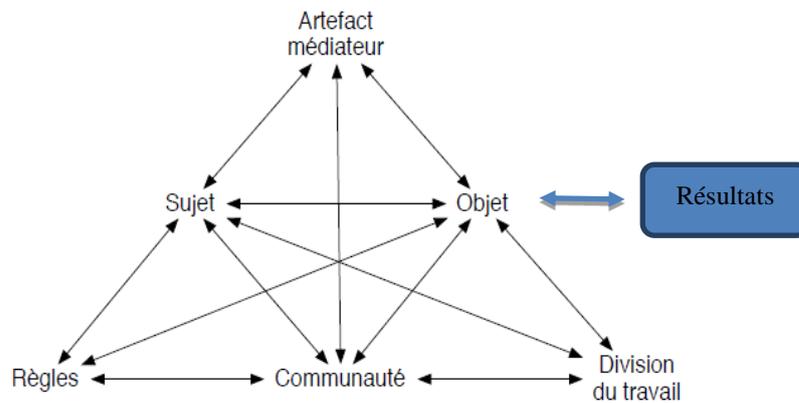


Figure 10 : Modélisation d'un système activité, d'après Engeström (2005 p. 30)

Dans ce modèle, le sujet représente l'acteur (ou un groupe d'acteurs « opérateur collectif ») impliqué(s) dans l'activité. Le sujet (ou les sujets) appartient à une communauté de personnes dont l'activité a un objet identique (communauté d'intérêts, de pratiques ou de culture). L'objet (objectif de réussite de la mission) constitue la cible et la transformation de l'objet de l'activité en résultat constitue le mobile de l'activité. Le modèle présente une flèche bidirectionnelle entre l'objet et les résultats, les résultats influencent également l'objet. Pour y parvenir des instruments, des artefacts matériels ou symboliques (dont le langage), sont à la disposition de l'acteur permettant une médiation entre le sujet et l'objet de l'activité (Venturini, 2012). Le sujet n'est donc pas en relation directe avec l'objet, mais indirectement par l'utilisation d'outils. Deux formes de médiation peuvent être soulignées (Rabardel, & Béguin, 2005) :

- la *médiation réflexive* qui renvoie à la création de relations entre les artefacts et le sujet, et comment le sujet utilise ces artefacts comme aide. Un exemple serait la manière dont les gens emploient des codes de couleur dans l'utilisation d'un logiciel afin de mémoriser l'état d'un processus en cours ;
- les *médiations interpersonnelles* concernent les relations médiatisées avec les autres. Un exemple serait des programmes informatiques permettant des développements à partir de travaux précédents d'autres personnes.

Deux autres sources de médiation sont également identifiées. Les règles explicites ou tacites (normes, conventions, pratiques de travail, relations sociales - « héritage culturel » propre à la communauté) médient les interactions entre sujet et communauté ; la division du travail (organisation que la communauté se donne pour satisfaire l'objet de l'activité en distribuant les rôles et les responsabilités) médie les relations entre sujet et objet de l'activité.

Le système d'activité est dynamique. Les différents éléments s'influencent mutuellement. Ils peuvent entrer en contradiction les uns avec les autres ou avec d'autres systèmes d'activité, conduisant à des ajustements et des évolutions, ce qui permet l'émergence possible d'un système d'activité collective propice au développement continu des acteurs et des pratiques (Engeström, 2000). De plus, les systèmes d'activité ne sont pas isolés les uns des autres et vont entrer en interaction pour atteindre les objectifs de réussite de leur mission et atteindre collectivement l'objectif global fixé par le processus dans lequel ils sont engagés. Les équipes ne font pas partie d'un système d'activité unique mais représentent des intérêts dans plusieurs systèmes d'activité en interaction qui se chevauchent. Autrement dit, il s'agit du travail conjoint²¹ de sujets interdépendants agissant en interaction, les moyens qui servent à exécuter ce travail existent par l'intermédiaire d'un « objet frontière » ou d'une interface commune (Nardi, 1996) et c'est l'exercice professionnel conjoint (le travail collectif) qui constitue des systèmes d'activité en interaction (Owen, 2008) (figure 11). La notion d'interaction renvoie à la nécessité pour toute action en situation collective d'être raccordée aux autres d'une manière dynamique et contextualisée et non pas seulement par des pré-agencements figés de fonctions, de procédures et de machines. Les interactions entre les êtres humains et leur environnement sont analysées en termes de développement : « *Activity Theory sees all practices as a result of certain historical developments under certain conditions and as continuously re-forming and developing processes* » (Bannon, 1997).

²¹ Le travail conjoint recouvre les notions de travail collectif déjà abordées dans les paragraphes précédents.

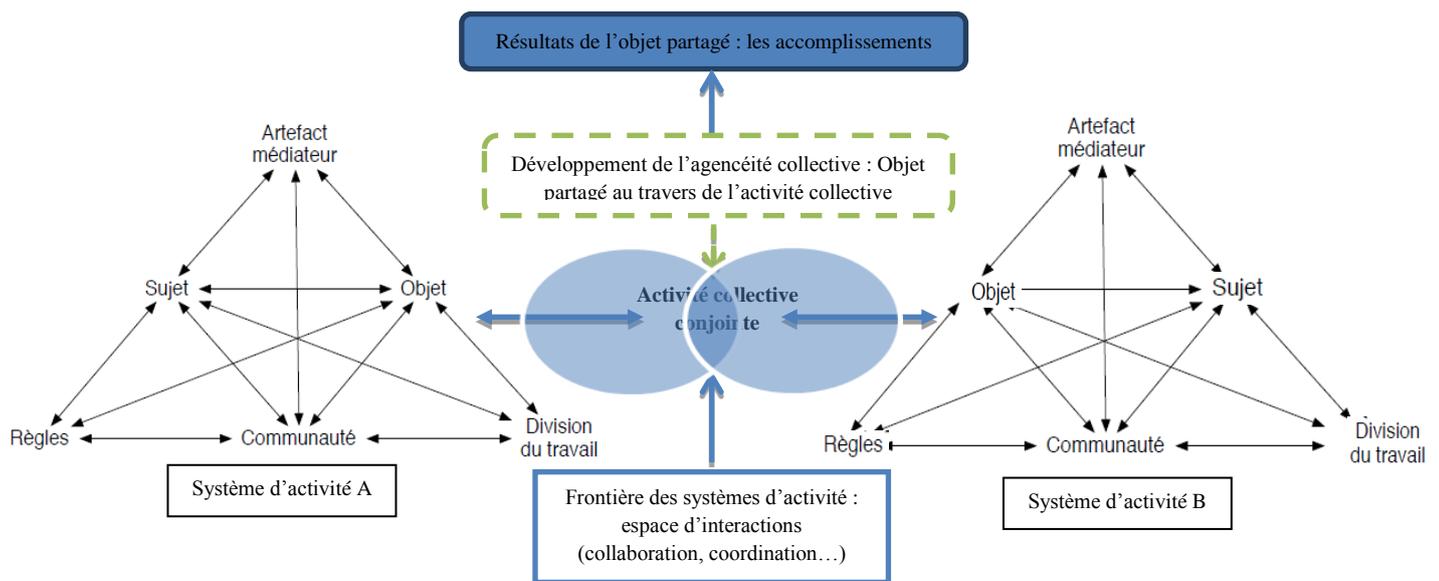


Figure 11 : Les composants des systèmes d'activité en interaction (inspiré d'Owen, 2008)

Une telle représentation de l'activité permet de saisir simultanément le travail d'un individu ou d'un collectif restreint et son inscription dans une organisation en tenant compte du rapport règles-communauté dans la relation sujet/collectif/système (Béguin & Cerf, 2004 ; Caroly, 2010).

Par exemple pour que le patient soit transporté au bloc opératoire, l'équipe de l'unité de chirurgie ambulatoire (collectif inter-métiers) et l'équipe brancardier (collectif métier) doivent entrer en interaction pour mener à bien le résultat attendu par les deux équipes : le patient doit arriver au bloc à l'heure prévue. Entre ces deux équipes les actions sont médiées par un logiciel commun de programmation des transports pédestres, par le téléphone ou encore en face à face. Les « transports » (constitué de la demande d'un trajet jusqu'à la réalisation du trajet point demandé) sont réglés par une charte entre le service de transport pédestre et les services d'hospitalisation incluant la division du travail entre les différents équipes contribuant au transport. Chaque équipe a ses propres règles et appartient à un système d'activité avec des objectifs propres : l'équipe de l'unité de chirurgie ambulatoire prépare le patient pour qu'il soit prêt lors de l'arrivée du brancardier et l'équipe de brancardage anticipe l'ensemble des courses pour pouvoir libérer un brancardier au moment de la demande de la course. L'interaction des systèmes d'activité au travers de la coopération et de la coordination des deux équipes (coopération qui peut avoir plusieurs formes être transversale, horizontal...) permet la réussite de l'objectif final : l'arrivée à l'heure du patient au bloc opératoire.

Dans notre exemple il est à noter que, si la focale d'observation de l'activité était plus large (se situant au niveau du processus global chirurgie ambulatoire), l'objectif final des deux équipes à ce moment donné du processus de chirurgie ambulatoire n'est encore qu'un objectif intermédiaire pour les autres équipes engagées.

3.3. Vers un développement de l'activité collective : déploiement de l'agenceité collective et émergence des capacités collectives

Dans le travail, les opérateurs - à la fois individu, agent et acteur social- se construisent et se développent dans l'interaction issue de l'activité collective. L'activité collective à travers l'exercice de l'agenceité collective promeut la transformation des capacités individuelles en capacités collectives, et c'est bien cette activité collective qui construit et permet de nourrir le développement des sujets et des collectifs et constitue le moteur de l'apprentissage, de la transformation et de la performance, ressource pour l'émergence de nouvelles libertés pour les individus. L'activité est dite constructive si elle permet ces changements ce qui suppose qu'elle détient en elle des *ressources* auxquelles les opérateurs auront accès et en favoriser l'exploration mais aussi des *facteurs de conversion* à leur disposition pour transformer ces ressources – individuelles, collectives, technico-organisationnelles en réalisations effectives (Falzon, 2013). L'individu et le collectif auront alors l'opportunité concrète d'accomplir ce qu'ils ont des raisons de valoriser, de réaliser un « travail bien fait » (Arnoud, 2013). Mais cela suppose un environnement favorable pour que les capacités individuelles et collectives puissent être exercées, ce que Sen décrit comme les conditions nécessaires pour qu'un droit formel devienne une capacité réelle (Falzon & Mollo, 2009) : un environnement capacitant (Falzon, 2005b).

Dans cette perspective constructiviste, l'ergonomie doit donc faciliter le développement des capacités collectives en agissant sur les conditions organisationnelles et matérielles autrement dit proposer des environnements capacitants (techniques, sociaux, organisationnels) afin de fournir aux individus et aux collectifs l'occasion de développer de nouveaux savoir-faire et de nouvelles compétences, d'élargir leurs possibilités d'action et leur degré d'autonomie, d'être efficace et de réussir (Falzon, 2005b, 2013).

L'objectif pour l'ergonome est de favoriser et de promouvoir les facultés capacitanes de l'organisation, source de développement du pouvoir d'être et de faire de ses acteurs et ressource pour une modification plus durablement de son fonctionnement dans son ensemble. Ainsi la transformation de l'organisation relève simultanément d'une adaptation des activités humaines, individuelles et collectives, et de la structure.

Deuxième Partie :
problématique et
méthodologie de recherche

Chapitre 3. Problématique de recherche

Dans les chapitres précédents, le développement de l'individu et des organisations a été présenté à travers l'approche des capacités, notion empruntée aux travaux d'Amartya Sen, et plus spécifiquement par l'approche des capacités collectives (Dubois, 2008). Il a été montré en quoi les capacités collectives ne sont pas la seule juxtaposition ou agrégation de capacités individuelles mais relèvent bien de l'émergence d'une possibilité nouvelle et collective d'agir et de créer. Elles permettent aux opérateurs engagés dans une action collective de mettre en forme l'agencéité collective c'est-à-dire *d'être en mesure collectivement de faire quelque-chose autour d'un but commun*. Trois éléments fondateurs ont été identifiés comme nécessaire au développement des capacités collectives, éléments qui doivent interagir : l'activité collective des opérateurs (le moteur), des structures organisationnelles adéquates (le support) et du capital social entre ces acteurs (le lubrifiant).

L'activité collective, génératrice des capacités individuelles en capacités collectives, a été définie par l'interaction nourrissante du travail collectif et du collectif de travail. C'est bien cette activité collective qui construit, nourrit le développement des sujets et des collectifs et constitue le moteur de l'apprentissage, de la transformation et de la performance, ressource pour l'émergence de nouvelles libertés pour les individus.

L'activité sera dite constructive si elle permet ces changements, ce qui suppose qu'elle détienne en elle des *ressources* auxquelles les opérateurs auront accès et en favorise l'exploration, mais aussi des *facteurs de conversion* permettant de transformer ces ressources (individuelles, collectives, technico-organisationnelles) en réalisations effectives (Falzon, 2013). L'individu et le collectif auront alors l'opportunité concrète d'accomplir ce qu'ils ont des raisons de valoriser, de réaliser un « travail bien fait » (Arnoud, 2013).

Cela suppose un environnement favorable pour que les capacités individuelles et collectives puissent être exercées, ce que Sen décrit comme les conditions nécessaires pour qu'un droit formel devienne une capacité réelle (Falzon & Mollo, 2009) : un environnement capacitant (Falzon, 2005a).

Dans ces circonstances la question est bien de savoir comment mettre en place un environnement capacitant qui permette le développement d'une organisation qui puisse détenir :

- la faculté de s'organiser, de motiver et d'inciter les opérateurs du processus « chirurgie ambulatoire » à œuvrer activement à des objectifs communs c'est-à-dire développer leur capacité d'agencité collective d'acteurs sociaux ;
- la faculté de développer les capacités d'agir et de penser de ceux qui travaillent. Cette « mise en main » est fonction des ressources individuelles et organisationnelles disponibles, mais également de la présence de « facteurs de conversion » (Fernagu-Oudet, 2012) autorisant la conversion des ressources en réalisations concrètes ;
- la faculté de s'adapter et se renouveler : faculté d'une organisation d'utiliser les connaissances, l'expertise et l'expérience requises pour agir tout en s'adaptant à des contextes fluctuants et à l'évolution du secteur pour atteindre les résultats visés. Cette organisation serait donc à même d'apprécier les besoins spécifiques en termes de ressources associées aux projets successifs de l'organisation, et donc, en cas de nécessité, soit d'accroître ces ressources en son sein, soit de revoir les objectifs associés au projet. Il ne s'agirait plus simplement de concevoir une nouvelle organisation pour les besoins spécifiques du projet, mais une organisation visant à perdurer au-delà dudit projet, en rendant cette organisation capable de son propre dépassement, de sa propre évolution ;
- la faculté d'assurer la cohérence : faculté d'une organisation d'assurer la cohérence entre sa vision, ses stratégies et ses activités, ainsi qu'entre son mandat et son identité, tout en conciliant innovation et stabilité.

Dans cette perspective constructive, l'ergonomie doit donc faciliter le développement de cet environnement capacitant propice au développement d'une activité collective en agissant sur les conditions organisationnelles et matérielles autrement dit, proposer des environnements capacitants (techniques, sociaux, organisationnels) donnant aux individus et aux collectifs l'occasion de développer de nouveaux savoir-faire et de nouvelles compétences, d'élargir leurs possibilités d'action et leur degré d'autonomie, d'être efficace et de réussir (Falzon, 2005b, 2013).

L'action ergonomique qui soutient la conception de l'organisation doit être pensée, non seulement comme génératrice de solutions qui visent le meilleur compromis entre objectifs de

bien-être et de performance (Falzon & Mas, 2007), mais aussi comme une action qui soutient le développement constant et conjoint des personnes, des collectifs de travail et des organisations.

L'enjeu pour l'ergonome, à travers son action, est alors de développer le potentiel capacitant des organisations afin qu'elles contribuent simultanément et de manière pérenne à l'amélioration du bien-être des salariés, au développement des compétences et à l'amélioration de la performance.

Cela suppose pour l'ergonome de mobiliser dans la conception participative de l'organisation, le développement de méthodologies d'intervention qui favorisent et soutiennent :

- la disponibilité des ressources effectives et potentielles des individus et des collectifs de travail pour les rendre mobilisables,
- les conditions organisationnelles, techniques, sociales, etc., permettant aux ressources détenues par le collectif de travail de s'actualiser, de se transformer et de devenir « capacité »,
- la conversion de ces ressources collectives mobilisables en capacités collectives pour la mise en œuvre d'une action de transformation de la situation réelle en situation future réélaborée collectivement qui soit capacitante.

Deux questions se posent alors :

- comment l'intervention ergonomique peut-elle permettre la construction d'un environnement capacitant propice au développement d'une organisation capacitante ?
- Quelles sont les implications en termes de méthodologie d'intervention et de compréhension à finalité ergonomique ? Et quel rôle l'intervention ergonomique peut-elle jouer pour accroître les ressources et leur conversion en capacités ?

Chapitre 4. Le terrain de recherche

Cette recherche-intervention a été conduite dans un centre hospitalier universitaire. Elle s'appuie sur une intervention ergonomique de (re)conception de l'organisation du processus de « chirurgie ambulatoire ». C'est un processus de soin contraint par le temps (moins de 12 heures d'hospitalisation) et conçu sur des principes qui diffèrent des modalités d'hospitalisation traditionnelle ce qui en fait sa spécificité (tableau 3) :

Hospitalisation traditionnelle	Chirurgie ambulatoire
Centré sur le producteur de soins	Centré sur le patient
Patient en attente des événements générés par les services (examens paracliniques, bloc opératoire..)	Patient acteur de sa prise en charge
Prise en charge monodisciplinaire longitudinale	Prise en charge pluridisciplinaire transversale
Patient passif et captif, sans transfert de responsabilités	Patient actif et responsable avec transfert de responsabilités
Pas de modification des rapports du colloque singulier	Modification des rapports du colloque singulier

Tableau 3 : Les spécificités de l'hospitalisation traditionnelle et de la chirurgie ambulatoire

1. La « chirurgie ambulatoire » : un processus organisationnel complexe

L'organisation hospitalière est constituée d'un ensemble d'entités, chacune spécialisée dans un domaine particulier. Si l'on compare l'hôpital à un système de production et si l'on considère que la prise en charge du patient s'effectue selon « *un processus qui engage l'hôpital en tant qu'organisation productrice de services* » (Claveranne, 2004 p 106), nous pouvons parler communément de processus de prise en charge du patient dont l'ensemble concourt à atteindre les missions de l'établissement.

Un processus est défini comme « *un ensemble d'activités organisées en réseau, de manière séquentielle ou parallèle, combinant et mettant en œuvre de multiples ressources, des*

capacités et des compétences, pour produire un résultat ou output ayant de la valeur pour un client externe » (Lorino & Tarondeau, 2006).

Le terme activité est emprunté à la définition donnée par Lorino (2003, p23) c'est-à-dire un ensemble de tâches élémentaires :

- réalisées par un individu ou un groupe,
- faisant appel à un ensemble spécifique d'aptitudes, un champ de compétence,
- homogènes du point de vue de leur comportement de performance (on peut identifier les facteurs qui influent positivement ou négativement sur la capacité de l'activité à atteindre ses objectifs),
- permettant de fournir, à un ou plusieurs clients identifiables, internes ou externes un output précis (matériel ou immatériel), la résolution d'un certain type de problèmes,
- à partir de ressources (temps de main d'œuvre, équipements...).

Le processus met l'accent sur les logiques interactionnelles (avec) – les formes d'interactions²² entre les acteurs impliqués au sein du processus – et transactionnelles (pour faire) – la transaction²³ réalisée par l'intermédiaire des interactions à l'œuvre au sein des organisations (Lorino, 2009). Le processus rend compte des notions de transversalité, de complémentarité (des activités et des compétences) et témoigne d'une forme particulière de l'activité collective : l'activité collective conjointe (Lorino, 2009) « *supposant l'acceptation d'un même but et la coordination d'actions différentes et complémentaires* » (Vernant, 2005, p. 36).

Au regard de cette approche, le processus de soin peut être défini comme un ensemble coordonné d'activités locales permettant, par leur conjonction, de produire un élément de valeur (le soin) dont le patient est le principal bénéficiaire. Afin de pouvoir réaliser ce soin, plusieurs activités sont réalisées (simultanément ou non) dans des relations d'interdépendance complexes et de coordinations renforcées, au sein d'entités distinctes (services, équipes, pôles) mobilisant des opérateurs aux profils professionnels divers (chirurgiens, anesthésistes, infirmières...). L'activité collective conjointe se construit autour du concept de soin qui

²² L'interaction comme l' « *inter-actions* », actions que les acteurs exercent les uns sur les autres (Lorino & Nefussi, 2007 p 77).

²³ La transaction comme la « *trans-action* », action collective « traversant » les divers acteurs qui y sont engagés pour s'exercer sur le monde (Lorino & Nefussi, 2007 p 77).

recouvre les notions du *cure*²⁴ (soigner) et du *care*²⁵ (prendre soin) (Hesbeen, 2002 ; Teiger, Cloutier et David 2005), point d’ancrage commun des équipes. L’approche par les processus devient alors une réponse à la difficulté de faire ensemble et permet de conjointre les multiples logiques autour de la prise en charge des patients, processus principal au sein duquel se fédèrent les activités de soins.

1.1. Le processus de chirurgie ambulatoire au CHU de Toulouse

Le processus « chirurgie ambulatoire » peut se schématiser par l’enchaînement d’activités. L’analyse de ce processus dans trois unités de chirurgie ambulatoire du CHU de Toulouse a permis d’identifier 12 activités inter-reliées qui chronologiquement se découpent en trois temps (figure 12) : l’amont de l’intervention qui regroupe les activités pré-opératoires, le jour de l’intervention constitué des activités d’hospitalisation, chirurgicales et de surveillance post-opératoire et l’aval de l’intervention.

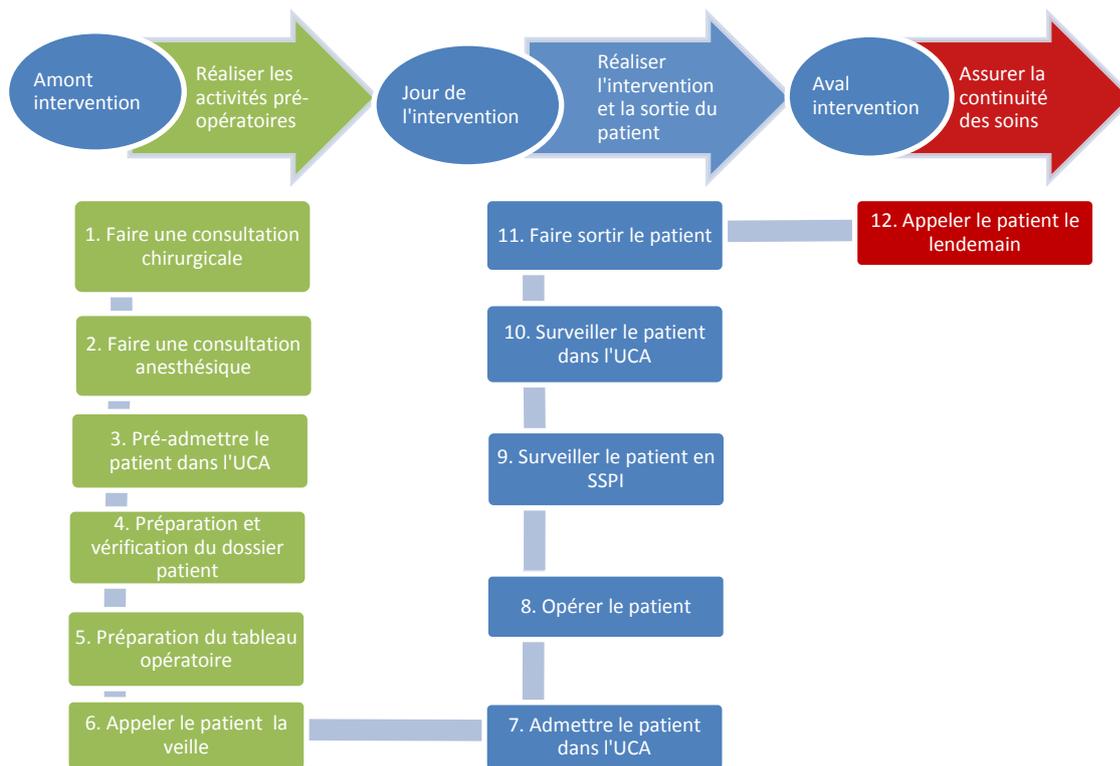


Figure 12 : Les étapes du processus de chirurgie ambulatoire

²⁴ *Le cure*, soigner ou faire le soin, renvoie au soin technique. Il peut être défini comme le traitement de symptômes physiques d’une façon quantifiable et permettant de définir la guérison à partir d’indices objectifs (De Valck, Bensing, Bruynooghe et *al.*, 2001).

²⁵ *Le care* ou « prendre soin » consiste à « être attentif à une personne en vue de tenter de lui venir en aide dans la de vie particulière qui est la sienne » (Hesbeen, 2002, p.23), à se soucier de l’autre (Tronto, 2009), à la « capacité à prendre soin d’autrui » (Zelinski, 2010).

A chaque étape du processus, des équipes différentes sont amenées à se rencontrer et à s'articuler pour réaliser l'activité collective conjointe. Il a été identifié huit équipes multi-métiers qui sont amenées à coopérer pour réaliser la prestation de soin (figure 13). Nous avons fait le choix de ne faire apparaître que les équipes qui ont une relation directe de soin avec le patient. N'ont pas été intégrées les équipes logistiques comme la restauration, la biologie ou encore la pharmacie car la prise en charge « chirurgie ambulatoire » n'a pas d'impact particulier sur leur organisation habituelle.

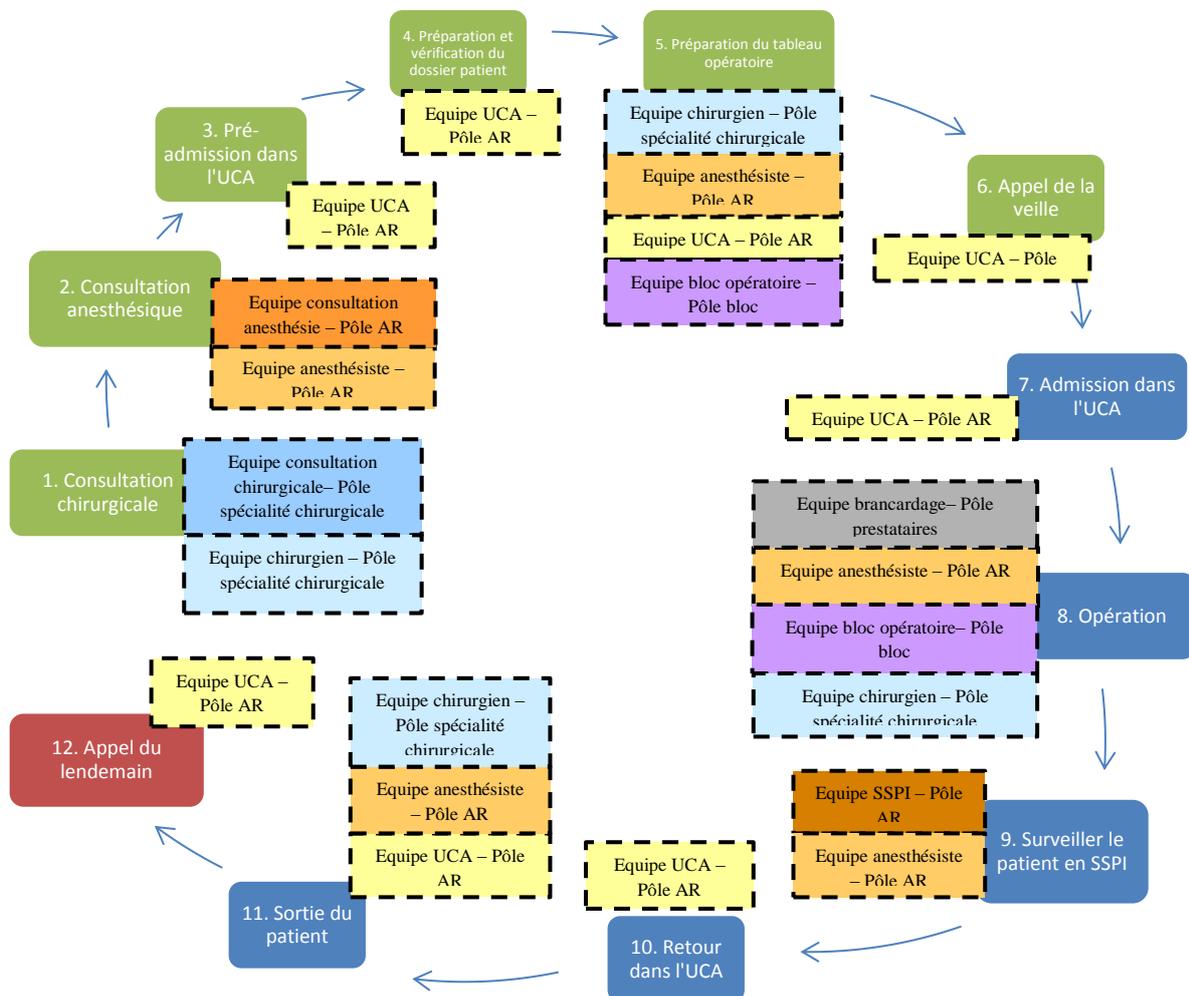


Figure 13 : L'ensemble des équipes présentes autour du patient dans le processus de chirurgie ambulatoire
Légende : AR : Anesthésie-Réanimation ; UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire, SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

Par exemple dans l'activité « consultation chirurgicale » et plus spécifiquement dans la consultation chirurgicale d'orthopédie-traumatologie, 6 métiers sont présents autour du patient (cadre de santé, infirmière, aide-soignante, agent de service hospitalier, secrétaire,

chirurgien, manipulateur en radiologie) répartis dans deux équipes multi-métiers (équipe chirurgien et équipe consultation chirurgicale). Dans chaque équipe les différents métiers sont rattachés à des filières hiérarchiques métiers différentes : filière médicale – équipe chirurgicale ; filière paramédicale – cadre de soin, infirmière, aide-soignante, brancardage, manipulateur radio, agent de service hospitalier ; filière administrative - secrétaire.

Pour l'ensemble du processus de chirurgie ambulatoire, 10 métiers cohabitent, chaque métier pouvant appartenir à des genres différents (infirmière de consultation, infirmière de salle de réveil, infirmière de bloc...). Chaque équipe multi-métiers est rattachée à un pôle d'activités²⁶, 4 pôles sont présents : un pôle de la spécialité chirurgicale, le pôle anesthésie réanimation, le pôle prestataires et le pôle bloc opératoire.

Pour une meilleure compréhension de la différence entre une prise en charge d'un patient en chirurgie traditionnelle et en chirurgie ambulatoire nous avons comparé les deux modalités de prise en charge (tableau 4). Les phrases en vert représentent les actions particulières à mener par les équipes dans le processus « chirurgie ambulatoire » et celles en bleu identifient les étapes où le patient réalise seul l'action.

²⁶ La constitution de pôles d'activité, corollaire, sur le plan organisationnel, de la mise en place du système de tarification à l'activité, est l'un des points saillants de la réforme dessinée par le Plan Hôpital 2007. Les pôles sont définis comme des fédérations de services, visant à un rapprochement d'activités médicales complémentaires, ou à une gestion commune des lits ou équipements, ou encore à un regroupement des moyens en personnels. Ce sont des centres de responsabilité, c'est-à-dire des unités destinataires d'une allocation budgétaire interne et en charge de l'évaluation et de la maîtrise de leurs coûts. La constitution de pôles est supposée améliorer le mode de production de l'hôpital, en renforçant la souplesse et la flexibilité, notamment par l'échange facilité des ressources humaines et matérielles au sein d'un même pôle : organisation de systèmes de remplacement du personnel soignant à l'échelon du pôle, mise en commun d'équipements médicaux.

Quand	QUOI ?	
J-30	La consultation chirurgicale : critères médicaux, choix du type d'hospitalisation	
	Hospitalisation traditionnelle	Hospitalisation en ambulatoire - Si critères sociaux, environnementaux ok
J-15	La consultation d'anesthésie : - choix d'un type d'anesthésie sur critères médicaux	La consultation d'anesthésie : - choix d'un type d'anesthésie sur critères médicaux - validation d'une chirurgie ambulatoire sur critères médicaux, sociaux, environnementaux
		Pré-admission dans l'unité ambulatoire
J-1	Entrée du patient la veille Contre-visite du chirurgien (ou interne)	Appel de la veille de l'unité de chirurgie ambulatoire Auto-préparation du patient
J0 (-2h)	Gestion patient par personnel du service	Auto-préparation du patient
	Contre-visite du chirurgien (ou interne)	Accueil du patient dans l'UCA par IDE
J0 (-1h)	La préparation du patient à l'intervention	La préparation du patient à l'intervention
J0	L'intervention : brancardage, bloc, SSPI	L'intervention : brancardage, bloc, SSPI
J0 (+3h)	Retour chambre	Retour chambre
J0 (+7h)	Prise en charge du patient par le personnel	Prise en charge du patient par le personnel
	Contre-visite du chirurgien, anesthésiste	La préparation du patient à sa sortie Autorisation de sortie du patient
J0 (+8h)/J1	Patient hospitalisé la nuit	Patient passe la nuit à son domicile

Tableau 4 : Comparaison des modalités d'hospitalisation en chirurgie traditionnelle et en chirurgie ambulatoire

Entre les deux modalités de prise en charge, la différence fondamentale tient à la place accordée au patient c'est-à-dire sa capacité à assumer sa prise en charge à domicile et la capacité de la structure à organiser le circuit dans un temps très restreint, ce qui implique, pour l'ensemble des professionnels de santé, une préparation en amont de la venue du patient (ANAP²⁷, 2012), et pendant le temps de l'hospitalisation, une coordination entre les différents acteurs permettant d'assurer une fluidité du circuit pour tenir le délai (moins de 12h). Trois étapes sont identifiées comme des étapes clés de réussite du processus « chirurgie ambulatoire » (ANAP, 2012) et la validation de ces étapes enclenche ou non la poursuite du processus.

²⁷ ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

1.2. Les trois étapes clés du processus de chirurgie ambulatoire

1.2.1. La sélection des patients : les critères d'éligibilité

Les patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et ceux nécessitant une hospitalisation complète sont différenciés grâce à l'analyse au cas par cas de la balance bénéfique/risque pour le patient, la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place. La sélection des patients suivant des critères d'éligibilité (critères médicaux, chirurgicaux, psycho-sociaux et environnementaux) est un facteur clé de réussite car elle permet d'éviter des complications post-opératoires, un respect des règles de sortie pour le patient, des annulations d'intervention, tout en augmentant la satisfaction des patients.

L'appréciation des critères d'éligibilité peut varier en fonction du chirurgien et du patient. Le patient doit être associé à la décision et informé car il sera le garant lors du retour au domicile de la surveillance de complications chirurgicales potentielles. Le choix ultime en matière d'éligibilité d'un patient à une prise en charge en chirurgie ambulatoire est de la responsabilité du chirurgien et/ou de l'anesthésiste concerné.

1.2.1.1. Critères de sélection médicaux et chirurgicaux (ANAP, 2012)

L'acte doit être réalisable en toute sécurité.

La durée d'opération, le temps de surveillance post-opératoire et le temps de réhabilitation précoce doivent toutefois être pris en compte en fonction de l'amplitude horaire d'ouverture de l'unité. Enfin, la prédiction des suites postopératoires doit être recherchée.

Les patients de statut ASA (*American Society of Anesthesiologists Statut*) I, II et III stable sont éligibles à la chirurgie ambulatoire.

En France, pour les nourrissons nés à terme, les patients de plus de 3 mois sont éligibles pour la Société Française d'Anesthésie Réanimation sauf exception en fonction de l'expérience de l'équipe et la nature de l'intervention.

La chirurgie ambulatoire peut également être adaptée aux patients qu'un éloignement du cadre de vie habituel pourrait perturber, en prenant en compte certaines spécificités (par exemple les enfants ou les personnes âgées).

1.2.1.2. Critères de sélection psycho-sociaux et environnementaux (ANAP, 2012)

Le patient doit avoir accepté la chirurgie ainsi que la prise en charge en ambulatoire.

Le patient doit pouvoir être raccompagné à domicile par un adulte responsable, et si besoin, pour au moins une nuit après la sortie de l'hôpital. La charte de fonctionnement des unités de chirurgie ambulatoire a retenu l'accompagnement des patients la nuit après leur intervention comme un critère obligatoire.

L'accompagnant doit pouvoir comprendre la procédure des soins postopératoires et accepter la responsabilité de la surveillance du patient. Il doit être en mesure (sur le plan physique et sur le plan mental) de prendre des décisions pour le bien-être du patient si nécessaire.

La compréhension des modalités de prise en charge par le patient et par son accompagnant étant nécessaire, doivent donc être accompagnés :

- les mineurs (par leurs parents ou représentant légal),
- les patients atteints d'un trouble du jugement (par un tiers ou leur représentant légal),
- et les patients non francophones (par un traducteur).

Les patients atteints de pathologies psychiatriques empêchant leur collaboration avec l'équipe médicale ne sont pas éligibles à la chirurgie ambulatoire.

La durée du transport et la distance d'éloignement du lieu de résidence post-opératoire par rapport à l'établissement de santé ne sont pas des facteurs d'exclusion. Bien qu'il soit préférable que la durée de transport ne soit pas trop longue pour le confort du patient. Une convention peut être formalisée afin de prévoir la prise en charge d'une éventuelle complication par un autre établissement de santé que celui où a été réalisée l'opération.

Le patient ne doit pas conduire après son intervention, et il est recommandé qu'il soit accompagné par un tiers lors du trajet retour. L'accessibilité et l'équipement du domicile, ainsi que l'accès à un téléphone, sont également des éléments qui peuvent être considérés.

1.2.2. L'appel de la veille

L'appel de la veille permet d'établir un contact avec le patient dans les jours précédant l'hospitalisation (en général la veille de l'intervention mais cela dépend de l'organisation prévue par chaque établissement) par un appel téléphonique émis par le personnel de l'unité de chirurgie ambulatoire (infirmière ou aide-soignante). Cela permet de s'assurer de l'état de santé du patient, de lui rappeler les règles d'hygiène d'auto-préparation (lavage à la bétadine la veille de l'intervention et le matin même ; les règles du jeûne...), de réitérer les consignes de retour à domicile, de s'assurer avec lui de l'organisation de son retour et de lui indiquer l'heure de convocation dans l'unité le lendemain. Cet appel est la dernière étape de contrôle avant le jour de l'intervention. Il permet de confirmer l'hospitalisation et ses conditions, afin de limiter les annulations et les retards.

1.2.3. La sortie du patient

L'autorisation de sortie est de la responsabilité du chirurgien et/ou de l'anesthésiste concerné. L'infirmière de l'unité de chirurgie ambulatoire s'assure que les critères liés au score d'aptitude à la rue (score de Chung) sont conformes. Elle contrôle que le patient est accompagné d'une personne à sa sortie, explique le traitement analgésique à suivre (si besoin) et rappelle les complications post-opératoires auxquels le patient et son accompagnant devront être vigilants. A la sortie, chaque patient recevra un compte-rendu opératoire type et un bulletin de sortie, signés par le chirurgien et un anesthésiste. Il mentionne les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire, les coordonnées de l'établissement de santé assurant la continuité des soins, et indique un numéro d'urgence à joindre si besoin. Dans tous les cas, l'organisation mise en place doit garantir l'accessibilité immédiate au dossier médical. La visite avant sortie du patient par l'anesthésiste et/ou le chirurgien est prévue et tracée. Si tous ces paramètres ne sont pas remplis, le patient n'est pas en mesure de sortir et il sera admis en hospitalisation complète.

2. La chirurgie ambulatoire au CHU de Toulouse : des choix institutionnels

La loi hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991 a introduit au nombre des missions et obligations des établissements de santé la chirurgie ambulatoire en précisant que : « *les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser, avec ou sans hébergement, des soins de courtes durées concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie obstétrique, odontologie ou psychiatrie [...]* ». C'est une activité soumise à autorisation : « *sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de santé les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile, et l'installation des équipements matériels lourds* ».

Le CHU de Toulouse a fait le choix d'organiser la chirurgie ambulatoire autour de structures dédiées ambulatoires et possède 4 unités de chirurgie ambulatoire (UCA) réparties sur quatre sites avec un total d'environ 40 places. Trois de ces structures sont rattachées au pôle anesthésie réanimation et une au pôle pédiatrie. L'organisation de chaque structure est sensiblement équivalente bien qu'elles accueillent des patients relevant de spécialités chirurgicales différentes. Dans la suite du travail, nous nous sommes intéressés exclusivement aux unités de chirurgie ambulatoire qui accueillent principalement des adultes et nous n'avons pas intégré l'unité de chirurgie ambulatoire de pédiatrie.

2.1. Les unités de chirurgie ambulatoire : des structures autonomes-intégrées

Quatre types de structures sont décrits pour définir le fonctionnement des unités de chirurgie ambulatoire (ANAP, 2012) :

- *les structures intégrées* qui disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés à l'ambulatoire, tout en étant localisés dans une unité d'hospitalisation classique. Le bloc opératoire est commun aux activités traditionnelles et ambulatoires. Ces centres intégrés sont le modèle le plus ancien et représentent la quasi-totalité des structures françaises depuis 20 ans. Leur avantage est celui d'une grande facilité de sa mise en œuvre dans un

établissement déjà existant, des lits d'hospitalisation traditionnelle sont fléchés chirurgie ambulatoire. Leur inconvénient est qu'ils sont souvent un frein au développement de la chirurgie ambulatoire, où la culture de la prise en charge traditionnelle reste dominante (SFAR, 2009 ; CNAMTS, 2009) ;

- *les structures de fonctionnement autonome* qui disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés avec un bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel ;
- *les structures satellites* qui possèdent l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire. Le bloc opératoire est dédié à l'ambulatoire et est situé en dehors du bloc traditionnel, tout en restant dans le périmètre de l'établissement de santé avec hébergement ;
- *les structures indépendantes (free standing centers)* qui possèdent l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire, et sont totalement détachées d'un établissement de soin classique. Les structures indépendantes sont donc hors du périmètre d'un établissement de santé avec hébergement.

En s'appuyant sur ces descriptions, le fonctionnement des unités de chirurgie ambulatoire du CHU est un compromis entre le fonctionnement des structures intégrées et des structures autonomes. Chaque unité dispose de l'ensemble de moyens humains (personnel dédié) et matériels ainsi que des locaux d'accueil et de séjours dédiés, ce qui est conforme à la description des structures autonomes mais les interventions de chirurgie ambulatoire s'effectuent dans le bloc traditionnel sans blocs dédiés à l'ambulatoire. Elles sont dans un fonctionnement hybride autonome-intégrée, situation qui est essentiellement attribuable à l'organisation des équipes qui coopèrent avec les équipes de chirurgie ambulatoire.

Comme décrit précédemment (chap.4, §1), le processus « chirurgie ambulatoire » non seulement fait intervenir plusieurs équipes multi-métiers mais aussi plusieurs pôles. Les pôles fonctionnent sous le principe client-fournisseur. Un pôle offre une prestation qui sera achetée par un autre pôle. Les unités de chirurgie ambulatoire sont sous la gouvernance du pôle anesthésie-réanimation. Le pôle anesthésie-réanimation, au travers des unités de chirurgie ambulatoire, propose (ou vend) une prise en charge spécifique ambulatoire aux chirurgiens pour les patients qu'ils auront décidé d'opérer sous cette modalité (l'existence de structure intégrée dans les services d'hospitalisation chirurgicale n'étant pas autorisée par l'établissement). Le bloc opératoire propose des prestations aux chirurgiens pour réaliser les opérations chirurgicales. L'objectif des équipes chirurgicales est d'optimiser les vacations

opératoires qu'elles achètent en planifiant les opérations pour occuper la totalité de la vacation. Au regard de cette stratégie, il n'a pas été décidé par les équipes chirurgicales de dédier des blocs opératoires à la chirurgie ambulatoire. Le programme opératoire est fait suivant la prestation demandée par les équipes chirurgicales (ou par chaque chirurgien) et les chirurgies ambulatoires sont intégrées dans la chirurgie traditionnelle.

Par rapport au processus d'hospitalisation traditionnel, la gestion des unités de chirurgie ambulatoire par le pôle anesthésie-réanimation bouscule la place de chaque acteur. Dans un rapport conventionnel hospitalier, l'anesthésiste est avant tout le prestataire du chirurgien. Il réalise une consultation d'anesthésie parce qu'il va y avoir chirurgie et il anesthésie parce qu'il y a chirurgie. Son activité est, en général, afférente à la demande du chirurgien et il n'a pas de service dédié à sa propre activité (en dehors des services de réanimation). Dans le cas de l'ambulatoire, l'anesthésiste est toujours le prestataire du chirurgien sur l'acte anesthésique mais étend sa prestation de service jusqu'à hospitaliser le patient dans son propre service, activité jusqu'alors entièrement dévolue aux chirurgiens. Cette nouvelle configuration soulève au moins deux questions :

- Dans un hôpital, la représentation à l'espace est en général synonyme de pouvoir. Transférer de l'activité vers l'autre et lui permettre de progresser spatialement (et économiquement) ne va-t-il pas m'affaiblir ?
- Jusqu'alors le chirurgien maîtrisait le processus d'hospitalisation du début jusqu'à la fin, avec l'ambulatoire il perd une partie de ses acquis. Il faut donc pour chaque acteur se repositionner dans ce nouveau processus, créer de nouvelles règles de fonctionnement. Se posent alors pour tous, les questions suivantes : à quelle équipe est-ce-que j'appartiens maintenant ? A cette équipe ambulatoire qui est constituée de fait ou à l'équipe à laquelle je suis rattaché ? Comment puis-je m'identifier à ce nouveau groupe, quelle est ma place dans ce groupe ?

2.2. Le fonctionnement des unités de chirurgie ambulatoire

Les trois unités fonctionnent sous le même principe. Leur organisation est définie par une charte de fonctionnement commune qui décrit les règles de fonctionnement internes et qui s'impose à tous ceux qui participent, ou sont associés à l'activité de chirurgie ambulatoire du CHU de Toulouse.

La charte est élaborée conformément à l'article D. 6124-305 du code de la santé publique, qui prévoit que toute structure pratiquant la chirurgie ambulatoire doit disposer d'un document écrit établissant :

1. L'organisation de la structure, en ce qui concerne notamment le personnel, les horaires d'ouverture, l'organisation des soins et le fonctionnement médical, les indicateurs de suivi de l'activité et de la qualité des soins ;
2. Les conditions de désignation et la qualification du médecin coordonnateur de la structure ;
3. L'organisation générale de la continuité des soins ;
4. Les modalités de mise en œuvre des dispositions de l'article D. 6124-304 du code de la santé publique relative au dispositif médicalisé d'orientation des patients ;
5. Les formations nécessaires, en raison notamment du fonctionnement et de l'organisation spécifiques de la structure.

La charte a été élaborée par le pôle d'anesthésie-réanimation. Son contenu a été vérifié lors des conseils de chirurgie ambulatoire, instance qui se réunit une fois par trimestre par site, et où sont invités les représentants de chaque discipline chirurgicale. Elle a été approuvée en directoire et en commission médicale d'établissement du CHU. Elle est diffusée à l'agence régionale de santé de Midi-Pyrénées, à la direction générale du CHU, aux patients par voie d'affichage et aux personnels soignants et médicaux via un classeur conservé dans les unités de chirurgie ambulatoire.

Par cette charte, les équipes chirurgicales qui hospitalisent des patients dans les unités sont tenues d'intégrer et de respecter ces règles : des patients éligibles suivant des critères non plus spécifiquement médicaux mais sociaux et environnementaux ; des patients obligatoirement accompagnés la nuit de leur intervention ; une hospitalisation des patients entre 7h et 19h ; un retour du bloc opératoire avant 16h ; une heure limite de sortie des patients fixée à 18h30 ; une sortie du patient sous condition de la visite du chirurgien dans le service ambulatoire ; des jours dédiés d'hospitalisation par spécialité ; la réalisation d'un dossier spécifique chirurgie ambulatoire et différent du dossier d'hospitalisation patient conventionnel....

L'équipe ambulatoire est composée exclusivement de personnel paramédical (cadre infirmier, infirmières et aides-soignantes). Seule, une unité ambulatoire a un anesthésiste intégré à l'équipe à plein temps. Cette constitution d'équipe signifie que toute gestion d'un problème

médical d'un patient passe par la sollicitation (par téléphone, ou physiquement si l'unité est proche du bloc opératoire ou des services de chirurgies traditionnelles) par l'infirmière d'un médecin de l'équipe chirurgicale (déporté du service ambulatoire et engagé dans une autre activité) dont dépend le patient. Il n'y a pas de temps de travail en commun entre les différentes équipes comme il peut en exister en hospitalisation traditionnelle : travail en commun équipe médicale/ équipe paramédicale lors des visites, de réunions de service, de moment informel... propice au partage de savoir-faire et à la création de compétences. Il n'y a pas non plus de temps de formation médicale. L'absence de chirurgien dépendant de ce service implique qu'aucun interne ou externe n'est affecté dans ce service.

2.3. Des unités de chirurgie ambulatoire à l'activité chirurgicale multidisciplinaire

Les unités de chirurgie ambulatoire sont multidisciplinaires. Chaque unité peut travailler avec quatre à huit spécialités chirurgicales différentes. Chaque spécialité chirurgicale a un nombre de places dédiées par semaine répartis par journée fixe. La répartition a été faite en fonction de plusieurs critères : le taux de chirurgie ambulatoire effectué par chaque discipline, les jours choisis par chaque discipline chirurgicale, la capacité d'accueil de l'unité ambulatoire.

Cela signifie que dans le service ambulatoire, des patients de plusieurs spécialités chirurgicales sont hospitalisés simultanément. Il n'y a pas, comme dans une unité de chirurgie traditionnelle, la notion de service dédié à une spécialité chirurgicale. Le personnel paramédical doit être en capacité de gérer simultanément des patients de pathologies différentes dans une même spécialité mais aussi de plusieurs spécialités (ophtalmologie, stomatologie, urologie...). Se pose également la question de la confiance des chirurgiens vis à vis de cette équipe ambulatoire en terme de compétence car les chirurgiens déportent l'hospitalisation de leur patient dans un service non géré par le personnel de leur spécialité, dans lequel il a l'habitude de travailler.

Chapitre 5. La méthodologie déployée : une combinaison de méthodes

Pour cette intervention-recherche, différentes méthodes ont été combinées, des observations *in situ*, des entretiens ouverts ou semi-directifs, des expérimentations, en s'assurant à l'intérieur de chaque méthode de la validité écologique et de l'explicitation des limites. L'association de ces méthodes qui combinent une approche qualitative et une approche quantitative permet de neutraliser ou réduire les limites inhérentes à toute méthode isolée (Creswell, 2009).

La combinaison séquentielle de différentes méthodes et leurs résultats conduit le chercheur à formuler de nouvelles hypothèses, à choisir et élaborer de nouvelles méthodes, démarche classique utilisée en ergonomie.

Comme nous avons pu le décrire, la spécificité de la modalité de prise en charge en chirurgie ambulatoire est la place accordée au patient. L'activité conjointe se réalise parce qu'il y a coopération entre des professionnels, et entre des professionnels et un non professionnel. Cela nous a amené dans la phase de diagnostic à adapter notre méthodologie en considérant le patient (non-professionnel) comme un acteur dans l'activité et comme une ressource pour comprendre l'activité mise en jeu dans cette relation de service. L'environnement ambulatoire a été alors pensé à partir des personnes auxquelles il s'adresse, c'est-à-dire les patients et leurs proches ainsi que les différents soignants dans les situations concrètes qu'ils vivent quotidiennement. Cette approche suppose de considérer tous les acteurs, tant professionnels que non-professionnels, non seulement en tant que porteurs de besoins individuels particuliers, mais en tant que partenaires engagés dans une tâche commune contribuant aux objectifs de l'interaction, à savoir coproduire la santé.

Les interventions ont été de deux ordres :

- une intervention qualifiée de diagnostic qui a consisté à analyser le fonctionnement du processus de chirurgie ambulatoire toutes spécialités chirurgicales confondues et dans les différentes unités de chirurgie ambulatoire du CHU ;

- une intervention favorisant et soutenant la conception participative d'une organisation de chirurgie ambulatoire (figure 14). Ce travail de conception réalisé avec des opérateurs appartenant à des équipes multi-métiers du processus ambulatoire, s'est centré sur la spécialité chirurgicale de traumatologie/orthopédie et l'unité de chirurgie ambulatoire de Purpan. Les raisons de ces choix seront exposées dans le chapitre 6, § 1.

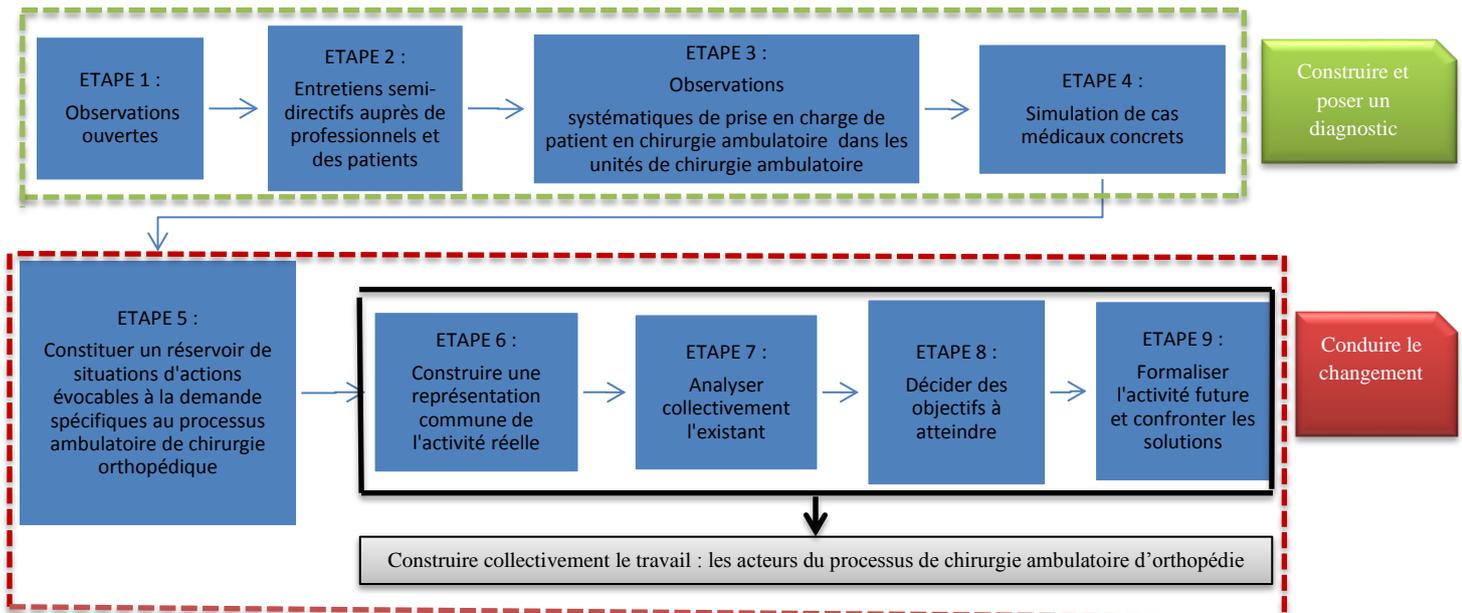


Figure 14 : Les différentes étapes de notre intervention

La mise en œuvre du diagnostic et de la conception d'une organisation a nécessité la combinaison de différentes méthodes.

1. Les observations in situ

Une première phase de la recherche était destinée à la familiarisation avec le domaine de la chirurgie ambulatoire. Pour cette première approche, une méthodologie ethnographique a été privilégiée, permettant de décrire l'ensemble du processus ainsi que d'identifier les dérives et dysfonctionnements potentiels à chacune de ses étapes.

1.1. Les observations ouvertes

Les observations ouvertes sur le terrain ont représenté 15 jours répartis dans les 3 unités de chirurgie ambulatoire et ont été couplées à des entretiens informels réalisés lors des observations avec les différents acteurs. Il n'a pas été possible en situation de soin d'enregistrer, ni de filmer. Nous avons donc procédé à la prise de notes pour le recueil des traces de l'activité. L'observation a permis d'expliquer les interactions entre les variables observées (prises d'informations, échanges verbaux ...) et les régulations utilisées par les opérateurs, c'est-à-dire : comment ils utilisent et gèrent les contraintes et les ressources d'une donnée situation (en fonction de l'organisation, du système technique, de leurs compétences).

L'analyse des données a visé à éclairer trois points :

- comprendre le fonctionnement des trois unités,
- se familiariser avec l'ensemble des professionnels du processus,
- avoir une vision globale du processus et l'enchaînement des étapes.

Observer nécessite d'aller sur le terrain sans influencer la situation de travail (de quelque façon que ce soit), compte tenu du but poursuivi. La coopération des acteurs est indispensable et elle n'est possible que si la présence de l'ergonome n'entraîne pas de risques ou de complications pour eux. Ainsi la " banalisation " ne signifie pas simplement "faire partie des meubles", mais également d'être accepté dans un rôle précis que les acteurs concernés ont correctement identifié d'où la nécessité récurrente d'expliquer ce qui est observé et pourquoi c'est observé.

Pour maintenir un climat de confiance, il est primordial à toutes les étapes de l'étude de :

- définir les conditions et les modalités de l'observation (enjeux, destination des résultats, ne pas gêner les opérateurs...);
- garantir l'anonymat et le secret des sources d'informations ;
- justifier les types de données recherchées ;
- expliquer le traitement des données dans le but de clarifier en permanence les enjeux liés à l'étude et diminuer de ce fait le risque de rejet.

1.2. Les observations systématiques

Afin de ne pas se contenter des « représentations » de chacun sur le travail et ses déterminants (Guérin et al., 2007), les observations ouvertes et les entretiens menés ont été complétés par des observations systématiques au sein des différentes équipes multi-métiers intervenant dans le processus chirurgie ambulatoire. Les observations ouvertes ont permis de recueillir des informations utiles pour préparer une grille d'observation systématique et choisir les moments d'observation propices au recueil des données.

Deux campagnes d'observations ont eu lieu :

- Une première campagne ciblée sur les étapes qui concernaient le jour de l'intervention chirurgicale : de l'accueil du patient dans l'unité de chirurgie ambulatoire jusqu'à sa sortie. Nous nous sommes intéressés à la prise en charge des patients sous cette modalité de façon globale sans tenir compte de la spécialité chirurgicale.
- Une seconde campagne ciblée sur les trois phases du processus de chirurgie ambulatoire, spécifique à une spécialité chirurgicale : la chirurgie traumatologique/orthopédique. Cette seconde campagne a été menée après la formalisation du diagnostic car, suite aux résultats exposés aux chefs de projet, la démarche de conception de l'organisation s'est centrée sur cette spécialité. Nous avons alors besoin d'acquérir une connaissance plus approfondie du processus de chirurgie ambulatoire en traumatologie/orthopédie et construire un réservoir de situations évocables lors des interactions avec les participants engagés dans le travail de construction du processus réel.

Concernant le déroulement de ces observations, l'activité des opérateurs a été observée pendant son cours naturel et il a été demandé à chaque opérateur de verbaliser simultanément ou a posteriori ce qu'il était en train de réaliser dans son activité, la verbalisation simultanée n'étant pas possible dans les phases où le patient était présent. L'objectif était de relever les différents observables et, plus largement, d'accéder aux ressources cognitives des individus, à leur raisonnement et aux stratégies mises en œuvre dans l'activité.

1.2.1. La première phase d'observation

Les observations se sont déroulées au sein des unités de chirurgie ambulatoire et ont été complétées par le suivi du parcours de patient le jour de l'intervention. Les phases d'observations ont pu être couplées à un enregistrement dès lors qu'il n'y avait pas d'interaction avec le patient mais des interactions professionnel-professionnel.

Il s'agissait de relever différents observables relatifs :

- aux caractéristiques du travail : identifier les modalités d'exécution de la tâche, les outils mobilisés, les documents consultés, les variabilités des situations de soin gérées, les façons de faire, etc. ;
- aux moments de coopération entre les professionnels mais aussi entre les professionnels et les patients ;
- aux différents types de collectif : identifier l'existence d'un collectif-métier, d'un collectif transverse et leurs rôles ;
- aux régulations : l'objectif était d'identifier les mécanismes de régulation mis en place par les opérateurs pour faire le travail.

Au total, 60 heures d'observation ont été réalisées au sein des trois unités de chirurgie ambulatoire ainsi que le suivi de deux patients tout au long de leur journée d'intervention en chirurgie ambulatoire. Dans les unités de chirurgie ambulatoire, la totalité des personnes présentes (infirmière, aide-soignante, secrétaire) ont été observée dans la logique des interactions par rapport à la prise en charge des patients (accueil du patient, préparation du patient, demande de transfert au bloc, gestion du dossier patient) puis dans la logique du travail quotidien de chaque personne (par exemple gestion simultanée de plusieurs patients par l'infirmière, préparation des dossiers patient par l'équipe infirmier...).

Pour une meilleure compréhension des interactions et des formes de coopération entre les différentes équipes, le parcours ambulatoire de deux patients a été suivi : le premier patient opéré d'une cataracte et hospitalisé dans l'unité de chirurgie ambulatoire de Purpan, le second patient hospitalisé dans l'unité de chirurgie ambulatoire de Ranguel pour une ablation de broche au poignet.

L'organisation de ces observations a été complexe : autorisation du patient, autorisation du chirurgien d'assister à l'intervention, autorisation du cadre supérieur de santé du pôle bloc opératoire et des cadres de santé de chaque spécialité chirurgicale, autorisation du cadre supérieur de santé du pôle anesthésie-réanimation et des cadres de chaque salle de surveillance post-interventionnelle, autorisation d'entrée dans la zone sécurisée bloc opératoire...

Au regard de la programmation coordonnée de tous ces éléments et du recueil des données des deux parcours, nous avons estimé que cela était suffisant pour alimenter notre diagnostic. Lors de ces deux séances d'observation, l'ergonome a fait en sorte d'avoir une position neutre (ne pas communiquer avec le patient) et de ne pas interférer dans la situation de travail. Lors de la présentation de l'étude, il avait été signalé au patient qu'il n'y aurait aucune interaction entre l'ergonome et lui mais qu'une séance de débriefing serait réalisée à sa sortie.

La première campagne d'observations a permis de comprendre le fonctionnement général du processus chirurgie ambulatoire et d'y repérer les problèmes les plus fréquents relatifs aux dysfonctionnements humains et organisationnels (Raspaud, 2012). Cela nous a permis d'avoir une connaissance la plus précise possible du travail réel, de la façon dont les personnes sont sollicitées dans le cours de leur activité de travail, et des formes de coûts que cela représente pour elles. La combinaison des données recueillies au cours des observations ouvertes et systématiques et des entretiens a permis d'élaborer un diagnostic de la situation de travail.

1.2.2. La seconde phase d'observation

Elle a servi essentiellement à outiller l'ergonome dans la compréhension des situations de travail pour élaborer une méthodologie de construction collective de l'organisation, centrée sur le processus de chirurgie ambulatoire d'orthopédie. La méthodologie construite a engagé l'ergonome dans une action participative qui cherchait à la fois à favoriser une démarche de conception pour les futurs utilisateurs et avec les futurs utilisateurs (Dugué, Petit et Daniellou, 2010). Concevoir avec les futurs utilisateurs les a engagés dans un processus qui leur permettait d'exprimer ce qu'ils considéraient de la situation actuelle et future, et d'apprendre ainsi sur le fonctionnement de la situation future (Daniellou, 2007). Mais cela signifiait pour l'ergonome, être amené à soutenir des débats et des confrontations ou même à les susciter si spontanément les acteurs ne les génèrent pas. Dans la méthodologie participative et collective

déployée, les concepteurs étant les utilisateurs, ils avaient (ou ils pensaient avoir) une très bonne connaissance du terrain au moins pour les étapes du processus dans laquelle ils intervenaient. Cela supposait pour l'ergonome d'avoir lui-même une connaissance précise des situations de travail et du système de production dans son fonctionnement quotidien.

Les observations menées se sont portées plus spécifiquement sur la phase amont de l'intervention : de la consultation de chirurgie à la pré-admission du patient dans l'unité de chirurgie ambulatoire, les autres phases ayant déjà été explorées.

La spécialité d'orthopédie possédant deux services distincts sur les sites de Rangueil et de Purpan, le circuit de chacun a été observé. Au total 98 heures d'observations ont été menées. Elles ont été réparties en différentes séquences d'observation :

- prise de rendez-vous téléphonique des patients,
- accueil des patients en consultation,
- installation des patients dans un box,
- consultation chirurgicale,
- préparation de l'hospitalisation,
- consultation d'anesthésie,
- pré-admission dans l'unité de chirurgie ambulatoire.

Ces observations ont permis à l'ergonome d'une part d'acquérir une connaissance fine du travail, d'autre part de se constituer un réservoir de situations dynamiquement évocables à la demande. Ceci sera expliqué dans le paragraphe §4.1 section 4.1.2 du chapitre 5.

2. Des entretiens semi-directifs réalisés auprès des professionnels et des patients

Dans le cadre du diagnostic, la mise en place d'un protocole d'entretiens semi-directifs a été choisie, suivie d'une analyse de contenu par thèmes. Blanchet et Gotman (2005) précisent que « *l'enquête par entretien fait apparaître les processus et les "comment" car (...) l'enquête va révéler la logique d'une action* ». Dans ce cas ce sont les procédures cachées, les raisons de l'appropriation ou non du dispositif de chirurgie ambulatoire par les acteurs de soins

interviewés que nous avons cherché à faire émerger. Pour se faire, des interviews semi-directifs avec des patients et des professionnels de santé ont été menés.

Ce type d'interview a été favorisé car « *cette méthode d'investigation tend à faciliter la libre expression de l'acteur, tout en permettant au chercheur de cadrer le discours dans la perspective de la recherche ; de plus, il serait susceptible de minimiser l'influence exercée par le chercheur et ses questions. Autrement dit, l'entretien semi dirigé prétend procurer un espace d'expression à l'interviewé dans la mesure où celui-ci laisse libre cours à sa pensée et à sa verbalisation* » (Guigon et Morrissette, 2006, p 28). Il est apparu que ce type d'interview se prêtait particulièrement bien au recueil – à l'*appréhension* - des représentations mentales puisque l'enquête par interview est « *l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal* ».

Des entretiens semi-directifs de deux types ont été menés : un auprès des patients opérés selon la modalité ambulatoire et un second auprès des professionnels de soin qui sont amenés à participer au processus de chirurgie ambulatoire.

Les objectifs de ces entretiens étaient de :

- connaître les points de vue de l'ensemble des différents collectifs d'opérateurs (chirurgiens, infirmiers, anesthésistes, brancardiers...) et ceux des patients sur le processus de chirurgie ambulatoire ;
- comprendre les pratiques observées et les causes des difficultés constatées par la mise en œuvre de ce mode d'hospitalisation ;
- comprendre les barrières susceptibles de limiter le développement de la chirurgie ambulatoire ;
- repérer les enjeux principaux des acteurs (ce qui les préoccupe) et comprendre les comportements observés ;
- accéder aux connaissances nécessaires pour les acteurs, aux relations de travail au sein de l'organisation, aux difficultés rencontrées et aux moyens de les résoudre.

L'entretien semi-directif a paru être la technique la mieux adaptée pour pouvoir répondre à ces objectifs. Il permet de recueillir des thématiques précises mais sur un mode non directif dans un but de liberté d'expression. De plus, il permet également d'accéder à des thèmes non

envisagés. En effet, l'opérateur peut aborder certains aspects auxquels l'enquêteur n'aurait pas songé.

2.1. Le protocole d'entretien

Le protocole d'entretien a été testé puis validé. Cette phase de validation a permis d'estimer le temps nécessaire par entretien afin de pouvoir informer les professionnels et les patients sur ce temps approximatif. Elle a également permis de valider les thématiques abordées.

2.1.1. Les entretiens menés auprès des patients

Deux entretiens ont été menés par patient. Un premier entretien après la consultation d'anesthésie qui permettait de cibler les étapes en amont de la chirurgie et un second entretien quatre jours après le jour de l'intervention. Un guide d'entretien a été formalisé. Il était constitué de questions balayant les différentes étapes du parcours ambulatoire de la consultation chirurgicale jusqu'à la sortie du patient. Ce guide a été soumis à la validation des directions des pôles des différentes spécialités chirurgicales et aux chefs du projet chirurgie ambulatoire.

Le 1^{er} entretien se déroulait au moment de l'indication chirurgicale après la consultation d'anesthésie en face à face avec le patient. Il a été mené dans les unités de consultation des spécialités chirurgicales et cherchait à :

- identifier le niveau de connaissances du patient,
- mesurer ses attentes (sur la phase hospitalière et le retour à domicile),
- mesurer le niveau d'acceptabilité de prise en charge ambulatoire,
- comprendre les freins potentiels à accepter une prise en charge ambulatoire.

Le 2^{ème} entretien s'est fait par téléphone, quatre jours après l'intervention chirurgicale. Il a permis d'avoir le ressenti et l'analyse du vécu du patient de son intervention, de sa prise en charge hospitalière et de son retour à domicile.

Il avait été défini d'interroger cinq patients par type de spécialités chirurgicales (8 spécialités identifiées) et pris en charge dans les trois unités de chirurgie ambulatoire, ce qui faisait un

total de 40 patients à interroger. En dehors du fait que le patient allait se faire opérer sous la modalité ambulatoire, aucun critère lié aux patients (âge, sexe, pathologie..) n'avait été retenu. Au total 30 patients ont pu être interrogés.

2.1.2. Les entretiens menés auprès des professionnels

Nous souhaitions interroger les différents acteurs professionnels qui interagissent dans le processus ambulatoire de spécialités différentes. De la même manière que pour les patients un guide d'entretien avait été élaboré et soumis à validation. Il cherchait à :

- identifier le niveau de connaissances des professionnels du processus de chirurgie ambulatoire (les critères d'éligibilité, les règles de fonctionnement des unités de chirurgie ambulatoire, les critères de sortie du patient...);
- mesurer le niveau d'acceptabilité de ce type de prise en charge pour eux et pour leurs patients ;
- comprendre les bénéfices et les freins potentiels au développement de cette activité ;
- déterminer leurs attentes en termes d'organisation.

2.2. Mise en œuvre pratique

2.2.1. Les entretiens avec les patients

Les entretiens ont été menés d'aout à novembre 2011. Au final 30 patients ont été interrogés suivant le protocole établi (tableau 5). L'ensemble de ces entretiens semi-directifs représente une durée totale de 22h30, pour une durée moyenne de 45 minutes pour les deux entretiens.

Spécialités	Purpan	Rangueil	Total par spécialité
ORL	3		3
Orthopédie	5	7	12
Ophthalmologie	8		8
Urologie		2	2
Digestif		2	2
Vasculaire		2	3

Tableau 5 : répartition des patients interrogés par rapport aux spécialités chirurgicales et aux unités de chirurgie ambulatoire

Un certain nombre de difficultés non identifiées au préalable ont été rencontrées au cours des entretiens dans les phases « amont » et « aval » de l'intervention :

- il a été très difficile dans les consultations de chirurgie et d'anesthésie de repérer les patients susceptibles d'être opérés sous la modalité ambulatoire. La plupart des spécialités chirurgicales ont des consultations d'anesthésies intégrées dans le service de consultation ce qui supposait pour nous de repérer service par service au préalable les patients qui venaient en consultation d'anesthésie pour une chirurgie ambulatoire. De plus dans les consultations d'anesthésie il n'y a pas de créneau horaire dédié à la chirurgie ambulatoire, les patients pour l'ambulatoire sont dispersés dans la plage de consultation ;
- dans certaines spécialités, peu de patients étaient programmés en chirurgie ambulatoire ;
- un nombre important de consultation anesthésie était annulé par les patients ;
- interroger les patients en sortie de consultation anesthésie, cela supposait de trouver un espace disponible pour l'entretien, ce qui n'a pas toujours été possible ;
- certains patients ont refusé d'être interrogés : non intéressé, temps d'attente initial trop important (retard de l'anesthésiste, retard dans les consultations) ;
- après la consultation d'anesthésie, certains patients ont été reprogrammés en hospitalisation traditionnelle (critères d'éligibilité médicaux jugés non valides par l'anesthésiste) ;

- les interventions chirurgicales ont été annulées : le patient ne se présente pas le jour de l'intervention dans l'unité de chirurgie ambulatoire ;
- après l'intervention le patient n'a pas pu sortir et a été hospitalisé la nuit.

Toutes ces difficultés ont eu des répercussions sur la durée totale de la session des entretiens avec les patients et sur le nombre d'entretiens réalisés. La période d'entretien avait été estimée à deux mois, elle s'est en fait étendue sur quatre mois. Dans cette période, seulement 30 patients ont pu être interrogés. Au regard du premier traitement du contenu des entretiens et le caractère répétitif des réponses, nous avons estimé que ce nombre était suffisant pour un traitement qualitatif.

Il avait été convenu avec les infirmières des consultations d'anesthésie des différentes spécialités qu'elles informaient l'ergonome de la présence des patients qui répondaient aux critères en consultation. En fonction des jours de consultation d'anesthésie, un planning avait été instauré informant de la présence de l'ergonome sur les différents sites (Purpan, Ranguel).

Pendant la consultation, l'infirmière informait le patient du travail mené et demandait s'il acceptait d'être interrogé. En début de chaque entretien, le projet était brièvement présenté et les questions ont été présentées oralement. Les entretiens n'ont pas pu être enregistrés. Nous avons donc procédé à la prise de notes.

2.2.2. Les entretiens avec les professionnels

50 entretiens ont été menés auprès de chirurgiens, d'anesthésistes, des cadres de santé, des infirmières et des aides-soignantes des services de spécialités chirurgicales et des unités de chirurgie ambulatoire. Les entretiens se sont passés en général dans l'environnement de travail des interviewés et ont duré en moyenne 45min soit un total de 37h30.

2.3. Méthodes d'analyse des entretiens

Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse thématique de discours. L'analyse thématique consiste à repérer les thèmes communs et transversaux à l'ensemble des entretiens effectués (Blanchet & Gotman, 1992). Les données ont été analysées de manière qualitative

par catégorie des thèmes abordés par les interviewés (la perception de la modalité ambulatoire, la perception de l'acte, la sécurité du patient, les différentes formes de coopération, la compréhension de l'organisation...).

L'analyse des données a visé à éclairer trois points :

- la représentation de l'ambulatoire pour les professions impliquées et pour les patients,
- la place du patient dans le processus ambulatoire, par l'ensemble des acteurs, patients inclus,
- la caractérisation de cette activité qui implique différents acteurs.

3. La mise en œuvre d'un problème de simulation : l'analyse des critères d'éligibilité en chirurgie ambulatoire

Lors des entretiens avec les chirurgiens, l'existence d'une variabilité des critères retenus pour décider ou non d'opérer un patient en chirurgie ambulatoire avait pu être relevée. Ce choix est une étape clé car il conditionne l'entrée ou non du patient dans le processus de chirurgie ambulatoire. Nous avons cherché à nous intéresser à cette variabilité et aux critères d'éligibilité retenus (ou non) pour décider d'une intervention en chirurgie ambulatoire. Pour se faire, une méthode d'analyse plus systématique et provoquée a été mise en œuvre qui a consisté à proposer des cas fictifs et réalistes que les chirurgiens devaient traiter à haute voix.

La simulation a été choisie car l'observation d'experts en situation n'est pas toujours possible. L'obstacle majeur est que les situations particulièrement intéressantes à observer et à analyser sont des situations complexes, non nominales ou d'urgence qui, premièrement, ont peu de chance d'être rencontrées et, secondement, ne sont de toute façon pas reproductibles. Même si nous avons insisté sur le besoin d'observations effectuées sur le terrain, le recueil de données pertinentes peut aussi se faire dans des situations expérimentales contrôlées, comme la simulation. La situation de simulation est une solution qui a l'avantage de permettre d'analyser des situations complexes (choisie dans les cas fictifs construits), en contrôlant mieux les variables de la situation, bien que la critique habituelle faite à cette méthode réside dans le caractère supposé artificiel de la situation, qui peut être source d'écart éventuellement grand avec l'activité en situation.

3.1. La construction des cas fictifs

Sur la base de scénarii établis par un chirurgien (reconnu comme expert par ses pairs) en collaboration avec l'ergonome, six cas chirurgicaux "mettant en situation" des chirurgiens en orthopédie dans des situations de chirurgie ambulatoire complexes ont été proposés. Ne pouvant réaliser cette expérimentation avec les chirurgiens de toutes les spécialités chirurgicales, la chirurgie orthopédique a été choisie pour deux raisons : pour le nombre de chirurgiens potentiellement interrogeables (18 chirurgiens) et le taux de chirurgie ambulatoire effectué dans cette spécialité (plus haut en moyenne que les autres spécialités chirurgicales) ce qui pouvait préjuger d'un intérêt pour cette modalité de prise en charge et d'un savoir-faire acquis dans ce type de prise en charge.

La phase d'élaboration des cas fictifs s'est déroulée en trois temps :

- en se fondant sur la liste des gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire élaborée par la CNAMTS²⁸, il a été recueilli au sein des consultations de chirurgie orthopédique des exemples de patients atteints de ces pathologies qui n'ont pas été opérés en ambulatoire mais en traditionnel. Sur la fiche de programmation réalisée par le chirurgien en consultation, il a été relevé les éléments qui lui ont permis de prendre sa décision en défaveur de l'ambulatoire ;
- en prenant en compte les critères d'éligibilité de l'ANAP, de la charte de fonctionnement des unités de chirurgie ambulatoire et les éléments relevés sur les fiches de programmation, une liste d'éléments perturbateurs a été présentée au chirurgien expert afin qu'il les valide. En ce qui concerne les recommandations des sociétés savantes, elles ont été intégrées dans les cas par le chirurgien-expert ;
- les problèmes fictifs ont été construits sur des cas cliniques chirurgicaux concrets alimentés par ces éléments perturbateurs.

Les problèmes contenaient un ou plusieurs éléments perturbateurs. Les éléments perturbateurs introduits dans les différents problèmes correspondaient à quatre types d'incertitudes sur l'éligibilité du patient en chirurgie ambulatoire :

- les critères chirurgicaux CC : même s'il n'y a pas de restriction d'acte en chirurgie ambulatoire, des pratiques différentes entre équipes ont pu être observées.
- les critères médicaux CM : les antécédents médicaux, les traitements...

²⁸ CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

- les critères sociaux CS : l'autonomie du patient, les troubles cognitifs, l'anxiété, l'acceptation de l'acte...
- les critères environnementaux CE : l'éloignement du patient, le moyen de transport, les accompagnants...

L'ensemble des cas a été construit de manière à ce qu'ils soient réalistes, c'est-à-dire proches de ceux rencontrés habituellement dans la pratique et suffisamment généraux (au sens de connaissances générales d'un domaine) pour qu'ils puissent être traités par des chirurgiens d'expériences différentes (internes, chefs de cliniques, praticiens hospitaliers...). Cette simulation de résolution de problème a été proposée aux équipes de chirurgie orthopédie de Purpan et Rangueil.

Le tableau six présente pour chaque problème le type d'éléments perturbateurs qu'il contient :

CAS	Description des problèmes	Type d'éléments perturbateurs
<u>1-CAS</u>	La radiographie de la cheville droite que vous voyez montre une plaque au niveau de la malléole latérale, un peu saillante dans sa partie la plus distale. Elle comprend 5 vis. La fracture est radiologiquement consolidée et le montage a permis de maintenir une réduction anatomique de bonne qualité. La face ne montre pas de diastasis tibio fibulaire, le cartilage paraît d'épaisseur égale, satisfaisante et régulière tant au niveau du dôme talien que sur les facettes malléolaires. La radiographie de profil ne montre pas de subluxation du dôme talien par rapport au pilon tibial. Tant sur la face que sur le profil, les radiographies ne montrent pas la présence de corps étrangers intra articulaires. Rendez-vous chirurgical est pris.	CM CS CE
<u>2 CAS</u>	<p>Une femme de 70 ans, un peu apeurée de se trouver en consultation, répète de façon assez automatique qu'elle n'en peut plus avec son pied gauche. Il est difficile de lui faire expliquer sa gêne, ses douleurs, sa perte d'autonomie. A ce propos elle explique la grande chance de sa sœur avec qui elle vit, qui elle, ne souffre de rien pourtant son ainée de 12 ans.</p> <p>Ayant laissé passer cette logorrhée plaintive et confuse, on l'invite à se déchausser ce qu'elle parvient à faire avec quelques difficultés. Il apparaît un hallux valgus que l'on avait deviné sous la chaussure. La déformation nette associant l'exostose et la déviation classique ne perturbe pas le second orteil qui est rectiligne, sans griffe et non dévié. Par ailleurs il n'y a pas non plus de griffes au niveau des autres orteils.</p> <p>Lorsqu'on l'examine allongée, on note un très léger épaissement cutané plantaire en regard de la tête du deuxième orteil. Interrogée elle dit ne pas avoir recours aux soins d'un podologue. Questionnée sur d'éventuelles métatarsalgies, elle n'en signale pas. Les douleurs siègent au niveau du premier rayon exclusivement.</p> <p>On lui fait une proposition de cure chirurgicale de son hallux valgus après avoir consulté les radiographies qui confirment la divergence entre le premier et le second métatarsien et l'absence de grande dégradation arthrosique de la métatarso phalangienne. Elle redevient ambivalente veut bien se faire opérer mais a peur d'avoir mal, se demande si ça va marcher, craint pour les pansements, l'infection surtout fréquente dans les hôpitaux, ne veut pas rester, mais a peur de rentrer rapidement à son domicile, ne sait pas si elles pourront s'en sortir s'il y a un problème.</p> <p>On l'interroge rapidement sur ses antécédents. Une légère hypertension facilement</p>	CS CE

CAS	Description des problèmes	Type d'éléments perturbateurs
	équilibrée, elle ne prend pas d'anticoagulant, pas de diabète, une discrète hypercholestérolémie. Elle n'a pas semble-t-il d'antécédents chirurgicaux. Ceci d'ailleurs lui fait exprimer à nouveau son inquiétude de « rester à l'hôpital ».	
<u>3-CAS</u>	<p>Il s'agit d'une femme de 45 ans célibataire et habitant à Naucelle dans l'Aveyron. Elle est porteuse d'une lourde polyarthrite rhumatoïde traitée depuis de nombreuses années au CHU de Toulouse et qui jusqu'à présent n'avait pas bénéficié des traitements actuels mais est habituée à des médications au long cours anti-inflammatoires, antalgiques, méthotrexate, cortisone... Compte tenu de la longueur d'évolution (près de vingt ans) ses problèmes orthopédiques sont importants : déformations mains, genoux, poignets, subluxation cervicale C1-C2. Elle a été opérée à de nombreuses reprises et supporte de plus en plus mal les hospitalisations. Elle consulte ce jour pour une luxation douloureuse des tendons des extenseurs des 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème} rayons. La déformation des rayons n'est paradoxalement pas importante et vous jugez que seul un geste de stabilisation tendineux sera suffisant.</p> <p>Elle ne veut pas être hospitalisée et est prête à vous signer une décharge pour sortir le jour même. Vous voulez bien adhérer à son souhait d'être opérée en ambulatoire mais vous réservez votre réponse après la consultation d'anesthésie en raison des traitements en cours.</p>	<p>CM CS CE</p>
<u>4- CAS</u>	<p>Un homme de 75 ans consulte pour une douleur très invalidante à la partie inférieure de son mollet droit. En réalité cette douleur est apparue en deux temps. D'abord à la fin de la peinture de son grand séjour alors qu'il montait sur son grand escabeau avec à la main un pot de peinture de 10 kilos environ ; une douleur brutale de type coup de poignard, postérieure, l'a fait s'immobiliser quelques minutes. Avec précaution il est redescendu de son escabeau. Il a pu marcher en évitant de dérouler le pas. Il a appliqué une pommade qui l'a semble-t-il soulagé. Il a arrêté son bricolage mais la douleur, au cours d'un pas un peu plus ample qu'habituellement, est réapparue avec semble-t-il une acuité plus importante et surtout avec l'impossibilité de s'appuyer sur son pied droit qui donne l'impression de plus pouvoir le porter. L'examen met en évidence un point douloureux exquis à la face postérieure de sa jambe à l'union entre le tendon d'Achille en distal et le muscle jumeau médial en proximal. Malgré une sensation d'œdème dans la région traumatisée on note une déhiscence à la jonction musculo-tendineuse. L'échographie obtenue en urgence confirme la rupture partielle du tendon d'Achille dans sa partie musculo-tendineuse avec l'intégrité de la jonction du jumeau latéral et du tendon. Pour éviter une rupture totale on lui propose une réparation transcutanée de la lésion médiale, bien sûr avec une hospitalisation en chirurgie ambulatoire.</p> <p>Un interrogatoire rapide retrouve, 4 ans auparavant, un antécédent d'AVC sans séquelle motrice, équilibré par un traitement type Plavix. Il signale également un diabète type 2 traité par Metformine mais assez instable et une discrète insuffisance rénale qui devrait être explorée mais il n'a pas revu son médecin traitant depuis 3 ans. Il croit avoir une TA à 16/10. Il habite la proche banlieue.</p>	<p>CC CM CE</p>
<u>5- CAS</u>	<p>Un quadragénaire, responsable d'entreprise et professionnellement très actif, a été victime d'un polytraumatisme deux ans auparavant. Ses multiples traumatismes, crânien, thoraco-abdominal ont bien évolué spontanément mais la fracture comminutive de son fémur gauche parfaitement consolidée le fait souffrir à cause du clou centromédullaire verrouillé encore en place. En effet ce clou fait saillie dans sa partie proximale et irrite le moyen fessier (gluteus medius). On note la présence d'un ostéome modéré engainant la partie proximale du clou qu'il conviendra de réséquer. Par ailleurs l'analyse attentive de la radiographie montre la rupture des deux vis proximales au niveau de la portion latérale d'entrée de la vis de verrouillage. Ce patient est un homme pressé, qui souhaite retrouver son activité professionnelle très rapidement, vous indique être très favorable à une prise en charge en ambulatoire.</p> <p>Le bilan biologique est parfait et il n'y a pas en dehors du polytraumatisme cité d'antécédent particulier.</p>	<p>CC CE</p>
<u>6 CAS</u>	Il s'agit d'un patient de 56 ans pyrénéiste chez lequel on a pratiqué un an plus tôt	Cas de référence :

CAS	Description des problèmes	Type d'éléments perturbateurs
	<p>une ostéotomie d'ouverture médiale de valgisation sur un genu varum constitutionnel décompensé à partir d'un tibia courbe. Le résultat clinique est très satisfaisant : une bonne correction du varus avec un valgus résiduel à 5°, une flexion à 130°, une extension complète, un genou stable dans le plan frontal, une absence de tiroir antéo-postérieur, une fémoro-patellaire silencieuse protégée par une bonne récupération quadricipitale. Cependant, si les douleurs au niveau de l'interligne ont disparu, il persiste au niveau de la plaque d'ostéosynthèse, à la partie proximale, une douleur exquise extra articulaire en regard de la patte d'oie. La palpation au niveau du point douloureux retrouve le relief d'une des deux vis de la fixation proximale de la plaque. Il apparaît donc logique de pratiquer l'ablation de ce matériel ce d'autant que les radiographies montrent une bonne consolidation et confirment l'examen clinique avec la légère saillie d'une des deux vis proximales.</p> <p>Ce patient habite dans le centre-ville de Toulouse. Il est prévu une consultation d'anesthésie au CHU. Ce patient est sportif et ne prend pas de médication particulière. Interrogé, à ce jour il ne présente pas d'antécédent médical connu. Par ailleurs il est marié et son épouse déjà à la retraite est titulaire du permis de conduire. Il paraît avoir compris tous les éléments présentés comme le montrent les questions pertinentes qu'il pose.</p>	<p>tous les critères d'éligibilité sont cités et correspondent aux recommandations</p>
<u>7 CAS</u>	<p>Il s'agit d'une patiente de 43 ans, travaillant sur une chaîne de confection, qui présente depuis 8 mois des douleurs typiques : sensibilité à la pression du canal, dysesthésies dans les pulpes des trois premiers doigts de la main droite et gauche de façon presque équivalente. Elle présente alors qu'elle est droitrière une fonte du 1^{er} interosseux à droite.</p> <p>Elle consulte son médecin traitant pour des douleurs de plus en plus aiguës. Il décide de faire pratiquer une EMG qui montre tant à droite qu'à gauche des troubles sensitifs et moteurs en faveur d'une compression du médian.</p> <p>Il l'adresse à un chirurgien orthopédique qui à la lecture du dossier et de l'examen clinique diagnostique un canal carpien bilatéral à un stade chirurgical. Il est proposé à la patiente d'être opérée des deux canaux carpiens.</p> <p>Au cours de la consultation la patiente indique qu'elle est célibataire et qu'elle a deux enfants de 3 et 7 ans. Elle préférerait se faire opérer en une fois compte tenu de sa situation familiale.</p>	CE

Tableau 6 : Présentation du contenu des cas fictifs en fonction des critères d'éligibilité perturbés

Par exemple pour l'analyse du cas un (voir tableau 7), le récit a été construit en présentant en premier les critères chirurgicaux qui indiquent que par rapport à l'acte, aux complications ultérieures, le choix d'une chirurgie ambulatoire serait tout à fait cohérent d'autant plus que l'acte réalisé est dans la liste des actes marqueurs de la CNAMTS. Par contre, aucun détail n'est donné sur les critères médicaux (les antécédents, les traitements..), sur les critères sociaux (autonomie du patient, troubles cognitifs, anxiété, acceptation de l'acte), ni sur les critères environnementaux (le lieu d'habitation, la présence d'un accompagnant..). Dans ce cas, les critères chirurgicaux sont conformes pour une chirurgie ambulatoire mais les critères médicaux, sociaux, environnementaux sont absents.

Le cas deux commence par une présentation de critères qui relèvent des données sociales de la patiente (autonomie, ambivalence, anxiété) et environnementales (ne vit pas seule, accompagnée d'une sœur aînée). Les critères chirurgicaux sont présentés et sont conformes pour une chirurgie ambulatoire comme les critères médicaux. Dans ce cas, tous les critères sont présents. Les critères chirurgicaux et médicaux sont conformes. En revanche, les critères environnementaux (âge de l'accompagnant) et sociaux (anxiété et ambivalence) seront évalués par le chirurgien comme étant ou non des critères de non éligibilité.

Le tableau ci-dessous (tableau 7) décrit tous les cas fictifs en fonction des critères d'éligibilité qui sont soit absents, soit perturbés, soit incomplets (des informations sont données mais pas suffisamment pour que le critère soit complet). Un cas de référence a été introduit pour s'assurer de l'attitude ouverte des chirurgiens vis à vis du concept ambulatoire.

Cas	1	2	3	4	5	6	7
Eléments perturbateurs	CM absent CS absent CE absent	CS perturbé CE perturbé	CM perturbé CS perturbé CE perturbé	CC présent mais un traitement alternatif peut être proposé CM perturbé CE incomplet	CC perturbé CE absent	Cas de référence : tous les critères sont présents et conformes	CE perturbé

Tableau 7 : Identification des éléments perturbateurs pour chaque cas fictif

L'ordre de présentation des cas a été choisi. Les éléments perturbateurs ont été combinés de façon progressive. Lors de la mise en œuvre il a été demandé aux chirurgiens de traiter les problèmes dans l'ordre présenté.

3.2. Mise en œuvre

Les sept problèmes ont été proposés à 14 chirurgiens. Les problèmes ont été présentés aux chirurgiens sur un support papier. La même consigne a été donnée à tous les chirurgiens interrogés et elle était valable pour tous les cas : « Lire et raisonner à haute voix pour chaque cas en indiquant les éléments que vous prenez en compte pour décider ou non d'une

intervention chirurgicale en ambulatoire. Dans les cas où l'option d'une chirurgie ambulatoire n'a pas été retenue, dans quelles conditions cela pourrait être possible ? »

La technique de « l'information à la demande » (Bisseret, Sebillotte, Falzon, 2007) a été utilisée pour parvenir aux informations prises en compte sur la situation. La technique de verbalisation simultanée du raisonnement a été appliquée en demandant au sujet de "penser tout haut" tout au long de son travail de résolution. L'ensemble des entretiens a été enregistré, retranscrit et a fait l'objet d'une analyse de contenu.

3.3. L'analyse des données expérimentales

La prise en charge chirurgicale en ambulatoire est soumise à l'arbitrage du chirurgien entre des critères chirurgicaux, médicaux, sociaux et environnementaux au moment de la consultation avec le patient. Au travers de cette simulation, il a été recherché la compréhension de :

- la variabilité des décisions et ses causes,
- les types de données chirurgicales, médicales et sociales retenus comme étant des critères d'éligibilité du patient à l'ambulatoire.

4. La mise en œuvre d'une conception participative : construire collectivement le travail

L'ergonomie a, depuis longtemps, montré l'intérêt de la participation des opérateurs à la conception des systèmes et dispositifs de travail (Darses & Reuzeau, 2004). Cette participation apparaît comme une condition du développement individuel et collectif : « *être pour quelque chose dans ce qui nous arrive au travail, contribuer aux évolutions concernant son activité professionnelle, à la gestion quotidienne de cette dernière, relève d'une dynamique de construction de la santé et donc de son développement par le travail* » (Coutarel, 2011, p. 111).

La conception participative de l'organisation future consistait à faire construire par des opérateurs leur propre dispositif de travail (organisationnel et technique). Concrètement cela a

consisté : premièrement à créer un groupe de travail constitué d'opérateurs du processus ambulatoire appartenant à des équipes multi-métiers qui interagissent aux travers de systèmes d'activités différents au cours de l'activité collective conjointe ; deuxièmement à organiser des rencontres régulières du groupe de travail qui avait pour objectif de construire l'organisation permettant le développement de l'activité de chirurgie ambulatoire. La démarche méthodologique, soutenue par une équipe d'animation, a permis de promouvoir le travail de conception en favorisant la rencontre des opérateurs, la compréhension commune de l'organisation présente et la construction ensemble de l'organisation future.

4.1. Construire un système partagé : simuler collectivement le processus réel

Le terme « simuler » est utilisé dans son sens littéral c'est-à-dire « *reproduire artificiellement une situation réelle à des fins de démonstration ou d'explication* » (Larousse, 2013). Cette précision est importante car les études menées en ergonomie sur les situations de simulations (Daniellou, 2004 ; Van Belleghem, 2012 ; Barcellini, Van Belleghem, Daniellou, 2013) font référence essentiellement à des situations qui permettent d'évaluer et d'enrichir les propositions des concepteurs sur les formes possibles de l'activité future. Dans notre expérimentation, la simulation n'est pas tournée vers le futur de l'activité mais est utilisée pour rendre visible les formes de l'activité réelle aux opérateurs qui participent à cette activité collective.

Pour ce faire, une méthodologie, inspirée de l'approche BPR (Business Process Reengineering) de Lorino (2003), est proposée. Elle consiste à une mise à plat du processus chirurgie ambulatoire par les opérateurs. L'approche processus permet de retrouver la linéarité et l'enchaînement logique d'actions qui concourent à satisfaire les exigences du soin, plutôt qu'une succession d'étapes indépendantes et cloisonnées entre des équipes multi-métiers.

Les objectifs de cette démarche sont les suivants :

- clarifier les rôles et les responsabilités exercées,
- définir les marges de manœuvre et de mettre en évidence les cohérences et les incohérences, de même que les risques encourus,

- identifier les lacunes dans le circuit ou dans la manière de faire, ou bien d'identifier des étapes qui génèrent le fonctionnement d'un processus,
- considérer les processus en termes de valeur ajoutée,
- mesurer la performance et l'efficacité du processus,
- diminuer les coûts et les délais d'un processus,
- accompagner la mise en place d'un système d'informations *ad hoc* et au plus près de la réalité, et non point seulement conceptuel.

Cinq réunions de travail ont été organisées avec le groupe de travail. Elles ont été enregistrées, retranscrites et ont fait l'objet d'une analyse de contenu.

L'équipe d'animation a demandé au groupe de travail de matérialiser sur un support physique (frise en papier) le processus ambulatoire de façon chronologique. Un cas concret de prise en charge en chirurgie ambulatoire leur a été proposé : « Le Dr X, médecin généraliste, vous adresse en consultation Mr Y atteint d'un Dupuytren au 4^{ème} doigt droit pour une prise en charge chirurgicale ».

La description du processus a été guidée par l'application de la méthode QQQQC, qui impose de répondre aux questions « Qui, Quoi, Où, Quand, Comment ». La consigne était la même pour tous les participants : chacun suivant la logique temporelle de son intervention dans le processus ambulatoire devait matérialiser son intervention en répondant aux questions suivantes :

- Où est-ce que je le fais ?
- De quoi ai-je besoin pour le faire ? (les entrants)
- Comment je le fais ? **et non comment je devrais le faire ?**
- Avec qui je le fais ?
- Pourquoi je le fais et quel est le support matériel produit ? (les sortants)

Des supports papier ont été distribués aux participants et les réponses aux questions devaient être écrites sur des feuilles de couleur différentes :

- Blanc : De quoi ai-je besoin (les entrants)
- Blanc : Comment je le fais ? (l'action réalisée)
- Jaune : Quel est le résultat produit ? (les sortants)

En ce qui concerne la question « Avec qui je le fais ? » il a été demandé d'identifier les personnes par des pastilles de couleur qui devaient être collées sur la feuille blanche « comment ». Un code de couleur avait été décidé par métier :

- Orange fluo : le patient
- Rose : Infirmière en précisant à l'intérieur de la pastille le service
 - CC : consultation chirurgie
 - CA : consultation anesthésie
 - ACA : unité ambulatoire
 - SSPI : SSPI
 - ...
- Bleu : Aide-soignante même principe que pour l'infirmière
- Jaune : secrétaire même principe que pour l'infirmière
- Noir : brancardier
- Vert : chirurgien
- Violet : anesthésiste
- Argenté : Cadre même principe que pour l'infirmière
- Autres couleurs disponibles si un métier non identifié

Le processus cartographié a été matérialisé suivant la logique d'intervention des participants (figure 15).

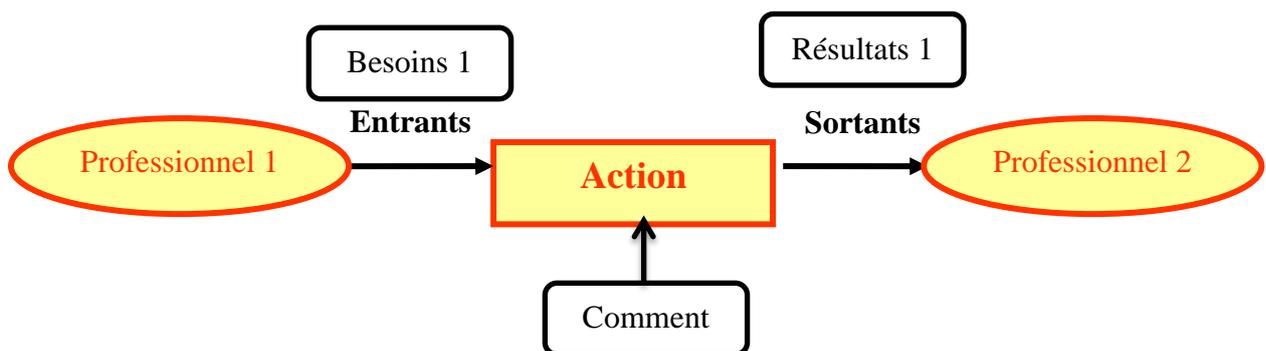


Figure 15 : Schématiser les interactions entre les membres d'un même processus

Les liaisons directes (relation en face à face) ont été matérialisées par des traits pleins et les liaisons indirectes par des traits en pointillés (téléphone, mails...).

Pour une meilleure compréhension, le dispositif avait été expliqué par une présentation orale associée à une présentation power point puis une fiche mémo a été distribuée aux participants reprenant les points clés : la consigne, le travail à réaliser, les questions et les codes couleurs. Un exemple concret issu du processus de chirurgie ambulatoire (l'accueil du patient en consultation chirurgicale) avait été donné aux participants sur la façon dont ils devaient matérialiser leur intervention (figure 16).

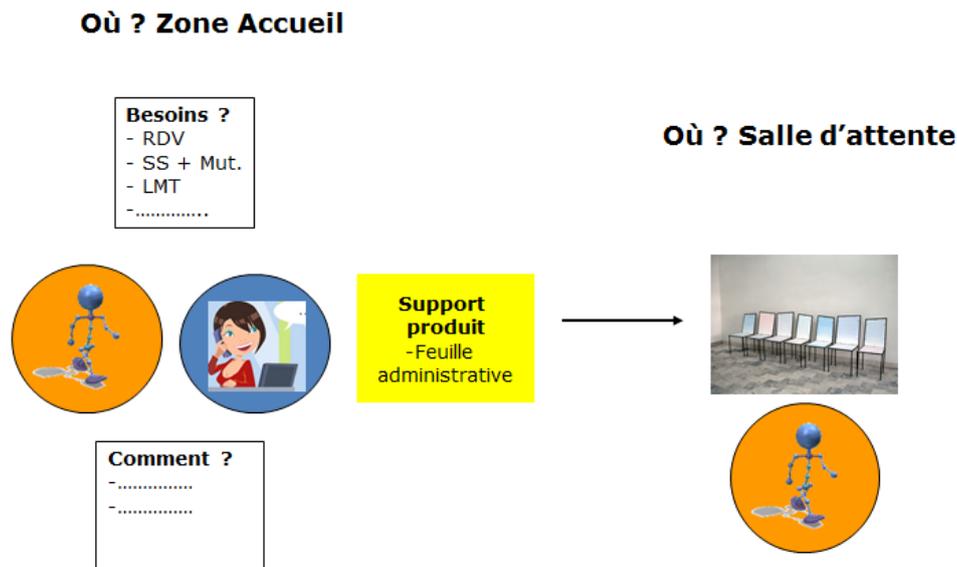


Figure 16 : Matérialisation selon la logique processus de l'accueil du patient en consultation

Explication donnée par l'ergonome :

« Le patient (qui ? pastille orange) arrive en consultation de chirurgie orthopédique (où ? zone d'accueil), il est reçu par une aide-soignante (qui ? pastille bleu). Pour pouvoir l'accueillir, l'aide-soignante a besoin de l'heure du rendez-vous, de la carte de sécurité sociale et de mutuelle, de la lettre du médecin traitant... (De quoi ai-je besoin pour le faire ?). Elle fait ce à quoi consiste l'accueil (comment je le fais ?) et produit une feuille administrative (le résultat). Après le processus continue»

Une durée de préparation d'une heure avait été laissée aux participants qui pouvaient s'organiser comme ils le souhaitaient (en sous-groupe ou seul). Aucune consigne n'avait été donnée sur le nombre d'interactions attendu, ni sur le point de départ et de fin du processus laissant le groupe décider de ces éléments.

4.1.1. La verbalisation conjointe à l'activité réelle simulée

Chaque fois qu'un participant intervenait dans la construction du processus, il lui était demandé de verbaliser conjointement son activité simulée. La verbalisation conjointe à l'activité (Ericsson & Simon, 1984 ; Leplat & Hoc, 1984) permet à chacun des acteurs de verbaliser, tour à tour, les tâches qu'il est en train de réaliser devant les autres membres du groupe. Dans notre cas, un aspect original est dû au fait que la pratique réflexive repose ici sur son activité en situation de simulation et non, comme classiquement, sur l'activité en réelle.

Les bénéfices attendus de cette méthode étaient doubles. D'une part, en verbalisant sa propre activité, en expliquant ses contraintes, ses difficultés, ses critères de qualité etc., le travail est réifié, rendu extérieur à l'opérateur (Falzon, 2005b). D'autre part, la verbalisation est ici adressée au partenaire qui peut à tout moment poser des questions : elle encourage la compréhension et le partage d'expérience.

4.1.2. L'utilisation d'aides au rappel constructifs de l'activité : les situations d'action dynamiquement évoquées dans l'interaction et les demandes de clarification par questionnement

Etant dans une situation de simulation de l'activité réelle, les participants avaient besoin de sondes (Bisseret, Sebillothe, Falzon, 2007) c'est-à-dire d'aides au rappel de l'activité. L'usage de ces aides ont permis aux participants de préciser ou de clarifier une explication donnée « *pouvez-vous préciser ceci* » ou de justifier une critique au sens « *vous dites ceci mais je vois cela* » de telle façon que la représentation créée soit conforme à la réalité. Deux types d'aides ont été utilisés : l'introduction de situations d'action dynamiquement évoquées au cours des verbalisations de l'activité et des demandes de complément et de clarification des données formulées.

4.1.2.1. Introduction de situations d'action dynamiquement évoquées dans l'interaction au cours de la phase de construction du processus

Contrairement aux situations de référence (Daniellou, 2004) qui sont utilisées pour recenser les formes de variabilité susceptibles d'apparaître dans le futur système et alimenteront la simulation de l'activité future, dans la méthodologie développée ici, l'utilisation des situations d'action ont été évoquées par l'ergonome en réaction aux dires des acteurs et ont été adaptées en fonction des besoins. Elles n'ont donc pas fait, au préalable, l'objet d'un recensement.

L'ergonome, par ses observations, a acquis une compréhension et une connaissance fine du travail, qui lui a permis de se créer un réservoir de situations d'actions évocables à la demande et qu'il va utiliser au cours de l'interaction de façon opportuniste. Les échanges entre les acteurs évoquent chez l'ergonome des situations du réel, tirées de ses observations de la situation à construire ou de situations parentes : le réel réagit via l'ergonome. Par cette interaction, les acteurs s'engagent dans un dialogue avec la situation, médiée par l'ergonome. Au travers de cette interaction dynamique, un processus de rappel constructif se met en place :

- l'ergonome évoque des situations d'action pertinentes au regard de la situation à construction et/ou à concevoir, qui stimulent le questionnement des acteurs, favorisent la compréhension collective de l'activité réelle et concourent à la structuration des solutions futures efficaces ;
- les participants par les explications et/ou les solutions générées appellent l'ergonome à évoquer si nécessaire de nouvelles situations d'action.

Dans la phase de description du processus organisationnel réel par les acteurs « utilisateurs-concepteur », les situations d'action ont été essentiellement utilisées par l'ergonome pour alimenter le processus de simulation. Si la description de l'activité de travail s'écartait du travail réel (observé) ou ne prenait pas en compte la diversité des pratiques, l'ergonome introduisait dynamiquement une situation d'action qui par son contenu mettait en lumière l'écart constaté ou la pluralité des logiques. Par exemple, lors de la description de la consultation chirurgicale, le chirurgien explique qu'il fixe la date de l'intervention avec le patient et l'inscrit sur la fiche d'hospitalisation. Les observations ont montré qu'en fonction du chirurgien d'une même équipe le mode opératoire variait et qu'il existait un circuit différent entre les équipes de Ranguel et Purpan. L'intervention de l'ergonome s'est faite sous la forme suivante d'une description de situation observée : « *J'ai observé que ...* ».

L'exemple de la fiche d'hospitalisation :

Dans les observations menées dans les services de consultations chirurgicales de Ranguel et de Purpan nous avons pu constater que seule la consultation chirurgicale de Purpan crée une fiche d'hospitalisation papier. La consultation de Ranguel complète directement le logiciel de programmation des blocs opératoires et adresse simultanément le patient à l'infirmière d'anesthésie pour une consultation en suivant avec le dossier patient papier.

Ergonome : Sur la préparation du dossier à Ranguel pour la consultation d'anesthésie comment ça se passe ?

ConsulRanguel : Le dossier c'est pareil. Les antécédents du patient sont dedans. Il y a les mêmes documents proposés à l'anesthésiste.

Ergonome : J'ai remarqué que pendant la consultation de chirurgie à Ranguel il n'y avait pas de fiche d'hospitalisation faite

ConsulRanguel : Oui c'est ça, on n'en fait pas à Ranguel

Ergonome: et comment l'anesthésiste sait le type de chirurgie ?

ConsulRanguel : On met un petit post-it sur le dossier avec le nom du chirurgien, le type de chirurgie toutes les indications et on remplit le logiciel simultanément

ConsultPurpan : Nous c'est notre trait d'union de la consultation au bloc opératoire

ConsulRanguel : Mais parce que votre consultation est décalé dans le temps. Nous elle est dans le même temps.

Ergonome : J'ai observé que les patients ne sont pas tous vus par l'anesthésiste en suivant, il y en a qui prennent rendez-vous

ConsulRanguel : Quand la chirurgie est vraiment à distance

ConsultPurpan : Et il n'y a quand même pas de fiche d'hospitalisation, vous mettez votre post-it

ChirRanguel : Mais il est enregistré en même temps, le malade. On met la date, le type d'intervention

ConsulPurpan : Mais il faut que ce soit hyper précis

ChirRanguel : Mais on le fait devant lui. Si on change d'avis il faut avertir le patient.

Par l'utilisation de situations d'action dynamiquement évoquées, l'ergonome repositionnait le réel de l'activité comme objet d'analyse pour mettre à jour les différentes manières de faire entre les membres d'un même métier ou encore les différentes logiques développées par les équipes. L'objectif visait à soutenir une réflexion outillée sur l'action c'est-à-dire que l'activité réelle devait être l'objet de l'analyse des acteurs et non une activité « fabulée ou désirée » et favoriser l'émergence d'une représentation du processus global la plus proche de la réalité. Elles ont suscité chez les acteurs individuellement et collectivement l'analyse du problème posé par l'écart entre ce que les acteurs avaient construit et les situations factuelles que l'ergonome énonçait. Dans ce cas les arguments employés relevaient en majorité de la description des procédures et des modes opératoires. Ils étaient énoncés oralement, partagés par le groupe et discutés collectivement.

4.1.2.2. *L'introduction de demandes de complément et de clarification des données*

Ces types de demandes sont faits par l'ergonome essentiellement sous forme de questions. L'objectif visé était de pointer des éléments précis de l'activité qui n'avaient pas été mentionnés par l'intervenant (des pans de l'activité non visités) et de clarifier ou compléter les données formulées.

Le contrôle du dossier patient dans l'unité de chirurgie ambulatoire

CdACA : Moi je suis le lien entre la consultation de traumatologie, la consultation d'anesthésie, le secrétariat d'ambu et le bloc. Je dois avoir une visibilité à 4 semaines.... Je regarde la programmation, l'occupation des lits et le dossier patient. Moi j'ai mon regard sur le dossier patient qui doit être conforme et de qualité.

Ergonome : Vous pouvez définir conforme et de qualité svp, ce que vous entendez par conforme et de qualité.

CdACA : Un dossier patient qui va être initié, où l'on va retrouver la fiche d'hospitalisation remplie par le chirurgien, la consultation d'anesthésie si on en a eu besoin, la prémédication, les autorisations de soin pour les mineurs ou les adultes handicapés, la personne de confiance mais ça on peut le rattraper mais surtout la traçabilité des informations données au patient qui émane de la chirurgie mais finalisée par la consultation d'anesthésie. Moi avec un dossier comme ça je l'ouvre et je sais avec cette conformité là où j'en suis et l'information que le patient a reçue en amont. Il nous arrive d'avoir des dossiers où on ne sait pas si le patient a reçu les informations sur les critères de l'ambulatoire et on sait qu'il va falloir rectifier la chose.

4.2. Analyser collectivement l'existant et décider des objectifs à atteindre

Après avoir construit une représentation collective du processus de chirurgie ambulatoire réel, il a été prévu de demander aux participants de l'analyser collectivement en précisant pour chaque proposition d'expliquer :

- Pourquoi cette étape a-t-elle été choisie ?
- Qu'est-ce qu'il semble ne pas marcher ?
- Quelles sont les conséquences pour le patient et/ou les soignants au regard des critères : efficacité, sécurité, confort, économie ?
- Que doit-on changer ?

Chaque proposition devait être sujette à débat par l'ensemble du groupe.

Il s'avère que cette étape de la méthodologie ne s'est pas déroulée comme prévue initialement. La construction du processus et son analyse se sont en pratique faites conjointement. Les verbalisations simultanées des participants et les aides aux rappels suscitées par l'ergonome ont contribué simultanément à construire les différentes étapes du processus réel et l'analyse de ce qui marche, ce qui ne marche pas et de ce qui manque. Ce point sera développé plus précisément dans le chapitre 7.

Compte tenu de l'évolution de la méthodologie, lors de chaque réunion les points d'analyse ont fait l'objet d'un relevé précis par l'équipe d'animation, associé aux propositions d'améliorations qui avaient pu être formulées au cours des débats. Une double analyse a été faite par le groupe d'animation pour être le plus impartial possible et éviter toutes interprétations de sa part : les verbatim ont été enregistrés et retranscrits par l'ergonome, des notes ont été prises au cours des réunions par la coanimatrice puis les données ont été croisées pour être classées par thèmes. Trois thèmes ont pu être identifiés : rendre le patient plus actif, l'information donnée au patient, gagner du temps.

Le contenu des points relevés par le groupe ainsi que les propositions faites leur ont été présentés pour validation et discussion. Chaque point présenté avait été systématiquement illustré par plusieurs verbatims. Sur les trois thèmes proposés seul un thème a été retenu par le groupe « gagner du temps » qui a été précisé par « gagner du temps ou ne pas en perdre ».

4.3. Concevoir collectivement des solutions de l'activité future

Après le choix du groupe, il a été choisi de diviser le groupe de travail en plusieurs sous-groupes. Il leur a été demandé à chacun de travailler autour de l'objectif commun retenu « gagner du temps ou ne pas en perdre » pour développer une organisation permettant de répondre aux objectifs d'évolution du taux de chirurgie ambulatoire et à des conditions de travail adaptées et satisfaisantes pour les professionnels et les patients (objectif initial posé dès la première réunion).

4.3.1. Favoriser l'émergence de solutions multiples : la recherche de solutions en sous-groupes

Trois sous-groupes ont été constitués, de cinq personnes. Le groupe d'animation a choisi leur constitution et y a intégré (dans la mesure du possible) un représentant de chaque fonction, constitution qui paraissait plus favorable à l'émergence de solutions développant l'activité collective conjointe.

Pour chaque sous-groupe, les mêmes consignes ont été données :

- chaque groupe devait identifier avec un post-it l'étape modifiée sur le processus de chirurgie ambulatoire construit (frise papier) ;
- les solutions envisagées devaient être synthétisées et écrites sur un paperboard ;
- les solutions apportées devaient être expliquées et le choix justifié ;
- toutes les solutions devaient être présentées oralement.

Les paperboards ont été affichés pour permettre une vision commune des solutions envisagées.

Cette configuration a été choisie car elle permettait :

- de multiplier les interactions entre les membres. Le fait que le groupe soit plus petit permettait à chacun une possibilité de parole plus importante et favorisait la participation de tous à concevoir les nouvelles règles de l'organisation ;
- de responsabiliser dans chaque sous-groupe le représentant de chaque fonction, reconnu comme expert par les autres et porteur des règles et des besoins de sa fonction ;
- de formaliser de nouvelles règles en commun nécessitant pour les participants de coopérer dans l'action dans une configuration similaire au processus ambulatoire ;
- de recueillir une pluralité de solutions issues des interactions et des débats développés par la singularité et la spécificité de chaque sous-groupe.

4.3.2. Le rôle de l'argumentation dans l'activité de conception

Plusieurs études ont montré que l'expression d'arguments favorisait l'assimilation d'une nouvelle information transmise par un co-équipier ou la prise en compte d'un avis divergent au sein de l'équipe (Darses, 2006, 2009 ; Karsenty, 2000 ; Karsenty & Brézillon, 1995).

L'argument est défini comme « *une justification émise en fonction d'un contexte donné* » (Darses 2009, p. 52).

Selon Karsenty (2000), l'explication, et plus précisément, l'expression du besoin d'explication et sa satisfaction, contribuent à l'enrichissement d'une représentation partagée du problème. Le processus explicatif permettrait de supprimer le conflit induit par les propositions ou les jugements divergents des membres de l'équipe (Karsenty & Brézillon, 1995). L'explication permettrait ainsi de réviser la représentation de chaque membre et, par la construction d'un contexte de connaissances mutuellement acceptables, d'enrichir la représentation commune du problème.

L'analyse de dialogues lors de la résolution d'un problème de conception a permis de montrer que l'explication représentait un tiers des actes de langage (Karsenty, 2000). Dans cette étude, les explications étaient particulièrement requises lorsque des informations nouvelles et/ou contradictoires étaient exprimées par les co-équipiers, c'est-à-dire lorsque les nouvelles informations étaient incohérentes par rapport aux attentes. L'auteur montre que les explications de désaccord permettent de redéfinir le problème par l'introduction de nouvelles perspectives.

Dans notre méthodologie, l'argumentation a été utilisée essentiellement dans l'étape de formalisation de solutions de l'activité future, bien que l'utilisation des situations d'actions dynamiquement évoquées ait entraîné l'utilisation par les participants d'arguments décrivant les procédures et les modes opératoires. Dans la conception de nouvelles façons de faire, l'argumentation revêt un autre sens dans la mesure où elle va servir à expliquer le pourquoi sous-jacent à l'action.

Toutes les solutions soumises à l'ensemble du groupe devaient être argumentées :

- quelle séquence du processus avons-nous modifié ? Chaque groupe identifié l'étape modifiée en collant un post-it de couleur sur la frise papier « processus chirurgie ambulatoire » (chaque groupe ayant sa couleur).
- Pourquoi avons-nous choisi cette séquence ?
- Quel est le changement apporté ?
- Comment le changement doit-il se mettre en place ?
- En quoi cela va-t-il améliorer le travail ?

- L'objectif commun a-t-il été atteint ?

Les solutions et les arguments présentés ont été discutés collectivement et mis en débat. Ils ont été un moyen de comprendre le problème, d'analyser l'espace de conception, de construire des hypothèses communes, de développer un processus de confrontation de points de vue et de délibération aboutissant à la prise de décision (Darses, 2006).

5. Validation des données

Toutes les données formelles sur lesquelles nous appuierons notre argumentation ont fait l'objet d'une validation. Les comptes rendus de réunions, qu'ils aient été rédigés par les ergonomes ou par d'autres acteurs de l'entreprise, ont été validés par les participants. Plus précisément, les comptes rendus de réunions (de groupe de travail ou de comité de pilotage) rédigés par les ergonomes ont, à chaque fois, été modifiés et approuvés par les personnes concernées avant toute mise en circulation dans l'entreprise. Les comptes rendus d'observations et d'entretiens effectués par l'ergonome ont eux aussi été soumis à modification et approbation par les intéressés. Enfin, les données portant sur la méthodologie d'implantation et les composantes de l'intervention ont été soumises à une validation par la directrice de la stratégie et/ou par les acteurs de l'entreprise (conventions d'intervention ou comptes rendus de réunions).

Cette étape de validation par les acteurs de l'intervention semble essentielle à la valeur des données utilisées pour la recherche sur la pratique. Elle constitue une première étape du processus de mise à l'épreuve du modèle scientifique, avant la mise en débat dans la communauté de chercheurs.

Troisième partie : partie
empirique

Chapitre 6 : Analyse de l'activité et diagnostic

L'objectif de ce chapitre est d'établir un diagnostic de l'organisation de chirurgie ambulatoire. L'activité du travail sera analysée au regard des contradictions, des difficultés, des obstacles rencontrés par les professionnels de soin ainsi que les patients pour développer une organisation de travail qui permette de réaliser un « travail bien fait ».

Il s'agira d'identifier et mettre à jour les ressources et les facteurs de conversion en présence, aussi bien ceux qui entravent un usage efficace et efficient des ressources que ceux qui autorisent leur mobilisation pour parvenir à valoriser et à réaliser une organisation permettant d'atteindre la qualité souhaitée. Les méthodes déployées ont été présentées au chapitre cinq.

1. Des représentations différentes d'une situation commune

1.1. La chirurgie ambulatoire : un débat autour de la notion de « pour ou contre »

1.1.1. Le point de vue des patients

Les 30 patients interrogés répartis dans cinq spécialités chirurgicales (ORL, Orthopédie/traumatologie, Ophtalmologie, digestif et vasculaire) se disent satisfaits du mode de prise en charge ambulatoire quel que soit l'acte chirurgical pratiqué.

“Tout s'est parfaitement passé, c'était bien organisé”

“Le personnel a été formidable, à l'écoute”

“Une bonne prise en charge, je n'ai pas eu mal”.

Lors du premier entretien réalisé après la consultation anesthésiste, ils précisent qu'ils ont quelques interrogations sur l'adéquation entre la rapidité de l'acte à réaliser et la crainte d'une prise en charge « bâclée ».

« C'est mieux car ça dure moins longtemps mais on peut penser des trucs bizarres : une impression de plus pressé, que l'on vous met dehors »

Ils expriment leur inquiétude sur le déroulé de la journée.

*« Je ne sais pas encore comment je vais m'organiser : qui va m'amener, qui va venir me chercher »
« J'espère que je vais pouvoir sortir le soir »
« S'il y a un problème ils m'ont dit que je pourrais rester »*

Une patiente fait remarquer que le terme ambulatoire est un peu « effrayant » :

« Ça veut dire qu'on est baladé partout ».

Malgré ces remarques, ils adhèrent et font confiance à la décision du chirurgien. Dans la plus part des cas, cette remarque a été faite lors du premier entretien avec le patient (avant l'acte en ambulatoire) et semble étroitement liée à la méconnaissance du déroulement de la journée. Lors du second entretien (l'acte réalisé en ambulatoire) les patients expriment leur regret de ne pas avoir posé suffisamment de questions sur le déroulé de la journée qui les auraient rassurés. Ils précisent de plus qu'ils seraient prêts à accepter de nouveau ce mode d'hospitalisation et à le conseiller à leur entourage.

« C'était vraiment bien et c'est vraiment à recommander »

Ils remarquent cependant qu'aucune autre alternative d'hospitalisation ne leur a été proposée (ils font référence à une hospitalisation de nuit) mais aucun patient ne signale avoir demandé un autre type d'hospitalisation même si cela a pu engendrer des problèmes d'organisation qu'ils ont résolus ou non. Les exemples les plus souvent cités sont : être accompagné de quelqu'un la nuit après l'opération, ne pas conduire le jour même de l'intervention.

Il leur a été demandé les raisons de la non remise en cause de la décision du chirurgien dans le cas où la modalité ambulatoire a été source d'inconfort. Deux raisons principales sont énoncées :

- ce serait le signe d'un manque de confiance au chirurgien que de remettre en cause sa proposition ;
- exposer des problèmes personnels semble être déplacé dans la relation chirurgien-patient.

De façon ambivalente même si les patients s'interrogent sur la journée d'hospitalisation et la gestion de la sortie, les entretiens ont montré que l'acte chirurgical est en général dédramatisé parce que le chirurgien l'a proposé en ambulatoire.

« C'est rassurant si on ne vous garde qu'une journée »

Les patients assimilent le plus souvent les actes pratiqués en chirurgie ambulatoire comme des actes sans gravité et c'est d'ailleurs une des raisons qui a été énoncée justifiant l'acceptation du geste en ambulatoire. Mais ceci n'est pas sans conséquence en termes de sécurité. Le biais cognitif "*geste ambulatoire – geste sans risque*" est source chez certains patients de comportements à risque en sortie d'hospitalisation. Par exemple le geste perçu comme anodin et non dangereux peut provoquer la non observance par le patient des consignes de prudence de sortie (ne pas rentrer seul, être accompagné le soir, se reposer) essentielles à sa sécurité.

« Tout allait bien donc j'ai envoyé tout le monde chez lui et je suis resté seul cette nuit »

Ces comportements à risque semblent également liés à la méconnaissance par le patient des risques postopératoires. Sur les 30 patients interrogés, seul un tiers a été capable de donner le nom de l'intervention, d'énoncer les risques potentiels qu'ils auraient pu avoir à gérer à domicile et l'attitude à tenir en cas de complications (appel du numéro spécial chirurgie ambulatoire permettant la mise en relation avec un médecin référent CHU...). Ces informations au cours du processus ambulatoire ont été données à de multiples reprises par diverses personnes (consultation anesthésique, appel de la veille, aptitude à la rue...).

Ces constats amènent à plusieurs interrogations :

- les patients sont-ils dans une phase de déni qui constitue une stratégie défensive visant à éviter l'anxiété provoquée par le retour à domicile en dehors d'un environnement de soin ?

« Il n'y aura pas de problème, l'intervention est simple ça devrait aller »

- L'information donnée est-elle suffisamment claire, adaptée et explicite pour lui permettre une compréhension des risques et une prise de conscience des conséquences sur sa sécurité ? Par exemple lors de séquences d'observation dans les unités d'ambulatoire, l'infirmière a donné les consignes de sécurité au patient avant son départ en énonçant les risques et la conduite à tenir. Elle n'a pas abordé avec lui les dangers potentiels qu'il encourait s'il ne respectait pas les consignes. Elle a expliqué son choix dans le verbatim ci-après.

« On ne peut pas trop insister. Il faut lui dire mais il faut faire attention de ne pas non plus trop les affoler. Puis il y a sûrement des choses que le médecin lui a déjà dites »

- Le système d'information est-il construit sur une vision partagée de l'organisation du travail entre les professionnels : qui donne l'information ? Quel type d'information est donné ? A quelle étape du processus ambulatoire ? Qui vérifie la compréhension de l'information par le patient ? Comment s'assurera-t-on de la cohérence de l'information donnée entre les acteurs ? Comment les acteurs se sont-ils coordonnés autour de l'information donnée au patient ?...

Le retour à domicile est également peu appréhendé. L'intervention est perçue par les patients comme simple et ressentie comme « légère ». Ils précisent qu'ils pourraient remettre en cause ce mode d'hospitalisation pour des actes jugés plus « lourds ».

« Il n'y aura pas de problème, l'intervention est simple ça devrait aller »

En faisant préciser les notions par les patients de « chirurgie légère et lourde », ils s'appuient sur deux types de référence :

- la comparaison avec un épisode de soins antérieurs

« La dernière fois ça s'est bien passé alors que c'était plus compliqué que cette fois-ci »

- l'expérience de leur entourage

« Mon ami avait la même chose que moi et il l'a fait en ambulatoire »

Ainsi les patients au fur et à mesure des épisodes de soin vécus se construisent des situations de référence par les expériences de soins qu'ils comparent, qu'ils enrichissent des expériences des autres et qui pourraient être pour eux une norme de soin acceptable.

« Si je devais de nouveau me faire opérer et que ce n'est pas trop compliqué j'accepterais une hospitalisation en ambulatoire »

1.1.2. Le point de vue des professionnels

Alors que la balance bénéfice/risque semble indiquer un bénéfice accru et un risque minimisé pour les patients, en revanche les professionnels de santé²⁹ expriment un point de vue différent et parfois même antagoniste. Trois thèmes ont été abordés : le patient, l'acte et l'organisation.

Lors des entretiens, les professionnels interrogés soulèvent principalement le risque accru et les inconvénients de la gestion déléguée aux patients de la surveillance post-opératoire. Ils expliquent que ce transfert de tâches, de l'équipe médicale vers le patient sans transfert de compétences, se fait au détriment de la sécurité et de la qualité des soins.

« Il part chez lui et on le laisse gérer seul son stress et sa sécurité »
« En quelque sorte c'est un peu une opération en kit »

La brièveté de la prise en charge ambulatoire apparaît également comme un frein à la construction d'une relation de confiance avec le patient et d'un soutien psychologique suffisant qui apparaît comme essentiel pour une bonne acceptation et tolérance de l'acte chirurgical.

« Ils se retrouvent seul face à eux même, à assumer leur propre stress »
« La base du problème c'est que pour donner du temps il faut prendre du temps et en ambulatoire on n'en a pas ».

²⁹ Dans ce paragraphe les entretiens menés avec le personnel des unités de chirurgie ambulatoire n'ont pas été retenus volontairement. Leur connaissance de cette modalité de prise en charge, le contact direct avec les patients et les expériences de soin vécus ont montré au travers des réponses une maturité de compréhension de l'organisation et des bénéfices attendus totalement en décalage avec les autres professionnels

Lors d'un entretien, un chirurgien relate un litige qu'il a eu avec une patiente. Il explique la pathologie pour laquelle il l'a vue en consultation et opérée en précisant qu'il avait au préalable expliqué les complications post-opératoires qui pouvaient être liées à cette intervention et qui semblent assez fréquentes (soit plus de 25% des cas traités dans les cinq jours suivant l'opération quel que soit le mode d'hospitalisation). Il indique n'avoir recours que très rarement à la chirurgie ambulatoire mais que dans ce cas précis la patiente le lui avait demandé et que les critères d'éligibilité étaient conformes. L'opération s'est effectuée sous la modalité ambulatoire sans complications et la patiente est sortie le jour même. Lors de la consultation de contrôle il précise qu'elle a présenté les complications mentionnées 4 jours après l'intervention. Elle s'est plainte de souffrir et d'être gênée dans les actes de la vie quotidienne qui sollicitent la zone opérée.

Au jour de l'entretien, le chirurgien mentionne que la patiente a porté plainte et que le règlement du litige est en cours, aucun compromis n'ayant pu être trouvé. Pour lui, l'attitude de la patiente de rejet et d'animosité est intimement lié au fait qu'elle a été prise en charge en ambulatoire. Il reconnaît qu'il est probable que les complications seraient apparues en hospitalisation traditionnelle mais que la gestion de la patiente aurait été très différente car l'acte est mieux toléré et mieux appréhendé par les patients, et les conditions pour créer une relation de confiance sont plus adaptées.

Au regard de ces données le mode d'hospitalisation ne semble pas avoir d'impact avec les complications qui sont la cause du litige entre le chirurgien et la patiente. L'analyse de ce cas illustre la difficulté de représentation du concept chirurgical ambulatoire par les praticiens.

De plus la vision - très erronée - d'un patient insatisfait est prédominante dans les entretiens. Comme le confort du patient qui apparaît diminué avec une vision du patient non demandeur de cette prise en charge.

« Le confort du patient c'est d'être à l'hôpital encadré du personnel soignant »

Le taux faible de chirurgie ambulatoire est justifié par les professionnels (médicaux et paramédicaux) par la typologie des patients recrutée à l'hôpital. Au regard des patients soignés dans l'établissement cette prise en charge apparaît comme incompatible autant médicalement, socialement que chirurgicalement. Les actes chirurgicaux développés en

ambulatoire apparaissent comme des actes relevant d'une chirurgie mineure adaptée à des « patients sains ».

“On voit ce que les autres ne veulent pas voir, les complications”

“Ils ne peuvent pas se prendre en charge”

“Ils sont trop âgés, pas autonomes, avec un entourage socio-familial insuffisant”

Ainsi pour certains la question même du développement de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital se pose.

“On est là pour faire du lourd, ça les intéresse moins de faire des petits cas”

Il existe un très fort décalage entre les points de vue des patients et des professionnels. Ces différences amènent à penser qu'il existe un sérieux malentendu ou une sérieuse difficulté à se rencontrer et à s'entendre entre soignant et patient mais aussi entre soignants autour du concept ambulatoire. Entre un patient totalement satisfait mais parfois vecteur d'insécurité et un soignant qui surestime le risque et la peur de “passer à côté” d'une complication, il paraît nécessaire de construire un compromis en s'appuyant sur d'autres manières de raisonner, de décider et d'agir que le modèle de soin traditionnel.

1.2. Au-delà des critères : qu'est-ce qu'un patient éligible ?

Le premier élément qui permet le déclenchement du processus de chirurgie ambulatoire est le choix du chirurgien de rendre éligible ou non un patient à la chirurgie ambulatoire. Cela signifie que le chirurgien analyse au cas par cas la balance bénéfice/risque pour le patient suivant des critères d'éligibilité. Les entretiens et les observations en consultation chirurgicale ont relevé une variabilité de ces critères d'éligibilité par chirurgiens. Chacun arbitre la décision d'opérer en chirurgie ambulatoire en fonction des critères chirurgicaux, médicaux, sociaux et environnementaux qu'il aura sélectionnés.

Au travers de la résolution de cas fictifs cette partie vise à caractériser le processus de décision thérapeutique mis en œuvre par des chirurgiens orthopédiques. L'expérimentation soutenue par la simulation de problèmes fictifs (voir chapitre 5, §3) a cherché à comprendre :

- les critères de décisions retenus pour l'ambulatoire,
- les variabilités des décisions et ses causes.

Les réponses de 13 chirurgiens orthopédiques ont été retenues, un chirurgien n'ayant pas pu finir l'analyse des cas par manque de temps. Les chirurgiens avaient des qualifications professionnelles différentes (une expérience et une ancienneté différentes dans le métier) : quatre internes, quatre chefs de cliniques, deux praticiens hospitaliers, trois professeurs. Les sujets interrogés étaient répartis dans les équipes de Purpan et de Rangueil.

Le graphique ci-dessous (figure 17) présente les décisions thérapeutiques pour chaque cas. Quatre types de décisions ont été proposées : le patient peut être opéré en chirurgie ambulatoire (Ambulatoire), le patient peut être opéré en chirurgie ambulatoire mais des conditions chirurgicales ont été posées (Ambulatoire avec condition chirurgicale), le patient ne peut pas être opéré en chirurgie ambulatoire (Non ambulatoire), le patient n'est pas opéré (Non opéré).

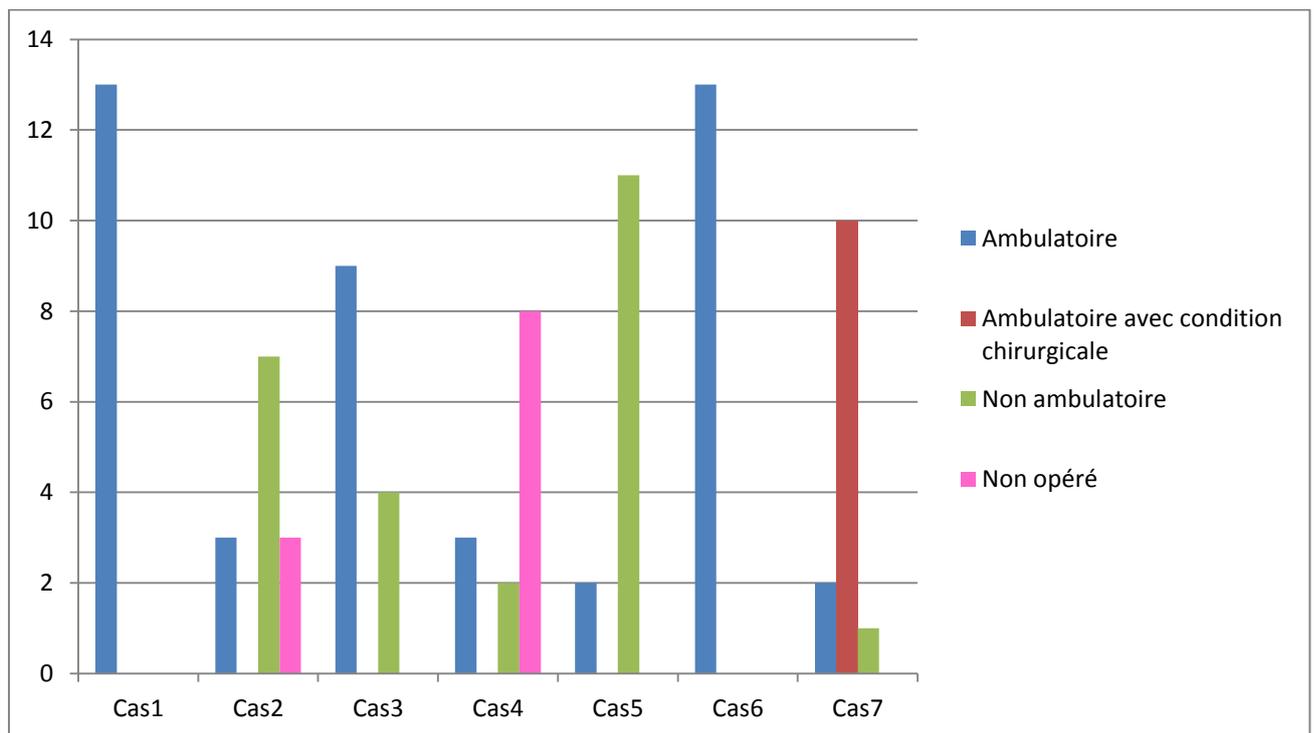


Figure 17 : Les décisions chirurgicales en fonction des cas fictifs proposés

La décision « Ambulatoire avec condition chirurgicale » est spécifique au cas sept. Elle signifie que la décision d'opérer a été prise sous la modalité ambulatoire mais que le souhait

de la patiente de se faire opérer des deux canaux carpiens en même temps a été refusé. Dans ce cas la proposition faite a été : opération des canaux carpiens l'un après l'autre. De plus la réponse « non ambulatoire » dans ce même cas a été associée également à un refus d'une opération double des canaux carpiens.

L'analyse des réponses par chirurgiens et par cas (tableau 8) met en évidence 11 enchainements de réponses différentes. Seuls les chirurgiens 1 et 12 puis 2 et 9 ont proposé, à l'analyse des sept cas, une attitude thérapeutique identique.

	chi 1	chi 2	chi 3	chi 4	chi 5	chi 6	chi 7	chi 8	chi 9	chi 10	chi 11	chi 12	chi 13
Cas1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Cas2	NA	A	NA	NO	NA	A	NA	NA	A	NO	NA	NA	NO
Cas3	A	A	A	NA	A	NA	NA	A	A	A	A	A	NA
Cas4	NO	NO	A	NO	A	NO	A	NO	NO	NO	NA	NO	NA
Cas5	NA	NA	NA	NA	A	NA	NA	NA	NA	A	NA	NA	NA
Cas6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Cas7	ACC	ACC	ACC	A	A	ACC	ACC	ACC	ACC	ACC	ACC	ACC	NA

Tableau 8 : Ensemble des réponses des chirurgiens par cas fictifs ; Légende : A - Ambulatoire, NA - Non Ambulatoire, NO - Non Opéré, ACC - Ambulatoire sous Condition Chirurgicale, CH - Chirurgien

Sur les sept cas proposés seulement deux cas (cas un et cas six) ont recueilli des réponses similaires pour l'ensemble des chirurgiens. Il est à remarquer que pour le cas six (cas de référence) tous les chirurgiens ont choisi la modalité ambulatoire, cas retenu pour tester l'attitude positive des chirurgiens au concept ambulatoire. En dehors des cas deux et quatre, tous les chirurgiens ont fait le choix d'opérer les patients mais ont choisi des modalités d'hospitalisation différentes.

1.2.1. Caractéristiques générales des raisonnements observés.

Classiquement le but du diagnostic est de localiser la cause d'un dysfonctionnement actuel ou potentiel afin de le corriger ou de la prévenir. D'après Hoc (1990) ce but général implique trois invariants remarquables :

1. Le diagnostic apparaît comme finalisé par une décision d'action. Tous les cas ont été traités par les chirurgiens et les résultats sont : j'opère ou je n'opère pas. Il aurait été

possible de rencontrer le cas « *je ne souhaite pas m'occuper de ce patient* ». Par exemple dans le cas deux, qui a fait l'objet de la plus importante disparité de réponses, quand l'option « *je n'opère pas* » a été prise une solution alternative a été proposée « *je revois la patiente un peu plus tard, pour lui laisser le temps de la réflexion et rediscuter de son intervention* ».

2. L'action consiste à déstructurer l'environnement de façon favorable au but plus général de maintien des fonctions vitales du patient : chaque chirurgien a combiné de façon individuelle les données des cas fictifs et a apprécié la décision à prendre. Pour cinq cas sur sept, les décisions proposées sont réparties dans des typologies d'actions différentes. Chaque chirurgien a arbitré les données fournies pour apprécier comment rendre plus favorable l'état général du patient.
3. L'élaboration de la décision implique un processus de compréhension : les données sont extraites et analysées au travers de la clinique et pour aboutir à un diagnostic médical et une décision thérapeutique

La prise en compte de ces invariants amène à identifier trois classes de buts : ceux liés à l'activité de compréhension des critères chirurgicaux et des critères sociaux et ceux liés à la décision d'action.

1.2.1.1. La compréhension des critères chirurgicaux : la mise en évidence d'un collectif métier

Pour la totalité des cas tous les chirurgiens ont posé un diagnostic chirurgical identique même si la décision thérapeutique et la modalité d'hospitalisation choisies ont pu être différentes. Pour chacun, les données sémiologiques et l'examen clinique proposés ont été interprétés de la même façon.

Une logique d'élaboration du processus de compréhension s'est opérée. Les chirurgiens ont extraits pour chaque cas des données qui avaient pour objectif d'accumuler des informations permettant la reconnaissance d'une pathologie et leur analyse. En fonction des chirurgiens, les cas sont lus ou non à haute voix. Dans les récits, des arrêts de lecture interviennent et des morceaux de phrases sont répétés ou des phrases d'interprétation des données sont proposées spontanément au cours de la lecture.

Répétitions de phrases :

Cas 1 : « *Plaque un peu saillante dans sa partie distale* » ;

Cas 2 : « *C'est un hallux valgus qui a l'air simple* » ;

Cas 5 : « *On note la présence d'un ostéome modéré engainant la partie proximale du clou qu'il conviendra de réséquer* »

Phrases d'interprétation :

Cas 1 : « *Le chirurgien est content la radio du patient va bien* » ;

Cas 4 : « *Il va falloir lui arrêter le plavix et le surveiller* ».

Par exemple pour le cas un, la tâche de diagnostic a consisté à identifier la structure pathologique qui est la source des symptômes du sujet. Les chirurgiens se sont appuyés sur les éléments décrits, le résultat de l'opération antérieure avec une confirmation radiologique mais également ont fait référence aux cas antérieurs déjà rencontrés en ce qui concerne la durée de l'intervention, les complications, les suites postopératoires ou encore les demandes des patients.

Le but du raisonnement diagnostique a consisté à activer une catégorie préalablement stockée en mémoire (des cas déjà rencontrés, des connaissances théoriques, la pratique du service...) et à intégrer autour de cette structure les divers éléments perçus ou inférés à partir des données de la situation.

« Plaque un peu saillante dans sa partie distale : on enlève très souvent le matériel d'ostéosynthèse au niveau des chevilles car il est sous la peau et ça gêne les gens. Ils sont demandeurs autant il y a plein d'AOS où ils ne sont pas demandeurs autant pour celui-là ils sont demandeurs. Ils sont motivés en général. »

« Et bien c'est une simple ablation de matériel d'ostéosynthèse sur un malade qui n'a pas de complications particulières. Il n'y a aucun geste supplémentaire à faire donc après ce type de chirurgie on peut marcher assez vite. L'anesthésie n'est pas longue, ni le geste chirurgical. »

« L'ablation de la plaque avec les 5 vis sur une fracture consolidée peut passer tout à fait en chirurgie ambulatoire et d'un point de vue chirurgical ça ne me choquerait pas ni pour la prise en charge chirurgicale ni pour les suites postopératoires. »

Tous les récits des chirurgiens quels que soient les cas ont commencé par une présentation des informations concernant les critères chirurgicaux, éléments liés à leur cœur de métier. Les chirurgiens sont cohérents entre eux quant à l'éligibilité chirurgicale et les arguments énoncés pour chacun lors des traitements des cas fictifs mettent en évidence l'existence de règles de métiers qui orientent les arbitrages faits.

1.2.1.2. La compréhension des critères sociaux : une interprétation personnelle

Suite à l'analyse des critères chirurgicaux, les chirurgiens se sont intéressés dans un second temps aux critères sociaux des patients. Ils ont prélevé dans les cas fictifs les données sociales et en ont fait une analyse leur permettant la reconnaissance du contexte social du patient au regard de sa pathologie.

Pour illustrer ce paragraphe les réponses des chirurgiens du cas deux vont être utilisées. Pour mémoire, le contenu du cas deux est rappelé :

« Une femme de 70 ans, un peu apeurée de se trouver en consultation, répète de façon assez automatique qu'elle n'en peut plus avec son pied gauche. Il est difficile de lui faire expliquer sa gêne, ses douleurs, sa perte d'autonomie. A ce propos elle explique la grande chance de sa sœur avec qui elle vit, qui elle, ne souffre de rien pourtant son ainée de 12 ans. Ayant laissé passer cette logorrhée plaintive et confuse, on l'invite à se déchausser ce qu'elle parvient à faire avec quelques difficultés. Il apparaît un hallux valgus que l'on avait deviné sous la chaussure. La déformation nette associant l'exostose et la déviation classique ne perturbe pas le second orteil qui est rectiligne, sans griffe et non dévié. Par ailleurs il n'y a pas non plus de griffes au niveau des autres orteils. Lorsqu'on l'examine allongée, on note un très léger épaissement cutané plantaire en regard de la tête du deuxième orteil. Interrogée elle dit ne pas avoir recours aux soins d'un podologue. Questionnée sur d'éventuelles métatarsalgies, elle n'en signale pas. Les douleurs siègent au niveau du premier rayon exclusivement. On lui fait une proposition de cure chirurgicale de son hallux valgus après avoir consulté les radiographies qui confirment la divergence entre le premier et le second métatarsien et l'absence de grande dégradation arthrosique de la métatarso phalangienne. Elle redevient ambivalente veut bien se faire opérer mais a peur d'avoir mal, se demande si ça va marcher, craint pour les pansements, l'infection surtout fréquente dans les hôpitaux, ne veut pas rester, mais a peur de rentrer rapidement à son domicile, ne sait pas si elles pourront s'en sortir s'il y a un problème. On l'interroge rapidement sur ses antécédents. Une légère hypertension facilement équilibrée, elle ne prend pas d'anticoagulant, pas de diabète, une discrète hypercholestérolémie. Elle n'a pas semble-t-il d'antécédents chirurgicaux. Ceci d'ailleurs lui fait exprimer à nouveau son inquiétude de « rester à l'hôpital ».

Dans ce cas tous les chirurgiens sont arrivés à la conclusion que la patiente a besoin d'une opération pour réduire son hallus valgus avec des critères chirurgicaux retenus similaires mais la proposition thérapeutique a été de trois types : opération en chirurgie ambulatoire, opération non en ambulatoire, pas d'opération. Cette diversité est essentiellement due à la compréhension du contexte social et environnemental de la patiente, de l'habitude de prise en charge de cette pathologie dans le service ainsi que du type de technique employée. Ces données ont fait l'objet d'interprétation par chirurgien (tableau 9).

	Critères sociaux	Critères Environnementaux	Habitude du service	Justification
Ch1	<ul style="list-style-type: none"> - Pas très coopérative d'un point de vue cognitif - Elle n'est pas orientée (elle répète de façon automatique, elle ne sait pas bien expliquer) 	<ul style="list-style-type: none"> - La personne référente qui va s'occuper d'elle la nuit, n'est peut-être pas suffisamment en forme pour la gérer 	<ul style="list-style-type: none"> - En plus je ne sais pas si l'hallus valgus ils ont l'habitude de les faire en ambulatoire pour la gestion de la douleur 	<p>Pas en ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour la rassurer la veille et le lendemain,
Ch2	<ul style="list-style-type: none"> - Quelqu'un qui est déjà assez anxieux (profil psychologique perturbé) - Un peu dépressive car elle se compare à sa sœur - 70ans - Sensation d'un lourd passé de douleurs chroniques... 			<p>Ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Vous ne restez pas à l'hôpital mais par ailleurs on s'assurera que vous n'avez pas mal. » - Mise en place d'une structure paramédicale infirmière pour l'accompagner à la maison la première nuit.
Ch3	<ul style="list-style-type: none"> - Elle est bête et elle a peur. - Elle est incapable de s'exprimer. - Elle est dépressive. - Elle n'est pas autonome. 			<p>Pas opéré :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « C'est quelqu'un qui rentrée chez elle le soir, après un hallux valgus... Un hallux valgus, ça fait très mal. Elle va normalement se plaindre, ne trouvera pas de médecin, sera désorientée à la maison et on aura beaucoup de mal après l'avoir fait sortir à 19h, pour la réhospitaliser à 10h. On va retrouver une famille inquiète, qui n'est pas au courant, qui va téléphoner toute la journée.
Ch4	<ul style="list-style-type: none"> - Elle est ambivalente. - Elle est un peu réticente 			<p>Pas opéré :</p> <ul style="list-style-type: none"> - propose un traitement fonctionnel
Ch5	<ul style="list-style-type: none"> - Elle parait ne pas tout bien comprendre, d'être un peu fatiguée. - Son niveau cognitif n'est pas extraordinaire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sa sœur 12ans son aînée, 82ans 		<p>Pas en ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suivi post-opératoire à domicile risque d'être un peu précaire -« Je n'ai pas de garantie derrière de suivi ».
Ch6		<ul style="list-style-type: none"> - La limite ça va être sa grande sœur qui a 12ans de plus 		<p>Ambulatoire :</p> <p>« Qu'elle vit avec sa grande sœur de 82ans c'est peut-être un petit peu limite en terme d'encadrement à la maison. Sur le plan purement chirurgical je ne crois pas qu'il y ait de grosse contre-indication à faire ça en chirurgie ambulatoire. Tout ce qui est douleur, c'est sûr que ça fait mal mais après si c'est bien calmé il n'y a pas de raison il faut bien les préparer avant ».</p>
Ch7	<ul style="list-style-type: none"> - Quelqu'un qui est stressé 	<ul style="list-style-type: none"> - Vit avec sa sœur qui a 82ans - Elle est pas forcément bien entourée pour répondre au problème si elle a mal la nuit 		<p>Non ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Je pense qu'il n'y a pas de bénéfice à le faire en ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation de 48h on ne sait pas ce qui peut se passer. Elle aura un bénéfice d'être hospitalisée 48h pour être rassurée s'il faut l'aider

	Critères sociaux	Critères Environnementaux	Habitude du service	Justification
				pendant 24h pour les gestes de la vie quotidienne, le temps qu'elle remarque un petit peu correctement, qu'elle puisse retrouver un peu d'autonomie ».
Ch8	<ul style="list-style-type: none"> - C'est une patiente qui est âgée, un peu isolée. - Elle est inquiète de rester à l'hôpital. 		<ul style="list-style-type: none"> - Jusqu'à présent, dans l'habitude du service ce sont des cas, là je parle de la pathologie sans parler de la patiente, que l'on fait en chirurgie traditionnelle d'au moins trois jours. Je dirais essentiellement pour un problème de gestion de douleur. 	<p>Non ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Chez ces patients un peu dépendant et inquiet c'est vrai que l'on s'orientera plus facilement vers une hospitalisation de tranquillisation, plus pour le patient que pour le chirurgien ».
Ch9	<ul style="list-style-type: none"> - Son âge n'est pas une contre-indication. - Elle n'a pas de lourds antécédents. - C'est une patiente de 70ans. - L'âge ne rentre pas en compte. - Elle est venue seule. - Elle est arrivée seule à la consultation, elle n'est pas entourée par quelqu'un. - Elle comprend très bien. - Ses plaintes sont très bien caractérisées même si elle hésite ce qui est normal. - Elle a de l'appréhension. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elle vit avec une sœur aînée donc elle est accompagnée. 		<p>Ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Je la mettrais en ambulatoire parce que l'acte chirurgical peut être fait en ambulatoire. Elle dit qu'elle est apeurée je pense que là il y a quelque chose à faire sur l'information de la malade ».
Ch10	<ul style="list-style-type: none"> - Elle n'est pas prête - A 70 ans ce n'est même pas une question d'ambulatoire - Elle a peur d'avoir mal - La dépression du sujet âgé 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est difficile de dire qu'une personne de 82ans peut prendre en charge une personne de 70ans qui va mal 		<p>Pas opéré :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Pour l'instant il ne faut pas l'opérer ».
Ch11	<ul style="list-style-type: none"> - Elle paraît anxieuse et inquiète 			<p>Pas en ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Je pense qu'en ambulatoire elle va nous rappeler ». - « C'est une personne à problème entre guillemets. Le fait de le faire en ambulatoire elle va se sentir un peu abandonnée ».
Ch12	<ul style="list-style-type: none"> - Elle est âgée. - Elle a l'air assez inquiète par rapport aux 	<ul style="list-style-type: none"> - Avec sa sœur mais qui est plus vieille. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vu la technique chirurgicale que l'on fait dans le service je 	<p>Pas en ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Si le patient n'est pas motivé ce n'est pas la peine de prendre des risques ».

	Critères sociaux	Critères Environnementaux	Habitude du service	Justification
	hôpitaux. - Elle a peur de rentrer rapidement à son domicile.		ne lui proposerai pas en chirurgie ambulatoire.	- « C'est assez lourd comme geste alors le fait de les hospitaliser ca rajoute un peu de prise de conscience à ce niveau-là. On ne rabote pas l'os et puis c'est fini ».
Ch13	- Elle a peur. - Elle ne sait pas ce qu'elle veut parce qu'elle se plaint. Elle est ambivalente.			Pas opéré : - « Là il ne faut surtout pas lui proposer en ambulatoire. Elle a besoin d'être entourée d'arriver la veille, d'être identifiée, d'identifiée son chirurgien, de savoir pourquoi elle vient ».

Tableau 9 : Justification d'une modalité d'hospitalisation en fonction des critères énoncés (problème 2)

Il peut être constaté (tableau 10) que l'ensemble des critères est utilisé et combiné de façon dissemblable pour justifier d'une modalité de prise en charge similaire et/ou différente c'est-à-dire que des arguments communs ont été utilisés pour des choix contradictoires. Chaque chirurgien les interprète en fonction d'éléments qui lui sont propres (formation, expérience, ancienneté...).

	Critères sociaux	Critères Environnementaux	Habitude du service	Choix thérapeutique
Ch1	oui	oui	oui	Pas en ambulatoire
Ch2	oui	non	non	Ambulatoire
Ch3	oui	non	non	Pas opéré
Ch4	oui	non	non	Pas opéré
Ch5	oui	oui	non	Pas en ambulatoire
Ch6	non	oui	non	Ambulatoire
Ch7	oui	oui	non	Pas en ambulatoire
Ch8	oui	non	oui	Pas en ambulatoire
Ch9	oui	oui	non	Ambulatoire
Ch10	oui	oui	non	Pas opéré
Ch 11	oui	non	non	Pas en ambulatoire
Ch12	oui	oui	oui	Pas en ambulatoire
Ch13	oui	non	non	Pas opéré

Tableau 10 : Combinaison des critères par chirurgien pour un choix thérapeutique

Les données prélevées par chacun et l'interprétation faite leur ont permis de catégoriser les patients. Par exemple dans le cas deux, la patiente a été jugée comme dépressive (terme non présent dans le texte) parce qu'elle se compare à sa sœur qui ne souffre pas ; elle signale qu'elle « *n'en peut plus avec son pied gauche* » ce qui a été assimilé à un lourd passé de douleurs chroniques ; elle a été jugée comme non orientée car elle se répète de façon automatique et ne sait pas bien s'expliquer... Dans le cas cinq, la description « *un quadragénaire, responsable d'entreprise et professionnellement très actif, a été victime d'un polytraumatisme deux ans auparavant. [...] Ce patient est un homme pressé, qui souhaite retrouver son activité professionnelle très rapidement, vous indique être très favorable à une prise en charge en ambulatoire* » a suscité une attitude de méfiance chez le chirurgien qui a estimé que le caractère actif du patient était signe d'un patient non compliant.

L'éligibilité sociale est arbitrée selon une compréhension individuelle de la situation, construite selon des critères propres à chaque chirurgien. Il ne semble pas exister de consensus autour de règles communes. En fonction de son interprétation, chaque chirurgien va décider de l'aptitude du patient à être autonome et à se prendre en charge pour lui proposer une chirurgie en ambulatoire.

1.2.1.3. Le choix d'une chirurgie ambulatoire : une prise de décision ambiguë

Le diagnostic sert en général à élaborer une décision d'action. L'action qui conclut le diagnostic peut consister soit à une intervention, soit à une absence d'intervention, le médecin considérant que le problème peut se traiter autrement ou proposer un délai de réflexion. La nature de l'action peut ainsi être variable. La prise en compte de la nature de l'action thérapeutique montre que le diagnostic ne se réduit pas à l'identification seule de la pathologie. La médecine vise le maintien au meilleur niveau possible des fonctions vitales, sociales, psychologiques du patient. L'extraction des données chirurgicales comme sociales va lui permettre de combiner ces données, les prioriser pour proposer une action thérapeutique. Après l'analyse de toutes les données expérimentales, il est possible de proposer une modélisation du raisonnement opéré par les chirurgiens pour résoudre les problèmes fictifs proposés (figure 18).

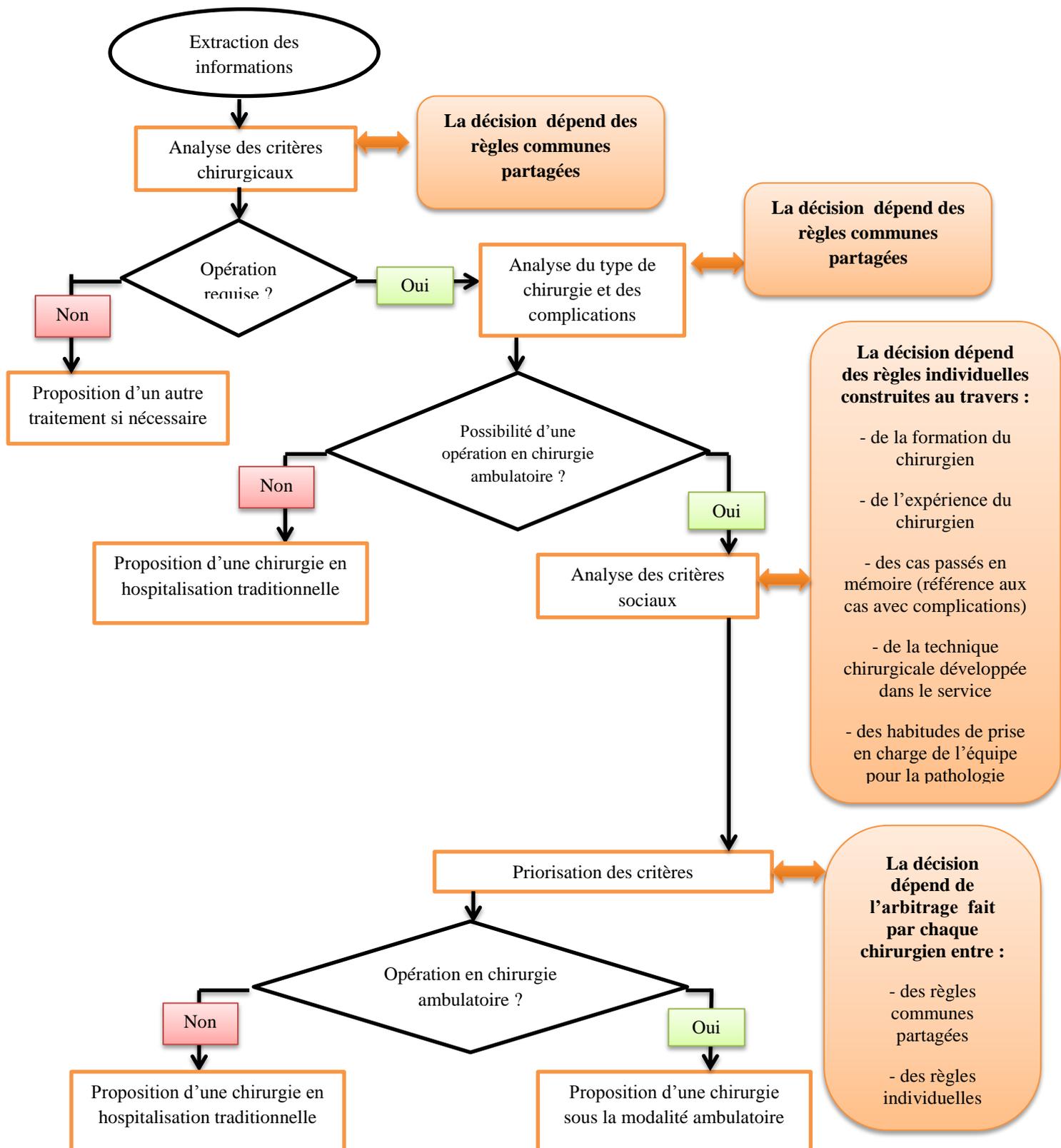


Figure 18 : Modélisation du raisonnement opéré par les chirurgiens

La résolution du problème a consisté à établir une séquence argumentative justifiant le diagnostic à partir des symptômes, des connaissances médicales générales, de l'expérience des cas passés, des habitudes du service et des représentations des données sociales et environnementales des patients. La définition des critères chirurgicaux est stabilisée et leur utilisation paraît s'inscrire dans un référentiel thérapeutique connu et partagé. En revanche pour l'ensemble des cas présentés, la définition des éléments constituant les données sociales et environnementales, et leur interprétation, ne s'inscrivent pas dans un référentiel formalisé et partagé par le groupe de chirurgien interrogé. La décision ambulatoire ou non ambulatoire est alors un arbitrage par chirurgien entre des règles collectives et des règles individuelles qui soulignent l'existence d'un collectif métier du point de vue du diagnostic médical mais pas du point de vue du diagnostic social.

2. Le processus de chirurgie ambulatoire : des systèmes d'activité qui cohabitent

Lors des entretiens et des séances d'observation de l'activité de travail, les verbatims des patients ont été une aide à la construction du diagnostic. Leur regard sur l'organisation, au travers de leur expérience de soin vécu, montre qu'ils sont très attentifs à l'organisation du parcours de chirurgie ambulatoire.

2.1. Des patients attentifs à l'organisation ambulatoire

Les patients identifient de façon précise les modalités qui sont pour eux des critères d'une prestation de qualité autant dans le domaine organisationnel, matériel ou relationnel. Ils formulent des remarques et proposent des améliorations du parcours chirurgie ambulatoire.

Par exemple ils soulignent :

- le confort de bénéficier d'un enregistrement administratif anticipé dans l'unité de chirurgie ambulatoire qui les soulage des procédures administratives le jour de l'intervention et leur permette de repérer les lieux au préalable ;

- la qualité de l'hôtellerie bien qu'ils fassent remarquer qu'il n'est pas forcément nécessaire pour une durée d'hospitalisation aussi courte de bénéficier d'une chambre individuelle ;

« Tout dépend de ce que l'on a mais ce n'est pas une obligation d'être dans une chambre individuelle »

« Ca ne dure pas longtemps on aurait pu être à deux »

« Ce n'était pas forcément utile d'être dans une chambre »

« Etre dans un lit dans une chambre fermée avec une chemise de nuit. Là on se sent vraiment malade »

- la qualité relationnelle du personnel ;

« J'ai été très bien accueilli je me sentais attendu »

« Ils ont été très à l'écoute »

« Ils ont pris bien soin de moi »

« Ils ont fait attention à ma personne »

- les changements d'organisation (si plusieurs séjours) ;

« La dernière fois j'ai été appelé le lendemain »

« Les couvertures chauffantes dans le bloc, c'est de mieux en mieux »

- les points d'achoppement de l'organisation. Les différents temps d'attente sont identifiés comme des points de dysfonctionnements

« Il me semble que j'aurais pu sortir plus tôt de l'unité ambulatoire »

« J'ai attendu longtemps en salle de réveil »

2.2. Une organisation du travail orientée spécialités plutôt qu'ambulatoire

Au cours du processus ambulatoire le patient est pris en charge par différentes équipes qui vont intervenir les unes après les autres. Cette succession d'équipes n'est pas caractéristique du parcours ambulatoire et existe de la même façon dans le circuit d'hospitalisation traditionnelle mais suivant des modalités différentes en ambulatoire :

- le patient est hospitalisé le matin même et non plus la veille ce qui ne permet plus au chirurgien de voir le patient avant l'intervention pour répondre à ses interrogations éventuelles et à l'équipe soignante de préparer le patient pour sa chirurgie physiquement et psychologiquement ;
- l'hospitalisation dure au maximum 12 heures et non plus 48h. Cette durée très courte oblige une coordination parfaite entre les différents acteurs et une organisation optimale car il devient très difficile de récupérer les incidents indésirables (retard bloc, temps de prémédication non-conforme, patient non accompagné à la sortie...) sans que cela ait un impact sur la sécurité du patient, sur le respect du temps d'hospitalisation.

A ce jour, seules les unités de chirurgie ambulatoire sont structurées exclusivement pour prendre en charge les patients sous la modalité ambulatoire et sont créées uniquement dans cet objectif. Pour les autres équipes qui interviennent, l'activité de chirurgie ambulatoire est une prise en charge parmi d'autres et ces équipes sont en général organisées autour de l'hospitalisation traditionnelle car l'activité ambulatoire représente une part faible de leur activité de travail.

2.2.1. Une coordination des équipes difficiles

Les patients signalent ne pas avoir une vision d'ensemble du parcours ambulatoire et avoir la sensation d'un manque de coordination entre les équipes.

« Ce qui est dommage c'est de ne pas avoir une vision d'ensemble. Moi je me considère comme un pion que l'on déplace dans un système »

« Ce qui ne m'a pas plu c'est que j'ai eu l'impression qu'il n'y avait aucune communication et coordination entre les acteurs. Par exemple le secrétariat du chirurgien a déprogrammé mon intervention et m'a donné une autre date. Et bien la veille de la première date le service d'ambulatoire m'a appelé pour me dire que j'étais opéré demain. Il ne savait même pas que l'opération avait été annulée et reportée. Je trouve ça inadmissible que l'information ne circule pas d'un service à l'autre. Pour moi c'est un manque de sérieux et j'avoue avoir eu des craintes sur leur professionnalisme ».

Les patients rapportent de nombreux retards tout au long du parcours : départ au bloc opératoire retardé de deux à cinq heures, retard de brancardage en SSPI³⁰ jusqu'à deux heures trente, temps d'attente du chirurgien en unité ambulatoire trop important...

Les observations menées lors du suivi d'un patient dans son parcours ambulatoire mettent en évidence les temps d'attente qui génèrent des difficultés :

- arrivée du patient 7h30,
- brancardage vers le bloc 9h,
- passage au bloc 9h30,
- passage en SSPI 10h30,
- brancardage vers l'unité ambulatoire 14h30,
- passage de l'anesthésiste pour la sortie 16h30,
- passage du chirurgien pour la sortie 18h30,
- sortie du patient 19h.

Le patient a été opéré pour retirer des broches dans le poignet sous anesthésie loco-régionale. Il n'a pas été prémédiqué. Son temps total d'hospitalisation a duré 11h30. Il est resté 4h en SSPI soit 2h de plus que prévu pour un problème de brancardage (pas d'équipes disponibles). Il est resté à jeun de la veille jusqu'à 14h45. Les infirmières ont appelé l'anesthésiste à 16h15 pour valider la sortie et expliquer les consignes à respecter. Le patient a attendu le chirurgien jusqu'à 18h30 pour sortir (fin de son planning chirurgical 18h).

Ces observations (confirmées par d'autres séquences) et les remarques des patients sur l'organisation du parcours sont la traduction d'une organisation ambulatoire segmentée. Les acteurs interviennent successivement mais suivant leur propre logique professionnelle. Les retards de bloc traduisent en fait une programmation des interventions incompatible avec une démarche ambulatoire. La plupart des spécialités ont fait le choix d'intégrer les interventions ambulatoires dans le planning chirurgical global sans les positionner en début de planning, mais plutôt en fin de programme, ce qui les rend vulnérables à des retards provenant des interventions antérieures. Ce type d'aléa a une répercussion immédiate sur la qualité et la sécurité du soin mais aussi sur les conditions de travail des équipes qui travaillent en amont ou en aval. Par exemple, un retard de passage au bloc opératoire va avoir diverses

³⁰ SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnel

conséquences : l'état émotionnel du patient se dégrade, l'infirmière est sollicitée de plus en plus souvent, elle doit gérer l'angoisse du patient, elle appelle régulièrement le bloc opératoire et surveille l'avancée du planning sur informatique, elle doit tenir informé le patient, elle doit veiller à ne pas prémédiquer le patient trop tôt ou trop tard pour une bonne efficacité, elle dispose de ce fait de moins de temps pour accompagner les autres patients, le planning du brancardage est décalé générant un temps d'attente plus important car toutes les demandes finissent par arriver en même temps, le patient revient tardivement de la SSPI d'où un temps de surveillance dans l'unité ambulatoire plus court....

D'autres exemples pourraient être cités qui traduiraient chaque fois les priorités de chaque équipe à satisfaire des objectifs individuels et non un objectif collectif construit autour du parcours ambulatoire. L'activité ambulatoire semble segmentée et le patient circule d'un segment à l'autre sans véritablement de coopérations construites et de coordinations organisées entre les équipes : systèmes d'activités juxtaposées travaillant davantage en parallèle que conjointement, objectif global non partagé, coopération non construite, conflits d'intérêts professionnels se transformant en tensions interpersonnelles (figure 19).

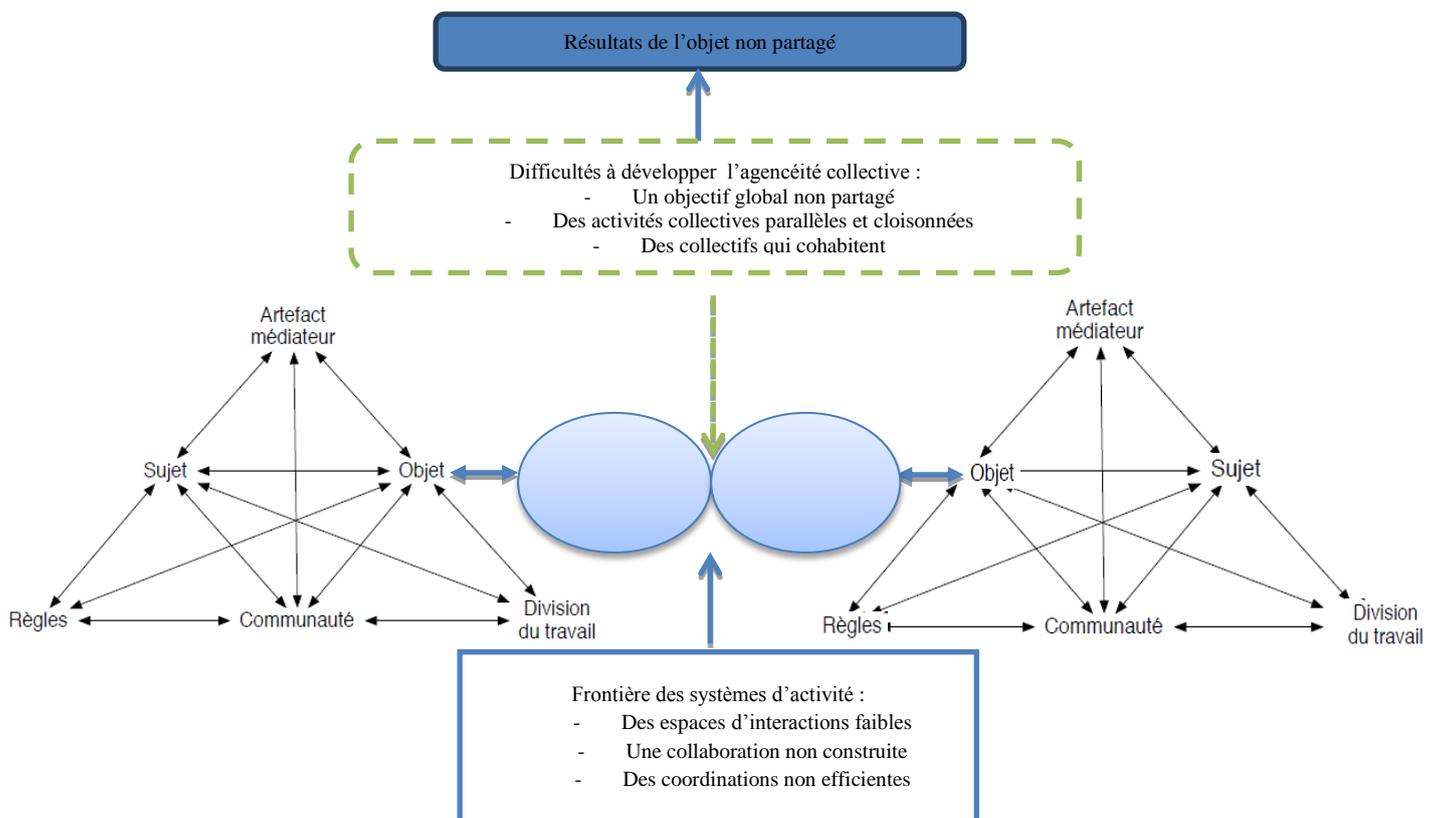


Figure 19 : L'organisation de chirurgie ambulatoire : des systèmes d'activité juxtaposés, adapté d'Owen, 2008.

2.2.2. Un parcours discontinu : des récupérations d'aléas

Ainsi l'organisation de chirurgie ambulatoire qui demande une organisation rigoureuse est souvent citée comme une source de contraintes car elle bouscule la pratique de l'hospitalisation traditionnelle principalement centrée sur le soignant. Les règles qui sont principalement émises par les unités de chirurgie ambulatoire sont sujettes à controverse car elles sont peu ou mal comprises.

« Les places dans les services ambulatoires sont déterminées à l'avance par spécialité donc on a peu de marge de manœuvre pour modifier les plannings »

« Les patients sont hospitalisés dans un service autre que celui de ma spécialité. Je ne maîtrise plus mon organisation ».

La difficile compréhension de la nécessité d'une organisation ambulatoire rigoureuse entraîne des comportements qui obligent le personnel des unités de chirurgie ambulatoire à des rattrapages quotidiens en termes de sécurité et de qualité.

2.2.2.1. Le dossier de chirurgie ambulatoire

Par exemple pour différencier la prise en charge ambulatoire des autres modalités d'hospitalisation, un dossier chirurgie ambulatoire spécifique a été créé. Les informations à fournir sont plus importantes que pour un dossier d'hospitalisation traditionnelle comme la traçabilité des actions qui est demandée pour chaque intervenant. L'analyse des dossiers dans les unités de chirurgie ambulatoire a montré que près d'un tiers des dossiers sont transférés incomplets par les autres services d'où un temps de contrôle et de recherche de compléments d'informations très important pour les secrétaires et les infirmières des unités ambulatoires. Les principales raisons évoquées par les services, sont la non compréhension de l'intérêt de demander ces informations et le manque de temps pour les renseigner.

2.2.2.2. L'appel de la veille

L'appel de la veille est la dernière étape de contrôle avant l'intervention chirurgicale et permet de contrôler et de compléter l'information donnée au patient (ex : heure de convocation, heure de l'intervention...). Il est réalisé par les infirmières des unités de chirurgie ambulatoire suivant une check-list écrite.

L'infirmière doit vérifier si les critères médicaux (ex avez-vous été malade ? suivez-vous un traitement ?...) et les critères sociaux (avez-vous organisé votre départ ? comment ?...) sont conformes. Elle rappelle les consignes de préparation (lavage à la bétadine) et donne l'heure de convocation et une heure approximative de sortie. En moyenne 20 patients doivent être appelés par jour avec un temps moyen de trois minutes par appel, soit une heure de temps infirmier en moyenne.

60 séquences d'observations ont été menées sur trois unités de chirurgie ambulatoire avec trois intervenants. Seulement 50 % des appels se sont déroulés sans aléa. Les principaux dysfonctionnements relevés sont les suivants :

- les patients n'ont pas compris l'organisation de la journée ;
- les patients négocient le mode opératoire de l'auto-préparation ;
- les patients n'ont pas organisé leur retour à domicile.

Pour chaque type de dysfonctionnements l'infirmière a géré l'aléa même si la consigne prescrite reçue était d'arrêter la procédure ambulatoire et de ne pas convoquer le patient le lendemain, l'intervention devant être annulée et reprogrammée.

A chaque situation d'aléa l'infirmière s'est fixé l'objectif de maintenir l'opération pour le lendemain et a adapté la règle en construisant un nouveau mode opératoire.

« C'est pour le patient, il attend ça, il s'est préparé et puis on ne peut pas le laisser comme ça »

1. Elle analyse la gravité du problème :
 - 1^{er} cas : le patient n'a pas prévu de véhicule pour l'accompagner.
 - 2^{eme} cas : le patient n'a pas d'accompagnant la nuit
2. En fonction du problème rencontré elle va négocier une solution avec le patient avant l'annulation.
3. Si le patient ne parvient pas à résoudre seul le problème, elle va construire avec lui une solution pour ne pas annuler l'opération.

Les conséquences pour l'équipe sont assez importantes. Le temps infirmier passé à l'appel de la veille peut atteindre deux heures par jour. La durée moyen de « l'appel dégradé » est en

moyenne de dix minutes mais peut se prolonger jusqu'à 45 minutes. Ce temps passé demande une adaptation rapide de l'équipe soignante car il déstructure l'activité planifiée. Il demande une reconstruction dans l'urgence du partage des tâches et une recomposition du travail prescrit (adaptation, glissement de tâche, transfert de responsabilité...) dans un compromis entre santé/sécurité/confort du patient.

3. Discussion des résultats du diagnostic

En dépit des bénéfices avérés³¹ de la chirurgie ambulatoire, la France et plus spécifiquement le CHU de Toulouse se distingue par un retard significatif dans ce domaine depuis plusieurs années. L'analyse du processus de chirurgie ambulatoire, au travers des résultats du diagnostic, ont permis d'appréhender et de comprendre les éléments freinant le développement de l'activité ambulatoire au CHU de Toulouse et a mis en évidence que les composantes de ces éléments sont autant du domaine individuel que collective.

1. *D'un point de vue individuel*, la chirurgie ambulatoire bouleverse les standards professionnels des acteurs qui interviennent dans le processus. Cette dimension est en général sous-estimée par les décideurs mais également par les professionnels eux-mêmes.

Le temps, élément caractéristique de cette modalité de prise en charge, est un paramètre sujet à controverse. En fonction des acteurs il est perçu comme apportant plus de confort ou moins de sécurité. Pour les patients ce temps plus court est moins déstructurant pour le quotidien et une source d'un meilleur confort.

«On ne perd qu'une journée»

«Ça pose moins de problème, c'est mieux »

« C'est mieux, on est infiniment mieux chez soi »

« Un autre avantage c'est le risque moindre d'avoir une infection nosocomiale »

³¹ La chirurgie ambulatoire apporte des bénéfices autant pour le patient, le personnel que l'organisation : diminution des perturbations émotionnelles du patient avec une meilleure acceptation de l'acte thérapeutique ou diagnostique, réduction du temps de séparation avec les proches, réduction de la durée des arrêts de travail, diminution des infections nosocomiales et des thromboses, gestion du personnel plus aisée, réduction des coûts de soin...

Pour les professionnels du soin, le temps a été cité comme un élément de contrainte. Ce temps d'hospitalisation plus court apparaît véritablement comme une difficulté pour pouvoir gérer une qualité des soins et de sécurité. Dans les pratiques du soignant, le temps est souvent considéré comme un élément indispensable à la construction d'un soin vécu comme réussi, élément déterminant pour un travail bien fait.

« Comment prendre soin du patient sans être près de lui ? »

« Comment lui assurer un soin maîtrisé sans le surveiller ? »

Dans la logique du processus de chirurgie ambulatoire, les professionnels doivent développer des pratiques du prendre soin dans une autre dimension du temps « un temps sans temps ».

La nouvelle place accordée au patient comme acteur de ses soins est soumise à des habitudes relationnelles tenaces. Dans le discours des professionnels, le patient apparaît moins comme un acteur actif du soin que comme l'objet de tous les soins vers lequel leur attention doit être tournée (Hesbeen, 1997). Les soignants sont essentiellement attentifs à la technicité de l'acte opératoire, à la gestion de la douleur, à l'optimisation du parcours patient dans un objectif de qualité et de sécurité des soins. Ils n'identifient pas le patient comme pouvant participer à la construction de son soin. Dans l'exemple déjà cité sur le choix du mode d'hospitalisation, les patients ont signalé qu'aucune autre alternative d'hospitalisation ne leur a été proposée. Au vu de ces réponses, l'avis des soignants sur l'opportunité (ou non) de donner au patient le choix du type d'hospitalisation a été sollicité. Les réponses sont de deux natures et traduisent des positionnements différents (Bury, 1988 ; Mollo, 2008) :

- le modèle direction-coopération ou modèle paternaliste dans lequel le soignant est dans une situation d'autorité vis-à-vis de son patient.

« Non si on commence à lui demander, on va avoir plein de questions et on ne va pas s'en sortir ».

- la participation mutuelle qui repose sur le partage des compétences et des responsabilités entre le médecin et le patient

« Moi je lui propose l'ambulatoire puis je vois si ça lui va. Si je sens que ça ne va pas je lui explique puis on en discute ».

Améliorer la relation entre le patient et le soignant ne répond pas qu'à des préoccupations humanistes. Le modèle de participation mutuelle apparaît être particulièrement adapté aux situations dans lesquelles le patient doit se prendre en charge. La conception même du type de démarche pose donc la question du respect de la liberté du patient, de son autonomie de décision, qui constitue un point important des questions éthiques soulevées par le processus ambulatoire. Mais intégrer le patient comme un acteur de son soin suppose que le patient adopte dans sa relation avec les soignants une position de sujet. Quand on va mal, quand on souffre, quand on est inquiet, on a surtout envie d'être soulagé et rassuré, d'être pris en charge par les soignants, de se reposer sur eux.

« Je ne veux pas savoir, je lui fais confiance, je me mets entre leurs mains et j'attends que ça se passe ».

Les entretiens ont montré que les patients posent peu de questions aux divers interlocuteurs qu'ils rencontrent tout au long de la prise en charge ambulatoire. Pourtant quand on leur demande d'expliquer quel type de chirurgie ils vont avoir et comment la journée d'hospitalisation va se dérouler, très peu sont capables de donner le nom de l'opération, d'expliquer l'acte chirurgical ou encore les différentes étapes de la journée. Ils confondent durée de l'acte chirurgical et durée totale de la journée ambulatoire.

« L'acte chirurgical doit durer un quart d'heure, je ne comprends pas pourquoi je dois bloquer la journée ».

L'étude des représentations sociales du soignant et du soigné paraît déterminante dans la définition de nouveaux paradigmes en chirurgie ambulatoire. Chacun est prisonnier de son rôle social : le médecin a été formé à savoir pour autrui et le patient qui fait appel à lui attend qu'il lui dise ce qui est bon pour lui. Cette image sociale influence depuis des années les choix politiques, les orientations des intervenants et les réactions des patients et permet de comprendre les choix thérapeutiques, les relations de soins, les attitudes éducatives et les réactions à la maladie. Les changements de représentations sociales ne peuvent être réalisés que dans une dynamique effective et cela passe par une transformation en profondeur de la relation entre le médecin et le patient : le processus de chirurgie ambulatoire repose sur le dialogue soignant-patient, sur la construction d'un projet commun. La participation du patient à cette démarche doit être active. Il s'agit pour le professionnel de passer d'une démarche strictement prescriptive et injonctive à une démarche basée sur l'écoute, sur la négociation

avec le patient, sur le transfert de compétences, sur le partage des responsabilités (Mercier, 2002).

La crainte de perte d'autonomie pour les professionnels face aux nouvelles règles qui entourent l'organisation de chirurgie ambulatoire. La pression forte des pouvoirs publics et les choix institutionnels de fonctionnement des unités de chirurgie ambulatoire (multidisciplines, structure autonome, gouvernance non chirurgicale...) sont vécus comme une ingérence dans les pratiques chirurgicales, elles voient en ce concept une diminution de liberté de choix. La chirurgie ambulatoire devient la norme réglementaire alors qu'elle est encore à la marge dans les pratiques réelles. L'application de ces nouvelles règles est jugée non acceptable (Leplat, 2004) pour plusieurs raisons : coût de leur application, pertinence accordée à la prescription, confiance, relations avec l'instance prescriptive, pression sociale...

2. D'un point de vue collectif, les principes de la chirurgie ambulatoire sont difficilement appréhendés par l'ensemble des équipes qui interviennent et ceci pour plusieurs raisons.

L'ensemble des données recueillies met en avant **un manque de connaissances validées** sur le concept ambulatoire. Les entretiens montrent que les professionnels de soin ont une représentation erronée du fonctionnement des unités de chirurgie ambulatoire. Par exemple, pour améliorer le parcours, ils proposent de mettre en place un appel de la veille pour sécuriser le parcours, appel qui est systématiquement déjà fait dans toutes les unités ambulatoire par les infirmières. De même le métier des infirmières dans ces unités n'est pas connu et parfois sous-estimé. La dimension relationnelle à développer avec le patient et la réactivité dans la surveillance de plusieurs patients simultanément, de spécialités chirurgicales différentes et de pathologies multiples dans un temps très restreint ne sont pas appréhendées par les professionnels de soin des autres services.

Il n'existe pas de **moment et de lieux de partage** qui permettraient aux différentes professions d'échanger sur les modifications qu'impliquent l'ambulatoire et les difficultés rencontrées pour s'adapter : transformation des pratiques, place à accorder au patient, développement des savoirs et savoir-faire, organisation centrée patient et non plus service...

Aujourd'hui, s'il existe des collectifs par spécialité, il n'existe pas de collectif ambulatoire, vecteur de cohésion et de cohérence : les acteurs ne se sont pas dotés d'un ensemble de règles communes dans lesquelles chacune des parties se retrouve, considère comme siennes et s'engage à respecter (de Terssac, 2002). Cela suppose un **fonctionnement basé sur l'approche processus** et non sur la logique des services, ce qui induit :

- de définir des objectifs collectifs, compatibles ou non aux objectifs des services, mais orientés processus de soin ;
- de connaître réciproquement le travail de chacun et d'en tenir compte dans la pratique quotidienne ;
- de redéfinir les rapports entre les professions et des règles partagées par tous: qui gère le temps de l'autre ? qui bénéficie de l'espace de l'autre ? comment partage-t-on les responsabilités ? comment coordonner les actions pour coopérer ? quelle place accorder au patient ?...

Le processus de chirurgie ambulatoire se caractérise par un ensemble de systèmes d'activité « frontérisés » agencés, articulés, coordonnés (figure 20), permettant par leur conjonction de produire un élément de valeur pour le patient (nouvelle prise en charge, amélioration des conditions de soin, diminution du temps d'attente entre les étapes de soin...) ou un élément de fonctionnement interne important (anticipation des documents administratifs des patient avant leur sortie, création d'une consultation d'infirmière pour l'évaluation des critères sociaux des patients et de la préparation de la sortie...).

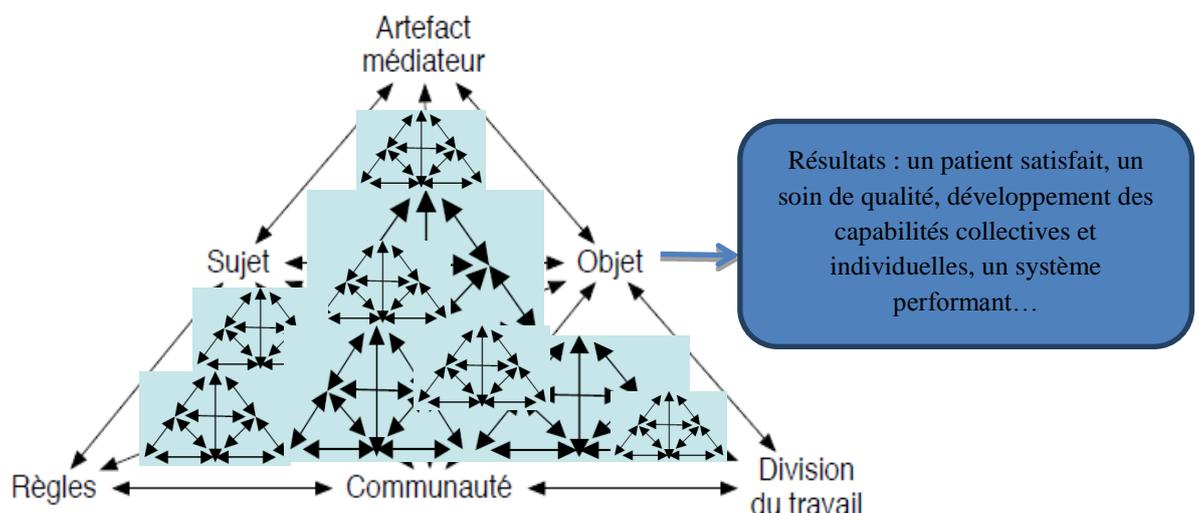


Figure 20 : Le processus de chirurgie ambulatoire : un ensemble de systèmes d'activités frontérisés, adapté d'Owen, 2008

C'est bien l'action conjointe des systèmes d'activité qui permettra le résultat escompté « développer l'activité de chirurgie ambulatoire » à travers une visée commune « transformer l'organisation ambulatoire ». Le collectif peut être alors une source d'invention et d'innovation (Caroly, 2010).

4. Quelles conséquences pour la transformation de l'organisation ?

L'activité collective dans cette conception doit être envisagée comme une «interface», un «modérateur », un « système de régulation » de plusieurs systèmes d'activité constitués de collectifs de travail (avec leurs propres objets, règles, division du travail, communauté de pratiques auxquels chacun des acteurs se réfèrent) qui entrent en interaction au travers du travail collectif conjoint. L'activité collective est alors une condition pour créer une vision de solutions plus étendue par rapport aux contradictions du système (Bjørkli et al., 2007). La résolution de ces contradictions passe par la création de nouveaux instruments, de nouvelles règles, de nouvelles formes d'organisation, c'est-à-dire une extension de l'objet de l'activité.

Pour contribuer à une invention collective dont la finalité est de dépasser les dilemmes et les contradictions rencontrées au sein d'un système d'activité ou entre plusieurs systèmes d'activité (Engeström, 2001), un processus d'apprentissage devra se développer visant l'expansion du but et de l'objet du système d'activité. Selon l'auteur, un tel apprentissage se déroule selon un cycle (Figure 21) et nécessite la mise en évidence de ce qu'il appelle, en réinterprétant les travaux de Vygotski, la zone proximale de développement : *c'est-à-dire la distance qui sépare la façon dont le sujet vit son expérience présente et la vision qui en a été construite collectivement* (Engeström, 1987 cité par Béguin & Cerf (2004), p 67).

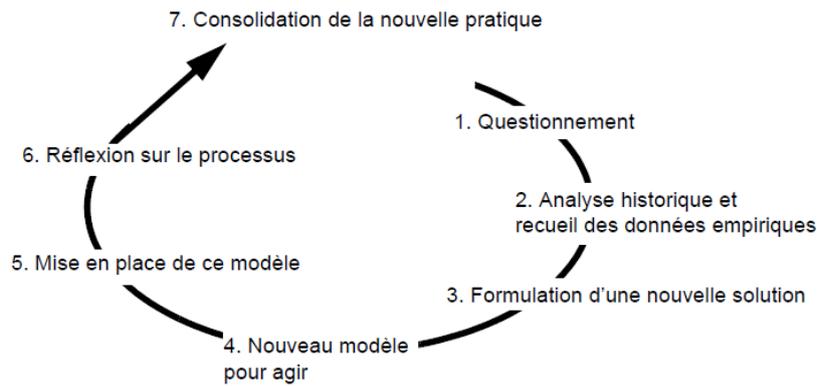


Figure 21 : Le cycle de développement (d'après Béguin & Cerf, issus d'Engeström, 1999)

Grâce au processus du cycle de développement, l'objet et le motif de l'activité sont reformulés pour embrasser un horizon radicalement plus large de possibilités que dans le mode précédent de l'activité. Un cycle complet de transformation peut être compris comme un voyage collectif à travers la zone proximale de développement de l'activité (Engeström, 2000).

Cette zone n'est pas donnée, elle relève de débats et de confrontations au sein d'un ou de plusieurs systèmes d'activité. Concrètement, il s'agit de mettre en évidence les contradictions au sein d'un ou entre systèmes d'activité et de permettre aux acteurs, grâce à l'existence de moyens organisationnels qui soutiennent le développement de cette activité réflexive, d'analyser et de reconfigurer leur propre pratique. Un des objectifs attendus de cette réflexion collective est la création de nouvelles règles ou de nouvelles façons de faire dont la finalité serait un meilleur agencement organisationnel collectif – c'est-à-dire d'outiller un travail de réorganisation (de Terssac, 2003). La ré-élaboration de règles dépend en partie de la collaboration entre les différents services (Caroly & Weill-Fassina, 2007). Pour qu'un véritable travail de réorganisation ait lieu, c'est-à-dire l'élaboration conjointe de nouvelles règles par les opérateurs susceptibles d'accroître la performance globale du processus, des conditions sont nécessaires : la mise en place d'espaces de confrontation et de débats entre les professionnels (Arnoud, 2013 ; Caroly & Barcellini, 2013 ; Caroly & Weill-Fassina, 2007 ; Nascimento, 2009) afin de rendre compte de l'activité de chacun et de permettre la confrontation des pratiques ; de faciliter l'élaboration d'une « culture collective » au sens de « la présence de tous dans l'activité de chacun ».

Au travers de la compréhension de l'activité du travail, l'action ergonomique qui va soutenir la conception de l'organisation devra être pensée à la fois comme génératrice de solutions qui recherchent le meilleur compromis entre objectifs de bien-être et de performance (Falzon & Mas, 2007) et comme une action qui soutient le développement constant et conjoint des personnes, des collectifs de travail et des organisations.

Les objectifs recherchés à travers l'action ergonomique seront alors :

- le développement des capacités collectives par la mise en œuvre d'une activité collective conjointe des opérateurs et des structures organisationnelles adéquates,
- la conception d'une l'organisation qui constitue un moteur au développement de l'agencité collective c'est-à-dire *être en mesure collectivement de faire quelque-chose autour d'un but commun*,
- l'offre de possibilités et d'opportunités effectives aux professionnels et aux patients pour développer une activité collective conjointe.

Chapitre 7. Concevoir collectivement une organisation en chirurgie ambulatoire : l'activité collective ressource du développement

Les chefs de projet et le directeur du CHU ont ainsi demandé à l'ergonome de poursuivre ce travail en les aidant à construire une organisation de chirurgie ambulatoire qui « *marche* » c'est-à-dire développer des conditions de travail adaptées et satisfaisantes pour les professionnels et les patients, qui permettent de corriger les dysfonctionnements de l'organisation existante et de répondre aux objectifs d'évolution du taux de chirurgie ambulatoire.

Une méthodologie particulière qui s'appuie sur une construction collective des pratiques a été proposée et expérimentée *in situ*. Au travers de cette méthodologie, l'ergonome a cherché à créer les conditions d'un environnement propice à la réflexion des acteurs du groupe projet sur le travail et à les soutenir à reconcevoir collectivement progressivement une organisation qui soit :

- « instrumentalisable » c'est-à-dire qui se prête à l'adaptation d'elle-même,
- « débattable » en encourageant une vision globale du processus pour favoriser les confrontations de points de vue entre les acteurs du processus au travers de l'agencéité collective
- et favorable à l'émergence d'une activité collective conjointe, articulation entre un travail collectif et un collectif transverse, moyen de garantir la conversion des ressources en capacités, c'est-à-dire en droits et libertés réelles de sorte que chacun ait accès à des fonctionnements ou des réalisations de valeur.

1. La construction sociale du projet « développement collectif de la chirurgie ambulatoire »

L'action ergonomique proposée s'appuie sur la mise en œuvre d'un processus de conception collectif de l'organisation c'est-à-dire une activité de conception participative où tous les acteurs (ou leurs représentants) intervenant dans la situation de travail à transformer, sont considérés comme détenteurs d'une partie du savoir nécessaire. Leur participation est fondée sur leurs connaissances propres plutôt que sur les rôles qu'ils jouent ou les intérêts qu'ils représentent. Il s'agit d'un acte créatif de l'organisation future dans un processus collectif auquel contribuent activement, avec leurs différents savoirs et savoir-faire, les individus et les collectifs de travail concernés par l'activité de travail et le résultat de cette activité.

La construction sociale ne se décrète pas et ne se définit pas par avance. Ce processus est largement dépendant des acteurs qui s'inscrivent dans l'intervention et des actions menées par l'ergonome (Petit, 2005). Plusieurs conditions sont à réunir pour qu'un débat puisse avoir lieu : la construction sociale du projet, le positionnement central du travail dans les discussions entre les acteurs, l'engagement de la direction, l'adhésion de l'ensemble des acteurs au projet, l'identification d'un porteur du pilotage du projet.

Au cours de ce projet collectif du développement de l'activité de chirurgie ambulatoire, une importance capitale a été attachée à la construction sociale du projet, faisant l'hypothèse qu'elle était déterminante pour la réussite de l'intervention. Elle est déclinée selon trois aspects : la définition des objectifs, le positionnement du projet et sa communication au sein du CHU, les acteurs du projet.

1.1. L'objectif du projet : développer collectivement une organisation de chirurgie ambulatoire

L'objectif du projet est le développement collectif d'une organisation de chirurgie ambulatoire. Pour faciliter l'atteinte de cet objectif, l'intercompréhension de différentes professions amenées à faire des choses différentes mais de manières coordonnées apparait

indispensable car elle favorise les modes de régulation et les processus de re-création de règles entre les acteurs (Arnoud, 2013).

Pour répondre à cet objectif, une méthode de construction collective des pratiques a été mise au point. Elle consiste à mettre en place des moments formalisés de rencontre entre des opérateurs (ou des opérateurs collectifs) appartenant à des systèmes d'activité différents qui sont engagés dans d'une activité collective conjointe.

La méthode combine différents outils et vise :

- à permettre aux participants, par une approche processus, de connaître et comprendre l'activité de chacun et la place de sa propre activité dans le processus : une représentation commune du processus ambulatoire ;
- à reconnaître les compétences de chacun et de leur nécessaire complémentarité ;
- à construire une confiance mutuelle dans les informations échangées et les actions effectuées ;
- à encourager par cette vision globale, le développement de l'agencéité collective par la définition de buts et d'actions cohérentes pour les atteindre : un référentiel opératif commun
- à encourager l'élaboration d'une « culture collective » au sens de la présence de tous dans l'activité de chacun (Nascimento, 2009) : favoriser l'émergence d'un collectif transverse
- à permettre la confrontation des pratiques (Caroly & Weill-Fassina, 2007) ;
- à aider à la construction de pratiques acceptables par tous, en vue de reconcevoir l'organisation, autrement dit, rendre possible la création de règles congruentes (Reynaud, 1995).

La méthodologie construite doit faciliter la transformation du processus par les acteurs (Lorino, 2009 ; 2013). Elle cherche à créer les conditions qui permettent aux acteurs d'un même processus de faire le choix de s'engager dans la (re)conception collective de l'organisation et de les aider à transformer les ressources en accomplissements effectives de « faire mieux ensemble ». A partir des échanges et des confrontations de points de vue des acteurs, la méthodologie à travers l'action de l'ergonome cherche à « activer » des facteurs permettant de convertir l'activité conjointe en opportunités et réalisations concrètes, en autorisant les acteurs du processus à définir leur propre activité collective et en favorisant

ainsi l'émergence d'un collectif transverse. Au travers des rencontres successives, les membres du groupe par leur capacité à interagir entre eux au travers de l'action collective de conception passent du statut d'agents à celui d'acteurs sociaux responsables, conditions pour que les acteurs collectivement puissent combiner de manière logique leurs priorités et leurs préférences pour aboutir à une priorité et préférence collective unique et partagée par tous. Le résultat de cet exercice est la mise en œuvre d'une *agencéité collective* (Ibrahim, 2008) où le groupe cherche de manière collective à atteindre un objectif commun dans l'action collective de transformation des règles de travail. Cette volonté partagée et des possibilités effectives facilitent la conception d'une organisation collective du travail.

La méthodologie place ainsi au cœur du débat la possibilité effective pour les salariés d'exprimer leur point de vue et de le faire entendre. Sont donc en jeu les procédures concrètes garantissant l'accès à la délibération, l'accès réel à l'information et la possibilité effective de peser sur la décision de l'organisation future.

L'objectif pour l'ergonome est alors de favoriser et de promouvoir les facultés capacitanes de l'organisation, sources de développement du pouvoir d'être et de faire de ses acteurs et ressource pour une modification plus durable de son fonctionnement dans son ensemble (Arnoud, 2013).

1.2. La communication sur le projet « Développement de la chirurgie ambulatoire »

Avec le soutien de la directrice de la stratégie médicale et du directeur général nous avons mis en place un projet, appelé « développement collectif de la chirurgie ambulatoire » qui s'appuyait sur l'expérience acquise du terrain et les conclusions du diagnostic.

1.2.1. L'implication des pôles dans le projet

Les pôles concernés par ce projet ont été rencontrés soit lors des bureaux de pôles (réunions mensuelles qui réunissent le chef de pôle, le directeur de pôle, le cadre supérieur de santé et les représentants médicaux et paramédicaux élus), soit lors d'entretiens spécifiques avec le

chef de pôle. Le président de la commission médicale d'établissement et la directrice des soins, informés du projet, y avaient apporté leur soutien.

La communication a été menée par la directrice de la stratégie médicale. L'objectif du projet a été expliqué, étayé par les chiffres du taux de chirurgie ambulatoire du CHU à ce moment donné, les résultats du diagnostic et la demande initiale de l'ARS visant une cible de 50% de chirurgie ambulatoire en 2016. Après l'accord des différentes directions, il leur a été demandé de proposer des membres des équipes médicales et paramédicales de telle sorte que toutes les fonctions du processus soient représentées. Le principe du volontariat a été favorisé. Il a été rappelé que le travail mené serait le fondement d'une organisation redéfinie pour les pôles engagés dans le projet et servirait de base pour permettre aux autres spécialisés chirurgicales d'évoluer grâce aux différentes solutions proposées et expérimentées.

Une fois le groupe de travail constitué, un contact téléphonique ou un entretien individuel a été organisé entre les membres du groupe et l'ergonome. L'objectif du projet a été présenté ainsi que la méthodologie. Le but recherché pour l'ergonome était d'obtenir l'adhésion de chaque membre à la démarche et son engagement à être présent aux cinq réunions programmées, condition présentée comme indispensable à la participation.

Le planning des réunions a été déterminé trois mois à l'avance pour permettre à tous les membres volontaires de s'organiser. Il leur a été demandé de valider leur présence conformément à ce qui avait été décidé lors des entretiens. Avant chaque réunion un mail d'invitation était adressé aux membres du groupe projet. Lors de la première convocation une lettre de présentation du projet signée de la directrice de la stratégie médicale a été envoyée à la totalité du groupe de travail constitué.

L'ergonome a accordé un temps important à l'informel en favorisant les « colloques singuliers » avec les différents participants et/ou leur responsable. Au total 40 heures ont été consacrées à ces rencontres avant le début de la première réunion du groupe. Evidemment cela pose la question du coût temporel pour l'ergonome mais les enjeux sous-jacents relatifs à la qualité de la construction sociale nous ont paru prioritaires. L'ensemble de ces éléments constitue une variable non négligeable dans la réussite du projet.

1.2.2. Mise en place d'un comité de pilotage

Pour suivre l'état d'avancement du groupe de travail et du projet dans son ensemble, il a été décidé de créer un comité de pilotage, réunissant la directrice de la stratégie médicale, le représentant médical (désigné par le président de la commission médicale d'établissement), le responsable médicale du bloc opératoire, la directrice des soins, les chefs de pôles, les cadres supérieurs et les directeurs des pôles concernés par le projet.

Les missions du comité de pilotage consistaient à :

- déterminer les ressources nécessaires au projet,
- valider la planification du projet,
- veiller à la mobilisation des acteurs,
- gérer les conflits,
- piloter l'avancement du projet,
- garantir la pertinence des actions proposées,
- veiller à la mémoire du projet.

Les réunions du comité de pilotage avait pour but de :

- rendre compte de l'état d'avancement du projet,
- définir l'évolution de l'intervention en fonction des solutions proposées par le groupe projet.

Au final le comité de pilotage s'est réuni deux fois. La première réunion a permis de valider les choix des axes de travail et la méthodologie. Dans la seconde réunion, les étapes à améliorer dans le processus ont été présentées et les solutions proposées ont fait l'objet d'une validation avant d'être testées in situ.

1.3. Les acteurs du projet « Développement de la chirurgie ambulatoire »

Un groupe de travail constitué d'opérateurs issus du processus « chirurgie ambulatoire » pour une spécialité chirurgicale donnée a été mis en place. Le choix de la spécialité chirurgicale traumatologie-orthopédie a été décidé par les chefs de projet et le directeur général du CHU. Ce choix avait un triple objectif :

- cette spécialité a été choisie pour son fort potentiel de développement en ambulatoire. Cela permettait simultanément de faire évoluer cette spécialité dans ses pratiques (taux global de chirurgie ambulatoire pour la spécialité en 2012 est de 18% et seulement de 47,7% pour les gestes marqueurs pour un taux cible attendu de 80%) mais aussi de faire progresser le taux général du CHU (la contribution de la spécialité représente près d'un quart de la chirurgie ambulatoire du CHU) et répondre en partie à l'injonction des pouvoirs publics ;
- dans le cadre d'une restructuration à court terme (moins de deux ans), les deux services d'orthopédie implantés sur deux sites différents étaient amenés à fusionner et à se regrouper dans un nouveau bâtiment. Ce projet était alors vu par les chefs de projet comme une opportunité pour amener les équipes à commencer à construire ensemble leur organisation future et harmoniser leurs pratiques en général et plus spécifiquement en chirurgie ambulatoire (figure 22) ;

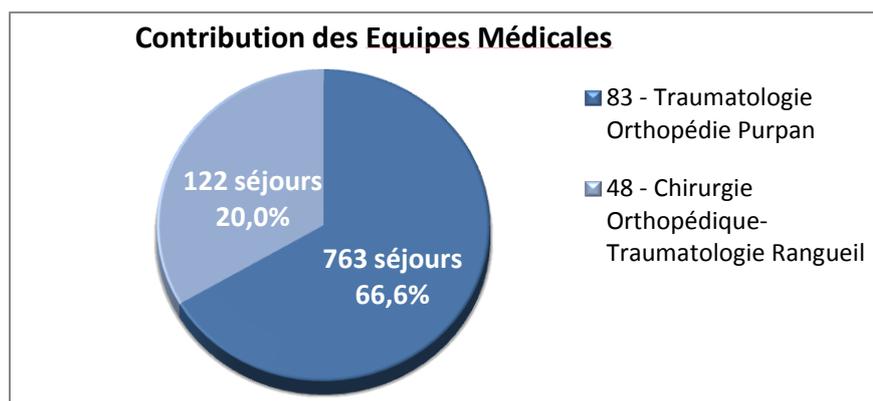


Figure 22 : Taux global de Chirurgie Ambulatoire de la spécialité traumatologie/orthopédie par équipes (par nombre de séjour³² et par pourcentage)

- l'unité de chirurgie ambulatoire de Purpan a été choisie pour participer à ce travail. Elle est la plus ancienne unité du CHU (créée en 2001) et est considérée par le pôle anesthésie réanimation comme le modèle de référence en terme d'organisation. Le but était d'inciter par ce choix le pôle anesthésie réanimation à rompre avec le modèle de fonctionnement initial, moderniser son offre de prestations et améliorer son fonctionnement pour qu'il soit plus proche des besoins réels de ses clients (patients et équipes chirurgicales). De plus l'unité de chirurgie ambulatoire devait déménager dans le même bâtiment que les deux services de traumatologie/orthopédie et être amenée à coopérer avec cette nouvelle équipe.

³² Un séjour correspond à une hospitalisation.

Le groupe était constitué d'un ou de plusieurs représentants des huit équipes multi-métiers amenées à coopérer pour réaliser la prestation de soin. Nous avons fait le choix que chaque métier soit représenté mais également de mettre en présence des opérateurs et des décideurs dans un même espace, de telle sorte que lors des débats toutes les dimensions de la coopération (verticale, horizontale, longitudinale) puissent à un moment ou un autre être abordées. Dans le cas où les membres du groupe proposeraient de nouvelles configurations organisationnelles, la constitution du groupe serait ainsi propice à une meilleure acceptation des propositions par chacun et, celles-ci par conséquent, seraient plus à même d'être expérimentées (Petit, Querelle, Daniellou, 2006).

Au total le groupe de travail comportait 20 personnes (tableau 11) :

Pôles	Equipes multi-professionnelles		
Pôle ILM	Equipe consultation chirurgicale : - 2 cadres de santé (équipes Ranguel, Purpan), - 1 infirmière de consultation (équipe Purpan), - 1 infirmière d'anesthésie (équipe Purpan)	Equipe chirurgien : - 3 chirurgiens (équipes Ranguel et Purpan)	Equipe secrétaires d'hospitalisation : - 2 secrétaires (équipe Purpan)
Pôle Anesthésie réanimation	Equipe anesthésiste : - 2 anesthésistes (Purpan)	Equipe SSPI : - 1 cadre de santé (équipe Purpan) - 1 infirmière (équipe Purpan)	Equipe unité de chirurgie ambulatoire : - 1 cadre de santé, - 1 infirmière, - 2 secrétaires (équipe Purpan)
Pôle Bloc opératoire	Equipe bloc opératoire : - 2 cadres de santé (Ranguel, Purpan)		
Pôle prestataire	Equipe brancardage : - 1 cadre de santé (Purpan)		

Tableau 11 : Répartition des membres du groupe de travail par pôles et par équipes.

Tous les participants étaient volontaires et ont été proposés par leur hiérarchie à la directrice de la stratégie médicale et à l'ergonome.

Au regard du nombre de participants dans le groupe de travail, la décision d'une coanimation a été prise. La directrice de la stratégie médicale a laissé à l'ergonome la liberté de choisir son coéquipier. Les réunions ont été animées par :

- l'intervenant-chercheur en ergonomie, qui avait en charge de conduire les réunions,
- une cadre de santé formatrice à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, choisie pour sa connaissance du milieu du soin et son expertise sur les méthodologies d'analyse des pratiques professionnelles permettant un accompagnement dans les moments de retour réflexif du travail d'animation. Ce point sera développé plus loin. De plus lors des réunions elle venait soutenir le travail d'animation de l'ergonome et recadrer si nécessaire les débats par rapport aux objectifs fixés.

Dans le contexte des projets menés par l'hôpital, la configuration du groupe n'était pas classique. La mise en présence d'opérateurs de collectifs métiers différents, de statuts hiérarchiques différents, issus de multiples systèmes d'activité mais qui interviennent activement dans le processus de travail étudié, était innovante. Les projets hospitaliers sont essentiellement construits par les équipes de directions (directeur, cadre supérieur de santé...) et les équipes médicales, généralement sur le mode de la co-action (des réunions différentes sont organisées et les résultats sont synthétisés par l'équipe projet). De plus les représentants des utilisateurs dans le projet sont rarement les utilisateurs finaux du dispositif conçu.

Cette configuration a rendu possible la mise en confrontation d'une diversité de logiques par la mise en présence de catégories d'acteurs qui n'avaient pas l'occasion de se retrouver autour d'une table pour discuter de leur travail. Un préalable, nécessaire à ce mode de fonctionnement, reste le maintien dans le groupe d'une forme d'« égalité » de parole de chaque individu : chaque opérateur doit pouvoir conserver un droit à l'expression identique à un autre. Même si cela peut paraître difficile au regard des différences hiérarchiques en présence, dans une certaine mesure, cela semble atteignable avec une préparation des acteurs et une forme d'animation du groupe.

2. Le rôle de l'équipe d'animation : conduire l'action et la réflexion sur l'action

L'équipe d'animation était constituée de deux personnes issues de mondes professionnels différents : l'ergonomie et les sciences de l'éducation. Cette différence « choisie » a été appréhendée comme un avantage mais a nécessité pour les animateurs une synchronisation cognitive et opératoire pour soutenir, enrichir et mener ensemble le projet.

2.1. Construire le contenu des réunions

Les missions de l'équipe d'animation ont été conjointement définies par la directrice de la stratégie médicale et l'ergonome et soumis à l'approbation du comité de pilotage. Elles consistaient à :

- proposer des méthodes de travail sous-tendues par les objectifs envisagés,
- planifier le projet,
- assurer de la compréhension des objectifs par l'ensemble des participants du groupe de travail,
- animer les séances de travail,
- mobiliser les compétences des acteurs, les faire évoluer si nécessaire,
- proposer des actions d'amélioration,
- veiller à la mémoire du projet,
- faire le lien entre le groupe de travail et le comité de pilotage,
- soumettre les actions proposées au comité de pilotage pour étudier leur pertinence et leur faisabilité.

Le contenu des cinq réunions avait été déterminé à l'avance par le groupe d'animation et validé par la directrice de la stratégie médicale. Les réunions se sont déroulées d'octobre 2012 à janvier 2013. Pour chaque réunion de deux heures, un objectif à atteindre était fixé ainsi que les moyens pour l'atteindre. Le programme des réunions est présenté dans l'annexe n° 1.

Ce travail se situant également dans un travail de thèse les échanges lors des réunions ont été enregistrées après approbation des participants. La plus totale confidentialité a été garantie.

Les échanges ont été intégralement retranscrits par l'ergonome (sauf problème de qualité de l'enregistrement). Durant la réunion la cadre de santé coanimatrice prenait des notes (papier, crayon). Après chaque réunion du groupe, une séance d'analyse du contenu des réunions était systématiquement organisée entre les membres de l'équipe d'animation.

2.2. Animer, alimenter et soutenir les débats

L'équipe d'animation, au-delà de son rôle d'animation, a eu un rôle important dans la construction des débats entre les acteurs : elle doit savoir convoquer des éléments de l'activité aux bons moments, distribuer la parole entre les membres du groupe, permettre la confrontation des logiques, s'assurer que plusieurs possibilités de pratique soient retenues plutôt qu'une seule, vérifier que les orientations collectives soient compatibles avec les changements en cours ou à venir dans l'entreprise, etc...

Tout au long des réunions de travail avec les acteurs du terrain, l'équipe d'animation a eu à garantir les conditions d'une pratique réflexive efficace et d'une construction collective de l'activité future :

- l'analyse réflexive du processus ambulatoire devait porter sur l'activité réelle de travail et a été encouragée par la sollicitation des participants à clarifier, à développer, à partager leurs pratiques et leurs contraintes individuellement et collectivement tout au long des réunions du groupe ;
- les solutions proposées ont fait l'objet d'une élaboration collective qui a impliqué la confrontation des logiques des acteurs. Certaines solutions ont pu être expérimentées et évaluées collectivement.

2.3. Les moments réflexifs sur l'action de conception

Ces moments permettaient pour l'équipe d'animation un retour réflexif sur l'activité du groupe de travail durant les réunions mais aussi sur l'activité même du travail d'animation. Ce retour en arrière sur des faits, des actions, des événements, permettaient une mise à distance afin de retirer de ceux-ci une connaissance porteuse de nouvelles significations, ressources pour alimenter les réunions suivantes.

Cela a exigé avant cette prise de conscience commune de la situation vécue que les coanimateurs partagent une reconnaissance des savoirs professionnels et de leur complémentarité, des références communes et une confiance mutuelle dans les informations échangées et les actions effectuées.

2.3.1. La nécessité d'une synchronisation cognitive pour un travail collectif de coanimation

Pour les membres de l'équipe d'animation la synchronisation cognitive avait pour objectif d'établir un contexte de connaissances mutuelles et de construire un référentiel opératif commun. Cette étape s'est faite en amont du projet par des rencontres programmées. Elles ont été l'occasion d'échanges et de débats qui ont permis de :

- confirmer l'identité professionnelle de chacun mais aussi s'ouvrir à la diversité. La mise en mots du métier de chacun par l'explication des concepts et des méthodes qui sont mobilisés du fait de l'approche disciplinaire est une manière d'ouvrir ses « boîtes noires » et de faire rentrer l'autre dans son monde professionnel. Ces activités de clarification et d'explication ont permis de négocier et de construire une intelligibilité mutuelle dans la situation de travail ;
- chercher de la valeur dans le travail de l'autre et enrichir ses propres représentations. Cette diversité interdisciplinaire, du fait de la formation et de l'expérience professionnelle de chacun, permet de considérer les problèmes sous des angles différents. A travers la verbalisation de son activité, les compétences de chacun peuvent être reconnues, interprétées et comprises pour devenir une ressource disponible pour l'autre ;
- construire un ensemble de connaissances, de principes et de valeurs partagées qui permettra de guider le travail collectif commun (buts, stratégies, procédures, contraintes et critères).

La première étape a consisté à contractualiser l'objectif du projet et le contenu du travail à mener « Qu'allons-nous faire ensemble et dans quel but ? ». Elle comprend la formulation de ce qui va constituer l'objet de travail au cours des réunions du projet « Développement de la chirurgie ambulatoire ».

La deuxième étape a cherché à construire une vision commune de l'état actuel du processus de chirurgie ambulatoire et d'en partager une même représentation (connaissance de faits relatifs à l'état de la situation, aux contributions des partenaires engagés dans la tâche...). Les différentes méthodologies utilisées pour établir le diagnostic ont été présentées par l'ergonome ainsi que les résultats des analyses. Une relecture des résultats par une vision disciplinaire différente a été entreprise permettant d'enrichir le diagnostic « En quoi la modalité chirurgie ambulatoire entraîne un changement des pratiques soignantes ? » « Comment le genre soignant, les règles de métier, doivent-ils se reconstruire pour adhérer à l'ambulatoire ? » et encourager le développement de l'agencéité collective du groupe d'animation par la construction d'objectif commun de l'intervention future.

La méthodologie initialement construite par l'ergonome a été alors débattue et affinée pour permettre la détermination d'actions cohérentes pour mener le projet : s'accorder sur la façon de s'y prendre pour tenir l'objectif du projet et déterminer comment les participants pourront construire ensemble.

La démarche initiale engagée par le groupe d'animation a conduit à construire des pratiques communes sur la gestion du groupe projet : définir un objectif commun de travail, se rencontrer autour de cet objet, partager des savoirs spécialisés et s'interroger collectivement sur la démarche et les méthodes mobilisées. Les interactions se sont faites essentiellement sous la forme de coopération intégrative qui a permis la combinaison de compétences spécifiques pour réaliser la construction de la méthodologie et de coopération débative qui a permis l'émergence de la confrontation des connaissances de chacun.

2.3.2. Une démarche itérative entre réflexion et construction

Après chaque réunion du groupe de travail, une séance d'analyse du contenu de la réunion était organisée entre les membres de l'équipe d'animation. Au total cinq réunions ont eu lieu d'une durée moyenne de deux heures. Elles permettaient en quelque sorte d'opérer ensemble une analyse réflexive sur l'expérience passée (le déroulé des réunions du groupe de travail) pour lui donner une nouvelle signification. Le but de ce retour réflexif était notamment :

- de réussir à expliciter le processus qui a permis d'aboutir au résultat et de réfléchir à la suite de l'intervention : une conduite réflexive de l'intervention ;

- à élaborer graduellement une méthodologie afin de pouvoir à l'avenir s'en inspirer : une formalisation critique de la méthodologie.

Avant ces séances d'analyse, les membres de l'équipe d'animation devaient, au préalable, retranscrire le contenu des séances (ou mettre au propre ses notes), analyser le contenu des échanges des participants du groupe de travail, extraire les thèmes principaux abordés ainsi que les difficultés qui avaient émergé dans le groupe (consignes non comprises, tensions dans le groupe...) comme les difficultés rencontrées par les animateurs (remise en cause de la méthodologie, attitude défensive de certain membre, difficulté pour instaurer une dynamique de groupe...).

Les séances d'analyse se sont en général découpées en trois étapes : phase d'analyse des situations de travail, phase d'analyse de l'écart entre le contenu prévu et réalisé, phase d'analyse de la pratique de l'ergonome dans la gestion du groupe.

L'étape d'analyse des situations de travail du groupe s'est centrée sur les événements de la situation et a visé à comprendre ce qui s'est passé : comment le processus a-t-il été construit ? C'est une réflexion qui s'est faite à partir de faits observables dans la situation et des verbalisations des acteurs.

L'étape d'analyse de l'écart entre le contenu prévu et réalisé avait pour objectif de le comprendre et le gérer de manière consciente et raisonnée : pourquoi les objectifs de la réunion n'ont-ils pas été atteints ? Le temps prévu pour les atteindre a-t-il suffi ?...

Ces deux premières étapes permettaient de réajuster le contenu des réunions ultérieures. L'ergonome durant le processus de conception, tendu vers une finalité, projette des idées et des savoirs antérieurement construits, et la situation lui « *répond* », le « *surprend* », présente des résistances inattendues, source d'apprentissage. La conception étant un processus collectif, les autres acteurs du processus « *répondent* », « *surprennent* », et présentent eux aussi des résistances inattendues (Béguin, 2007). Dans ce contexte, le résultat du travail de l'ergonome est seulement une hypothèse, qui sera validée, remise en mouvement, ou réfutée à partir des apprentissages des autres acteurs du processus.

Un dialogue avec la situation se met en place (Schön, 1983). A travers le processus dialogique, les acteurs du projet dans son ensemble apprennent les uns des autres et l'activité de conception devient alors un centre d'apprentissages. La méthodologie initiale est ainsi révisée, adaptée, transformée pour devenir cohérente entre les performances attendues et effectives, les capacités réelles des acteurs et les ressources rendues disponibles (tableau 12).

Réunions	Ce qui était prévu		Ce qui a été fait	
	Objectifs	Comment	Objectifs	Comment
2ere réunion	« Elaborer un référentiel commun »	<ul style="list-style-type: none"> - Repartir du processus cartographié en introduisant des situations de références : dans ces situations qu'est-ce-que je fais ? - Compléter le processus cartographié en créant de nouveaux liens. - Identifier des conséquences sur le patient, sur les soignants au regard des critères : efficacité, sécurité, confort, économie. 	<ul style="list-style-type: none"> « Construire des représentations communes » « Construire une conscience collective de la situation » 	<ul style="list-style-type: none"> - Construire et analyser le processus : identifier ce qui marche, ce qui ne marche pas, ce qui manque en termes de conséquences pour le patient et les soignants. - Introduire des questions de clarification et des situations d'action dynamiquement évoquées. - Identifier les liens entre les partenaires engagés dans le processus.
3ere réunion	« Elaborer des règles communes »	<ul style="list-style-type: none"> - Prioriser (hiérarchisation) les étapes du processus à améliorer. - Construire des propositions de solutions : constitution de 2 groupes avec des représentants de chaque fonction. 	<ul style="list-style-type: none"> « Construire une conscience collective de la situation » « Définir un objectif commun » « Construire un référentiel opératif commun » 	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation de l'analyse du processus : émergence de 3 thèmes principaux. - Choix d'un thème par le groupe : « gagner du temps » (argumentation du choix). - Construire des solutions collectivement : constitution de 3 sous-groupes avec des représentants de chaque fonction.
4ere réunion	: « Elaborer des règles communes	<ul style="list-style-type: none"> -Présentation orale des travaux de chaque groupe - Exploitation des travaux des deux groupes - Synthèse des propositions et validation par le groupe - Modification du processus en conséquence 	<ul style="list-style-type: none"> « Elaborer des règles communes » « Construire les formes de coopération et de coordination » 	<ul style="list-style-type: none"> -Présentation orale des travaux de chaque groupe. - Exploitation des travaux des trois groupes. - Modification du processus en conséquence.
5ere réunion	« Simulation »	<ul style="list-style-type: none"> - Tester le processus modélisé par un scénario. - Ajustement du processus. 	<ul style="list-style-type: none"> « Construire d'un collectif transverse » 	<ul style="list-style-type: none"> - Synthèse des propositions par le groupe d'animation et validation par le groupe.

Réunions	Ce qui était prévu		Ce qui a été fait	
	Objectifs	Comment	Objectifs	Comment
		- Réfléchir aux conditions d'une organisation qui soit dans une dynamique d'amélioration continue.		- Amélioration des solutions. - Construction d'un document diffusable et utilisable.

Tableau 12 : Comparaison entre le contenu prévu et contenu réalisé lors des réunions du groupe projet

La troisième étape consistait à mettre en place une analyse réflexive des pratiques de l'ergonome dans sa gestion du groupe projet. Dans cette configuration l'accompagné était l'ergonome et l'accompagnant la cadre de santé (coanimatrice). Cette démarche n'avait pas été anticipée initialement mais les débats entre l'ergonome et la cadre de santé (coanimatrice) ont conduit peu à peu à une mise en place de cette démarche réflexive.

2.3.3. Analyse réflexive de la pratique de l'ergonome

La pratique réflexive pour l'ergonome avait pour objectif d'apprendre de ses expériences concrètes vécues avec les membres du groupe projet « *de comprendre la liaison entre savoirs et actions, donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence. Cette posture consiste (...) surtout à revenir sur les acquis, les processus et les stratégies utilisées pour en dégager les principes transposables. Ainsi sont nommés et valorisés les principes de l'action, les références scientifiques, les schèmes d'organisation, etc., tout ce qui contribue à fixer les savoirs et à les rendre disponibles et mobilisables lors de la réalisation d'autres travaux* » (Référentiel de formation infirmière, 2008 p. 70).

Elle lui a permis de revenir sur sa pratique, sur son action et prendre conscience de sa manière d'agir et de réagir, dans les situations d'interactions. Ce retour réflexif avait pour finalité de réinvestir dans les rencontres à venir, les enseignements tirés de cette expérience et de construire ainsi des nouvelles compétences professionnelles.

La pratique réflexive s'inscrit toujours dans une énigme à résoudre et elle est à la remorque d'une problématique (Paillé, 2012). Comme le constate Schön (1994) dans le monde concret de la pratique, les problèmes n'arrivent pas tous déterminés entre les mains du praticien et une étape de problématisation s'impose dans un processus de pratique réflexive. Dans notre cas elle était motivée par une recherche de compréhension de comportements observés, de verbalisations durant les séances de travail avec le groupe projet non attendus, non anticipés

ou encore anticipés mais pas de cette façon : « *Pourquoi les débats autour du diagnostic ne se sont-ils pas déclenchés* », « *A-t-il été intégré en tant que tel ou rejeté ?* » ; « *Pourquoi ça n'a pas marché et comment je pourrais m'y prendre pour y arriver ?* » ; « *Comment ai-je réussi à impliquer la totalité des acteurs dès la première réunion ?* ».

La méthodologie utilisée par l'accompagnant (la cadre de santé) pour soutenir cette démarche réflexive s'est appuyée sur une pluralité d'approches : l'analyse transactionnelle (qui part du postulat que le fonctionnement humain est basé suivant les trois états de l'homme, ou trois états du Moi « conscient » qui définissent la personnalité : Parent, Adulte, Enfant (PAE)), l'attitude de Porter (qui s'attache à identifier les attitudes dangereuses qui nuisent à l'éclosion du discours authentique), la Programmation Neurolinguistique (permettant d'établir une meilleure communication en comprenant notre propre mode de fonctionnement et celui de notre interlocuteur)... Lors d'un entretien sur la méthodologie utilisée, la cadre de santé a précisé que sa pratique professionnelle et son expérience acquise dans les séances d'analyse des pratiques professionnelles des soignants lui a permis de développer ses propres outils et qu'il lui était difficile de définir précisément la méthodologie déployée.

La pratique réflexive développée s'est intéressée autant aux réussites qu'aux erreurs ou aux difficultés. Celle qui porte sur les réussites permet la compréhension de ce qui fonctionne, quand ça fonctionne et l'appropriation de "bonnes pratiques". En revenant sur ses erreurs il devient possible de comprendre comment et pourquoi on en est arrivé à ce résultat et d'imaginer ainsi de nouvelles stratégies de plus en plus efficaces.

Un temps descriptif de recueil de données détaillées sur l'expérience passée est ensuite mis en place. L'accompagnant revient sur les moments vécus par une description factuelle de la situation et sollicite chez l'ergonome une description de la situation de son point de vue « *Dans la séance Mr X a dit cela, à ce moment donné et ça a déclenché ceci* ». Les relations entre l'ergonome et les participants ont pu être « tendues ». Par exemple les méthodologies utilisées pour aboutir au diagnostic ont été remises en cause car les résultats obtenus ne correspondaient pas à la représentation des participants. Il leur a été également difficile d'accepter qu'un non soignant puisse intervenir dans la conception de l'organisation du travail des soignants et la capacité de l'ergonome à pouvoir appréhender l'activité réelle a pu être mise en doute. Ces situations ont demandé à l'ergonome de gérer la démarche de conception

(amener les participants à construire ensemble et à accepter les consignes) tout en étant très attentif aux relations humaines intra-groupe et aux conflits potentiels.

L'ergonome expliquait ce qu'il attendait de la situation, ce qu'il a cherché à faire et pourquoi il l'a fait. Ce temps de recueil de données « Comment l'accompagné en est-il arrivé où il en est arrivé ? » est un moyen d'accéder au vécu subjectif et pouvoir ensuite l'analyser.

La description faite permettait à l'ergonome de prendre de la hauteur pour analyser la situation et sa pratique avec l'accompagnant. L'expérience décrite est prise comme objet d'analyse et elle est regardée sous différents angles.

C'est un temps d'ouverture, d'élargissement, de reconstruction de la réalité à un autre niveau de lecture que celui réalisé spontanément, dans le flux de l'action, par l'ergonome. Analyser pour donner du sens, c'est faire des liens entre les éléments pour mieux comprendre les événements, les interpréter, les expliquer. C'est « *décomposer cette unité qui n'est pas claire pour nous et en reconstruire une nouvelle qui nous serait plus claire.* » (Paillé, 2012, p. 47). La description est un matériau, l'analyse est la méthode qui en permet la compréhension. L'analyse est guidée par la question initiale qu'elle vise à modéliser et à conceptualiser. La question est de comprendre les nouvelles connaissances ou les nouvelles représentations qui émergent de ce travail descriptif, enrichi de celui de l'analyse.

Des axes d'action sont alors concrétisés conjointement entre l'ergonome et la cadre de santé pour anticiper les réunions futures : à quel moment injecter les situations d'action dynamiquement évoquées pour qu'elles aboutissent aux résultats attendus ? Comment aborder différemment les tensions entre le groupe et l'ergonome ? Comment donner confiance en l'ergonome et avoir confiance dans le groupe ? Quelles méthodologies développer pour stimuler une attitude réflexive chez les acteurs du projet ?

A travers l'environnement réflexif et constructif créé, l'intervention devient un acte pédagogique pour l'ergonome. Cet acte pédagogique poursuit deux finalités (Dugué et al., 2010) : rendre l'ergonome « capables » en situation (ou plus capable), permettre son développement personnel, la transmission de valeurs et le développement de connaissances nouvelles.

Cette démarche conjointe de construire et de se construire dans l'action a enrichi l'ergonome dans ses pratiques à de nombreux égards :

- s'approprier sa propre expérience ;
- mettre à distance ce qui lui arrive, pour mieux le comprendre ;
- prendre conscience de sa manière d'apprendre, pour apprendre à apprendre ;
- prendre conscience de sa manière d'agir, en tant qu'ergonome, pour devenir ergonome ;
- élargir la réflexion dans l'action à la réflexion sur l'action et sur ce qui la pilote plus ou moins consciemment ;
- prendre appui sur le passé pour envisager l'avenir en étant mieux outillé, plus « instruit » et produire des comportements adaptés dans des situations toujours nouvelles ;
- construire une identité professionnelle réfléchie et évolutive ;
- devenir un « praticien réflexif » ;
- construire de la connaissance, au-delà des théories existantes, être un « praticien chercheur ».

La cadre de santé quant à elle a précisé ce que lui avait apporté ce travail autant d'un point de vue professionnel que personnel :

- la possibilité que lui a donnée l'institution de sortir de son contexte professionnel quotidien (la formation) en lui donnant l'opportunité de participer au développement d'une activité de soin avec des objectifs d'amélioration ;
- l'enrichissement personnel et professionnel de coanimer un projet avec deux personnes de profils professionnels différents mais qui ont eu l'opportunité de s'ouvrir à quelque chose de nouveau ;
- la possibilité de construire un cadre de travail (objectif, fonctionnement..) et de s'y tenir. Ce cadre est un fil conducteur qui permet de tenir les objectifs même si le contenu de la méthodologie évolue ;
- la confirmation de sa perception positive de la dynamique de groupe. Le groupe a des ressources en lui qui doivent être mises en mouvement avec des éléments de régulation si nécessaire ;
- la possibilité dans l'intervention de mobiliser différents champ de compétence et de s'ouvrir sur des compétences nouvelles en suivant un projet du début jusqu'à la fin

(apprendre les savoirs théoriques et les outils de l'ergonome et leur mise en application).

3. La construction collective des pratiques présentes et futures

La construction collective des pratiques est une méthode centrée sur les acteurs leur ouvrant la possibilité d'analyser et de créer leurs propres règles visant à améliorer le processus de chirurgie ambulatoire dans sa globalité. L'objectif ici est d'analyser les effets concrets de la méthodologie mise en œuvre et le rôle de l'ergonome comme facteur de conversion : comment la représentation commune du travail entre les participants se construit-elle ? Comment les transformations du travail s'opèrent-elles ? Quelles sont les natures de ces transformations ?

L'ergonome se fait le pivot d'une démarche « participative-développementale » à double objectifs : la transformation de l'ensemble des acteurs et la production d'une organisation qui permette le développement c'est-à-dire une organisation capacitante.

3.1. Définir un cadre participatif lisible et explicite pour chaque participant

Dès la première réunion le cadre participatif a été défini. L'objectif recherché était de donner à l'ensemble des participants une vision lisible de l'intervention ergonomique dans sa globalité et d'explicitier la méthodologie qui allait être mise en œuvre. Tout au long des réunions nous avons attaché une importance capitale à donner à tous le même niveau de connaissance et d'information, condition qui nous a semblé nécessaire pour créer une relation de confiance avec les participants (être transparent dans la démarche) et engager une dynamique collective. Ce cadre participatif peut paraître évident à certains, alors qu'il n'est pas connu de tous.

3.1.1. Soutenir la démarche par un engagement institutionnel

Dans la première réunion nous avons tenu à expliciter pourquoi et comment la démarche collective proposée se positionnait dans un contexte institutionnel plus global. La directrice de la stratégie est venue présenter les attendus du projet « Développement de la chirurgie ambulatoire » au niveau de la direction générale et les conditions qui permettent que les solutions envisagées soient retenues.

Dans sa présentation elle a précisé :

- le degré de participation attendu,
- le sens de leur participation,
- l'intégration de leurs suggestions de conception dans la suite du projet,
- les objectifs, les rôles et les attentes vis-à-vis des acteurs du processus ambulatoire.

Il avait été convenu avec la directrice de la stratégie médicale que le groupe de travail serait libre des propositions qu'il pourrait émettre et ne devrait pas contraindre sa réflexion par l'organisation existante. Toutes les solutions inventives et innovantes, remettant en cause l'organisation existante, seraient soumises, au même titre que toutes les autres solutions, au comité de pilotage et à la directrice de la stratégie médicale pour une étude de faisabilité (organisationnelle, financière, architecturale...).

3.1.2. Etre transparent pendant et après les réunions

Le second point-clé est de rendre explicites et visibles les décisions qui ont pu être prises pendant et entre les réunions. Toutes les réunions ont fait l'objet d'un compte-rendu. Le rythme des réunions étant soutenu (une rencontre toutes les semaines pendant un mois) les comptes rendus étaient présentés à la réunion suivante. Cela permettait de synthétiser les débats et les échanges qui avaient eu lieu, les décisions prises et les solutions proposées collectivement la semaine précédente.

Ce point d'étape systématique avait plusieurs objectifs :

- reformuler et valider le contenu des réunions : les rendre responsables les uns par rapport aux autres ;

- reprendre le fil de la démarche entreprise collectivement (où nous étions-nous arrêtés ?), activer leurs souvenirs (de quoi étions-nous en train de discuter ? qui intervenait ?) et les repositionner dans une démarche réflexive ;
- remettre en débat les décisions implicites ou non clôturées ;
- fournir des comptes rendus de l'état d'avancement du projet, assortis d'une traçabilité des décisions qui permettent de créer un référent partagé.

L'activité de conception étant pour les participants une activité nouvelle et qui vient de plus s'ajouter à leur activité quotidienne (toutes les réunions se sont déroulées en dehors des heures de travail pour pouvoir réunir à la fois le personnel médical, paramédical et administratif) nous souhaitons rendre visible (pour tous) le travail accompli à chaque réunion et la logique de son enchaînement. Il était important de maintenir la motivation et l'implication du groupe, qui dès la première réunion, ont été très importantes.

3.1.3. La contractualisation des règles de fonctionnement du groupe : préalable à l'engagement des participants au projet collectif

L'adhésion des participants au projet de construction des pratiques collectives se joue à plusieurs niveaux et sur plusieurs points. Dès la première réunion, chacun doit comprendre le but visé par les réunions collectives, le bénéfice que chacun peut en tirer et le rôle que chacun doit jouer à chaque étape. Il est important que chacun se représente les conditions nécessaires pour que le projet soit confortable et riche pour tous.

Les règles de fonctionnement du groupe ont été contractualisées avec les participants lors de la première réunion. Des règles qui pourraient être nommées des règles de civilité interactionnelle du groupe ont permis de rappeler un certain nombre de critères nécessaires à respecter pour le bon déroulement d'un travail collectif : éteindre son téléphone, s'écouter parler, éviter les communications parasites (apartés, interruptions), respecter l'avis des autres, ne pas couper la parole....

Il avait été convenu que ces règles seraient présentées par la cadre de santé coanimatrice : *« Dans le groupe de travail, rappeler quels sont les prérequis importants que vous avez, je pense, en tête. Par rapport à ce groupe de travail, pouvoir garantir pour chacun de nous le respect. Je crois que c'est important dans la forme. L'engagement, Mme Servat (directrice de*

la stratégie médicale) vous en a parlé, ce serait bien que l'on parte ensemble et que l'on finisse ces groupes de travail ensemble. Que vous puissiez vous engager à chaque session de travail pour que le travail soit productif et bénéfique pour tout le monde au sein de chaque fonction. L'engagement, ça veut dire aussi, dans la mesure du possible, je sais que chacun de vous à des responsabilités, pouvoir démarrer à l'heure, être vigilant par rapport à la ponctualité. Il y a cinq dates qui sont posées, en général de 17h à 19h, pour que l'on puisse démarrer ensemble et finir ensemble. »

Les règles de civilité étaient également les premières règles établies et partagées par tous, premier pas vers la construction d'une culture collective permettant l'amélioration et la facilitation de l'expression des points de vue de chacun : pouvoir exprimer son point de vue et pouvoir entendre ceux des autres.

La forme et le contenu des réunions, le nombre de réunions, la période et la durée des rencontres, les objectifs attendus, les livrables attendus ont été présentés. L'ensemble des participants ont été sollicités pour savoir s'ils étaient d'accord avec ces éléments ou s'il y avait des points à éclaircir avant de commencer. Le but de ce premier contrat était de créer les conditions d'adhésions optimales. Pour faciliter l'appropriation du processus et l'adhésion au projet, un support écrit a été utilisé (document power point) et a été projeté au fur et à mesure que l'ergonome expliquait comment les séances allaient se dérouler, en laissant une place importante à l'interaction avec les participants (avez-vous des questions sur cette organisation ? Avez-vous besoin de précision ?) et aux questions qu'ils souhaitaient poser en y apportant toujours des réponses.

Lors de la première séance, l'équipe d'animation a passé un temps important à présenter comment il concevait la manière de travailler ensemble, son rôle et celui des participants, les modalités de fonctionnement pendant et après les séances. Il a été demandé à la fin de cette présentation qui souhaitait participer aux séances suivantes et qui souhaitait en rester là. La plupart des personnes s'étant inscrites volontairement, il n'y a pas eu de désistement et au contraire une adhésion forte au projet a été remarquée avec une présence et une implication soutenues de l'ensemble des membres (à l'exception d'un ou deux personnes, la totalité du groupe a toujours été présente à toutes les réunions).

3.2. Le partage du diagnostic : une première mise en commun des résultats pour comprendre ensemble

Avant même d'entrer dans le travail de construction collective de l'organisation, nous avons souhaité présenter les résultats du diagnostic et plus spécifiquement ce qui a conduit à développer ce projet collective de construction d'une organisation de chirurgie ambulatoire. Pour une meilleure compréhension du diagnostic, un certain nombre de points ont été abordés au préalable :

1. La définition de l'ergonomie, et pourquoi le choix d'un ergonome. Pour influencer sur les choix de conception, l'intervention vise à positionner l'ergonome par rapport aux différents acteurs du processus de conception et lui permettre de développer avec eux les interactions pertinentes (Daniellou, 2004) : *« En général vous connaissez l'ergonome avec sa casquette « environnement matériel du poste de travail - la chaise la table ». Quand on est ergonome on va aller beaucoup plus loin que les aspects physiologiques du travail et on va regarder comment les organisations sont mises en œuvre, comment les gens partagent leurs tâches... Le but de notre travail c'est d'améliorer les conditions de travail « être plus efficace, plus performant, mieux dans son travail » et on s'intéresse aussi à la performance globale du système. C'est-à-dire créer un environnement, des méthodes, des conditions de travail qui soient satisfaisantes pour vous et aussi pour le patient ».*

Lors des entretiens il avait été remarqué que la plupart des professionnels avaient une vision erronée de la définition de l'ergonomie et de la démarche ergonomique. Pour mettre en place un projet collectif, soutenu par les résultats du diagnostic ergonomique, et le conduire, l'ergonome, pour permettre aux participants de comprendre la démarche, doit expliquer et convaincre de l'intérêt de cette approche du travail nouvelle pour eux.

La démarche médicale est aujourd'hui fondée sur les preuves, la volonté qui prévaut est celle d'approfondir et systématiser les connaissances en médecine et de la faire accéder au rang de science qui est parfois définie comme « la connaissance de la vérité » (Hesbeen, 1997). L'ergonome doit s'adapter au contexte professionnel dans lequel il est. L'environnement médical est attaché à cet aspect scientifique de la pratique il est donc important dans ce contexte que l'ergonome explique les connaissances sur lesquelles il s'appuie, comment la méthodologie a été élaborée, comment les données ont été traitées pour parvenir à un résultat.

Il doit transmettre des connaissances relatives à son travail, à sa démarche ou encore sur les formes de résultats que pourra produire telle ou telle structure. Il doit pouvoir expliquer que sa discipline, au même égard que la médecine, s'est donnée comme objectif à la fois de construire des connaissances sur l'être humain en activité et d'élaborer des savoirs scientifiques en matière méthodologique ergonomique (Falzon, 1998).

2. La définition d'un collectif de travail et d'un collectif de travail transverse et leurs différences : les notions de travail collectif et de collectif de travail ont été abordées. Les différentes formes des collectifs de travail ont été expliquées ainsi que leurs différences. Ces notions ont été replacées dans le cadre du développement de l'activité collective au travers de la coopération et de la coordination, éléments indispensables pour une organisation de chirurgie ambulatoire qui marche. L'objectif était de donner des bases de ces notions aux membres du groupe de travail et d'y faire référence au cours du travail collectif de conception.
3. La présentation de la méthodologie qui a soutenu le diagnostic mêlant à la fois une analyse quantitative et une analyse qualitative :
 - entretiens menés auprès de patients opérés sous cette modalité et de professionnels de la chaîne ambulatoire,
 - observations de l'activité de travail tout au long de la chaîne ambulatoire et au sein des unités de chirurgie ambulatoire.

La totalité du diagnostic ne pouvant être présenté, l'ergonome a fait des choix sur les thèmes abordés. Il souhaitait par rapport à l'objectif fixé « construire collectivement les pratiques » resituer des résultats de l'analyse de l'activité qui renvoient aux différents participants la dimension collective du processus ambulatoire et les entraves à l'activité collective :

- des écarts de représentation entre usagers et professionnels, mais également entre professionnels ;
- des professionnels non unanimes sur les raisons d'être de la chirurgie ambulatoire ;
- des règles de chirurgie ambulatoire qui apparaissent être une source de non sécurité et de non qualité des soins ;
- des difficultés pour les professionnels à construire un parcours du patient sans discontinuité.

Cette restitution était l'occasion d'appréhender les représentations des différents acteurs et contribuait à améliorer la connaissance mutuelle du concept ambulatoire. C'était également un moment d'échanges entre les acteurs pour donner lieu à des confrontations et participer à la construction de représentations, dans un premier temps si ce n'est communes, tout du moins convergentes.

Le diagnostic a été très peu discuté. Seul l'aspect de l'éligibilité du patient a fait l'objet d'une confrontation. Il avait été évoqué le fait que l'éligibilité du patient (par rapport aux entretiens menés et aux résultats de la simulation) s'avérait être, pour un même cas traité, chirurgien dépendant c'est-à-dire que sa décision se faisait en fonction de ses connaissances et de son expérience construite au cours de sa pratique.

Les remarques ont émané principalement des équipes paramédicales :

« Qu'est-ce que ça veut dire ? Ça paraît assez surprenant »

« Ça ne dépend pas du chirurgien. Il y a des chirurgies qui se prêtent à l'ambulatoire et d'autres qui ne s'y prêtent pas »

« Les fonctionnements des équipes ne varient pas. L'acte chirurgical est identique comme l'anesthésie. S'il y avait la même remarque en anesthésie, c'est non recevable. »

« Il n'y a pas de différence soit le patient est éligible, soit il ne l'est pas. La chirurgie peut se faire en ambulatoire et le patient n'a pas de contre-indications particulières qui interviennent d'une façon ou d'une autre dans la prise en charge dans le circuit ambulatoire. En aucun cas c'est un problème de compétences des équipes chirurgicale et anesthésique. »

« Aujourd'hui tous les patients qui devraient être hospitalisés en ambulatoire le sont. Quand ils ne le sont pas c'est qu'il y a toujours des raisons (vit seul, trop âgé...). »

« Les taux d'évolution sont hauts. On peut toujours projeter des taux élevés mais il y aura toujours des facteurs incompressibles : les patients ne veulent pas tous l'ambulatoire, les patients âgés ce n'est pas possible, les personnes seules non plus... ».

Il était intéressant de constater que l'équipe chirurgicale présente n'a pas pris part aux débats. Les aspects liés à ces différences intra-métiers c'est-à-dire la manifestation de règles transpersonnelles qui définissent dans le milieu chirurgical l'usage des critères d'éligibilité, ont été identifiées par les participants paramédicaux comme des règles de métier. La décision d'éligibilité s'appuie selon eux sur des règles prescrites, partagées et admises qui ne se prêtent pas à l'adaptation, à l'interprétation et à la recombinaison de nouvelles règles d'éligibilité.

La présentation du diagnostic a permis de commencer avec l'ensemble du groupe une mise en discussion de la question du travail et d'établir les premiers fondements d'un référentiel appropriable qui fasse « sens » sur la notion de concept ambulatoire en procédant à l'ajustement des représentations mentales et en harmonisant les compréhensions mutuelles. Le fait que les membres s'expriment librement sur un diagnostic général (sans implication directe personnelle) semble être un préalable au développement de la dynamique coopérative entre des personnes (liées par des fonctions hiérarchiques et fonctionnelles multiples) qui ont peu l'habitude de moments de partage collectif et de mises en débats d'opinions et de compréhensions différentes ou similaires.

S'élaborent ainsi les bases d'un environnement capacitant où, pour au moins le temps de l'intervention, « *il sera possible de délibérer sur les critères du travail bien fait, de négocier des changements dans l'organisation du travail, de discuter à nouveau des résultats de ces changements, d'opérer de nouvelles modifications* » (Clot, 2013, p. 26).

3.3. Un outil d'aide à la synchronisation cognitive des participants : construction des séquences du processus de chirurgie ambulatoire

Suite à la présentation du diagnostic, la méthodologie a été clairement expliquée aux participants. Elle s'est divisée en trois étapes et s'est enchaînée ainsi :

- l'analyse du processus de chirurgie ambulatoire et des activités concernées : cartographie du processus permettant une vision du détail du contenu concret des processus (tâches et modes opératoires),
- le déploiement des objectifs sur le processus : au regard des objectifs, analyser ce qui marche, ce qui ne marche pas, ce qui manque...
- la recherche des leviers d'action : rechercher des solutions.

Nous proposons donc de voir dans la notion de processus de chirurgie ambulatoire la manifestation phénoménale de l'activité collective conjointe dans l'organisation. Le processus recompose l'organisation « *sur la base de flux (de produits, de services, d'informations) orientés clients* » (Detchessahar, 2003, p. 69). Cartographier un processus demande à chaque participant du processus de pouvoir matérialiser l'enchaînement global de ses activités à l'intérieur du flux et de se coordonner directement avec les phases amont et aval à travers des

outputs traversant les structures organisationnelles plutôt qu'à travers la chaîne hiérarchique (figure 23) (Detchessahar, 2003 ; Lorino & Nefussi, 2007) : « *chaque acteur du processus, même s'il est situé très en amont, à travers la vision « processus » est relié à un output final et à la satisfaction du client destinataire de cet output [...] le processus « déploie » le besoin du client dans tous les méandres de l'organisation* » (Lorino, 2003 p 15).



Figure 23 : L'enchaînement des activités à l'intérieur du flux

Comme présenté dans la méthodologie (chap.5, §4), il a été demandé aux participants de cartographier le processus chirurgie ambulatoire et leurs actions à partir d'un cas concret issu d'une situation réelle de prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire que nous avons collecté dans l'un des deux services d'orthopédie : « *Le Dr X, médecin généraliste, vous adresse en consultation Mr Y atteint d'un Dupuytren au 4^{ème} doigt droit pour une prise en charge chirurgicale* ». Afin de permettre aux participants de réfléchir, un temps de préparation a été laissé avant de déployer collectivement la cartographie du processus.

3.3.1. La nécessité des participants de s'ajuster sur les notions de besoin, comment, résultat pendant la phase de préparation

Pour les participants il s'agissait de mieux prendre conscience de leur rôle et du rôle de chacun dans l'activité de chirurgie ambulatoire de façon à ce que chacun sache positionner son métier par rapport à celui des autres et comprenne en quoi son activité contribue au processus général.

Dès le début du temps préparatoire, des sous-groupes se sont spontanément constitués selon différentes affinités. Deux types de regroupement se sont opérés :

- par métier : 3 groupes métier constitués de deux à quatre personnes (groupe secrétaire, groupe chirurgien, groupe anesthésiste, groupe brancardage). Les personnes pouvaient être affectées sur des postes de travail similaires ou non (le groupe secrétaire regroupé deux secrétaires de l'unité de chirurgie ambulatoire, une secrétaire de consultation, une secrétaire d'hospitalisation) et dépendre d'équipes différentes (groupe métier chirurgien : deux chirurgiens de Ranguel, un chirurgien de Purpan) ;
- par « activité » (comme défini par Lorino 2003, p23) : quatre groupes « activité » constitués de deux à quatre personnes de métiers différents et pouvant dépendre d'équipes différentes (groupe consultation chirurgicale : une cadre de santé de Ranguel, une cadre de santé de Purpan, deux infirmières de Purpan ; groupe unité de chirurgie ambulatoire : une cadre de santé et une infirmière de Purpan ; groupe SSPI : une cadre de santé et une infirmière de Purpan ; groupe bloc opératoire : une cadre de santé de Ranguel, une cadre de santé de Purpan).

L'équipe d'animation n'a pas cherché à « contrarier » ces appariements, laissant les participants se saisir de la demande et s'appropriier le travail. Quel que soit le type de regroupement, les participants ont eu besoin de s'ajuster sur une définition commune entre besoin-comment-résultat. Les difficultés rencontrées ont été de plusieurs ordres :

- Confusion entre « comment j'interviens » et « quand j'interviens »

Int1 : Comment ? Ça veut dire à quel moment on intervient.

Int 2 : Non Comment ? C'est comment tu le fais.

Int 3 : Et pas à quel moment on intervient.

Int 1 : Donc ça veut dire que l'on va faire plusieurs fiches.

Int 2 : Oui à chaque fois point où l'on intervient. Nous, on a quatre points.

- Confusion entre « le besoin pour réaliser le comment » et « pourquoi je réalise le comment »

Int 1 : On part sur du concret un Dupuytren. On fait le pré-op.

Les chirurgiens construisent le comment. Ils s'interrogent sur le besoin.

Int 3 : De quoi j'ai besoin ? J'ai besoin de programmer un patient en ambulatoire. Pour ça je fais ma consultation pré-op où j'ai tous ses critères...

- Confusion entre « le besoin pour réaliser le comment » et « le comment du participant suivant »

Int2 : Pour réaliser la consultation pré-op j'ai besoin d'une consultation en anesthésie, de programmer le patient en ambu, d'une fiche de programmation et d'une IDE de programmation

- Identification du résultat produit

Int 4: Le besoin. J'ai besoin d'une demande de transport et d'un logiciel pour lire la demande.

Int 5 : Le résultat c'est la réalisation de la course.

Int 4 : Mais le brancardier il va quand même chercher le patient tu le mets où ça ?

Int 5 : Et bien là tu peux mettre déplacement du brancardier et course effectuée.

- Difficultés d'articuler son travail avec celui de l'autre

Pour certains participants, leur activité a été présentée par une séquence unique besoin-comment-résultat qui enchainait chronologiquement les actions effectuées autour de la prise en charge du patient sans tenir compte de l'intervention des autres. Par exemple : 1 accueil du patient, 2 contrôle patient, 3 appel brancardage, 4 préparation patient départ bloc, 5 surveillance pré-op... Dans ces cas l'activité est présentée selon la logique métier « *j'ai écrit ce que je fais pour m'occuper du patient durant son séjour* » sans tenir compte de l'enchaînement global des activités à l'intérieur du flux ambulatoire.

3.3.2. La constitution des sous-groupes : une configuration collectif métier et collectif transverse

La constitution des sous-groupes « métier » ou « activité » a permis pour les participants d'aborder de façon différente la formalisation des séquences et ont contribué à enrichir de façon différente la cartographie du processus.

3.3.2.1. Les sous-groupes du type « activité » : une ressource pour générer des comportements coopératifs

Les sous-groupes « activité » étaient constitués de participants de métiers différents qui pouvaient appartenir à des équipes différentes (Ranguel et Purpan). Pour illustrer les paragraphes suivants, nous nous appuyons sur le sous-groupe « consultation chirurgicale »

constitué de deux cadres de santé, de deux infirmières de consultation chirurgicale et d'anesthésie.

L'observation de ce groupe par l'ergonome au cours de la phase préparatoire a permis de mettre en évidence plusieurs formes de travail collectif pour réaliser le travail de création des séquences :

1. Déterminer un objectif commun à atteindre : avant de commencer la décomposition des activités, le sous-groupe se met d'accord sur un objectif commun à atteindre « construire collectivement les étapes de consultations chirurgicale et d'anesthésie ».
2. S'ajuster sur un langage opératif commun : comme pour les autres sous-groupes, des difficultés apparaissent sur les définitions, la construction des séquences besoin-comment-résultat et leur articulation. Un animateur est sollicité par une personne du sous-groupe pour répondre aux questions concernant plus spécialement l'enchaînement des séquences. Une dynamique de collaboration se met en place entre les membres dans la logique « *travailler de concert avec quelqu'un d'autre, participer avec un ou plusieurs autres à une œuvre commune* ». Les premiers échanges portaient sur l'ajustement dans les définitions besoin-comment-résultat.

«*Toi ton résultat c'est la fiche administrative qui va servir à l'infirmière. Elle a besoin de cette fiche pour préparer le dossier du patient. Mais elle a aussi besoin d'un box pour installer le patient et du dossier patient* ».

3. Se synchroniser dans l'action : suite à cet ajustement collectif, l'enchaînement des séquences est créé dans une logique coopérative.

«*Il faut décrire comment on fait ensemble. Quels sont les étapes qui s'enchainent : d'abord la prise de rendez-vous, l'accueil du patient, il va en salle d'attente, on avertit l'aide-soignante qu'elle peut faire venir le patient...* ».

Chaque participant a participé aux débats et a enrichi les propositions de l'autre dans une logique à la fois de coopération :

- augmentative « *on ne donne pas que la date opératoire au patient même si ce n'est pas tout à fait formalisée on lui explique aussi comment ça va se passer* ». Les contributions de chaque membre sont faites dans le but d'accroître les capacités de réflexion et de compléter la description ;

- intégratrice « *nous par exemple on ne fait pas de fiche d'hospitalisation. On reste avec le chirurgien, il fixe la date avec le patient comme ça on est au courant et après on peut s'occuper de préparer l'hospitalisation quand on l'amène en consultation d'anesthésie* ». Dans ce cas la description est complétée mais elle insiste sur le fait que c'est la combinaison de compétences spécifiques (infirmière, chirurgien, patient) qui permet de réaliser la tâche ;
- débative « *en fait, on fait la même chose mais de façons différentes. On a deux circuits pour le patient entre les deux équipes. On devrait écrire les deux et les mettre en parallèle pour en discuter avec le groupe* ». La description repose sur la confrontation des connaissances et propose d'orienter les débats futurs en s'appuyant sur une pluralité de points de vue.

Les interactions issues de l'activité collective conjointe ont permis aux agents de se construire et de se développer à travers l'exercice de l'agencité collective c'est-à-dire la capacité des acteurs d'interagir pour convertir les ressources disponibles en capacités afin de concevoir des buts généraux et non pas seulement des objectifs liés à son propre bien-être.

Le sous-groupe « consultation chirurgicale » a mis en évidence des différences entre le parcours du patient des deux équipes Ranguel et Purpan :

- un parcours qui comprend neuf séquences avec deux « entrée et sortie » du patient
- un parcours qui comprend sept séquences avec une « entrée et sortie » du patient

Pour chaque parcours, les séquences sont construites sous la forme besoin-comment-résultat et interconnectées par la logique « résultats 1- besoins 2 ». Les opérateurs présents dans le sous-groupe ont construit ces liens au travers de la répartition de leurs tâches. Ainsi le résultat généré par l'un a bien été assimilé comme une partie du besoin de l'autre et les étapes de coordination ont été identifiées.

En revanche dans l'étape globale « consultation chirurgicale et d'anesthésie », les membres du groupe n'avaient pas anticipé les liens avec les séquences faisant intervenir d'autres participants non présents dans le sous-groupe (chirurgien, anesthésiste).

3.3.2.2. *Les sous-groupes du type « métier » : une ressource pour harmoniser les pratiques*

Les sous-groupes « métier » étaient constitués de participants de métier identique pouvant appartenir à des équipes différentes (Ranguel et Purpan). Nous nous appuyons sur les échanges entre les membres du sous-groupe « chirurgien » constitué de deux chirurgiens de Ranguel et d'un chirurgien de Purpan. L'analyse des échanges a montré l'existence d'un collectif métier qui reposait sur trois principes : l'existence de règles de métiers, la reconnaissance des compétences et la confiance réciproque.

Les règles de métier sont apparues comme un facteur de cohésion du groupe.

« Nous on a quatre étapes : le pré-op, l'opération, le post-op immédiat et le post-op différé dont on fait quatre séquences ».

Chaque séquence a été divisée en sous-séquence avant même d'être expliquée et coordonnée l'une à l'autre.

« Dans le pré-op qu'est-ce que l'on a ?

- 1 le diagnostic posé et le traitement indiqué,*
- 2 les critères de gravité pour relever d'une hospitalisation ou non,*
- 3 l'éligibilité chirurgicale,*
- 4 l'acceptation du patient,*
- 5 le choix de la date ».*

Les échanges sont caractérisés par l'utilisation d'un langage opératif.

« Ton Dupuytren »,

« Avant le diagnostic tu as des Dupuytren comme ça (geste) »,

« Les critères médicaux un peu, tu vois en gros si ça va passer »,

« Mais là ce n'est pas un problème chirurgical parce que la technique va être là même »,

« C'est la gravité de la maladie qui va faire le pronostic de l'ambulatoire ou pas ».

Les chirurgiens ont une représentation commune de la situation-problème et une représentation des procédures nécessaires pour traiter et résoudre le problème. Par exemple « *avant le diagnostic tu as des Dupuytren comme ça (geste)* » n'a pas nécessité d'explication, les deux autres chirurgiens ont interprété cela comme une contre-indication à la chirurgie ambulatoire. Un lexique restreint est utilisé (une monolexémie) avec l'existence de mots

spécifiques et une syntaxe restreinte et spécifique du domaine. Dans ce contexte fortement partagé, il a suffi de très peu d'indices explicites pour que les participants communiquent entre eux et assurer une intercompréhension (Karsenty & Falzon, 1993).

Des différences dans les pratiques sont observées : choix de la date chirurgicale avec le patient, création d'une fiche d'hospitalisation, enregistrement direct du type d'hospitalisation sur le logiciel d'hospitalisation par le chirurgien, information donnée au patient sur le principe de l'ambulatoire et l'anesthésie. Les contenus des différences sont analysés et les échanges entre les chirurgiens ont été du type demande de clarification :

Ch1 : Vous posez vos dates ?

Ch 2 : Oui on pose nos dates avec le patient et puis on le confie à l'infirmière

Ch 1 : Moi je fais une fiche d'hospitalisation. Bon moi je ne choisis pas la date mais c'est pareil quelqu'un le fait. Oui ça ne change rien on en sait pas plus. Bon on écrit choix de la date

Les différences n'ont pas fait l'objet de critiques, ni de remise en question des compétences. Elles ont été reconnues comme une composition individuelle de la règle « le style dans le genre » c'est-à-dire « *la manière pour le sujet dont il parvient, par son histoire et l'histoire de son expérience, notamment professionnelle, à jongler avec les genres de façon à faire émerger des créations stylistiques singulières. Le style c'est la distance que le sujet interpose entre lui et le genre... c'est la contribution du sujet au collectif* » (Clot, 2000, p. 279).

Ainsi chaque proposition a été admise comme une contribution au dialogue pour réaliser la formalisation des séquences. Sur les supports papier et lors de la présentation orale des séquences :

- les éléments différents ont été intégrés comme des pratiques communes : information sur l'anesthésie (donnée par une équipe et par l'autre) ;
- les éléments différents n'ont pas été présentés : réservation du matériel (n'apparaît pas dans la présentation) ;
- les éléments différents sont présentés mais aucun détail n'est donné : choix de la date opératoire (pas de présentation entre la façon de programmer la date opératoire), fiche d'hospitalisation (faite dans une équipe et pas dans l'autre).

3.3.3. Le rôle de l'ergonome dans la phase de préparation : mobiliser les ressources

Dans cette phase de préparation le rôle de l'ergonome a consisté essentiellement à aider le groupe à construire des situations de réflexivité en apportant des méthodes d'assistance à la pratique réflexive. Cette pratique implique une analyse critique de l'activité qui peut s'effectuer au travers d'une « conversation réflexive avec la situation » (Schön, 1993). Au niveau collectif la demande faite au groupe d'aborder le travail au travers de l'approche processus permettait d'encourager le développement d'une pratique réflexive collective où l'objet de travail était l'activité collective conjointe.

L'ergonome au travers de la méthodologie proposée et des espaces de débats créés, a incité les membres du groupe à une coopération « débative » (Schmidt, 1991) et « confrontative » (Hoc, 1996). La mise en débat des pratiques collectivement stimulait l'interaction sociale et a mis en évidence les savoirs et les savoir-faire développés par chacun dans la pratique. Chacun était tour à tour confronté à l'activité de son partenaire et de son homologue. Cette confrontation était un moyen de comprendre l'activité de l'autre, d'analyser sa propre activité par rapport à celle de l'autre et d'inscrire l'ensemble de ces activités dans un processus constitué de systèmes d'activité « frontiersés » qui s'articulent et se coordonnent au cours de l'activité collective conjointe.

Cet outil méthodologique a mis les acteurs du processus au cœur de la démarche et les a impliqués mutuellement dans l'analyse des pratiques. L'ergonome a été un facteur de conversion des ressources et des capacités des participants (figure 24). Il a facilité les verbalisations qui portaient sur le travail et a permis à l'activité d'être rendue visible et discutée. Il a accompagné les membres du groupe en les aidants à étendre et approfondir leurs investigations sur l'organisation (Argyris & Schön, 2002) avant de les associer à la reconception organisationnelle. Il a cherché à construire l'intervention pour accroître et pérenniser les possibilités et conjointre les ressources du milieu et celles des individus.

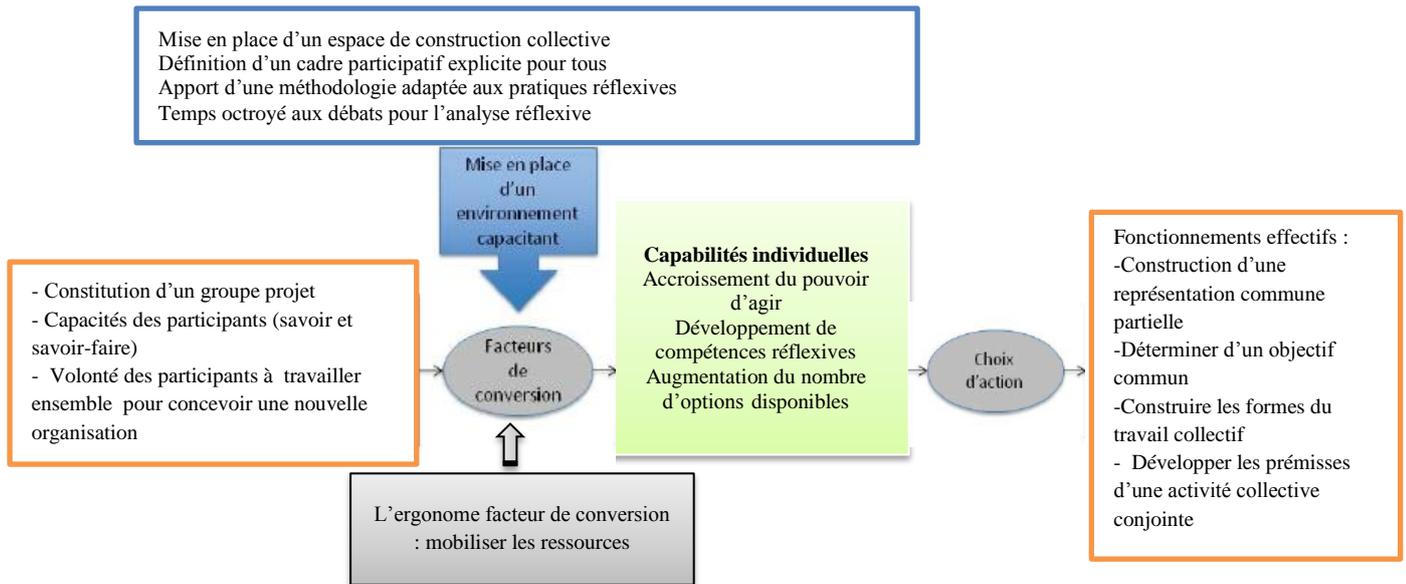


Figure 24 : Le rôle de l'ergonome : mobiliser les ressources, adapté de Bonvin & farnaque, 2007 et Fernagu-Oudet, 2012.

Cette phase a également été pour l'ergonome un moyen d'enrichir ses possibilités d'action sur l'intervention. Il s'est déplacé entre les sous-groupes pour apporter son aide, pour formaliser les pratiques mais aussi pour observer le travail effectué et le cheminement pour y arriver. Il avait été convenu entre les membres du groupe d'animation que les réponses données devaient aider les participants à comprendre la méthodologie sans pour autant réaliser le travail demandé à leur place. Toutes les réponses apportées devaient s'appuyer sur un exemple concret :

Ergonome : Le patient arrive pour une consultation. Comment ça se passe ?

Int 6 : Je lui demande l'heure de son rendez-vous, son nom et le nom du chirurgien avec qui il a rendez-vous et ses papiers. Sur les fiches de consultation quand on prend les rendez-vous par téléphone, on rajoute des commentaires pour nous aider, là je regarde s'il a une radio à faire.... Il me donne ses papiers pour que je puisse l'enregistrer.

Ergonome : D'accord, pour faire tout cela, de quoi avez-vous besoin en fait ?

Int6 : Que le patient ait un rendez-vous, ses papiers et la lettre du médecin si c'est la première fois. Ca alors ce sont mes besoins ?

Ergonome : Oui, c'est ça

Les sollicitations les plus fréquentes ont été des demandes d'explications sur :

- les définitions besoin, comment, résultat.
- la construction des séquences besoin-comment-résultat
- l'articulation des membres du groupe au travers des séquences

Les observations menées par l'ergonome permettaient de relever les écarts entre le processus réel et le processus formalisé au travers des séquences construites et la façon dont les participants prévoyaient (ou non) d'articuler et de coordonner ces séquences. Ces éléments recueillis permettaient d'anticiper l'intervention de l'ergonome lors de la construction collective du processus global et convertir les ressources mobilisées par les participants en accomplissements effectifs.

3.4. La cartographie du processus réel pour mieux comprendre ensemble : développement conjoint d'une culture collective et d'une analyse de l'activité réelle

Une approche processus nécessite l'adoption d'une vision holistique (Wilson, 2012) et implique une analyse globale des logiques c'est-à-dire l'analyse de l'agencement d'activités situées dans des entités organisationnelles multiples et faisant intervenir divers profils professionnels (Lorino, 2009). Après la phase de préparation des séquences, il a été demandé au groupe de cartographier le processus de chirurgie ambulatoire c'est-à-dire agencer les séquences par la mise en œuvre d'une coopération entre les membres du groupe où chaque acteur de la chaîne possède une part de la compétence collective requise pour répondre aux besoins du patient (Gadrey & Zarifian, 2001).

Dans cette étape les objectifs attendus étaient doubles :

- cette construction collective de l'activité réalisée devait rendre possible la capacité des acteurs à donner du sens dans leur interaction, en construisant de manière continue une intelligibilité mutuelle ;
- cet espace-temps au-delà de l'activité productive assurait à chacun une connaissance des faits relatifs à l'état de la situation (données du problème, état de la solution, hypothèses adoptées, etc.) et un partage d'un même savoir général quant au domaine (règles techniques, objets du domaine et leurs propriétés, procédures de résolution, etc.).

Les participants avaient ainsi la possibilité de construire des représentations et des références communes « se synchroniser cognitivement » mais également comprendre la répartition des tâches entre eux et appréhender la nécessité de s'articuler dans l'action collective « se

synchroniser sur le plan de l'action et dans le temps ». Ainsi cette situation réflexive, investie par le groupe, visait à donner à chacun une meilleure visibilité et intelligibilité du travail de l'autre, à homogénéiser les pratiques et/ou construire l'enveloppe des pratiques acceptables, et ainsi à favoriser l'apparition d'une culture collective. Il s'agissait de développer simultanément les individus et le collectif transverse.

3.4.1. La construction d'un artefact : ressource au développement de l'activité collective conjointe

Dans cette phase la méthodologie différenciait la construction de la représentation du problème et la génération de solutions. Sur le plan conceptuel, le découpage chronologique de ces étapes peut présenter un avantage pour la compréhension de l'action de l'ergonome, mais sur le plan de la pratique cela s'avère quelque peu illusoire. En effet, la complexité des interactions et des débats lors des réunions entre les acteurs et l'ergonome, et entre les acteurs eux-mêmes, notamment par la mise en jeu de rapports sociaux, a rendu la construction sociale (Daniellou et coll., 2003 ; Carballeda et coll., 1997) non-linéaire mais plutôt progressive et collective, obligeant l'ergonome à des aller et retours permanents. En pratique cela ne s'est pas réalisé comme pensé. Les participants ont construit ensemble le processus ambulatoire et simultanément en ont fait l'analyse (figure 25). Les deux activités « nous analysons » et « nous construisons » ont progressé conjointement. Au final l'organisation de l'activité de conception s'est déployée de façon opportuniste sans obéir véritablement à une structure hiérarchique. Nous n'avons pas cherché à obliger les participants à suivre le plan hiérarchique prédéfini et ne pas contraindre le processus de conception « naturel ».

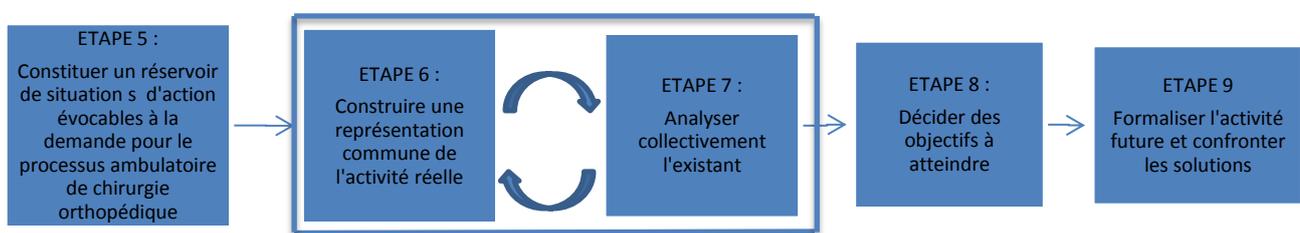


Figure 25 : La méthodologie redéfinie au cours de l'activité de conception

Cette démarche itérative entre construction et analyse a conduit à de nombreuses représentations intermédiaires. Des retours en arrière et des anticipations ont complété la construction du processus et ont affiné le contenu des séquences mais également ont apporté

des modifications qui vont de la correction d'erreur à la remise en cause de décisions. Ces remises en cause ne s'appliquaient pas seulement à l'activité de chaque participant dans son étape de formalisation, mais au processus de construction dans son ensemble. Ainsi, les spécifications établies dans une étape précédente par un autre opérateur ont été complétées et modifiées également.

La représentation graphique du processus a représenté ¼ du temps total des rencontres du groupe. Le groupe a choisi de commencer le processus par la séquence « prise de rendez-vous téléphonique par le patient » et le finir par « la consultation de suivi chirurgicale ».

Au total 34 séquences ont été représentées dont :

- 23 séquences sur le modèle besoin-comment-résultat,
- 8 séquences sur le modèle besoins-comment
- 3 séquences sur le modèle comment-résultat.

Un représentant de chaque sous-groupe venait expliquer le contenu des séquences construites et matérialiser le processus en plaçant sur la frise les supports papier (figure 26).

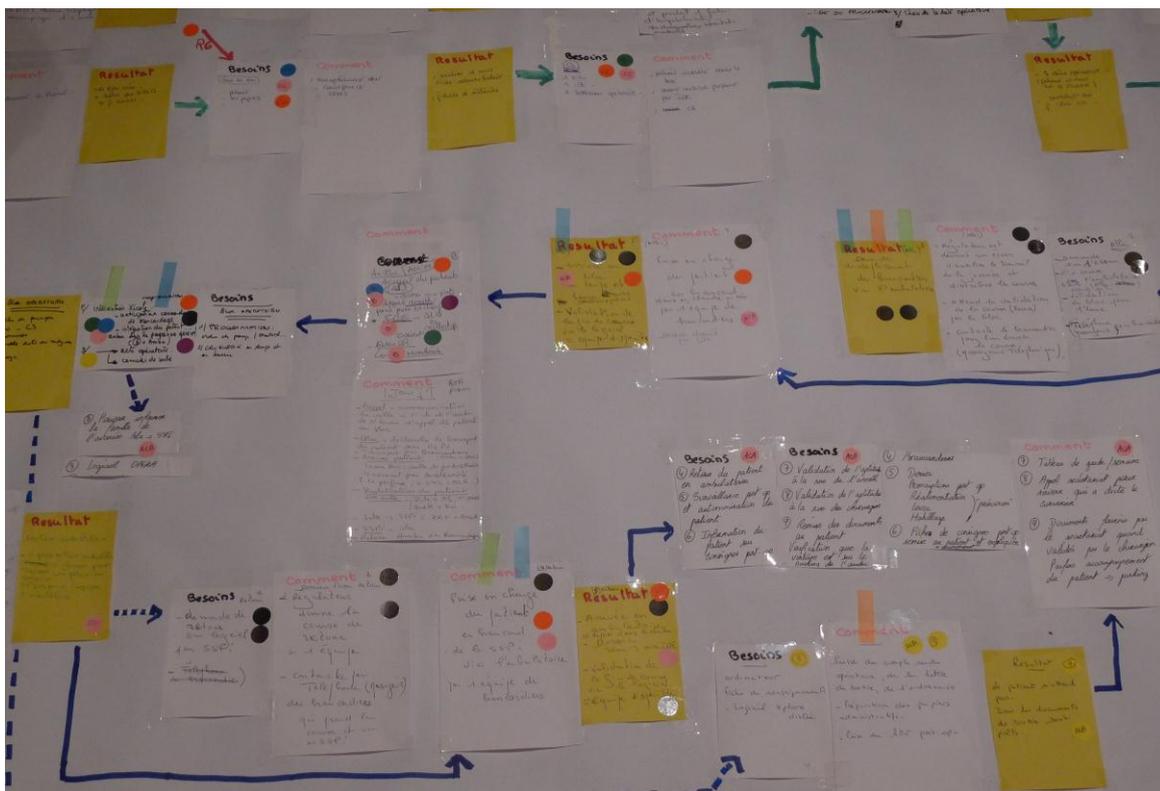


Figure 26 : Représentation du processus chirurgie ambulatoire par les membres du groupe de travail

Il avait été convenu que chaque membre du groupe pouvait intervenir comme il le souhaitait (demandes de clarification, demandes de complément d'informations, reconstruction de la séquence présentée...).

Il est à noter que seulement 18 séquences sur les 23, construites sur le schéma besoin-comment-résultat, ont été spontanément articulées entre elle : les résultats de la séquence 1 sont en partie le besoin de la séquence 2. L'analyse des séquences proposées en dehors de ce schéma montre que l'absence de lien n'est pas due à l'absence dans l'activité réelle de la non existence d'un lien mais plutôt la difficulté pour les participants d'identifier ce lien, soit parce le résultat du travail n'est pas appréhendé comme un besoin pour l'autre, soit par un manque de coordination entre les équipes. Par exemple nous avons pu observer que le dossier patient ambulatoire est contrôlé successivement six fois sans avoir subi de modification entre les contrôles. Le résultat du contrôle de l'un n'est pas reconnu comme un besoin de l'autre mais par contre le contrôle est intégré comme une tâche à réaliser qui sera réalisée six fois par six personnes différentes.

Au total 127 interventions orales ont été générées lors de la cartographie dont 88 ont émané de l'ergonome et 39 des participants (figure 27). Une intervention est définie par l'action orale des participants ou de l'ergonome à utiliser dans les dialogues des situations d'actions dynamiquement évoquées et des questions de clarification. Il s'est avéré que les participants, pour démontrer une incohérence dans l'organisation (de leur point de vue) ou négocier une solution, ont utilisé comme l'ergonome des situations dynamiquement évoquées.

Seules les communications verbales entre les participants et l'ergonome ont fait l'objet d'une analyse, les communications non-verbales n'ont pas été étudiées.

Répartition des interactions

- Situations d'action dynamiquement évoquées par l'ergonome
- Situations d'action dynamiquement évoquées par le groupe
- Questions de clarification posées par l'ergonome
- Questions de clarification posées par le groupe

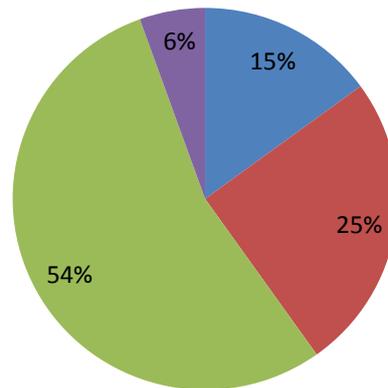


Figure 27 : Répartition des typologies des interventions

Toute séquence présentée oralement a été expliquée spontanément par tous les participants sur le modèle suivant :

1. le comment est explicité « *j'appelle le patient puis je l'installe dans le box...* »,
2. le besoin est ensuite commenté « *pour le faire j'ai besoin de...* »,
3. le résultat est exposé « *le résultat c'est une fiche d'hospitalisation* ».

Sur les 34 séquences, le « comment » a toujours été abordé et semble être l'élément central de la construction des séquences. Le « besoin » et le « résultat » n'ont pas toujours été formalisés ou ont été explicités avec difficulté, ce qui est cohérent avec les demandes d'explication du groupe à l'équipe d'animation.

3.4.2. Le rôle de l'ergonome : mobiliser les ressources dans la construction

L'ergonome va prélever dans le discours des participants des indices (des niveaux de précision dans le récit du participant, l'écart constaté entre le réel de l'activité et l'activité formulée) pour introduire des questions de clarification : *Pouvez-vous m'expliquer un peu ? ; « Famille » qu'est-ce que cela veut dire ? (écrit sur support) ; Qu'est-ce que c'est Orbis ? ; Vous lui donnez quel dossier ? ; Avec l'interphone, vous appelez le patient par l'interphone ?*

L'explication apportée a facilité la compréhension de la tâche et a contribué à construire un modèle approprié du processus réel.

Au total 69 questions de clarification ont été posées par l'ergonome, réparties en six catégories (figure 27) :

- Où ? : « *En consultation d'anesthésie ?* » les précisions recherchées concernent le lieu où se passe l'action.
- Comment : « *et à Ranguel puisque vous ne l'avez pas, comment faites-vous ?* » l'ergonome demande à l'intervenant de clarifier certains points de sa présentation ou d'apporter des précisions.
- Avec quoi ? : « *Qu'est-ce que c'est Orbis ?* »
- Qui ? : « *Qui est présent dans les réunions de tableau opératoire ?* »
- Quand ? « *Au moment de l'accueil il y a déjà la quotation de la consultation ?* »
- Autres : « *Vous l'avez schématisé cette différence ?* »

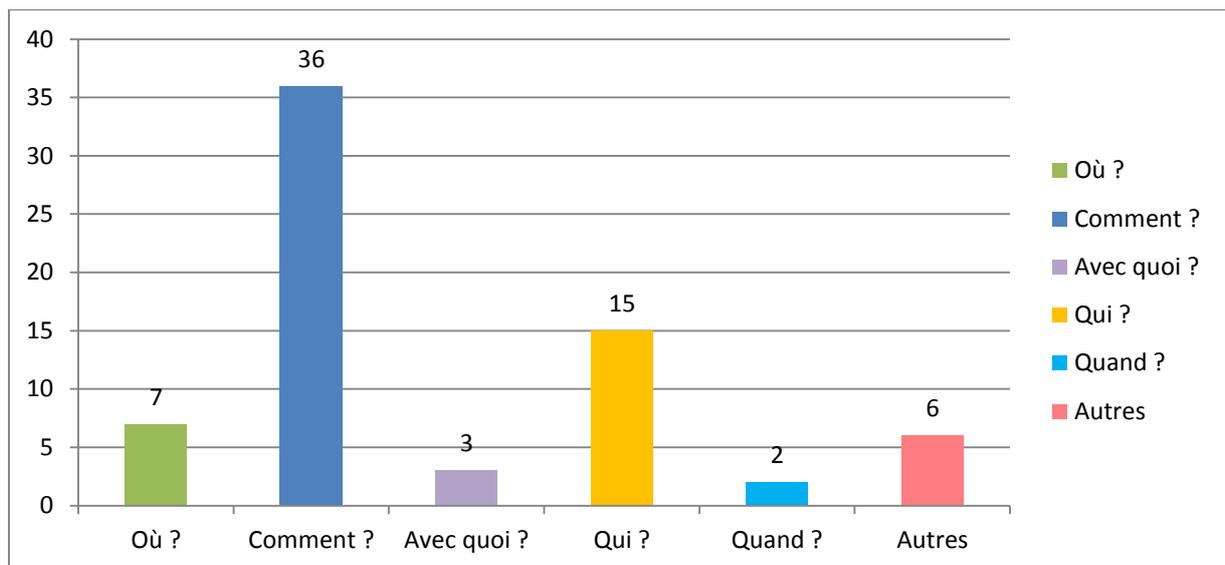


Figure 28 : Les différences catégories de questions de clarification posées par l'ergonome

Le dialogue était en général à l'initiative de l'ergonome. Un va et vient s'est installé entre le participant qui explique et l'ergonome qui explore.

L'intention de l'ergonome était de faire émerger le réel de l'activité, de rendre visible les différences de pratiques et l'articulation entre les participants. A travers cette action collective de construction, l'ergonome devait permettre la mobilisation des ressources individuelles et

collectives des participants pour générer une compétence collective nécessaire pour construire ensemble l'activité future.

Infirmière de consultation : Le patient, il a été vu dans le box. Moi après je n'ai pas fait la partie du chirurgien

Ergonome : Donc là le patient est dans la salle de consultation ?

Infirmière de consultation : Non il est dans le box on l'a déjà appelé

Ergonome : Mais là il y a quelqu'un avant vous ?

Infirmière de consultation : C'est ce que je vous dis je ne sais pas où vous mettez le chirurgien

Ergonome : Il faut que le chirurgien arrive ?

Infirmière de consultation : Oui nous on a fait dans ce temps-là tout ce que l'on fait quand le patient est dans le box

Ergonome : Donc en fait vous revenez ?

Infirmière de consultation: Non soit on y est soit on y est pas

Ergonome : Donc là il faut que le chirurgien arrive ?

Infirmière de consultation : Oui là le patient il est dans le box c'est à vous (elle s'adresse au chirurgien). Il a reçu la fiche d'hospitalisation.

Ergonome : Pourquoi vous complétez la fiche d'hospitalisation avant qu'il ait vu le chirurgien ?

Infirmière de consultation: Non on a anticipé. On a fait ce que l'on fait après que le chirurgien intervienne.

Dans l'exemple ci-dessus, les membres qui interviennent dans la consultation (infirmière de consultation, cadre de santé, chirurgien) se sont coordonnés spontanément dans le dialogue pour rendre compréhensible l'enchaînement des actions. Ils ont formalisé ensemble le lien (non représenté initialement) entre les séquences « installation du patient dans le box et préparation du dossier » et « consultation chirurgicale » : « *c'est ça qui manque ; ça c'est après* »

Les participants collectivement s'engagent dans une co-construction intentionnelle de sens pour essayer à chaque moment de s'assurer que ce qui vient d'être dit a été compris par tous. Ainsi l'activité de construction au fil des dialogues n'est plus seulement une activité commune, mais une activité conjointe puisque l'énoncé de chacun prend appui sur l'énoncé de l'autre (Karsenty & Falzon, 1993).

La description de l'activité se fait de plus en plus précise. Les explications et les justifications qui sont fournies au cours de l'argumentation (Karsenty, 2000) servent à construire un contexte cognitif partagé parce qu'elles clarifient les hypothèses de travail, les propriétés des objets du domaine, les contraintes liées à chaque métier et les objectifs de chacun. Les points de vue dissemblables émergent et sont examinés sur la base de processus argumentatifs.

3.4.3. L'émergence de différence : une ressource pour l'analyse collective de l'activité réelle et la construction de l'activité future

Sept points de divergences ont été examinés par le groupe :

1. La continuité entre la consultation chirurgicale et la consultation d'anesthésie
2. L'information donnée aux patients pendant la consultation chirurgicale
3. La création d'une fiche d'hospitalisation
4. La pré-admission dans l'unité de chirurgie ambulatoire avant le jour de l'intervention
5. La programmation des blocs opératoires
6. L'appel de la veille et la passivité du patient
7. Les modalités de brancardage des patients ambulatoire

Les dialogues autour de ces points traduisaient essentiellement des différences d'organisation entre les équipes des deux sites. Pour chaque point débattu, les dialogues se sont construits autour d'interactions comprenant :

- des situations d'action dynamiquement évoquées par l'ergonome ou par un (ou plusieurs) participants,
- des questions de clarifications posées par l'ergonome ou par un (ou plusieurs) participants,
- des phrases explicatives.

Au total 157 interactions ont eu lieu, répartis sur les sept points de divergences. L'initiateur des interactions pouvait être soit l'ergonome soit un membre du groupe (tableau 13).

Les points de divergences	1	2	3	4	5	6	7
Initiateur du débat	Ergonome	Groupe	Ergonome	Ergonome	Groupe	Ergonome	Groupe
Interactions totales	17	5	28	8	7	66	26
Situations d'action évoquées par l'ergonome	0	0	2	2	0	4	4
Situations d'action évoquées par le groupe	5	1	1	2	2	11	7
Questions de clarification de l'ergonome	2	0	4	1	2	6	3
Questions de clarification du groupe	2	0	2	0	0	2	0

Tableau 13 : Initiations des débats par type d'intervenants

Dans ce contexte le dialogue devient un moyen de coopération nécessaire à la résolution d'un problème. Il va donner lieu à des échanges plus sophistiqués, soit à l'établissement des connaissances mutuelles (fournitures d'information, corrections de fausses croyances), soit directement liés au problème traité (critiques, suggestions d'objectifs, propositions de solution).

Dans ces débats la coopération s'est caractérisée par une allocation variable des interactions et de leur enchaînement. Nous n'avons pas identifié des schémas type de construction du dialogue. Les demandes de clarification et l'utilisation de situations d'action dynamiquement évoquées sont aussi bien utilisées par l'ergonome que par les participants pour alimenter le débat.

3.4.1.1. L'utilisation de situations d'action dynamiquement évoquées : un moyen pour atteindre un objectif différent entre l'ergonome et les participants

L'analyse des interactions montre que les situations d'action dynamiquement évoquées n'ont été introduites que dans les phases d'analyse des divergences et elles ont été utilisées aussi bien par les participants que par l'ergonome mais dans un objectif différent.

- *Les situations d'action dynamiquement évoquées par l'ergonome dans l'interaction*

L'ergonome à travers l'utilisation des situations d'action dynamiquement évoquées a cherché à mettre en lumière à la fois le contenu des écarts constatés, les logiques développées et leurs différences: « *c'est intéressant de se projeter dans quelque chose d'innovant. Là vous ne le faites pas mais il y a des spécialités qui donnent d'autres papiers pendant la consultation chirurgicale comme le livret d'accueil... On voit que la consultation d'anesthésie c'est un moment un peu privilégié avec le patient. Les papiers donnés avant ne sont pas remplis par le patient. Ils les remplissent au moment de la consultation d'anesthésie avec l'infirmière qui explique à quoi ils servent et pourquoi il faut les remplir. Elle reprend aussi le carnet ambulatoire et réexplique le parcours...* »

L'ergonome, par l'utilisation de situations d'action dynamiquement évoquées, visait à améliorer la prise de décision collective au cours du processus d'analyse. En donnant les informations sur le réel de l'activité, il offrait l'opportunité aux participants d'explorer les diverses options de solutions et favorisait l'explicitation des arguments dans le but de résoudre plus rigoureusement le problème (figure 28).

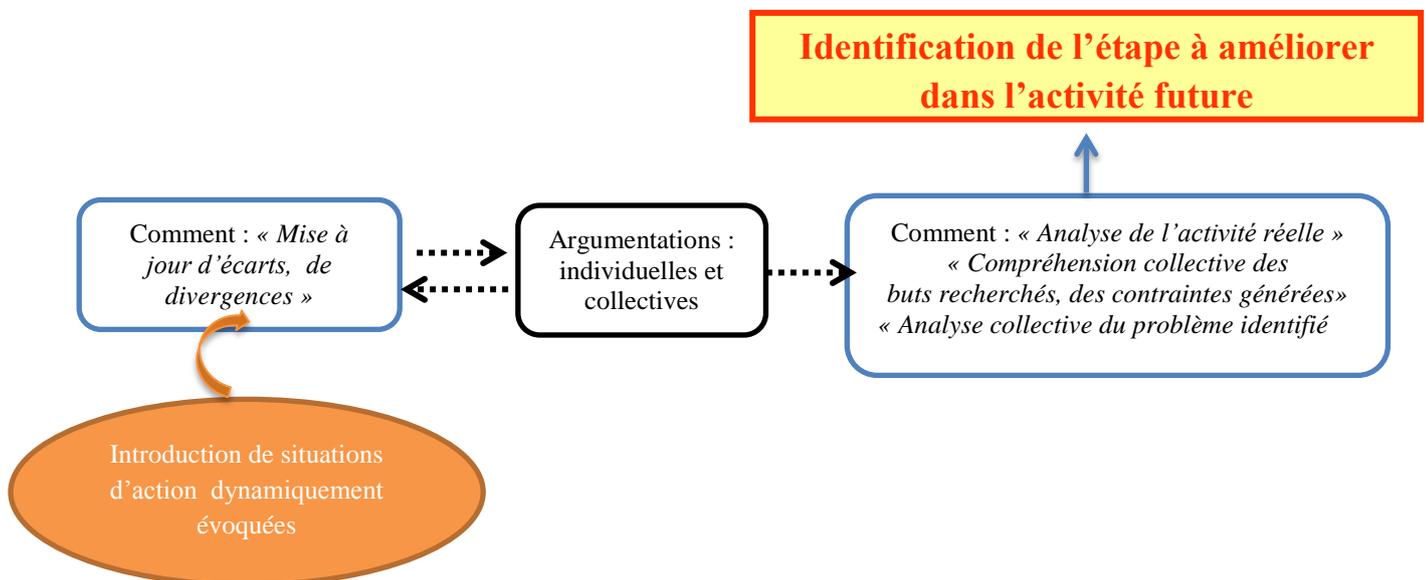


Figure 29 : Mobiliser les ressources : enrichir les représentations et élargir les options futures

Cette collaboration dans la communication a aussi été observée dans des dialogues explicatifs (Gilbert, 1987 ; Cawsey, 1989 ; Baker, 1992). Baker (1992) par exemple observe que la

recherche collective d'une explication passe par des transformations successives d'un premier énoncé explicatif jusqu'à ce qu'un niveau d'accord mutuel soit atteint.

- *Les situations d'action dynamiquement évoquées par les participants dans l'interaction*

Pour les participants l'introduction de situations d'action dynamiquement évoquées a été essentiellement utilisée pour convaincre et négocier une option d'organisation.

Cadre de consultation : il me semble que le principe de l'anesthésie en suivant n'est pas retenu sur ppr.

Chirurgien 2 : Mais ça peut changer puisque l'on est un groupe de travail.

Chirurgien 3 : C'est dommage parce qu'il y a une perte de temps.

Chirurgien 2 : A la rigueur on serait en périphérie de Toulouse avec des gros parkings d'accord.

Infirmière d'anesthésie : La différence c'est la quantité de patient qu'il y a à Purpan et à Rangueil. Si les patients devaient être vus dans la foulée à Purpan,, on finirait la consultation à je ne sais pas quelle heure et ils attendraient des heures. Et les gens préfèrent revenir qu'attendre des heures.

Chirurgien 2 (s'adresse cadre de consultation de Rangueil) : Mme X à quelle heure on finit les consultations ?

Chirurgien 3 : oui il faut le dire.

Cadre de consultation : vers 18h30.

Infirmière d'anesthésie : Les consultations à Purpan finissent à 16h30.

Chirurgien 1 : Le dernier rendez-vous est à 16h30.

Chirurgien 2 : Nous, les anesthésistes restent et jouent le jeu.

Chirurgien 1 : On a du retard alors s'ils doivent attendre en plus l'anesthésiste !

Chirurgien 2 : On pourrait leur dire à la prise de rdv vous allez voir l'anesthésiste dans la foulée après tout sera fait. Géographiquement c'est compliqué de se garer.

A travers les situations d'action dynamiquement évoquées, les logiques de pratiques sont mises à jour par l'apport du contenu de situations réelles. Elles ont été un moyen pour les participants de proposer une conduite à suivre qui existe, qui est testée et qui fonctionne. Elles ont été une aide pour expliquer et justifier le choix et convaincre ses partenaires.

Dans les sept cas divergents, 29 situations d'action dynamiquement évoquées ont été utilisées par le groupe pour convaincre et négocier un compromis des formes de l'activité future. Les membres du groupe ont participé activement au dialogue pour construire des références acceptables des différents points de vue et ont été à l'initiative de trois cas de divergences sans que l'ergonome ait eu besoin d'intervenir.

La construction du problème s'est effectuée dans le processus même de l'intervention par une conversation avec la situation, par une confrontation des « mondes professionnels » (Béguin, 2007). Ces discussions ont débouché sur un véritable « travail d'organisation » (de Terssac, 2003b) à travers la reconstruction nouvelle et partagée des procédures, des règles et des façons de faire.

Cadre de bloc : Juste est ce qu'il y a un protocole écrit ? Par exemple quand ils savent qu'ils vont être pris en chirurgie ambulatoire : à J moins 5 faire ça, à J faire 2 ça...

Infirmière unité ambulatoire : En fait ils leur donnent le carnet ambulatoire pour le lire à la maison, mais on se rend compte qu'ils ne le lisent pas

Secrétaire de consultation : Si je peux me permettre, ce livret je l'ai lu et je trouve qu'il est trop long

Infirmière unité ambulatoire: et encore on l'a simplifié

Secrétaire de consultation : oui même on devrait trouver un système pour que ce soit aéré, plaisant à lire

Infirmière unité ambulatoire: une bande dessinée ?

Chirurgien : Est ce que l'on ne pourrait pas faire quelque chose d'encore plus simple. Plutôt que de leur donner un livret leur envoyer un questionnaire un peu comme une carte d'embarquement d'avion. Ils cliquent et s'ils répondent faux ils ne peuvent pas accéder à l'ambulatoire. Au lieu de leur bassiner une liste totalement imbouffable. Premièrement mettez votre nom et prénom, la chirurgie quel côté le droit ou le gauche avez-vous quelqu'un pour vous accompagner...

3.4.3.2. L'émergence d'un collectif de travail transverse

Grâce à la construction et l'analyse collectif les participants ont acquis :

- une connaissance partagée du processus dans sa globalité et l'émergence de références communes ;
- une connaissance du travail de l'autre et une culture collective au sens de « la présence de tous dans l'activité de chacun » (Nascimento, 2009) ;
- une reconnaissance des compétences de chacun et de leur nécessaire complémentarité ;
- une confiance mutuelle dans les informations échangées et les actions effectuées.

Les relations complexes d'interdépendance entre eux ont été mises à jour. Les participants par une volonté partagée mettent en place un travail de construction d'une organisation collective. L'agencéité collective se met en place à travers la liberté des acteurs de choisir de se coordonner.

Un collectif de travail transverse se met en place. Les participants ont généré des propositions d'améliorations du travail futur dans lesquelles ils ont cherché à s'articuler les uns aux autres dans un même mouvement : développer des règles de travail partagées et acceptables et développer les ressources nécessaires à cette action pour que l'activité collective conjointe permette la mise en œuvre des possibilités effectives de « faire mieux ensemble ».

3.5. Le développement de l'agencité collective : décider des objectifs à atteindre collectivement

A l'issue de la phase de représentation du processus, le groupe d'animation a présenté aux participants une synthèse des échanges issus des débats (cf. chap5, § 2) et les ébauches de solutions proposées (annexe n°2). Cette synthèse reprenait :

- les constats réalisés par les participants lors de la formalisation du processus global,
- les propositions d'amélioration formalisées par les participants,
- les 3 axes de travail identifiés : rendre le patient plus actif, l'information donnée au patient, gagner du temps.

Un document écrit avait été formalisé et distribué en séance puis projeté pour que chaque thème puisse être discuté collectivement.

Tous les constats formalisés ont été discutés par les participants. Certains n'ont pas été reconnus comme émanant de leur travail et rejetés :

- « *méthodes développées trop artisanales* » : *outils programmation bloc, procédures internes, contact patient...*
- « *l'ambulatoire c'est quelque chose qu'on impose au patient* »
- ...

La méthodologie utilisée pour parvenir à cette synthèse a été re-précisée. Il a été rappelé que toutes les réunions avaient été enregistrées. Une double analyse a été faite par le groupe d'animation pour être le plus impartial possible et éviter toutes interprétations : les verbatims ont été enregistrés et retranscrits par l'ergonome, des notes avaient été prises au cours des réunions par la coanimatrice puis les données ont été croisées pour être classées par thèmes. Tous les constats présentés étaient illustrés par les verbatims des participants.

Dans ces conditions les participants ont repris les points de constats, source d'incompréhension, pour en préciser le sens. Par exemple pour le constat « *l'ambulatoire c'est quelque chose qu'on impose au patient* » les participants ont souhaité préciser le sens du constat « *ce n'est pas tout à fait comme cela que l'on a voulu le dire. On doit faire de l'ambulatoire donc c'est vrai que pour certains gestes, on propose cette prise en charge d'emblée. Pour nous c'est un transfert de patient du traditionnel vers l'ambulatoire... On ne lui impose pas, il y a des critères* »

La mise en mot du constat et le partage collectif leur sont apparus comme une intrusion dans le travail de chacun, comme une remise en cause du travail déjà fait et des règles de métier. Ils ont eu besoin par la « reverbération » des constats de se replacer dans une pratique réflexive collective qui analyse mais qui ne juge pas, et cette étape leur a permis de se réapproprier le travail réflexif mis en œuvre.

Suite à la reformulation de l'ensemble des constats, l'ergonome a fait le choix de demander aux participants si les trois thèmes proposés pouvaient toujours être travaillés. Le thème rendre le patient actif a été rejeté : « *le rendre actif ou pas, est-ce que ça va changer dans le parcours ?* », « *j'ai du mal à savoir comment en rendant actif le patient, on va augmenter le volume d'ambulatoire, que ça améliore la qualité de notre service je suis d'accord et encore c'est à discuter mais pour le volume ?* » « *Le patient en ambulatoire il a déjà été choisi* », « *Il y a un delta des patients qui sont passifs, ça pourrait plutôt être vu comme un paramètre à faire évoluer* »... Alors que le résultat des débats a mis à évidence que l'inactivité du patient (de son fait ou engendré par l'organisation) était une source de surcharge de travail (répétition de l'information, perturbation dans l'organisation du travail...) pour les soignants et d'insécurité dans le parcours de soin (attitude à risque à la sortie).

Il est proposé au groupe après discussion de fusionner le thème « rendre le patient plus actif » et « l'information donnée au patient » car dans la séance, le groupe a assimilé l'inactivité du patient à un défaut d'information dans le processus. Lors de la formalisation de ce constat dans les réunions ultérieures, l'inactivité du patient avait été inscrite dans une analyse plus globale : la posture du soignant trop protectrice, l'organisation ne donnant pas au patient la possibilité d'être actif « *on fait tout à sa place* », la non existence de critères d'évaluation de sa compréhension pour améliorer le processus et l'aider à être acteur....

La proposition faite par l'ergonome n'est pas acceptée. Les participants ont justifié ce choix en utilisant les critères de satisfaction des patients (questionnaire de satisfaction donnée au patient en fin d'hospitalisation en chirurgie ambulatoire) montrent que l'information n'est pas relevée comme un point dysfonctionnant.

L'ensemble du groupe a souhaité travailler sur le thème « Gagner du temps » et a négocié cette décision en modifiant l'intitulé du thème « Gagner du temps ou ne pas en perdre », en précisant que l'information du patient serait prise en compte comme un paramètre de gain de temps pour eux.

L'objectif du groupe d'animation n'était pas d'imposer les thèmes traités mais plutôt que le groupe de travail se structure en collectif transverse, redéploie les contours d'une activité collective conjointe et stabilise un objectif collectif à atteindre, données essentielles pour le développement des capacités collectives en accomplissements effectifs. Pour remettre les participants dans cette configuration il aura fallu plus de 1h de débat.

3.6. Formaliser l'activité future et confronter les solutions

Dans cette étape, trois groupes ont été constitués de cinq personnes de fonctions différentes. Cette répartition permettait de se rapprocher de la configuration du processus de chirurgie ambulatoire. La mise en présence de fonctions différentes donnait la possibilité au sous-groupe d'aborder le processus dans sa totalité et d'étayer les propositions d'améliorations. Cette constitution paraissait favorable à l'émergence de solutions développant l'activité collective conjointe.

Tous les sous-groupes ont reçu les mêmes consignes (cf. chap 6 § 3) :

- identifier avec un post-it l'étape modifiée sur le processus de chirurgie ambulatoire construit (frise papier),
- décrire les solutions envisagées d'amélioration,
- expliquer et justifier les choix faits.

3.6.1. L'émergence de solutions multiples

Au total 15 propositions ont été faites (tableau 14). Chaque groupe a présenté les étapes à améliorer et les solutions envisagées.

SOUS-GROUPES	1	2	3
Consultation chirurgicale : création d'une fonction infirmière de coordination (critère d'éligibilité social, information et éducation du patient)	❖	❖	❖
Consultation chirurgicale : programmation par le chirurgien	❖	❖	❖
Consultation chirurgicale : informatiser la fiche de programmation			❖
Consultation anesthésie : - Couplée avec la consultation chirurgicale		❖	
Secrétariat de l'unité ambulatoire : - La préadmission du patient après la consultation d'anesthésie			❖
Secrétariat de l'unité ambulatoire : anticipation des courriers		❖	
Programme chirurgicale : vacation dédiée et bloc dédié	❖	❖	
Brancardage : - équipe dédiée ; - mode, modalité - déclenchement sur appel	❖	❖	❖
Sortie SSPI : -Protocoller les sorties pour les anesthésies loco-régionales		❖	
Sortie SSPI : -Signature du chirurgien anticipée	❖	❖	
Sortie de l'unité ambulatoire : -Passage du chirurgien pour les patients avec anesthésie générale	❖		
Sortie de l'unité ambulatoire : -passage régulier du chirurgien (au moins de 2 fois)			❖
Sortie de l'unité ambulatoire : -Validation de la sortie par l'infirmière et l'anesthésiste	❖		
Informatisation du dossier			❖
Parking : places dédiées pour les familles			❖

Tableau 14 : Les propositions d'améliorations issues des sous-groupes

Le travail en sous-groupe a permis de faire émerger une pluralité de solutions issues des interactions et des débats développés par la singularité et la spécificité de chaque sous-groupe. Chaque sous-groupe a travaillé sur des séquences différentes à l'exception de deux séquences (la consultation chirurgicale et le brancardage) qui ont été identifiées par tous comme des points bloquants à améliorer. Au total huit séquences (figure 29) ont été modifiées et des propositions d'améliorations ont été proposées avec pour objectif « gagner du temps ou ne pas en perdre » pour développer l'activité de chirurgie ambulatoire.

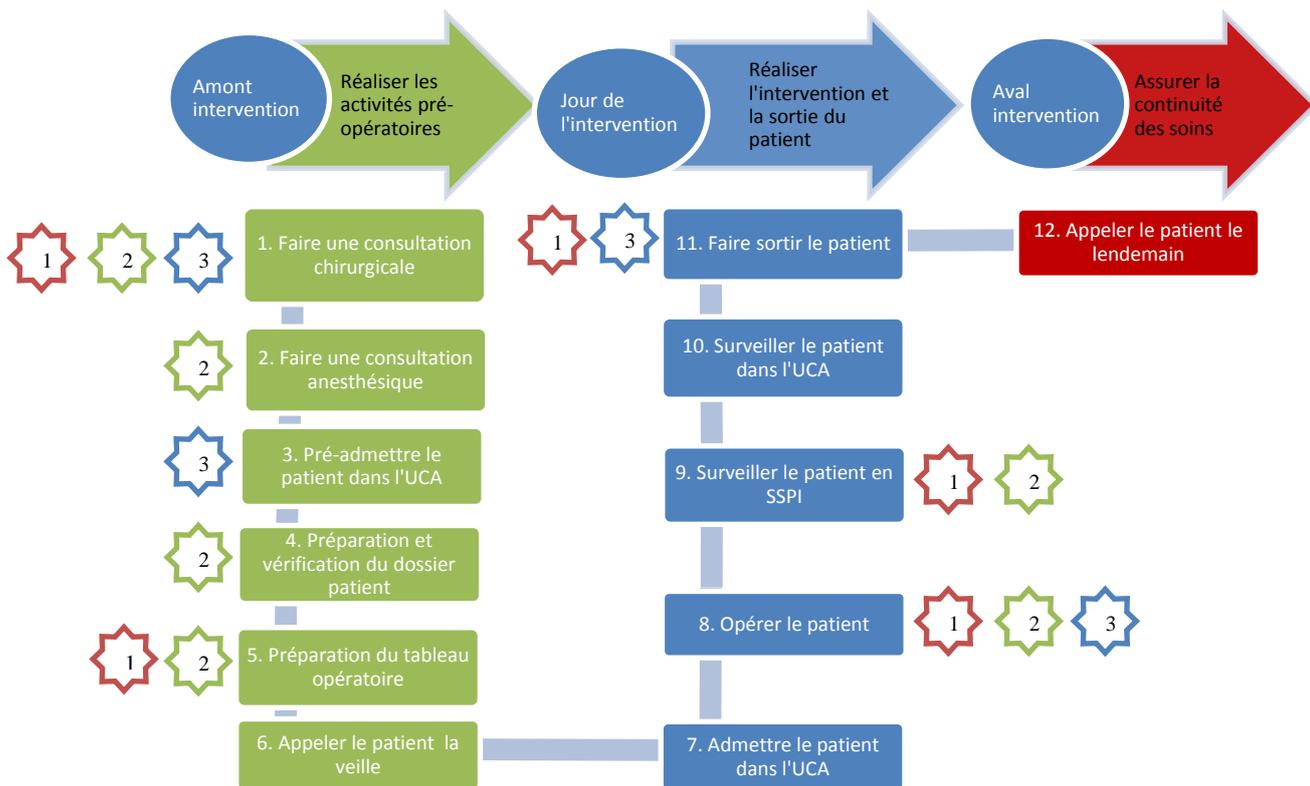


Figure 30 : Les étapes impactées par les propositions des sous-groupes

Il est intéressant de constater que pour une même séquence, des propositions d'améliorations différentes ont été proposées. Dans le travail d'analyse de la consultation chirurgicale, les débats ont essentiellement porté sur l'inactivité du patient dans sa prise en charge, l'information du patient faite mais sans évaluation de sa compréhension, la nécessité de la programmation de la date opératoire par le chirurgien, l'intérêt de la fiche d'hospitalisation... Tous ces points ont été repris par les sous-groupes de façon dispersée. Chacun a fait des propositions d'amélioration pour traiter un ou plusieurs points et c'est la mise en commun de

toutes les solutions qui a permis de donner du lien entre les protagonistes de l'ambulatoire et entre les séquences.

Par exemple au niveau de la consultation chirurgicale les solutions proposées ont à la fois concerné l'action du chirurgien et des infirmières, et la coordination entre les différents participants de niveaux organisationnels différents en rapport avec les points déficients analysés par le groupe. Ils ont proposé la création d'une fonction d'infirmière de coordination qui permettrait :

- de préciser les critères d'éligibilité sociaux et environnementaux du patient ;
- de mettre en place une étape formalisée d'informations et d'éducation du patient avec des critères d'évaluation ;
- de prendre les rendez-vous de la consultation d'anesthésie ;
- de finaliser la fiche d'hospitalisation pour coordonner le planning du chirurgien, l'anesthésiste et le créneau de chirurgie ambulatoire.

Les 3 sous-groupes ont présenté oralement leur travail. Chaque solution a été argumentée :

- explication du choix de la séquence en précisant le dysfonctionnement qui doit être supprimé,

« On a identifié le brancardage. Quand on regarde le brancardage il semble qu'il y ait un premier souci le brancardier arrive et le patient n'est pas prêt »

- proposition de solution et amélioration apportée,

« Une des solutions qui nous a paru intéressante c'est d'être sûr de la préparation du patient avec un appel téléphonique avant que le brancardier ne se déplace, parce que s'il fait une rotation après il ne sera plus prêt à revenir immédiatement »

- mise en place du changement.

« Un appel téléphonique du bloc vers l'unité de chirurgie ambulatoire avant le déclenchement du brancardage »

Les solutions et les arguments présentés ont été discutés collectivement et mis en débat. Ils ont été un moyen de comprendre le problème, d'analyser l'espace de conception, de construire des hypothèses communes, de développer un processus de confrontation de points de vue et de délibérations aboutissant à la prise de décisions (Darses, 2006).

3.6.2. Conception collective de l'activité future : la recherche de solutions consensuelles

Les propositions sont reprises et débattues par l'ensemble du groupe. Deux types d'interactions ont été observés :

1. La solution est validée en l'état et est complétée pour une meilleure acceptation par d'autres membres que ceux constituant le sous-groupe. Les propositions sont enrichies par l'apport d'informations supplémentaires permettant une meilleure justification de la solution émise.

« Moi je suis tout à fait d'accord avec ce que dit le Dr X si le patient arrive en retard à l'ACA il se fait opérer le mois après. C'est ce que disait le Dr Y. Il est parti en 83 au Canada. En 83 au Canada le patient qui n'arrivait pas à l'heure, il était reprogrammé un mois après. Il avait un mois d'attente avant d'être opéré. »

Dans ce cas l'argumentation permet de développer un raisonnement dans le but de convaincre l'ensemble du groupe du bien-fondé de la solution et d'obtenir de lui qu'il partage une opinion donnée en présentant des éléments de preuve de la thèse défendue.

2. L'objectif de la solution est acceptée (supprimer le dysfonctionnement identifié) mais le contenu de la solution est transformé.

« Anesthésiste 1: Je suis d'accord avec tous les points mais ce qui me dérange c'est l'appel téléphonique pour déclencher pour voir si le malade est prêt. Je pense que ça peut être géré par informatique c'est-à-dire quelle que soit la raison il faut que le bloc soit prévenu que le malade est prêt mais sans coup de fil. On perd du temps et ça énerve tout le monde.

Chirurgien : Moi j'irais plus loin comme vous aviez dit la dernière fois le coup de la carte vital. Le patient il arrive dès qu'il va s'enregistrer et dès qu'il rentre dans l'aca, on sait que, entre le moment où il s'enregistre et le moment où il est prêt, il y a un temps incompressible de x minutes. Et le brancardier sait que dans x minutes il faut qu'il aille chercher Mr Y au box 18

Anesthésiste 1: Oui il faut trouver une solution qui évite de polluer l'aca avec des coups de téléphone ou le bloc.

Cadre de bloc : ça peut-être aussi simple. Quand il est prêt on le rentre à ce moment-là dans M2PI (logiciel de gestion du brancardage). Ça veut dire que quand il est dans M2PI il est prêt

Infirmière d'ambulatoire : Ce n'est pas pensable de les rentrer le matin.

Cadre bloc : donc la réponse !!

Infirmière d'ambulatoire : Par contre ce qu'il faudrait c'est que l'on puisse les valider. On les rentre tous la veille mais le matin au fur et à mesure qu'ils sont prêts que l'on ait plus qu'à cliquer quelque chose. »

Cadre de bloc : ça pourrait être « ça change de couleur »

La nouvelle solution va se construire au travers d'un va et vient d'arguments entre les participants. Les explications et les justifications fournies au cours de l'argumentation ont favorisé l'assimilation d'une nouvelle information transmise et la prise en compte d'un avis divergent au sein de l'équipe. Les bénéfices et les inconvénients (difficultés et contraintes de la solution) qu'apporte la solution sur l'ensemble de l'organisation des équipes sont partagés et discutés.

« Chirurgien : on a proposé une équipe dédiée de brancardier pour l'ambulatoire (évite l'attente du patient dans l'unité de chirurgie ambulatoire, au bloc et en SSPI)

Cadre de brancardage : le problème des équipes dédiées c'est que l'on ne peut que dédier une équipe au regard de l'activité. On ne peut pas dédier quelqu'un le matin et quelqu'un l'après-midi en sachant qu'il faut au moins qu'il soit deux quand même parce qu'il y a des brancards. On ne peut pas dédier deux personnes le matin et deux personnes l'après-midi si l'activité en regard ne nécessite pas c'est quatre brancardiers. Il y aura peut-être une activité très importante de 8h à 10h pour les amener, à midi l'activité sera moindre parce que les gens se feront opérer et ainsi de suite. L'activité ne va pas être linéaire. On ne peut pas vous dédier des équipes si à un moment l'activité en demande 2, puis 6, puis 1 ... c'est là notre difficulté... »

Les explications n'étaient pas données seulement en réponse à une demande de description factuelle de connaissances du domaine mais avaient pour objectif d'être interactionnelles. Elles servaient avant tout à augmenter la cohérence des représentations mutuelles des interlocuteurs. Ce partage a permis ainsi de réviser la représentation de chaque membre et, par la construction d'un contexte de connaissances mutuellement acceptables, d'enrichir la représentation commune du problème. C'est au travers de l'argumentation que sont examinées collectivement les propositions de solutions, qu'elles sont évaluées et que des alternatives sont proposées. C'est ainsi que les membres du groupe convergent progressivement vers une solution commune.

Dans ces deux approches le processus argumentatif développé dans la situation de conception, c'est centré sur une *fonction coopérative* conjuguée à une *fonction dialectique* (Darses, 2006). Le groupe de conception a été animé par un esprit collaboratif très développé pour converger vers des solutions et pour établir des compromis sur les choix de ces solutions.

La coopération s'est traduite par les trois formes de coopération :

- *Augmentative* : tous les membres du groupe ont œuvré ensemble à aboutir à des solutions collectives. Les contributions avaient pour but d'accroître les capacités

humaines individuelles cognitives en palliant si nécessaire à la limitation des capacités d'un participant dans une situation donnée : par exemple reformulation d'une explication pour la rendre plus compréhensible.

- Intégrative : les solutions communes ont été construites par l'apport et la combinaison de compétences spécifiques qui se coordonnaient : par exemple la fonction de l'infirmière de coordination a été enrichie par les besoins spécifiques de chaque métier (anesthésiste : douleur, chirurgien : immobilisation à domicile...).
- Débative : c'est la confrontation des points de vue des participants qui ont permis la prise de décisions collectives en objectivant les solutions proposées en imaginant les difficultés ou obstacles et en générant des solutions alternatives possibles. Par exemple les débats autour d'une équipe dédiée de brancardier en chirurgie ambulatoire a permis d'envisager la solution d'un déplacement du patient à pied à la condition que la perfusion (pour ne pas entraver sa marche) ne se fasse plus dans l'unité de chirurgie ambulatoire mais à l'arrivée au bloc opératoire, ce qui nécessite de revoir les protocoles de prémédications.

L'autre fonction de l'argumentation est dialectique. Sans parler de dimension conflictuelle dans les situations interactionnelles, des négociations ont été nécessaires au cours desquelles des opinions plus ou moins stabilisées sont avancées, déterminées essentiellement par un point de vue métier. Il est à préciser que le statut n'a pas été utilisé pour faire valoir son point de vue. La coopération est restée dans les dimensions transversales et horizontales. Le niveau hiérarchique n'est pas venu parasiter les débats.

Ce travail d'argumentation a permis de valider les propositions initiales faites par les sous-groupes, de les compléter et d'en créer de nouvelles. Un travail d'«*organisation*» (de Terssac, 2003b) s'est mis en place entre les partenaires de l'activité. L'objectif a été alors de créer de nouvelles règles, de nouvelles façons de faire visant un meilleur agencement organisationnel collectif, susceptibles :

- d'accroître la performance globale du processus. L'objectif fixé par le groupe était de gagner du temps ou de ne pas en perdre ;
- de développer des dispositifs permettant la mise en œuvre d'un travail collectif. Les séquences d'activité ont été connectées par le développement de solutions de coopération des acteurs dans l'action immédiate et par anticipation. Les solutions trouvées ont fait l'objet de négociation au travers de compromis. Les choix ont été

faits en faveur du développement de l'activité collective conjointe et certains ont pu aller à l'encontre des objectifs des services (ex : proposition de vacations chirurgicales ambulatoire dédiées qui vont perturber l'organisation initiale de la chirurgie traditionnelle). Ils vont privilégier volontairement l'intérêt collectif au détriment de l'intérêt individuel. Le résultat de cet exercice est la mise en œuvre d'une agencité collective c'est-à-dire la capacité d'un individu lui permettant d'interagir avec les autres pour convertir les ressources disponibles en capacités collectives afin de concevoir des buts généraux et non pas seulement des objectifs liés à son propre bien-être. Les règles ont été réinterrogées par les participants redéployés en opérateur collectif ;

- d'être attentif au travail de l'autre et aux contraintes générées pour l'autre. Chacun a la connaissance du travail de l'autre et comprend l'impact de son travail sur l'activité de l'autre. Une culture collective est en mouvement et les règles construites doivent permettre de maintenir la construction de ce processus réflexif.

Les solutions proposées s'étendent au-delà des solutions générées en première intention. Le groupe s'autorise à remettre en cause l'organisation. Toutes les séquences du processus de chirurgie ambulatoire sont explorées (figure 30). L'activité collective est alors une condition pour créer une vision de solutions plus étendue par rapport aux contradictions du système (Bjørkli et al., 2007). Un processus d'apprentissage s'est développé visant l'expansion du but et de l'objet du système d'activité, contribuant ainsi à une invention collective dont la finalité est de dépasser les dilemmes et les contradictions rencontrées au sein d'un système d'activité ou entre plusieurs systèmes d'activité (Engeström, 2001). La résolution de ces contradictions passe par la création de nouveaux instruments, de nouvelles règles, de nouvelles formes d'organisation, c'est-à-dire une extension de l'objet de l'activité.

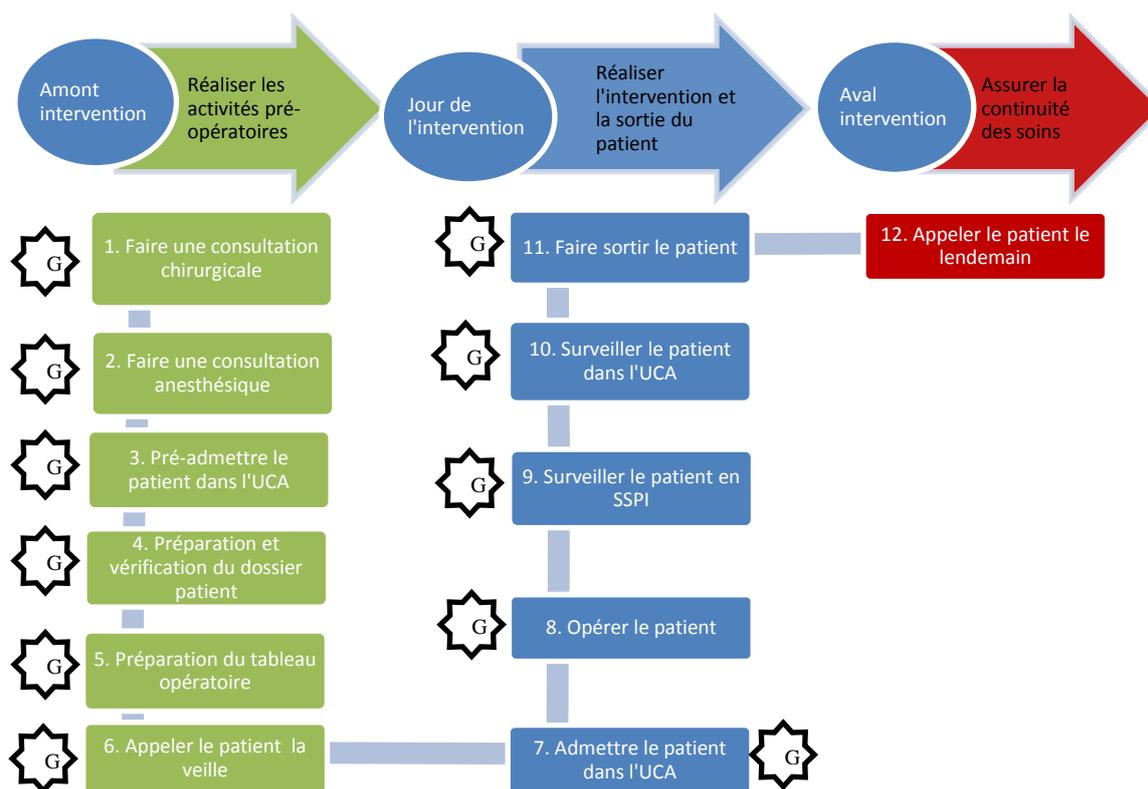


Figure 31 : Les étapes impactées par les propositions du groupe (G)

Des solutions innovantes sont trouvées : par exemple la proposition d'une carte d'embarquement du patient en chirurgie ambulatoire. Le groupe a travaillé sur chaque solution, sur la façon dont l'organisation devrait être modifiée, sur les pôles et services concernés par ces changements, sur les modalités des tests possibles des solutions avant d'être adoptées et sur la faisabilité dans le temps.

3.6.3. Le rôle de l'ergonome : transformer les capacités en action

Dans cette étape le rôle essentiel de l'ergonome a été de favoriser l'émergence et le maintien d'un environnement capacitant c'est-à-dire un environnement de travail qui rend les opérateurs capables de penser, de débattre et d'agir sur leur travail (Daniellou, 2003).

La mise en place d'un environnement capacitant apparaît comme un facteur de conversion positif des ressources en capacités et des capacités en accomplissements. L'activité collective à travers l'exercice de l'agencité collective promeut la transformation des capacités individuelles en capacités collectives, et c'est bien cette activité collective qui

construit et permet de nourrir le développement des sujets et des collectifs. Elle constitue le moteur de l'apprentissage, de la transformation et de la performance, ressource pour l'émergence de nouvelles libertés pour les individus et d'accomplissements effectifs. Les individus se construisent et se développent dans l'interaction de l'action collective. Ils adhèrent à des valeurs et conçoivent des solutions communes pour le bien-être du collectif et non plus des objectifs liés à leur propre bien-être.

Dans ces conditions son action s'est faite à plusieurs niveaux :

- canaliser le groupe en évitant les conflits : reformuler les arguments de façon moins engagé ;

Ergonome : si le patient a une anesthésie loco-régionale, un passage en SSPI (salle de réveil) ça vous iriez ?

- ramener des éléments d'analyse dans les débats pour maintenir un niveau de compréhension commune dans les solutions proposées ;

Anesthésiste 1 : Ça, ça peut déjà être un élément qui lance un processus qui fait que 20min après le brancardier est dans l'aca

Anesthésiste 2: oui mais ça ne sera pas possible 20min

Infirmière d'ambulatoire : Mais si 20min après il peut être prêt. Nous ça dépend de combien on nous en demande. Mais il y a des malades qui prennent plus de temps que ça s'il faut les perfuser, les raser...

Ergonome : c'est la conversation que vous avez eu la dernière fois. Pourquoi avez-vous choisi 2h, vous aviez dit que ça pouvait dépendre des patients

- projeter les propositions dans la situation future pour analyser leur pertinence au regard d'une vision globale processus ambulatoire ;

« Les débats se construisent autour de la nécessité d'une infirmière de coordination. L'anesthésiste 1 propose que la fonction soit située au niveau de la consultation d'anesthésie.

Ergonome : Si c'est l'infirmière d'anesthésie et si les patients ont des questions sur la chirurgie en elle-même, comment l'infirmière d'anesthésie va-t-elle pouvoir donner l'information ? Elle va être, elle par contre mutualisée si j'ai bien compris, donc elle va voir toutes les spécialités qu'elle ne voit pas aujourd'hui. Par exemple Mme X, elle connaît très bien la traumatologie parce qu'elle ne voit que des patients de traumatologie donc elle a une expertise, vous n'aurez pas ça forcément dans la nouvelle consultation d'anesthésie alors que l'on va le retrouver dans la consultation chirurgicale »

- apporter des situations d'actions dynamiquement évoquées pour affiner la construction des solutions ;

« Les débats se construisent autour de la nécessité d'une infirmière de coordination. L'anesthésiste 2 propose que la fonction soit située au niveau de la consultation chirurgicale.

Ergonome : Ça c'est le choix de l'ophtalmo mais elle voit tous les patients ambulatoire ou non ambulatoire quand ils vont être opérés. Elle fait une évaluation sociale et environnementale du patient »

« Ergonome : pour les rendez-vous des patients il y a des établissements qui envoient des sms au patient la veille »

- proposer une vision plus étendue des solutions ;

« Ergonome : Là (les documents administratifs dont le patient aura besoin à sa sortie) ça ne pourrait pas être anticipé et être fait par l'infirmière de coordination ? »

« Les débats se construisent autour de la possibilité de créer une carte d'embarquement et de communiquer par mail avec le patient. Certains participants pensent que cela ne sera pas possible à cause de l'âge des patients.

Ergonome : c'est quoi être âgé ? Nous n'avons pas que des patients âgés, ça ne pourrait pas être considéré comme une exception et pas la règle ? »

- maintenir une cohérence entre les solutions proposées en posant des questions de clarification ;

Ergonome : si je comprends ce que vous dites (l'anesthésiste 2 décrit les fonctions de l'infirmière d'anesthésie qui sont similaires à ce qui a déjà été proposé pour la fonction infirmière de coordination) on n'aurait plus besoin d'une infirmière de coordination après la consultation de chirurgie.

- prendre en compte les conditions de travail des soignants dans les solutions proposées pour qu'elles soient tenables dans le temps ;

« Ergonome : Ça c'est une donnée importante. La dernière fois vous avez comparé privé public. Vous faites de l'enseignement c'est vrai qu'en temps vous allez avoir un mouvement de temps avec moins de latitude. Donc dans vos choix c'est quelque chose à intégrer pour que ce ne soit pas trop contraignant. Quelque chose qui peut se faire en trois heures ailleurs vous avez une mission d'enseignement donc c'est sûr que ce sera peut-être plus difficile. C'est aussi pour cette condition que vous avez tenu à rajouter gagner du temps ou ne pas en perdre »

Les débats se construisent autour du positionnement d'une infirmière de coordination.

Ergonome : « Mais aujourd'hui ça ne fait pas parti de leur temps de travail il faudra penser à redéfinir leur fiche de poste et le temps adapté qui va avec ».

L'ergonome encourage les opérateurs à mettre l'organisation « à leur main » et à faire ainsi un travail d'organisation. Il favorise la confrontation des points de vue en encourageant les débats à tous les niveaux de l'organisation. Il s'agit pour lui de concevoir un environnement au cours de l'intervention qui soit à la fois adapté, adaptable et débattable (Arnoud & Falzon, 2013). Son objectif dans l'intervention a été triple. Il a révélé les ressources, a transformé les capacités en ressources (figure 31) et a été un médiateur entre les différents acteurs de l'organisation.

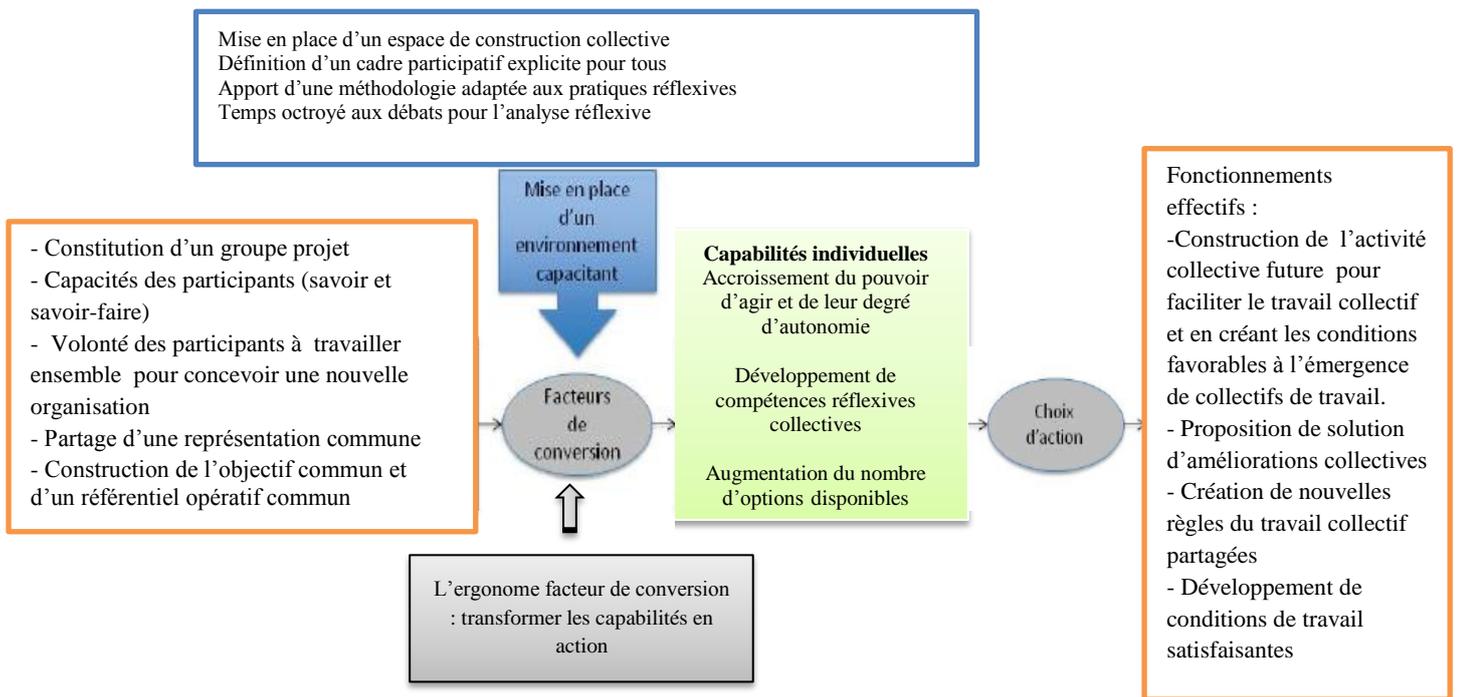


Figure 32 : L'ergonome facteur de conversion : transformer les capacités en action

3.7. Les résultats de l'intervention

Les solutions générées sont essentiellement des solutions qui vont permettre de donner du sens au travail collectif en permettant de créer du lien entre les séquences du processus de chirurgie ambulatoire et de favoriser les enchainements. Les dysfonctionnements analysés sont gérés par l'apport d'une nouvelle règle.

Il est à remarquer que les transformations organisationnelles proposées ont concerné essentiellement l'amont de la chirurgie ambulatoire, c'est-à-dire de la consultation

chirurgicale à l'appel de la veille. Par exemple la création d'une fonction d'infirmière de coordination permet la gestion de plusieurs dysfonctionnements :

- gérer les critères sociaux du patient,
- rendre le patient plus actif : implication dans sa prise en charge,
- coordonner les différents acteurs de l'ambulatoire,
- gérer le dossier patient ambulatoire,
- alléger l'appel de la veille.

L'anticipation des activités de l'amont a permis le jour de l'intervention de gagner du temps. Par exemple des comptes rendus opératoires et des lettres de sortie types ont été élaborés conjointement entre les chirurgiens de traumatologie/orthopédie et les secrétaires de l'unité de chirurgie ambulatoire. Ces documents sont envoyés le matin même de l'intervention au chirurgien dans le dossier patient informatique. En sortie de bloc le chirurgien les corrige et les signe informatiquement. Les secrétaires réceptionnent les documents et les éditent pour les remettre au patient à sa sortie. Toutes ces modifications mises bout à bout ont permis de créer des parcours ambulatoire de durées différentes. Ils ont été testés et ont permis de ramener la durée d'hospitalisation à moins de cinq heures pour une moyenne avant-projet de 10h. La diminution de l'hospitalisation du patient n'a pas pour autant intensifié la charge de travail des opérateurs. Les solutions trouvées favorisent tout au long du processus ambulatoire la collaboration et la coordination des équipes, éléments analysés comme déficients dans l'organisation initiale et source de dysfonctionnement. De plus la connaissance partagée du processus dans sa globalité a permis la mise en œuvre de solutions d'anticipation qui favorise un lissage de l'activité dans la journée.

Il est à remarquer que ces modifications impactent de façon plus importante l'organisation des spécialités chirurgicales et d'anesthésie. Le groupe, pour aider à la mise en œuvre des solutions proposées, a souhaité capitaliser le travail entrepris par la rédaction d'un guide d'aide au développement de la chirurgie ambulatoire.

Le dispositif de conception a conduit à poser les bases de la construction progressive d'une organisation capacitante :

- l'organisation se prête à l'adaptation d'elle-même : les préceptes de l'organisation sont remis en question, et notamment l'aspect fonctionnel qui diminue progressivement au

profit de la prise en compte des impératifs d'intelligibilité et d'actionnabilité mutuelles entre acteurs appartenant à des fonctions différentes (Lorino, 2013) ;

- l'organisation autorise les débats et la confrontation des points de vue des acteurs déployés dans la méthode de construction collective des pratiques. A la suite de ce projet le groupe a continué le travail de construction collective en créant des lieux de débats autour des thématiques relevées dans le projet « développement de la chirurgie ambulatoire ». D'autres membres ont été sollicités pour participer à ces débats et construire collectivement de nouvelles règles.

Discussion générale

L'ambition de cette recherche a été d'esquisser un cadre méthodologique de l'intervention où le développement est apparu comme moyen et finalité de l'action menée. Notre travail a été soutenu par les concepts d'agencéité collective, de capacités collectives, d'activité collective conjointe, d'organisation capacitante et de facteurs de conversion. La méthodologie déployée a cherché à définir les caractéristiques d'une intervention capacitante reposant sur l'élaboration d'un environnement qui (au moins le temps de l'intervention) soit capacitant et sur les outils méthodologiques déployés par l'ergonome pour servir le développement des capacités des opérateurs au travers de l'activité collective conjointe. Le résultat de cet exercice est la mise en œuvre d'une *agencéité collective* (Ibrahim, 2008) pour permettre au groupe d'atteindre un objectif commun dans l'action collective de transformation des règles de travail. Cette volonté partagée entre les membres du groupe et les possibilités effectives ont facilité la conception d'une organisation du travail collectif.

Nous souhaitons revenir dans la discussion sur le déroulement de la recherche en proposant un retour sur la méthodologie suivie pour promouvoir une intervention capacitante et sur la compréhension du rôle de l'ergonome comme facteur de conversion dans ce processus de transformation. Pour conclure une modélisation de l'action ergonomique de transformation, dans une perspective développementale, sera proposée.

1. Pour une intervention ergonomique capacitante

Placer le développement des individus et des organisations au cœur du processus de l'intervention ergonomique nécessite simultanément de construire l'action pour encourager le développement et organiser une situation de développement (Falzon, 2013). L'intervention développée a cherché à mettre en place une dynamique autorisant et encourageant la confrontation des représentations du travail de chacun et leur mise en débat. Cet effort de dynamisation des membres du groupe a aidé et favorisé la construction d'une situation future permettant aux individus, aux collectifs et aux organisations elles-mêmes de se transformer et

d'apprendre. L'ergonome a pensé l'intervention comme un processus pédagogique de transformation, l'occasion d'une dynamique de développement et d'apprentissage pour les participants (et pour lui-même).

L'intervention ergonomique se découpe en deux grandes étapes : la construction du diagnostic de la situation à transformer et la conduite du changement de l'organisation à améliorer.

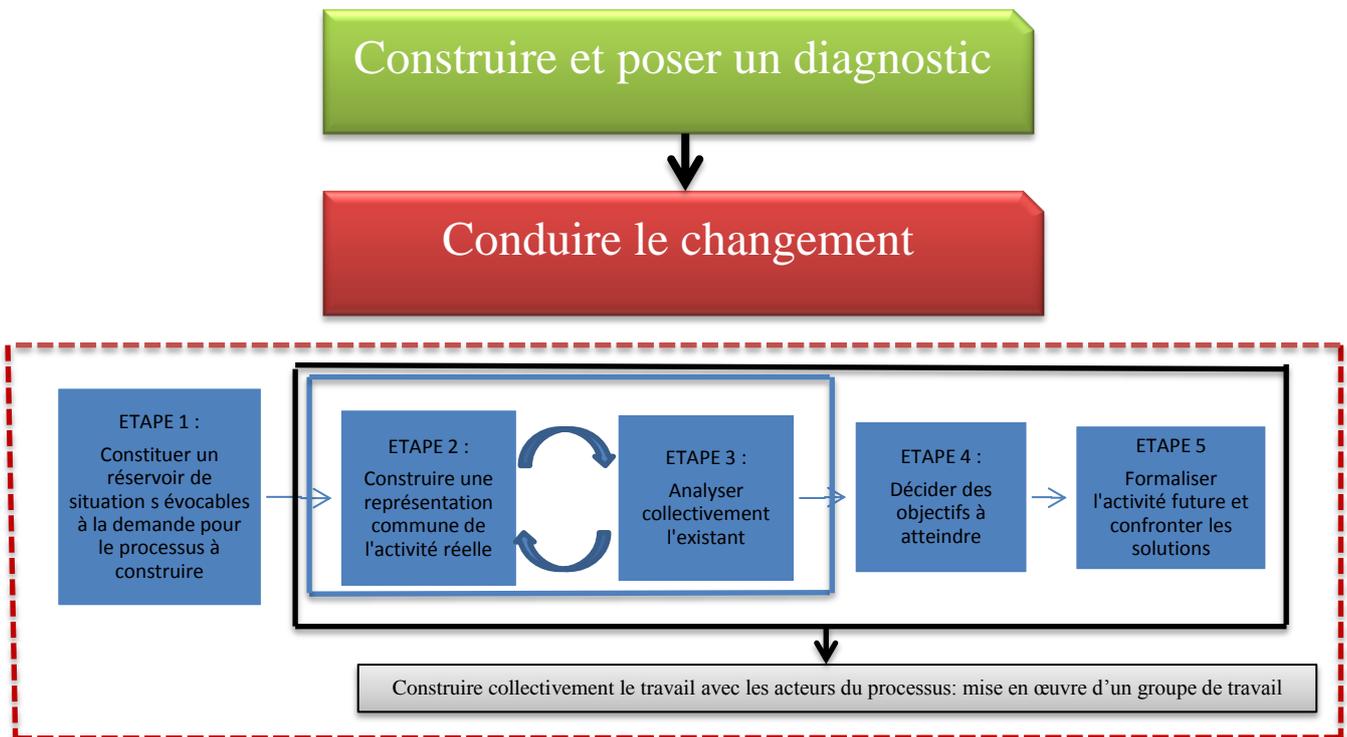


Figure 33 : Les deux étapes de l'intervention ergonomique

Afin que le processus d'intervention soit développemental, il est nécessaire de comprendre et de prendre en compte les contradictions de l'organisation à transformer, de préparer socialement le dispositif de l'intervention et d'outiller le processus de transformation par l'utilisation de différentes méthodes (Daniellou, 2013 ; Dugué et al., 2010).

1.1. Le diagnostic : la première étape à la construction d'une intervention capacitante

Dans l'organisation étudiée, la notion de « processus » - proche de la notion de chaîne de valeur dans l'industrie - a eu une importance particulière. Le soin en chirurgie ambulatoire ne peut être réalisé que par l'agencement d'activités situées dans des entités organisationnelles multiples et faisant intervenir divers profils professionnels (Lorino, 2009). Le processus met l'accent sur les logiques transactionnelles (pour faire / transformer quoi ?) et interactionnelles (avec / entre quelles personnes ?) – et les logiques complexes (Arnoud, 2013).

L'analyse de l'organisation par processus est apparue indispensable pour appréhender et comprendre la configuration de l'organisation et réaliser un diagnostic global. L'ergonome a donc adopté une vision holistique. Son intervention a été orientée par l'analyse des formes d'interactions entre les acteurs impliqués au sein du processus et par l'analyse des formes transactionnelles réalisées par l'intermédiaire des interactions à l'œuvre au sein des organisations.

Les méthodes utilisées pour caractériser les situations existantes relèvent d'une approche classique pour l'ergonome. L'analyse du travail a été au cœur de l'action ergonomique. L'ergonome a cherché à identifier les déterminants généraux de la situation, les réseaux des exigences et des contraintes dans lequel se trouvent l'établissement et les représentations portées par les acteurs.

L'analyse du processus de chirurgie ambulatoire, depuis la consultation chirurgicale jusqu'à la sortie du patient, a permis de comprendre et de caractériser l'activité collective. Les résultats du diagnostic ont mis en évidence comment le concept de chirurgie ambulatoire bouleverse les standards professionnels des soignants et leurs difficultés à construire une organisation qui favorise le collectif transverse et l'activité collective conjointe. Cette analyse, au travers des réussites et des entraves, a été une ressource pour l'ergonome pour construire une méthodologie d'intervention qui soutienne la conduite du changement.

Pour répondre à la demande faite à l'ergonome (développer une organisation de chirurgie ambulatoire efficiente) et au regard des constats posés, la dynamique participative est apparue comme nécessaire à la mise en place d'une méthodologie adaptée ; et l'élaboration des étapes

de construction et d'analyse collective du processus ambulatoire, comme la fondation du processus de conception : la construction du fonctionnement réel, étape de prise de conscience collective, a permis la construction collective du futur.

La méthodologie d'intervention a été soutenue par deux principes :

- s'adapter à la spécificité du concept ambulatoire qui impose aux professionnels une collaboration pluridisciplinaire transversale centrée sur le patient ;
- développer l'activité collective conjointe à travers l'exercice de l'agencéité collective qui favorise le développement des capacités collectives pour permettre la concrétisation de fonctionnements par l'atteinte d'un objectif collectif commun.

La construction de cette méthodologie d'intervention a alors cherché à soutenir et étayer « le travail d'organisation » déployé par des opérateurs engagés collectivement dans la conception de leur propre activité de travail futur.

1.2. Construire socialement l'intervention versus implication des parties prenantes

Nous avons, dès le début de l'intervention, attaché une importance capitale à la construction sociale de l'intervention, faisant l'hypothèse qu'elle serait déterminante pour la réussite de l'intervention. Chaque direction des pôles impliqués avait été avertie des objectifs et du contenu du projet, soit par le biais d'une présentation en réunion, soit lors d'une rencontre individuelle. De plus la directrice de la stratégie avait contacté personnellement la totalité des chefs de pôles pour valider le projet.

Conscient que la construction sociale ne se décrète pas et ne se définit pas par avance, il avait été précédemment déterminé que le processus de conception de l'organisation était largement dépendant à la fois : des acteurs qui s'inscrivaient dans l'intervention (Petit, 2005) et de l'engagement de la direction (et de ses représentants), qui constituait l'une des voies privilégiées pour faire valoir le contenu des échanges et les solutions élaborées au niveau du groupe de travail.

Au regard des résultats de l'intervention (le taux de chirurgie ambulatoire n'ayant pas à ce jour atteint la cible fixée avant et après projet), il semble important de comprendre et d'analyser les difficultés rencontrées. Plusieurs constats peuvent être posés. Ils constituent en partie une source d'explications et des possibilités d'améliorations dans la conduite des projets futurs.

❖ *La mutation du porteur initial du projet : quelles conséquences ?*

La demande initiale a émané du directeur général du CHU qui a nommé la directrice de la stratégie médicale pour déployer le projet. Le diagnostic a été élaboré et les résultats ont été présentés au directeur et à la directrice de la stratégie médicale. Ce diagnostic a conduit à développer la seconde partie de l'intervention « conduire le changement ». Au cours du projet, il y a eu un changement de directeur général. Ce changement d'un acteur aussi important dans le dispositif a signifié une vision nouvelle de gestion des dossiers en cours et à venir, une appréhension différente des priorités et un changement des équipes de directions. Le développement de la chirurgie ambulatoire n'a pas été réaffirmé comme une priorité institutionnelle par le nouveau directeur.

Devant ce nouveau statut donné au projet, de « nous devons réussir » à « vous pouvez réussir », les directions des pôles, évoluant dans une logique de bureaucratie mécaniste (les ordres venant du haut vers le bas), n'ont pas fait le choix par anticipation de développer la chirurgie ambulatoire. La mise en œuvre des solutions d'améliorations générées par le groupe de travail s'est faite sur le principe du volontariat.

❖ *Le projet de chirurgie ambulatoire : une non priorité pour les chefs de pôle ?*

L'hôpital se caractérise par une structure dyarchique marquée par deux hiérarchies parallèles (Pascal, 2000). D'un côté la ligne clinique/thérapeutique/professionnelle, attachée à son autonomie, qui possède sa propre hiérarchie et de l'autre côté la ligne d'autorité administrative fondée sur une hiérarchie pyramidale traditionnelle. Dans la hiérarchie professionnelle, le pouvoir est celui de l'expertise ; ceci n'empêche pas l'existence d'une hiérarchie stricte, mais oblige celle-ci à tenir compte des niveaux d'expertises et d'expériences professionnelles. Les professionnels médicaux, par la complexité de leur travail, ont une latitude très importante dans le contrôle de leurs actions. Dans cette vision,

l'hôpital est davantage vu comme un prestataire de services qui fournit l'ensemble des ressources matérielles et humaines nécessaires à l'exercice de « l'art de guérir » que comme une organisation dont ils ne seraient que l'un des rouages. Ceci augmente l'individualisme des médecins et l'autonomie des services qui s'organisent afin de répondre de manière indépendante aux missions qui leur sont attribuées.

Dans cette dynamique, malgré la demande initiale du premier directeur général, les chefs de pôles ne se sont pas mobilisés pour développer l'activité de chirurgie ambulatoire. Le diagnostic avait mis en évidence une organisation formatée sur le principe de la chirurgie traditionnelle où le concept ambulatoire venait perturber les pratiques initiales. Développer cette activité signifiait avoir une véritable réflexion sur l'organisation, enclencher des changements et faire des choix. Les chirurgiens intégrés dans le groupe de travail ont été très investis et générateurs de solutions innovantes pourtant les propositions en rapport direct avec l'activité chirurgicale n'ont été que partiellement mises en œuvre car en général non portées par le chef de pôle, la chirurgie ambulatoire étant vécue principalement comme une contrainte avec un intérêt limité. Il peut également être constaté qu'aucune mesure incitative n'est mise en place par la direction générale du CHU pour assurer l'investissement ou le non investissement des chefs de pôles dans les projets, ce qui renforce le fonctionnement autonome des services.

❖ *De nombreux projets qui se télescopent : peut-on les articuler ?*

Le projet de chirurgie ambulatoire est venu se « télescoper » avec un autre projet de grande ampleur. Nous avons signalé que les deux équipes de chirurgie d'orthopédie/traumatologie devaient se regrouper dans un seul service, suite à l'ouverture d'un nouveau bâtiment sur le site de Purpan regroupant trois pôles jusque-là répartis sur les sites de Raugeil et de Purpan. Ce projet de déménagement couplé à un projet de restructuration totale de l'offre de soin, a demandé un investissement très important des équipes et une réorganisation complète de leur fonctionnement : fusion des équipes, réorganisation des consultations et de l'hospitalisation, changement de lieux... Dans ce contexte, les directions des pôles ont estimé que le projet de chirurgie ambulatoire était secondaire et n'ont pas saisi l'opportunité de l'intégrer dans l'organisation des nouvelles pratiques.

❖ *Un comité de pilotage qui observe plus qu'il ne pilote ?*

Le comité de pilotage était constitué de la directrice de la stratégie médicale, d'un représentant médical (désigné par le président de la commission médicale d'établissement), d'un responsable médicale du bloc opératoire, de la directrice des soins, des chefs de pôles, des cadres supérieurs et des directeurs des pôles concernés par le projet. Les missions assignées au comité de pilotage consistaient à déterminer les ressources nécessaires au projet, valider la planification du projet, veiller à la mobilisation des acteurs, gérer les conflits, piloter l'avancement du projet, garantir la pertinence des actions proposées et veiller à la mémoire du projet.

Le comité de pilotage n'a pas tenu (ou n'a pas pu tenir) le rôle initialement déterminé. Plusieurs remarques peuvent être formulées :

- le nombre trop important de membres de statuts différents et porteurs de logiques différentes, frein au développement d'un projet transversal,
- des personnes représentant leurs pôles et non un projet collectif qui visait à atteindre un but commun pour l'hôpital,
- la non attribution, pour chaque membre, de missions spécifiques qui auraient aidé au pilotage du projet

Les membres du comité de pilotage ne se sont pas saisis du projet. Ils ont eu essentiellement une attitude d'écoute sans prise de position. Les réunions ont eu pour vocation de donner de l'information, permettant néanmoins le partage d'une connaissance commune du diagnostic et de la méthodologie proposée.

❖ *Quelles relations entre les groupes de travail et les décideurs ?*

Dans la méthode développée, l'approche processus de l'organisation a été favorisée. Cela signifiait pour l'ergonome avoir dans le groupe de travail des représentants de chaque étape du processus et une représentation de la diversité des logiques professionnelles.

La présence des personnes participant au groupe de travail, s'est faite sous la forme du volontariat après validation des directions des pôles. L'ergonome a cherché à regrouper et à faire travailler collectivement des personnes qui n'ont pas l'habitude de construire ensemble

l'organisation du travail. Le niveau hiérarchique de chaque personne n'a pas été une condition de participation. Le groupe était principalement composé de personnes directement impliquées dans l'activité du travail et la présence simultanément des différents métiers a été une vraie richesse pour le projet.

Au regard des difficultés à mettre en place les solutions générées par le groupe de travail, la présence de membres de la direction aurait pu être un élément facilitateur pour déployer les ressources nécessaires à la mise en œuvre de ces solutions.

La question est bien pour l'ergonome de comprendre comment mettre en place les conditions organisationnelles qui permettraient à chacun de trouver un intérêt à s'impliquer dans un projet global. Pour les projets futurs, certaines questions ont été abordées et mériteraient d'être approfondies :

- comment impliquer davantage les directions des pôles dans des projets qu'ils ne portent pas mais qui auront un impact sur leur organisation ?
- comment impulser dans le management une vision moins bureaucratique de l'organisation et les aider à « entrer dans l'activité réelle du travail et dans la régulation locale » pour qu'ils deviennent des décideurs « pertinents » ?
- quels niveaux hiérarchiques doivent prendre part dans les groupes de travail et l'instruction des choix ?

Dans la démarche de construction des pratiques développées, compte tenu du travail de reconfiguration des règles et de la remise en cause des circuits et lieux de décision, la participation des directeurs ou/et des chefs de pôles aurait dû être un pré-requis à négocier dans la conduite de projet. Les directeurs, les cadres supérieurs mais aussi les chefs de pôles doivent pouvoir réfléchir aux processus de travail, venir sur la scène du travail en facilitant la mise en discussion du travail en local et se concentrer sur les résultats produits par les groupes de travail en gérant les difficultés qu'ils rencontrent dans leur pratique. Le rôle du management apparaît alors crucial dans le développement des opportunités effectives et l'accroissement des possibilités de choix des acteurs du processus, source d'effets positifs pour les acteurs et l'organisation dans son ensemble.

Cela permettrait également de redonner un rôle au management de proximité (les cadres de santé) – et, selon nous, au management intermédiaire (les directeurs de pôles, les cadres supérieurs de santé) – fréquemment « happé » par la direction et le suivi d’outils de gestion de plus en plus abstraits et éloignés de la réalité du travail (Daniellou, 2013 ; Detchessahar, 2010). Ce qui est en jeu est que « *les managers retrouvent la mission, les moyens et le goût de faire vivre à chaque niveau et dans les deux sens l’articulation entre les orientations de l’entreprise et la réalité du terrain* » (Daniellou, 2013, p. 10).

Au-delà des objectifs d’évolution du taux de chirurgie ambulatoire, ce travail collectif a eu des impacts positifs sur l’amélioration de l’organisation du processus de chirurgie ambulatoire, comme des répercussions sur l’organisation d’autres activités de travail. Des connaissances sur le processus de chirurgie ambulatoire ont été générées et partagées par l’ensemble des équipes et les directions des pôles qui interviennent dans la modalité de chirurgie ambulatoire. Le développement de l’activité collective conjointe, au travers du travail collectif et des collectifs de travail, apparaît aujourd’hui comme une ressource et une nécessité pour mettre en œuvre un travail de qualité pour les soignants et les patients. Par exemple la mise en place des infirmières de coordination a permis d’améliorer la prise en charge des patients et de construire une collaboration entre les équipes autour de cette fonction. Le parcours du patient organisé après la consultation de chirurgie, a permis de mieux anticiper la programmation des blocs opératoires en adéquation avec les disponibilités des places dans les unités de chirurgie ambulatoire. Les critères sociaux sont examinés et validés par l’infirmière qui construit avec le patient son parcours de sortie. Les pratiques professionnelles médicales ont également évolué dans la logique temporelle du processus ambulatoire mais également en tenant compte du nouveau statut donné au patient : un patient actif. Par exemple les protocoles de prémédication ont été modifiés pour permettre au patient de récupérer une vigilance plus rapidement et retrouver son autonomie pour une sortie adaptée au timing ambulatoire.

Plus encore, ce travail collectif engagé avec les deux équipes de chirurgie orthopédique a permis de dévoiler des façons de faire différentes et complémentaires. Les résultats de la construction du processus réel ont été réutilisés par les cadres de santé de consultation pour structurer une organisation nouvelle lors de la fusion des équipes de Raugeil et de Purpan. Le meilleur de chacun a été utilisé et des nouvelles façons de faire ont été créées en fusionnant les expériences des deux équipes.

1.3. Conduire le changement : proposition de méthodologie et rôle de l'ergonome

Au travers de cette méthodologie, l'ergonome a cherché à créer les conditions d'un environnement propice à la réflexion des acteurs du groupe de travail en vue de la conception collective d'une organisation qui se prête à l'adaptation d'elle-même. Il a cherché à encourager les acteurs du groupe de travail à avoir une vision globale du processus et favoriser les confrontations de points de vue entre eux.

La conception de l'organisation s'est construite autour de la volonté de développer une démarche participative, considérée comme la mise en place d'un espace de négociation entre des personnes aux savoirs et aux positions stratégiques et professionnelles différentes. Daniellou (2013) parle d'une forme de démocratie provisoire où la décision est délocalisée partiellement par rapport au fonctionnement habituel de l'entreprise, moyennant une articulation et une coordination entre les différents acteurs. Il s'agit alors de concevoir l'intervention comme un moyen de développer des apprentissages croisés, permettant aux opérateurs d'apprendre sur leur travail et sur le travail de l'autre.

Dans une perspective développementale, il convient, d'une part, de transformer les représentations de l'ensemble des acteurs, et d'autre part, d'atteindre un résultat satisfaisant : la production d'une situation permettant la poursuite du développement (Falzon, 2013). L'atteinte d'un tel résultat n'est envisageable que si les opérateurs participent activement aux démarches de changement et de conception.

La méthodologie développée, basée sur la participation active des opérateurs aux démarches de changement et de conception, se décompose en cinq étapes. Chaque étape a été pensée pour encourager l'agencéité collective et l'émergence de l'activité collective conjointe, et garantir la conversion des ressources en capacités, c'est-à-dire en droits et libertés réelles de sorte que chacun ait accès à des fonctionnements ou des réalisations de valeur.

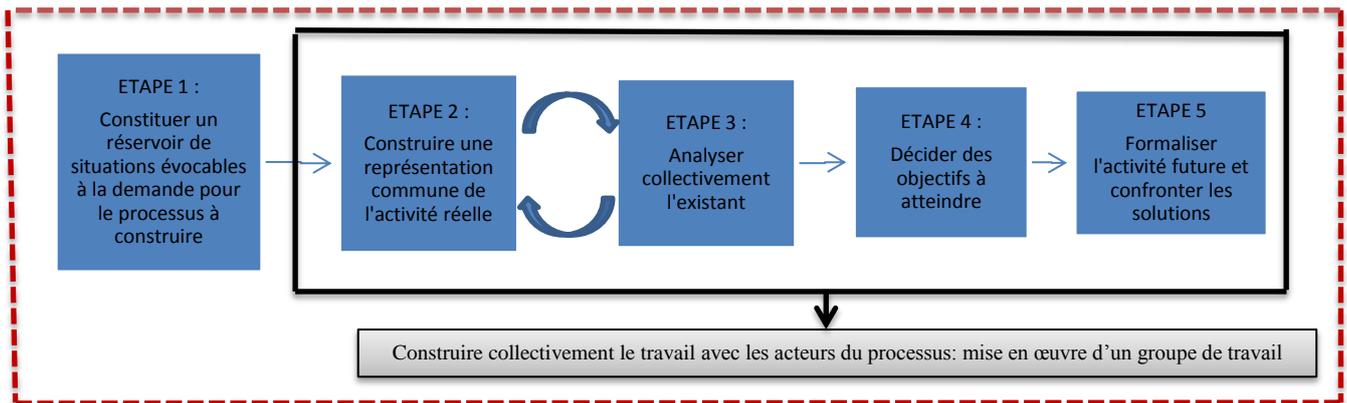


Figure 34 : Les 5 étapes de la méthodologie proposée

- **ETAPE 1 : Constituer un réservoir de situations évocables à la demande pour le processus à construire**

Dans cette intervention, la phase de mise en œuvre de la transformation collective de l'organisation a été précédée d'une longue phase d'analyse et de caractérisation de la situation existante. L'étape 1 a été mise en place après l'élaboration du diagnostic et a été développée spécifiquement pour alimenter le besoin de compréhension de l'ergonome du processus à reconcevoir « le processus de chirurgie ambulatoire en orthopédie ». Son objectif était alors de se construire une représentation mentale globale de ce processus particulier, de regarder plus finement certaines situations en fonction de leur pertinence vis-à-vis des résultats du diagnostic, d'établir des liens entre les difficultés repérées avec les interlocuteurs et les caractéristiques des situations de travail existantes. Il a cherché à comprendre le fonctionnement des systèmes d'activités en interaction dans lesquelles les membres du groupe de travail sont plongés quotidiennement.

L'ergonome, par cette accumulation de connaissance, s'est constitué un réservoir de situations d'actions. Ces situations en mémoire ont favorisé l'interaction avec le groupe de travail et ce niveau de connaissance soutenu, détaillé, lui a permis d'étayer la construction du processus réel, de critiquer ou fortifier les solutions générées par les acteurs du groupe de travail et ainsi d'acquérir une place légitime dans la construction de l'organisation.

- **ETAPES 2 et 3 : Construire une représentation commune de l'activité réelle et analyser collectivement l'existant**

Dans ces étapes, au travers de la construction du processus ambulatoire « réel », l'ergonome a amené les protagonistes du soin ambulatoire à poser les bases essentielles d'un travail collectif : l'élaboration d'un savoir commun quant au domaine de l'activité et la possibilité de se construire une représentation de l'état actuel de la situation dans laquelle ils sont engagés.

L'objectif de cette démarche de « *mise en commun et de confrontation des savoirs* » (St. Vincent et al., 2000, p.4) a permis d'assurer l'expression et la participation des acteurs porteurs de logiques différentes et de permettre la confrontation des points de vue (Dugué et al., 2010).

Intervenir signifie « venir entre », « faire du lien », « favoriser les confrontations » (Detchessahar et al., 2012) mais aussi « agir, jouer un rôle », « se mêler d'une action, d'une situation en cours en vue d'influencer le cours des événements » (Petit & Dugué, 2013). L'ergonome a cherché à cadrer la construction du processus sans pour autant la diriger en se donnant comme ligne directrice la convocation du réel de l'activité dans les débats. Il a alimenté la construction collective du processus ambulatoire par l'introduction au cours des débats de situations d'action dynamiquement évoquées issues de l'analyse de l'activité ou de questions de clarification. Ce processus de rappel constructif a donné lieu à une activité d'explication et de justification (Baker, 2004), qui a permis de négocier et de construire une intelligibilité mutuelle de la situation (Salembier & Zouinar, 2004).

Les discussions encouragées sur le travail (en groupe ou en sous-groupe) ont impliqué une prise de conscience, caractérisée par au moins deux facteurs (Mollo, 2004 ; Mollo & Falzon, 2004) :

- l'analyse du processus s'est fait à distance de la tâche. Les participants se sont alors concentrés sur leurs connaissances et compétences mises en œuvre au cours de l'activité ;
- en devenant analystes de leur propre activité et celle des autres, les participants ont explicité ce qu'ils font, comment et pourquoi ils le font ainsi. Il ne s'agissait pas seulement de dire ce qu'ils savent, mais de découvrir un savoir implicite individuel et collectif et d'autres façons de faire.

Les protagonistes se sont ajustés conceptuellement (Karsenty & Pavard, 1997) et ont construit des connaissances plus pérennes nécessaires au travail collectif (Mollo & Nascimientto, 2013).

- **ETAPE 4 : Décider des objectifs à atteindre**

Suite à la phase de construction du processus, le groupe d'animation a présenté aux participants une synthèse des échanges issus des débats et une ébauche de solutions proposées. Cette synthèse reprenait les constats réalisés lors de la construction du processus ambulatoire, les propositions d'amélioration formalisées par les participants et les 3 axes de travail identifiés : rendre le patient plus actif, l'information donnée au patient, gagner du temps.

Le groupe n'a pas fait le choix de retenir tous les thèmes mais a choisi de travailler sur le thème « Gagner du temps » en le complétant par « ou ne pas en perdre ». Les trois groupes ont travaillé sur l'amélioration de l'organisation en suivant l'objectif déterminé « Gagner du temps ou ne pas en perdre ».

L'ergonome n'a pas remis en cause le choix du groupe. Son objectif n'était pas d'imposer les thèmes traités mais de faciliter la participation de chacun, plus exactement la possibilité réelle d'une telle participation. Cette participation a relevé de la liberté processuelle (Lambert & Vero, 2007) et a impliqué la mise en œuvre de décisions collectives qui ont été en mesure de jouer sur les choix et d'augmenter les opportunités disponibles (Bonvin & Farvaque, 2007). Avoir une action sur sa propre situation de travail, être écouté et entendu, a permis d'accroître le pouvoir d'agir (Clot, 1997 in Coutarel et al., 2003) des membres du groupe c'est-à-dire bâtir « *un espace de liberté, autorisé par l'organisation, que les opérateurs peuvent construire et investir* » (Coutarel, 2004, p. 168). Ce pouvoir d'agir a participé au déploiement d'une action collective conjointe qui a permis aux opérateurs de trouver de nouvelles voies, de nouvelles façons de faire le travail et renforce le travail collectif. Le groupe de travail a fait le choix de se coordonner et a stabilisé un objectif collectif commun.

A ce moment donné, l'ergonome a fait le choix de privilégier le développement de l'agencité collective et la construction du collectif de travail en acceptant d'abandonner les deux thèmes « rendre le patient plus actif, l'information donnée au patient » même s'ils avaient été

identifiés dans le diagnostic comme des dysfonctionnements majeurs dans le processus de chirurgie ambulatoire.

En fonction des solutions présentées par le groupe dans l'étape 5, il serait toujours possible pour l'ergonome d'interagir et de solliciter le groupe à réfléchir : en quoi un patient autonome et une information pertinente pourraient être un gain de temps dans le processus ambulatoire.

- **ETAPE 5 : Formaliser l'activité future et confronter les solutions**

Dans ces conditions, le travail de réorganisation est devenu possible car l'organisation a proposé un environnement favorable à la contribution positive des soignants dans le processus de conception collective du soin. Les opérateurs ont bénéficié d'une liberté leur permettant de réellement mettre en œuvre les ressources dont ils disposent et d'élaborer des règles formelles favorisant le développement des règles effectives acceptables pour l'activité collective et individuelle notamment la coordination des soins et la collaboration interprofessionnelle.

L'ergonome a ainsi aidé les acteurs dans le processus de conception à ce que l'objet et le motif de l'activité soient reformulés pour embrasser un horizon radicalement plus large de possibilités que dans le mode précédent de l'activité c'est-à-dire permettre la transformation des capacités en action effective.

2. La généralisation de la méthodologie

La proposition méthodologique pose un certain nombre de questions sur sa généralisation possible à d'autres situations de travail et/ou dans d'autres conditions d'intervention. Cette intervention portait sur l'organisation d'un système complexe, aussi bien par les caractéristiques techniques du processus, que par le nombre et la diversité d'acteurs concernés dans une organisation d'origine elle-même complexe.

Cette spécificité ne nous semble pas un obstacle majeur à la réutilisation du modèle proposé dans des situations moins complexes, bien au contraire. Seule l'étude de la demande et l'analyse de l'organisation à (re)concevoir permettra de justifier s'il est judicieux de déployer

cette méthodologie au regard de la balance résultats attendus/conduite de projet à mettre en œuvre.

Quelques points mériteraient néanmoins d'être approfondis :

- la nécessité de mieux préciser le niveau d'analyse de l'activité nécessaire à une telle démarche : quel aurait été le seuil minimal de caractérisation de l'existant suffisant pour permettre une contribution de l'ergonome à la transformation de l'organisation ? Le volume des analyses ne se traduit pas seulement par la précision et la solidité des connaissances mais aussi par une durée et des formes de présence de l'ergonome très importantes sur le terrain. Par exemple cette dimension pose le problème de la généralisation de la démarche sur une autre spécialité de chirurgie ambulatoire et quel niveau de connaissance de ce nouveau domaine devra acquérir l'ergonome ;
- le nombre d'acteurs sollicités en même temps : le temps de préparation de l'intervention a été couteux en temps pour l'ergonome. Les acteurs appartenant à des pôles et des branches professionnelles différentes a nécessité d'activer un réseau de communication important mais indispensable dans un système comme le système hospitalier construit sur le principe de la bureaucratie professionnelle ;
- les formes de mise en circulation des résultats pour d'autres professionnels : un guide méthodologique a été formalisé par le groupe de travail pour permettre aux autres acteurs des spécialités chirurgicales de développer leur activité ambulatoire. Ce guide décrit les étapes du travail mené, les solutions proposées ainsi que la façon de les mettre en œuvre. Même s'il apparaît très simple d'utilisation il ne peut se substituer à la dynamique collective qui est née dans le groupe et qui a permis le développement de l'activité collective conjointe. Les premières remarques formulées sur ce document, montrent que le non passage par une approche de conception collective entraînent des difficultés de compréhension des choix des solutions car souvent lues dans une logique horizontale et non transversale du travail. Le minimum requis semble alors être une présentation (par l'ergonome) qui retrace la genèse du projet (la demande et le diagnostic) et donne le mode d'emploi de la méthodologie.

Mais au-delà de la méthodologie proposée en réponse à la demande d'intervention, les méthodes utilisées dans ce travail ont permis d'encourager le développement d'une pratique réflexive qui a cherché à soutenir une réflexion outillée par l'action (l'activité est objet

d'analyse), sur l'action (analyse collective) et pour l'action (amélioration, élaboration de nouvelles connaissances et action sur la pratique) (Mollo & Nascimiento, 2013).

La mise en place d'espaces de discussion sur le travail pourrait enclencher la possibilité de débats réguliers sur les règles et les pratiques. Le travail et les problèmes liés au travail concret des participants, pourraient être mis au cœur des discussions en enclenchant des situations de réflexivité permettant une distanciation avec l'action (Mollo & Nascimiento, 2013).

« Ergonome : Comment avez-vous vécu ce travail ?

Participant 1 : Moi très bien par ce qu'il y a tous les acteurs de la chaîne depuis la consultation du chirurgien jusqu'à sa sortie. C'est un travail qui est remarquable parce que chacun a émis toutes ses difficultés. On les connaît les difficultés. Ce sont surtout celle du brancardage. On a plusieurs propositions mais on a pu faire plusieurs propositions. Le fait de se mettre tous autour d'une table, moi je trouve que c'est un bon point. Et en plus il y a la connaissance du travail de l'autre, de la personne qui précède qui suit l'autre et ce n'est pas toujours évident. Moi je le salue et je vous en remercie de faire un travail comme ça.

Participant 2 : Ce qui était intéressant pour nous en termes de cadres de consultation c'est que nous avons pu voir que nous étions aux antipodes alors qu'appartenant à un même pôle. Nous avons un fonctionnement complètement différent. Ça nous a permis avec le Dr Y (chirurgienne) de faire une projection dans le projet PPR (bâtiment Pierre Paul Riquet ouverture 2014) qui va s'ouvrir demain. Ça nous a permis à la fois de se projeter et de réfléchir. Je sais qu'à un moment donné, personnellement, je me suis dit ce n'est pas possible on ne peut pas fonctionner autrement et en fait le fait d'être ensemble et de pouvoir parler ensemble, j'ai compris que si, bien sûr, on peut fonctionner autrement simplement en bougeant un peu les pièces du puzzle. Ça s'est très très intéressant, très très porteur surtout à l'aube de ce projet-là ».

Les rôles joués par ces espaces sont de plusieurs natures :

- reconnaître le travail d'organisation et son rôle (Clergeau et al., 2006) ;
- accroître le champ des possibles. Dans notre intervention ces espaces ont permis de discuter des pratiques individuelles et collectives, de la recomposition du travail pour pallier au manque de coopération dans l'activité, de délibérer sur les contradictions quotidiennes entre efficacité et éthique (Daniellou, 2013) et d'ouvrir ainsi le champ des possibles permettant que chacun puisse « faire mieux » ou « autrement » (Perrenoud, 2001) ;

- débattre des critères de qualité du travail en analysant l'existant et en construisant l'activité collective future ;
- délibérer de l'articulation entre la production de règles et la production d'activités autonomes et d'adopter collectivement de nouvelles règles acceptables par tous dans le but d' « *équiper les opérateurs et non de les contrôler* » (Cuvelier, 2011, p. 215) et de favoriser la transformation des ressources en capacités.

La mise en place de ces espaces permettrait des améliorations significatives (pouvoir faire), des adaptations rapides à des environnements instables et changeants (Petit, 2005) sans affecter nécessairement la logique organisationnelle globale (Daniellou, 1999). Au-delà des améliorations significatives de court-terme, l'enjeu est celui de la modification des relations entre les acteurs et notamment du « droit au débat », du « droit au jeu » de chacun d'entre eux (Daniellou, 1999). L'orientation n'est plus uniquement productive mais constructive.

Mais la mise en place de ces espaces demande de prendre quelques précautions. Comme l'indiquent Mollo & Nascimiento (2013), une des règles d'or de la pratique réflexive collective est l'implication et l'engagement du management pour permettre un développement continu des individus et de l'organisation. Elle doit être un outil de l'organisation soutenu par la direction pour que des moyens matériels et humains y soient consacrés (Detchessahar, 2011). Conférer un tel statut à la pratique réflexive suppose que l'organisation accepte de donner à voir les contradictions et les perturbations afin de les discuter et de les dépasser. L'implication du management dans l'animation de ces espaces de réflexion constitue l'une des voies permettant de faire valoir le contenu des échanges et les solutions élaborées au niveau de la direction (Clergeau *et al.*, 2006).

3. Quel rôle pour l'ergonome dans une intervention capacitante ?

3.1. L'ergonome : un facteur de conversion dans la transformation de l'organisation

Le développement a été placé au cœur de l'intervention. L'objectif pour l'ergonome a été de générer, au travers du processus d'intervention, un environnement qui permette de favoriser le potentiel capacitant du collectif d'acteurs, lui permettre de se construire et d'agir dans cet environnement. Le collectif, à travers le déploiement de l'agencéité collective, développe son pouvoir d'être et de faire (ses capacités collectives) et génère des solutions d'organisation qui promeut les facultés capacitantes de l'organisation.

Dans ce processus interventionnel l'ergonome encourage les opérateurs à mettre l'organisation « à leur main » et à faire ainsi un travail d'organisation. Il favorise la confrontation des points de vue en encourageant les débats à tous les niveaux de l'organisation. Il s'agit pour lui de concevoir un environnement au cours de l'intervention qui soit à la fois adapté, adaptable et débattable (Arnoud & Falzon, 2013).

L'ergonome se positionne comme un facteur de conversion artefactuel du type « instrumental » organisationnel (chapitre 1, §2, section 2.3), qui facilite l'activation des ressources individuelles des acteurs, la mobilisation des ressources des acteurs en capacités collectives et la transformation des capacités collectives en action (figure 35).

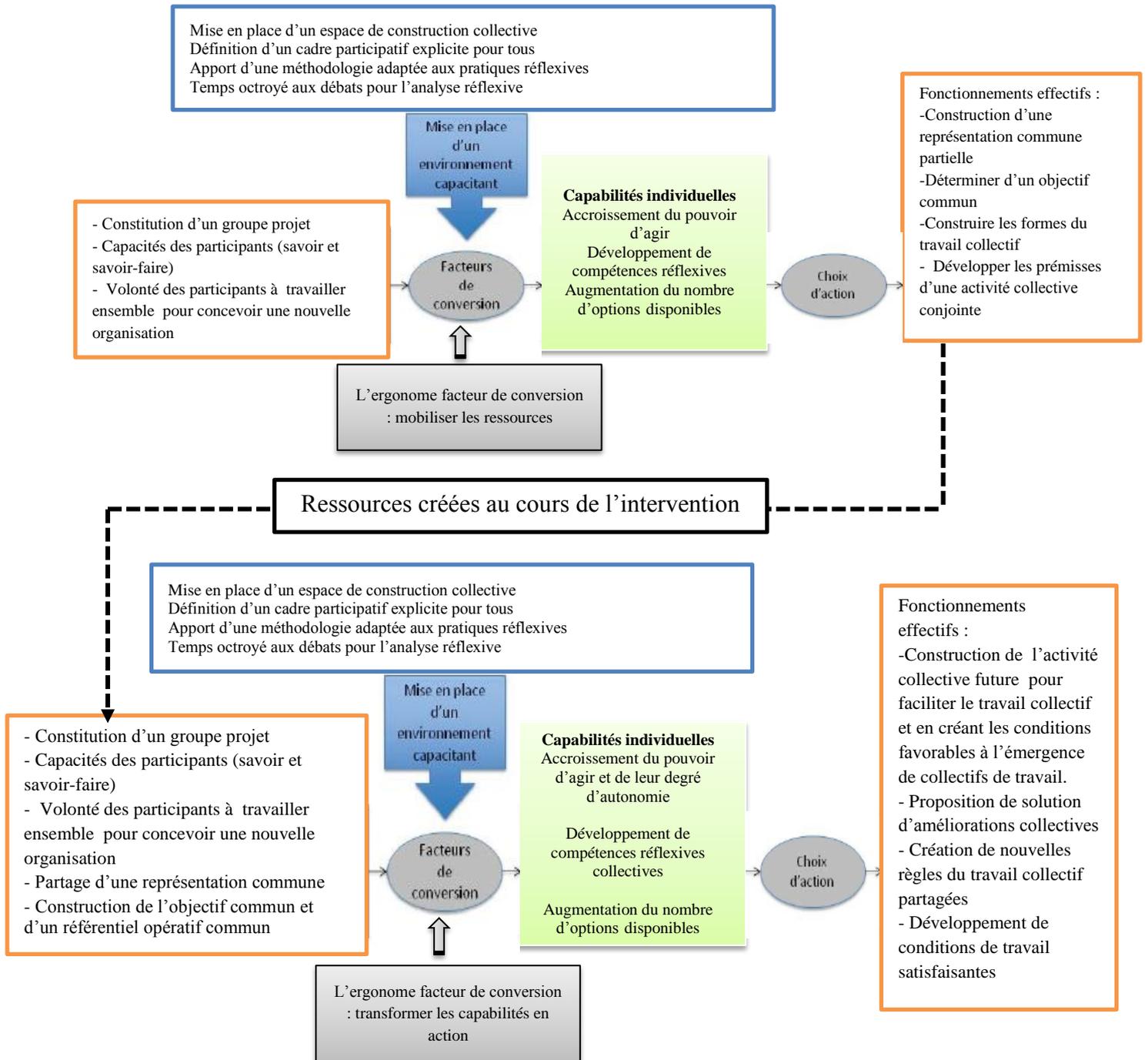


Figure 35 : L'ergonome : un facteur de conversion artefactuel pour la transformation de l'organisation

Dans ce contexte l'ergonome est intervenu selon différents registres (Dugué et al., 2010) :

- Le registre de la relation : il s'agit pour l'ergonome de favoriser l'interaction dans et avec le groupe de travail. Il ne cherche pas à transmettre des connaissances mais à construire des liens entre les membres du groupe de travail, et avec lui-même, avant de mettre en œuvre un processus de transmission et/ou de construction de savoirs. Il a eu à la fois un rôle d'animateur et de médiateur pour le groupe. Les ressources détenues

par chacun sont mobilisées dans l'interaction. Les échanges et les débats collectifs médiés par l'ergonome donnent la possibilité à chacun de faire le choix de mobiliser ses ressources en capacités et d'en faire usage pour les transformer en capacités collectives au travers l'agencéité collective et construire collectivement des règles de travail.

- Le registre de l'expertise qui a privilégié les connaissances et les compétences de sa spécialité : les connaissances générales sur le travail, les méthodologies de l'intervention ainsi que les situations concrètes rencontrées par les différents acteurs. Il a mobilisé dans l'intervention des méthodes de travail propres à sa discipline qui lui ont permis de bâtir et d'enrichir la méthodologie pour qu'elle puisse être adapté, adaptable et débattable. Il a ramené ces éléments d'analyse de l'activité dans les débats pour favoriser un niveau de compréhension commune et projeter les solutions dans la situation future pour privilégier une approche processus, affiner leur pertinence et éviter au débat de devenir un débat d'opinion loin des phénomènes observés. Par la construction d'un référentiel commun partagé, les participants ont l'opportunité s'ils en font le choix de passer du statut d'agent à celui d'acteur social, favorable au développement des capacités collectives et à l'émergence d'un collectif transverse propices à la construction de fonctionnements effectifs. L'appartenance à un collectif et l'adhésion à des valeurs communes occupent une place centrale dans le concept des capacités (Zimmermann, 2007).
- Le registre de l'apprentissage : dans la démarche mise en œuvre les participants ont eu l'occasion d'apprendre sur leur propre travail et sur le travail des autres, à travers les échanges, les débats et la construction de l'activité de travail future. L'ergonome, par l'utilisation de situations d'action évoquées, interroge de façon collective les participants sur la mise en œuvre réelle du travail collectif. Il s'agit alors de construire du savoir dans et par l'action à partir d'informations mises à la disposition du groupe. Cette construction du savoir va accroître les ressources que détiennent les participants et privilégier ainsi l'accroissement des capacités dont ils pourront disposer. Pour apporter cette aide méthodologique, il s'est intéressé au travail de l'autre. Il a recherché au préalable les difficultés de compréhension que peuvent rencontrer les membres du groupe, à mieux savoir ce qui cause le problème et mobilise un mode d'accompagnement. L'intervention est alors pour lui un moment d'apprentissage, apprentissage du travail de l'autre mais aussi un moment privilégié pour apprendre sur ses propres pratiques.

3.2. L'intervention une ressource pour développer le potentiel d'actions de l'ergonome : modélisation d'une forme outillée de la pratique réflexive de l'ergonome

Comme le mentionne Daniellou (2006), l'ergonome lui-même est un opérateur dont l'activité d'intervention peut être analysée et modélisée pour répondre à trois enjeux :

- mieux élucider les mécanismes par lesquels les ergonomes contribuent à la transformation des situations de travail (Daniellou, 1992 cité par Dugué, Petit & Daniellou, 2010),
- mettre à la disposition des professionnels des formes de conceptualisation qui favorisent leur réflexion dans l'action, les discussions entre eux, la gestion des crises, et plus généralement l'élaboration des règles de métier (Martin & Baradat, 2003),
- favoriser l'enseignement et la transmission du métier (Lamonde, 2000).

Pour analyser et modéliser l'activité transformatrice de l'ergonome, différentes méthodologies peuvent être utilisées selon que l'observateur-analyste est ou non membre de l'équipe d'intervention. Trois familles de méthodologies sont principalement utilisées (Daniellou, 1999) :

- dans la première méthodologie l'activité de l'ergonome est analysée par un autre ergonome qui n'intervient pas dans le projet en cours ;
- dans la deuxième méthode, l'ergonome-chercheur est la même personne que l'ergonome-intervenant. Il auto-analyse sa propre pratique en accumulant tout au cours de l'intervention des données pour pouvoir en reconstituer un récit et en tirer des leçons ;
- la troisième méthode est une méthode intermédiaire entre les deux précédentes. Un membre de l'équipe d'ergonomes participe à l'intervention au même titre que ses collègues, mais il est plus spécialement chargé de la « gestion réflexive ». Il accumule des traces factuelles des différentes étapes et conduit les entretiens nécessaires.

Dans l'intervention présentée, la méthodologie développée est une combinaison entre la pratique réflexive et la gestion réflexive de l'intervention. L'ergonome a analysée sa propre activité avec le soutien d'un intervenant (spécialiste de l'analyse des pratiques professionnelles) qui a participé à l'intervention en tant que co-animateur du projet de conception organisationnel. Ces moments spécifiques d'analyse réflexive sur la pratique de

l'ergonome ont été intégrés comme des outils méthodologiques dans l'intervention. Un processus itératif entre réflexion et construction a été mis en place permettant à l'ergonome une analyse de son activité au cours même de l'intervention et opérer une analyse réflexive sur l'expérience passée pour lui donner une nouvelle signification. Ces moments réflexifs ont mêlés à la fois l'analyse des situations de travail du groupe au cours des réunions, l'analyse de l'écart entre le contenu prévu et réalisé et l'analyse de la pratique de l'ergonome dans la gestion du groupe.

L'analyse de ses propres pratiques et la conception d'autres façons de faire a augmenté son pouvoir d'agir, ses marges de manœuvre, ses connaissances c'est-à-dire « *son champ des possibles* » (figure 36). De nouvelles combinaisons de fonctionnements effectifs, d'opportunités d'agir et de libertés réelles de choix lui sont offertes par l'accroissement des possibilités d'être et de faire en situation. L'intervention ergonomique devient alors pour l'ergonome une ressource d'enrichissement de ses capacités qui a été rendu possible par la mise en place d'un environnement capacitant : une autonomie dans la gestion du projet, du temps octroyé à la pratique réflexive, une possibilité de faire évoluer la méthodologie d'intervention...

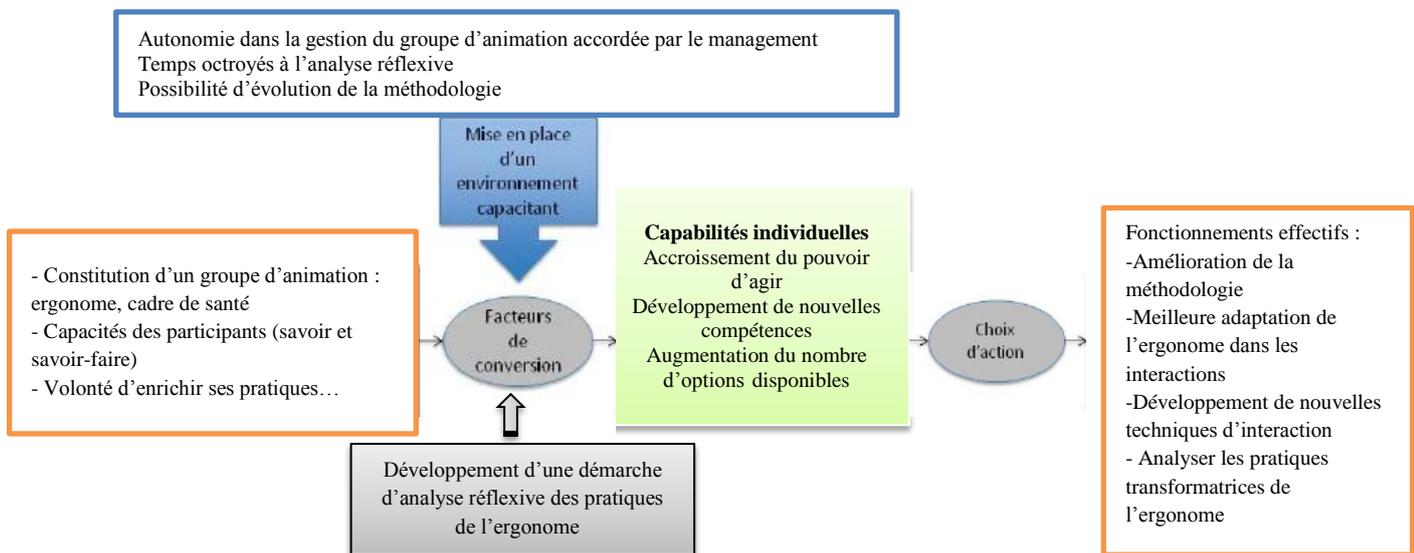


Figure 36 : L'intervention ressource de développement des capacités de l'ergonome

A travers ces moments réflexifs soutenus par l'action d'un intermédiaire (l'accompagnant), l'ergonome (l'accompagné) a pu revenir sur sa pratique, sur son action et prendre conscience de sa manière d'agir et de réagir, dans les situations d'interactions. Ce retour réflexif a permis

à l'ergonome de réinvestir dans les rencontres à venir, les enseignements tirés de cette expérience et de construire ainsi des nouvelles compétences professionnelles.

A travers l'environnement réflexif et constructif créé, l'intervention est devenu un acte pédagogique pour l'ergonome qui a eu deux finalités (Dugué et al., 2010) : rendre l'ergonome « capables » en situation (ou plus capable) ; permettre son développement personnel, la transmission de valeurs et le développement de connaissances nouvelles.

Le triple dispositif mis en place « construire l'action, mettre en œuvre l'action et réfléchir sur l'action » a permis aux coanimateurs de s'alimenter mutuellement et de créer des pratiques communes. La coopération mobilisée entre eux a permis une synchronisation aux niveaux opératoire et cognitif. Le travail collectif s'est articulé entre une coopération dans l'action, une coopération dans la planification et une méta-coopération. Trois étapes dans la coopération peuvent être identifiées et qui interviennent lorsque que les opérateurs cherchent à se synchroniser au niveau opératoire et au niveau cognitif : la coopération dans l'action, la coopération dans la planification et la méta-coopération (Hoc, 2001). Une similitude peut être faite entre l'architecture cognitive de la coopération développée par Hoc (2001) et la démarche mise en œuvre par le groupe d'animation (figure 37).

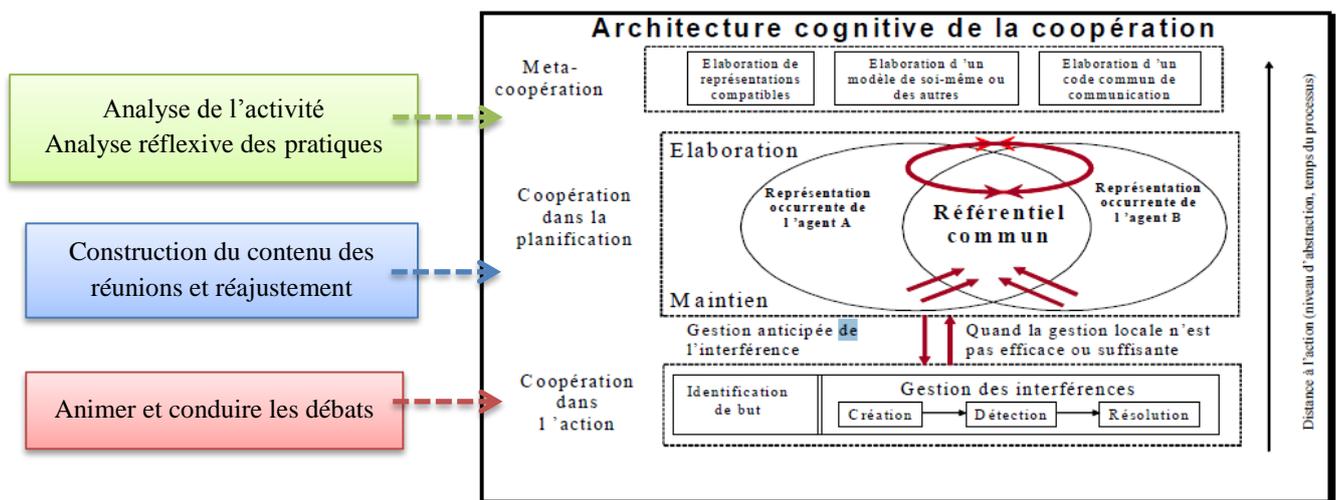


Figure 37 : Architecture de la coopération du groupe d'animation (adapté de Loiselet & Hoc, 2001)

Le travail collectif du groupe d'animation à travers ses différentes formes, ses conditions de mise en œuvre et les finalités recherchés par les partenaires de ce travail collectif traduit la volonté de concevoir une méthodologie de l'intervention adaptée et adaptable qui à la fois :

- encourage le développement des acteurs-concepteurs : la finalité du processus d'intervention est alors le développement des individus, des collectifs et de l'organisation. Nous nous sommes attachés à encourager les échanges et la confrontation des points de vue. La pratique réflexive collective a été au centre de notre démarche. La méthodologie a cherché à « mettre en route » des facteurs permettant de favoriser la mise en œuvre d'une activité collective conjointe et de la convertir en opportunités et réalisations concrètes, en autorisant les acteurs du processus à définir leur propre activité collective future et en favorisant ainsi l'émergence d'un collectif transverse.
- qui organise une situation de développement : le processus d'intervention a été l'occasion d'une dynamique de développement et d'apprentissage pour le groupe projet et pour le groupe d'animation. Dans cette perspective, il s'agissait à la fois de favoriser des dynamiques de développement au cours même de l'action et de soutenir la conception de systèmes de travail qui eux-mêmes favoriseront le développement.

En conclusion, la réalisation de cette thèse a eu un quadruple effet de transformation :

- **Du réel**, tout d'abord, puisque même si tous les résultats escomptés n'ont – pour l'instant – pas été atteints, la démarche a permis d'une part d'éviter de partir sur des solutions théoriques qui n'auraient eu pour résultat que de « démontrer » aux acteurs de l'infaisabilité d'une approche transverse, et donc de l'ambulatoire ; d'autre part de fonder les principes de réalités sur lesquelles toute solution devra être bâtie.
- **De la discipline ergonomique**. Traditionnellement, l'ergonomie (y compris dans son apprentissage) est davantage tournée vers l'acquisition de connaissances sur le fonctionnement (physiologique, psychologique, sociologique, psychique...) de l'homme que vers les outils, méthodes et démarches nécessaires à la mise en œuvre de ces connaissances en situation. Dans cette thèse, nous avons formalisée une « manière de faire » de l'ergonomie, non plus au service de la conception d'un objet (IHM...) ou d'un poste de travail, mais au service de la conception d'une organisation, rarement étudiée. Sur ce point le modèle des capacités présente un apport puissant à l'ergonomie...
- **De la méthodologie du changement**, en mettant en évidence le rôle des acteurs de première ligne et l'articulation nécessaire entre eux au moyen d'une méthode originale (simulation du processus réel, situations évoquées dynamiquement à la demande) qui

permet aux participants, tout en restant contraints par les principes de réalité que représentent ces situations concrètes, de se construire des représentations mentales de ce que pourrait être une autre organisation, et ce faisant, de découvrir que l'organisation qu'ils connaissent n'est pas la seule possible, ni peut-être même la plus efficace, pour eux comme pour les patients.

- **De l'ergonome enfin.** De l'apprentissage de l'ergonomie à la pratique, il n'y a pas qu'un pas... et tous participent à la transformation de l'ergonome, en ce sens qu'il découvre à la fois « la résistance du réel » et la puissance de l'ergonomie pour agir sur le réel, parce que l'ergonomie permet de comprendre les comportements des individus et des groupes au travail. L'auteur de cette thèse a donc dû acquérir des savoir-faire, des comportements en situations pour faciliter le travail de groupe et permettre la production de solutions qui ne sont pas des « consensus » mais des modes opératoires ou des processus qui tiennent compte à la fois des missions à accomplir, du fonctionnement des opérateurs, et des contextes variés dans lesquels ils interviennent, tout en développant leurs capacités collectives et individuelles.

BIBLIOGRAPHIE

Agence Nationale d'Accréditation de l'Évaluation de la Santé [ANAES]. (1997). La chirurgie ambulatoire. Service évaluation technologique.

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux [ANAP] (2012).- Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, socle de connaissance.

Alter, N. (2009). *Donner et prendre : la coopération en entreprise*. Paris : Editions La Découverte.

Alter, N. (2010). Coopération, sentiments et engagement dans les organisations. *Revue du MAUSS*, 2(36), pp 347-369.

Amalberti, R. (1996). *La conduite des systèmes à risques*. Paris: PUF, Collection Le travail humain.

Anceaux F., Hamek S., & Watbled L. (2004). *Coopération asynchrone entre partenaires : le cas de l'hospitalisation à domicile*. Communication présentée au congrès ERGO'IA, Estia, Biarritz, France.

Argyris, C., & Schön, D. A. (2002). Apprentissage organisationnel. Théorie, méthode, pratique (M. Aussanaire et P. Garcia-Melgares, trad.). Paris: DeBoeck Université. (Ouvrage original publié en 1996 sous le titre *Organizational learning. II. Theory, method and practice*. New York, NY: Addison-Wesley).

Arnoud, J. (2013). *Conception organisationnelle : pour des interventions capacitantes*. Thèse de doctorat en ergonomie, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.

Arnoud, J., & Falzon, P. (2013). Changement organisationnel et reconception de l'organisation : des ressources aux capacités. *Activités*, 10(2), 109-130.

Arnoud, J., & Falzon, P. (2014). Favoriser l'émergence d'un collectif transverse par la co-analyse constructive des pratiques. *Le Travail Humain*, 77(2), pp 127-153.

Arrow K. (1963). *Social Choice and Individual Values*, Hoboken (NJ), John Wiley & Sons, ré-édition de 1963 incluant *Notes on the Theory of Social Choice*, New Haven, Yale University Press.

Assens C. (2001). *Dossier d'Habilitation à diriger des recherches*, Université Paris Dauphine.

Avila-Assunção, A. (1998). *De la déficience à la gestion collective du travail : les troubles musculo-squelettiques dans la restauration collective*. Thèse de doctorat d'Ergonomie, EPHE, Paris.

Baker, D.P., & Salas, E. (1992). Principles for measuring teamwork skills. *Human Factors*, 34 (4), pp 469-475.

Ballet, J.L., & Mahieu, F.R. (2007). Responsibility for Each Other's Freedom : agency as the Source of Collective Capability. *Journal of Human Development*, 8 (2) pp. 185-201.

Bannon, L. (1997). *Activity Theory*.
<http://www.irit.fr/ACTIVITES/GRIC/cotcos/pjs/TheoreticalApproaches/Activity/ActivitypaperBannon.htm>

Barcellini, F. (2008). *Conception de l'artefact, conception du collectif : dynamique d'un processus de conception ouvert et continu dans une communauté de développement de logiciels libres*. Thèse de doctorat en ergonomie, Conservatoire Nationale des Arts et Métiers, Paris.

Barcellini, F., Van Belleghem, L., & Daniellou, F. (2013). Les projets de conception comme opportunité de développement des activités. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie constructive* (pp. 191-206), Paris : PUF.

Barnard C.(1938). *The functions of the executive*, Harvard University Press.

Barthe, B. (2000). Travailler la nuit au sein d'un collectif : quels bénéfices ? In H. Benchekroun & A. Weill-Fassinna (Ed.), *Le Travail Collectif. Perspectives actuelles en ergonomie*. Toulouse : Octarès.

Barthe B., & Queinnec Y. (1999). *Terminologie et perspectives d'analyse du travail collectif en ergonomie. L'année psychologique*, (99), 4, pp 663-686.

Beaujolin, F. (1999). *Vers une organisation apprenante*. Paris : Liaisons.

Béguin, P. (2007). Prendre en compte l'activité de travail pour concevoir. *@ctivités*, 4 (2), pp. 107-114, <http://www.activites.org/v4n2/v4n2.pdf>.

Béguin, P., & Cerf, M. (2004). Formes et enjeux de l'analyse de l'activité pour la conception des systèmes de travail. *Activités*, 1(1), pp 54-71.

Benchekroun, T. H., & Weill-Fassinna, A. (2000). Le travail collectif : perspective actuelles en ergonomie (Octarès.). Toulouse.

Bénion, A. (2010). *Quelles conditions organisationnelles, managériales et de GRH pour l'émergence d'un environnement favorable à la construction de la santé des agents en centres d'appels ?* Communication présentée au XXIème Congrès de l'Association de Gestion des Ressources Humaines [AGRH], Saint-Malo, France.

Berlin, I. (1969). *Four essays on liberty*. Oxford : Oxford University Press.

Bernoux, P. (1990). *La sociologie des organisations*. Éditions du Seuil, 1985, 4e édition corrigée.

Bernoux, P. (1999). *La coopération dans les organisations*. Colloque GREFIGE, 21-23 octobre.

Bernoux, P., Motte, D., & Saglio, J. (1973). *Trois ateliers d'OS*. Paris : Les éditions ouvrières.

Bisseret, A., Falzon, P., & Sebillote, S. (2007). *Techniques pratiques pour l'étude des activités expertes*. Toulouse : Octares.

Bjørkli, C.A., Røed, B.K., Bjelland, H.V., Gould, K.S, & Hoff, T. (2007). La théorie de l'activité comme aide à la conception d'équipement de navigation. *Activités*, 4 (1), pp. 170-178, <http://www.activites.org/v4n1/v4n1.pdf>.

Blanchet, A. & Gotman, A. (1992). *L'Enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan.

Bohman J. (1997). Deliberative Democracy and Effective Social Freedom : Capabilities, Resources, and Opportunities. In J. Bohman & W. Rehg (Ed), *Deliberative Democracy. Essays on reason and Politics*. Cambridge (MA), MIT Press, pp 321-348.

Bontemps, G. (2007). La chirurgie publique peut-elle rebondir ? *Le nouvel hospitalier*, 80, pp 25-30.

Bonvin J.-M. (2005). Sen et la démocratie. *L'Économie Politique*, 27, pp. 24-37.

Bonvin, J.-M. (2012). Individual Working Lives and Collective Action. An Introduction to Capability for Work and Capability for Voice. *Transfer*, pp 9-18.

Bonvin J-M, & Farvaque, N. (2007). L'accès à l'emploi au prisme des capacités, enjeux théoriques et méthodologique. *Formation emploi*, 98, pp 9-22.

Bryson, J., & Merritt, K. (2007). Le travail et le développement des capacités. *Formation Emploi*, 98, pp 41-53.

Brun C. & Mazeau, M. (1994). Les s de coopération dans le travail : les enjeux pour la sécurité. *Performances Humaines et Techniques*, 70, pp 18-21.

Buchard, S. (2005). *Centre de chirurgie ambulatoire – implantation et développement au sein du réseau santé Valais en 2005*. Mémoire de DESS en économie et management de la santé, HEC et faculté de biologie et de médecine de l'université de Lausanne.

Bury, J.A. (1997). *Education pour la santé*. Bruxelles : De Boeck- Université, Col. Savoirs & santé.

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des professions indépendantes. (2003). Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Synthèse et mise en perspective des quatre volets de l'enquête.

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Ministère de la santé de la jeunesse et des sports. (2009). Abécédaire Chirurgie ambulatoire. Paris: Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports. http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Abecedaire_chir_ambu.pdf.

Carballeda G., Béguin P., Garrigou A., & Jackson M. (1997). Interactions et construction de l'action dans les processus de conception industriels, *Performances Humaines et Techniques*, Hors-Série septembre, pp 68-71.

Caroly, S. (2002). Différences de gestion collective des s critiques dans les activités de service selon deux types d'organisation du travail. *Pistes*, 4(1), <http://www.pistes.uqam.ca>.

Caroly, S. (2010). *Activité collective et réélaboration des règles : Des enjeux pour la santé au travail*. Habilitation à Diriger des Recherches, Université Bordeaux 2, France. <http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00464801/fr/>.

Caroly, S., & Barcellini, F. (2013). Le développement de l'activité collective. In P. Falzon (Ed.) *Ergonomie constructive* (pp. 33-46). Paris, France : PUF.

Caroly, S., & Weill-Fassina, A. (2007). En quoi différentes approches de l'activité collective des relations de services interrogent la pluralité des modèles de l'activité en ergonomie ? *Activités* 4(1), pp 85-98.

Carroll, J. M., Rosson, M. B., Convertino, G., & Ganoë, C. H. (2006). Awareness and teamwork in computer-supported collaborations. *Interacting with Computers*, 18, pp 21–46.

Cawsey, A. (1989). *Generating explanatory discourse : a plan-based interactive approach*. PhD Diss., Department of Artificial Intelligence, University of Edinburgh.

Chavel S. (2010). Perfectionnisme et capacités. In S. Laugier (Ed.), *La voix et la vertu. Variétés du perfectionnement moral* (pp 201- 548). Presses universitaires de France, coll. Ethique et philosophie morale.

Cihuelo J. (2008). *La dynamique sociale de la confiance au cœur du projet*. L'Harmattan.

Claveranne, JP., & Pascal, C. (2004). *Repenser le processus à l'hôpital*. Paris : Ed Médica.

Clergeau, C., Detchessahar, M., Devigne, M., Dumond, J. P., Honoré, L., & Journe, B. (2006). *Transformation des organisations et santé des salariés: Proposition d'un programme de recherche*. Communication présentée au XVIIème Congrès de l'Association de Gestion des Ressources Humaines [AGRH], Reims, France.

Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF.

Clot, Y. (2000). La fonction psychologique du collectif. In A. Weill-Fassina & T. Hakim Benchekroun (Ed.), *Le travail collectif : perspectives actuelles en ergonomie* (pp. 272- 286). Toulouse : Octarès Editions.

Clot, Y. (2004). *La fonction psychologique du travail*. 4e édition corrigée. Paris : PUF

Clot, Y. (2004). Travail et sens du travail. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie* (pp. 317-331). Paris : PUF.

Clot, Y. (2005). Le développement du collectif : Entre l'individu et l'organisation du travail. In P. Lorino, & R. Teulier (Ed), *Entre connaissance et organisation: L'activité collective* (pp. 187-199). Paris: La Découverte.

Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF.

- Clot, Y. (2010a). *Le travail à cœur: Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris: La Découverte.
- Clot, Y. (2010b). Pouvoir d’agir : De l’action au mot, du mot au concept. In F. Hubault (Ed.), *Pouvoir d’agir et autorité dans le travail* (pp. 15-29). Toulouse : Octarès.
- Clot, Y. (2013). L’aspiration au travail bien fait. *Le Journal de l’Ecole de Paris du Management*, 1(99), 23-28.
- Courteix-Kherouf, S. (1995). *Evolution technico-organisationnelle et activités collectives : la cellule de travail. Cas de la maintenance opérationnelle de systèmes du trafic aérien*. Thèse de doctorat non publiée, Université de Toulouse II, Toulouse.
- Coutarel F. (2004). *La prévention des troubles musculo-squelettiques en conception : quelles marges de manœuvre pour le déploiement de l’activité ?* Thèse de doctorat en ergonomie, Université Victor Segalen. Bordeaux 2 : Editions du Laboratoire d’Ergonomie des Systèmes Complexes.
- Coutarel, F. (2011). Des « TMS » aux « RPS », quand tout nous invite à parler « Travail ». In F. Hubault (Ed.), *Risques Psychosociaux: Quelle réalité, quels enjeux pour le travail ?* (pp. 99-119). Toulouse : Octarès.
- Coutarel, F., Daniellou, F., & Dugué, B. (2003). Interroger l’organisation du travail au regard des marges de manœuvre en conception et en fonctionnement. La rotation est-elle une solution aux TMS? Conception et organisation du travail dans les abattoirs en France. *PISTES*, 5(2). Récupéré le 1er septembre 2013 du site : <http://www.pistes.uqam.ca/v5n2/pdf/v5n2a2.pdf>
- Coutarel, F., & Petit, J. (2013). Prévention des TMS et développement du pouvoir d’agir. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie constructive* (pp. 175-190). Paris: PUF.
- Corteel D. & Zimmermann B. (2007). Capacités et développement professionnel. *Formation emploi*, 98.
- Creswell, J. W. (2009). *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (Third ed.). Los Angeles : SAGE Publications, Inc.
- Crozier M., & Friedberg E.(1977). *L’acteur et le système*. Éditions du Seuil.
- Cru, D. (1988). Collectif et travail de métier. In C. Dejours (Ed.), *Plaisir et souffrance dans le travail*, (1), (pp. 43-49). Edition de l’AOCIP.
- Cru, D (1995). *Règles de métier. Langue de métier*. Diplôme d’Ergonomie. Paris : Ecole Pratique des Hautes Etudes.
- Curie, J., & Hajjar, V. (1990). Psychopathologie du travail ou dérégulation du système des activités. *Perspectives psychiatriques*, 29, 22/II, pp 85-91.
- Cuvelier, L. (2011). *De la gestion des risques à la gestion des ressources de l’activité. Etude de la résilience en anesthésie pédiatrique*. Thèse de doctorat en ergonomie, Conservatoire

National des Arts et Métiers. Paris, France. Récupéré le 1er septembre 2013 du site : http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/66/59/97/PDF/ThA_seCuvelierLucie.pdf.

Cuvelier, L., & Caroly, S. (2011). Transformation du travail, transformation du métier : Impacts sur la santé des opérateurs et sur l'activité collective. *Pistes*, 13(1).

Daniellou, F. (1992). *Le statut de la pratique et des connaissances dans l'intervention ergonomique de conception*. Thèse d'habilitation à diriger des recherches. Éditions du LESC, Bordeaux.

Daniellou F. (1999). Nouvelles formes d'organisation et santé mentale: Le point de vue d'un ergonomiste. *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 60(6), pp 529-533.

Daniellou, F. (2003). Participation, représentation, décisions dans l'intervention ergonomique. In C. Martin, & D. Baradat (Ed.), *Des pratiques en réflexion* (pp. 225-240). Toulouse : Octarès Éditions.

Daniellou, F. (2004). L'ergonomie dans la conduite de projets de conception de systèmes de travail. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie* (pp. 359-374), Paris: PUF.

Daniellou F. (2007). Quand l'ergonome fait travailler les autres, est-ce de l'ergonomie ? Introduction. *Actes des Journées de Bordeaux sur la Pratique de l'ergonomie*, Département d'Ergonomie - IPB, Bordeaux.

Daniellou, F. (2013). L'ergonome et les débats sur la performance de l'entreprise. In J. Petit, K. Chassaing, & S. Aubert (Ed), *Des pratiques en évolution* (pp. 321-332). Toulouse : Octarès.

Daniellou F., Grall J., Martin C., & Six F. (2003). Prescriptions, injonctions et pressions. In C. Martin & D. Baradat (Ed.), *Des pratiques en réflexion*, (pp 391-400). Toulouse, Éditions : Octarès.

Daniellou, F., Simard, M., & Boissières, I. (2009). *Facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle : un état de l'art*. Toulouse: FonCSI.

Darses, F. (2006). Analyse du processus d'argumentation dans une de reconception collective d'outillages. *Le Travail Humain*, 69(4), pp 317-347.

Darses, F. (2009). Résolution collective des problèmes de conception. *Le travail humain*, (1), 72, pp 43-59.

Darses, F., & Falzon, P. (1996). La conception collective : une approche de l'ergonomie cognitive. In G. De Terssac & E. Friedberg (Ed.), *Coopération et conception* (pp. 123-135). Toulouse : Octarès.

Darses, F., & Reuzeau, F. (2004). Participation des utilisateurs à la conception des systèmes et dispositifs de travail. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie* (pp. 405-420). Paris: PUF.

Davezies, P. (2005). La santé au travail, une construction collective. *Santé et Travail*, (52), pp 24-28.

Davezies, P. (2006). Activité, subjectivité, santé. In L. Théry (Ed.), *Le travail intenable*. Paris: La Découverte.

Dejours, C. (2007). Psychanalyse et psychodynamique du travail : Ambiguïtés de la reconnaissance. In A. Caillé (Ed.), *La quête de la reconnaissance. Nouveau phénomène social total* (pp. 58-69). Paris: La Découverte

De la Garza, C. (1995). *Gestions individuelles et collectives du danger et du risque dans la maintenance d'infrastructures ferroviaires*. Thèse de doctorat, Ecole pratique des hautes études, Sciences de la vie et de la terre, Laboratoire d'ergonomie physiologie et cognitive. Paris.

De la Garza, C. (1998). Le travail collectif en tant qu'activités de régulation. *Performances Humaines et Techniques* (96), pp 20-29.

De la Garza, C. (1999). Fiabilité individuelles et organisation dans l'émergence de processus incidentels au cours d'opérations de maintenance. *Le travail Humain*, (62), 1, pp 93-97.

De la Garza, C., & Weill-Fassina, A. (2000). Régulations horizontales et verticales du risque. In T. H. Benchekroun & A. Weill-Fassina (Ed.), *Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie* (pp. 217-224). Toulouse: Octarès Editions.

De Lathouwer, C. (1999). Ambulatory surgery : an organisational and cultural revolution, a social and political change. *Ambulatory surgery*, (7), pp193-186.

De Keukelaere, C. *et al.*, Formes, contenus et évolution du partage au sein d'une équipe de sport de haut niveau. *Le travail humain*, (3), 76, pp. 227-255.

Descamps, C. (2010). *La chirurgie ambulatoire, laboratoire de changement à l'hôpital. Exemple de la structure ACA au CHBA*. Mémoire de l'EHESP.

Dessors, D., Dejours, C. & Molinier, P. (1994). Pour comprendre la résistance au changement. *Documents pour le médecin du travail*, (58), pp.112-117, Ed. INRS et ministère du Travail.

Detchessahar, M. (2001). Quand discuter, c'est produire... *Revue Française de gestion*, (132), pp 32-43.

Detchessahar, M. (2003). L'avènement de l'entreprise communicationnelle ? *Revue Française de Gestion*, 1(142), pp 65-84.

Detchessahar, M. (2010). Le management au secours de la santé des salariés ? In C. Roux (Ed.), *Prévention de l'usure professionnelle ou construction de la santé ? Actes du séminaire organisé par le réseau ANACT* (pp. 38-44). Paris: ANACT.

Detchessahar, M. (2011). Santé au travail. *Revue Française de Gestion*, 5,(214), pp 89-105.

Dictionnaire de la langue française, Larousse, 2013.

Dirks K.T. (1999). The effect of interpersonal trust on work group performance. *Journal of Applied Psychology*, 84 (3), pp 445-455.

Drèze J. & Sen A.-K. (2002). *India : Développement and Participation*, Oxford : Oxford University Press.

Dubois, J.L. (2006). Approche par les capacités et développement durable : la transmission intergénérationnelle des capacités. In V. reboud (Ed.), *Amartya sen : un économiste du développement ?* (pp 201-213), Paris : AFD

Dubois J.-L., Brouillet A.-S., Bakhshi P.& Duray-Soundron C. (Ed). (2008). *Repenser l'action collective : une approche par les capacités*. Réseau IMPACT, L'Harmattan, Paris.

Dubois , J-L,& Mahieu, F-R. (2009). Sen, Liberté et Pratiques du développement. *Revue Tiers Monde*, 198, Avril/Juin.

Dugué, B., Petit, J., & Daniellou, F. (2010). L'intervention ergonomique comme acte pédagogique. *PISTES*, 12 (3). Récupéré le 11 mai 2014 du site : <http://pistes.revues.org/2767>;

Dul, J., & Neumann, P. (2005). *Ergonomics contribution to company strategy*. Proceedings of the 10th International Conference on Human Aspects of Advanced Manufacturing: Agility and Hybrid Automation [HAAMAH], San Diego, USA.

Dumazeau, C. (2005). *Favoriser l'établissement d'un contexte mutuellement partagé dans les communications distantes*. Thèse de doctorat d'Ergonomie, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.

Duraffourg, J., & Hubault, F. (1993). *Les ergonomes de langue française ne pratiquent-ils pas une « théorie implicite » du collectif ?* Communication présentée au 27e congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française, Genève, Suisse.

Durand, M. J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M. C., & Ngomo, S. (2008). *La marge de manœuvre de travailleurs pendant et après un programme de retour progressif au travail*. Montréal: IRSST.

Endsley, M. R. (1995). Toward a theory of awareness in dynamic systems. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, (37), pp 32–64.

Engeström, Y. (1987). *Learning by expanding: an activity-theoretical approach to developmental research*. Helsinki: Orienta-Konsultit

Engeström, Y. (1999). Activity theory and individual and social transformation. In Y. Engeström, R. Miettinen, & R.-L. Punamäki (Ed.), *Perspectives on Activity Theory* (pp. 19-38). Cambridge: Cambridge University Press.

Engeström, Y. (2000). Activity theory as a framework for analyzing and redesigning work. *Ergonomics*, 43, (7), pp 960-974.

- Engeström, Y. (2001). Expansive Learning at Work : toward an activity theoretical reconceptualization. *Journal of Education and Work*, 14, (1), pp 133-156.
- Engeström, Y. (2004). New forms of learning in co-configuration work. *Journal of Workplace Learning*, 16, pp 11-21.
- Engeström, Y. (2005). *Developmental work research : expanding activity theory into practice*. Berlin : Lehmanns Media.
- Ericsson, K. A., & Simon, H. A. (1984). *Protocol analysis. Verbal reports as data*. Cambridge, MA: the MIT Press..
- Espagno, C., & Mahcer, J. (2011). *La chirurgie ambulatoire en France : états des lieux, enjeux, perspectives et accompagnement du changement*. Communication présentée au congrès de chirurgie ambulatoire. Paris, France.
- Evans, P, 2002. Collective Capabilités, Culture and Amartya Sen's Development as Freedom. *Studies in Comparative International Development*, 37 (2), pp 54-60.
- Falzon, P. (1994a). Les activités méta-fonctionnelles et leur assistance. *Le Travail Humain*, 57 (1), pp 1-23.
- Falzon, P. (1994b). Dialogues fonctionnels et activité collective. *Le Travail Humain*, 57 (4), pp 299-312.
- Falzon, P. (1995). *Langages et dialogues de travail*. Actes de la journée d'étude du GERRA, L'analyse des verbalisations d'opérateurs en de travail, Lyon, pp 1-10.
- Falzon, P. (1998). La construction des connaissances en ergonomie : éléments d'épistémologie. In M.F. Dessaigne & I. Gaillard (Ed.), *Des évolutions en ergonomie*. Toulouse, Octares.
- Falzon, P. (2002). Les activités cognitives au travail. *Cours polycopié, Paris : CNAM Laboratoire d'Ergonomie*.
- Falzon, P. (2005a, May). *Developing ergonomics, developing people*. Proceeding of the 8th South East Asian Ergonomics Society Conference [SEAES-IPS], Denpasar, Bali, Indonesia.
- Falzon, P. (2005b, septembre). *Ergonomie, conception et développement*. Conférence introductive présentée au 40e congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française [SELF]. Saint-Denis, La Réunion.
- Falzon, P. (2005c, December). *Ergonomics, knowledge development and the design of enabling environments*. Proceedings of the International Congress on Humanizing Work and Work Environment [HWWE], Guwahati, India.
- Falzon, P. (2006, October-November). *Enabling environments and reflective practices*. Proceedings of the 14th Congresso da Associação Brasileira de Ergonomia [ABERGO], Curitiba, Brazil.

Falzon, P. (2006). Enabling Safety: issues in design and continuous design. In *9th ISSA International Symposium, Design process and human factors integration: optimizing company performance*, March 1-3, Nice, France.

Falzon, P. (2010). A propos des environnements capacitants : Pour une ergonomie constructive. In C. Roux (Ed.), *Prévention de l'usure professionnelle ou construction de la santé ? Actes du séminaire organisé par le réseau ANACT* (pp. 60-67). Paris: ANACT.

Falzon, P. (2013). Pour une ergonomie constructive. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie constructive* (pp. 1-15). Paris: PUF.

Falzon, P. & Mas, L. (2007). Les objectifs de l'ergonomie et les objectifs des ergonomes. In M. Zouinar, G. Valléry, & M. C. Le Port (Eds.), *Ergonomie des produits et des services, Actes du 42e Congrès de la SELF*. Toulouse: Octarès.

Falzon, P., Mollo, V. (2009). Pour une ergonomie constructive : Les conditions d'un travail capacitant. *Laboreal*, 5(1), pp 61-69.

Faraj, S., Xiao, Y. (2006). Coordination in Fast-Response Organizations. *Management Science*, 52(8), pp 1155-1169.

Fernagu-Oudet, S. (2011). Des organisations pour apprendre: Tentative de contribution à l'idée de « ville apprenante », *Spécificités*, 3, pp 19-38.

Fernagu-Oudet, S. (2012a). Concevoir des environnements de travail capacitants : L'exemple d'un réseau réciproque d'échanges des savoirs. *Formation-Emploi*, 119, pp 7-27.

Fernagu-Oudet, S. (2012b). Favoriser un environnement capacitant dans les organisations. In E. Bourgeois, & M. Durand (Ed.), *Former pour le travail* (pp. 201-213). Paris: PUF.

Ferreras, I. (2008). De la dimension collective de la liberté individuelle, L'exemple des salariés à l'heure de l'économie des services. In J. De Munck & B. Zimmermann (Ed.), *La liberté au prisme des capacités. Amartya Sen au-delà du libéralisme* (pp. 281-296). Raisons pratiques (Paris, EHESS).

Février Quesada, T., & Darses, F. (2008). *Asynchronous vs synchronous cooperation in innovative design organization*. Actes de COOP'08, 8th International Conference on the Design of Cooperative Systems, Carry-le-Rouet, Provence, France, May 20-23, pp. 217-230.

Flageul-Caroly, S. (2001). *Régulations individuelles et collectives des critiques dans un secteur de service : le guichet de la Poste*. Thèse de doctorat d'Ergonomie, EPHE, Paris.

Foster, J. & Handy, C. (2009). External Capabilities' in K. Basu and R. Kanbur (Ed.), *Arguments for a Better World: Essays in Honor of Amartya Sen*. Oxford University Press, Oxford.

Friedberg E.(1997). *Le pouvoir et la règle, dynamique de l'action collective*, Paris, Seuil, 1993, édition 1997.

Gadrey J., & Zarifian P. (2001). *L'émergence d'un modèle du service*. Editions Liaisons.

- Giboin, A. (2004). La construction de référentiels communs dans le travail coopératif. In J. M. Hoc & F. Darses (Ed.), *Psychologie ergonomique : tendances actuelles* (pp. 119- 139). Paris: PUF.
- Gilbert, G. N. (1987). Advice, discourse and explanations, *Proceedings of the Third Alvey Explanation Workshop*.
- Glossaire « Les mots de Sen... et au-delà », *Revue Tiers Monde*, 2 (198), pp 373-381.
- Grosjean, M. (2005). L'awareness à l'épreuve des activités dans les centres de coordination. *Activités*, 2 (1), pp 76-98. <http://www.activites.org/v2n1/grosjean.pdf>.
- Grosjean, M., & Lacoste M. (1999). *Communication et intelligence collective*. Paris : PUF. Collection le Travail Humain.
- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F, Durafourg, J., & Kerguelen, A. (2007). *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie*. Lyon: ANACT.
- Guibert, S. (2009). *Evaluation ergonomique de la performance d'un changement organisationnel*. Thèse de doctorat en ergonomie non publiée, Conservatoire National des arts et Métiers. Paris, France.
- Guignon, S., Morrisette, J. (2006). Quand les acteurs mettent en mots leur expérience. *Recherches qualitatives*, 26 (2), pp. 19-38.
- Hanser D. (2003). *Proposition d'un modèle d'auto coordination en de conception, application au domaine du bâtiment*. Thèse de doctorat en Sciences de l'architecture, INPL Nancy.
- Heath, C., Svensson, M.S., Hindmarsh, J., Luff, P., & Vom Lehn, D. (2002). Configuring awareness. *CSCW*, 11 (1-2), pp 317-347.
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital, Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson.
- Hesbeen, W. (2002). *La qualité du soin infirmier : Penser et agir dans une perspective soignante*. Paris : Ed. Masson.
- Herdt (de) T., & Bastiaensen J. (2009). L'agencéité relationnelle. *Revue Tiers Monde*, 2 (198), pp 317-333.
- Hoc, J-M. (1993). Some dimensions of a cognitive typology of process control s. *Ergonomics*, 36, pp 1145-1155.
- Hoc, J.-M. (1996). *Supervision et contrôle de processus. La cognition en dynamique*. Grenoble: PUG.
- Hoc, J-M. (2001). Towards a cognitive approach to human-machine cooperation in dynamics. *J. Human-Computer Studies* 54, pp 509-540

Hoc, J. M. (2004). Vers une coopération homme-machine en dynamique. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie* (pp. 269-284). Paris: PUF.

Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance* (P. Rusch, Trad.). Paris: CERF.

Ibrahim, S. (2006). From Individual to Collective Capabilities: the Capability Approach as a Conceptual Framework for Self-help. *Journal of Human Development*, 7 (3) pp. 398-416.

Ibrahim, S. (2008). Collective Agency : wider freedoms and new capabilities through self-help. In J.-L. Dubois, A.S. Brouillet, C. Duray-Soundron (Ed.), *Repenser l'action collective : une approche par les capacités* (pp 61-81). Paris : L'Harmattan.

Ibrahim, S. (2013). Collective Capabilities: What are they and why are they Important? *E-Bulletin of the Human Development & Capability Association*, 22.

International Association for Ambulatory Surgery. Day surgery. Development and practice. London: IAAS; 2006. International Association for Ambulatory Surgery. Day surgery. Development and practice. London: IAAS; 2006.

Kabeer, N. (2003). Making rights work for the poor : Nijera Kori and the Construction of Collective Capabilities in rural Bangladesh. *IDS Working Paper 2000*. Institute of Development Studies, Brighton.

Karpic, L. (1996). Dispositifs de confiance et engagements crédibles. *Sociologie du travail*, 4, Pp 527-550.

Karsenty, L. (2000). Cooperative work: The role of explanation in creating a shared problem representation. *Le Travail Humain*, 63 (4), pp 289-309.

Karsenty, L. (2010). *Comment faire confiance dans les s à risques*. Communication présentée au 45ème congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française [SELF], Liège, Belgique.

Karsenty, L. (2011). Confiance interpersonnelle et communications de travail, *Le Travail Humain*, 74 (2), 131-155.

Karsenty, L. (2013). Comment appréhender la confiance au travail ? In L. Karsenty (Ed.), *La confiance au travail* (pp. 13-51). Toulouse : Octarès Editions.

Karsenty, L., & Brézillon, P. (1995). Coopération homme-machine et explication. *Le Travail Humain*, 58 (4), pp 289-310.

Karsenty, L. & Falzon, P. (1993). L'analyse des dialogues orientés-tâche : Introduction à des modèles de la communication. In F. Six & X. Vaxevenoglou (Ed.), *Les aspects collectifs du travail*. Toulouse: Octarès.

Khenniche, S. (2010). *Contribution à l'étude de la dynamique coopérative intra-organisationnelle : analyse croisée des coopérations transversales, verticales et horizontales : cas d'expérimentation*. Thèse de doctorat en sciences de gestion, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.

Kleine, D. (2013). What? – Using the Choice Framework to operationalise the Capability Approach to Development. *Technologies of choice ? ICTs, Development, and the Capabilities Approach*. The MIT Press pp108-117.

Kvan T., West R., & Vera A. (1997). Tools for a virtual design community. In Maher M. L., Gero J. S., Sudweeks F. (Ed), *Formal aspects of collaborative CAD* (pp. 109-123). Sydney, Key Centre of Design Computing, University of Sydney.

Lacoste, M. (1993). Interaction située et dimension collective du travail. In F. Six & X. Vaxevanoglou (Ed.), *Les aspects collectifs du travail*, (pp 29-49). Toulouse : Octarès.

Lacoste, M. (2000). Le langage et la structuration des collectifs. Dans Weill-Fassina, A, & Benchekroun, T. (2000). *Le travail collectif : perspectives actuelles en ergonomie* (pp 55-70). Toulouse : Octarès Editions.

Lambert, M & Vero, J. (2007). L'approche par les capacités comme grille de lecture. *Formation Emploi*, 98.

Lamonde F. (2000). *L'intervention ergonomique. Un regard sur la pratique professionnelle*. Éditions Octarès, Toulouse.

Lazega, E. (2006). *Capital social, processus sociaux et capacité d'action collective*. In A. Bevort & M. Lallement (Ed.), *Le capital social. Performance, équité et réciprocité* (pp213-225), Paris, La découverte « recherche/MAUSS ».

Leplat, J. (1991). Activités collectives et nouvelles technologies. *Revue internationale de psychologie sociale*, 4, pp 335-356.

Leplat, J. (1993). Ergonomie et activités collectives. In F. Six & X. Vaxevanoglou (Ed.), *Les aspects collectifs du travail* (pp. 7-27). Toulouse: Octarès.

Leplat, J. (2000). *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie. Aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes*. Toulouse : Octarès Editions.

Leplat, J. (2001). La gestion des communications par le contexte. *Pistes* 3 (1).

Leplat, J. (2004). Eléments pour l'étude des documents prescripteurs. *Activités*, 1 (2), pp 195-216. Disponible sur : <http://www.activites.org/v1n2/Leplat.pdf> (consulté le 02.05.2007)

Leplat, J. (2006). La notion de régulation dans l'analyse de l'activité. *Pistes*, 8 (6).

Leplat, J., & Hoc, J. M. (1984). La verbalisation provoquée pour l'étude du fonctionnement cognitif. *Psychologie Française*, 29, pp 231-234.

Leplat J., & Savoyant A. (1983). Ordonnancement et coordination des actions dans les travaux individuels et collectifs ; *Bulletin de Psychologie*, 37, 364, pp 271-278.

Le référentiel de formation infirmière, une évaluation nécessaire (2008). Soins, cadres de santé, supplément du n°68.

Loiselet, A. & Hoc, J. M. (2001). La gestion des interférences et du référentiel commun dans la coopération: implications pour la conception. *Psychologie Française*, 46, pp 167-179.

Lombard, M., Rose, B., Gzara-Yesilbas, L. et al., Vers un référentiel informationnel support à la gestion de conflits en conception collaborative de produits. *Etude de cas industriel*, 8 (1), pp 81-92.

Lorino P. (2003). *Méthodes et pratiques de la performance. Le pilotage par les processus et les compétences*. Paris: Editions d'Organisation.

Lorino, P. (2005). Piloter ou catalyser le changement organisationnel: Une approche sémiotique et pragmatique. In J. C. Sardas & A. M. Guénette (Eds.), *Sait-on piloter le changement ?* (pp. 221-253). Paris : L'Harmattan.

Lorino, P. (2005). Théories des organisations, sens et action : Le cheminement historique, du rationalisme à la genèse instrumentale des organisations. In P. Lorino & R. Teulier (Ed.), *Entre connaissance et organisation : L'activité collective* (pp 54-71). Paris : La Découverte.

Lorino, P. (2009). Concevoir l'activité collective conjointe: L'enquête dialogique. Etude de cas sur la sécurité dans l'industrie du bâtiment. *Activités* 6(1), pp 87-110.

Lorino, P. (2013). L'activité collective, processus organisant. *Activités*, 10 (1), pp 221-242.

Lorino, P., Nefussi, J. (2007). Tertiarisation des filières et reconstruction du sens à travers des récits collectifs. *Revue Française de Gestion*, 1(170), pp 75-92.

Lorino, P., Tarondeau, J. C. (2006). De la stratégie aux processus stratégiques. *Revue Française de Gestion*, 1(160), pp 307-328.

Maggi, B. (1996). La régulation du processus d'action de travail. In P. Cazamian, F. Hubault & M. Noulon (Ed.), *Traité d'ergonomie* (3ème ed.). Toulouse: Octarès.

Maggi, B., & Lagrange, V. (2002). *Le travail collectif dans l'industrie à risque. Six points de vue de chercheurs étayés et discutés*. Toulouse : Octarès Editions.

Martin C., Baradat D. (2003). *Des pratiques en réflexion*. Éditions Octarès, Toulouse.

Mayo, E. (1933). *The Human of an Industrialised Civilisation*. New York, Macmillan.

Mercier, M. (2002). Les nouveaux enjeux de l'éducation du patient : approche éthique. *Education du Patient et Enjeux de Santé*, 21, pp 5-9.

Merliere, Y. & Kieffer, R. *Le contrôle de gestion à l'hôpital – principes clés et outils*. Edition Masson, Paris.

Millanvoye, M., & Colombel, J. (1996). *Age et activité des opérateurs dans une entreprise de construction aéronautique*. Communication présentée au 31^o congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française [SELF], Bruxelles, Belgique.

- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Les éditions d'Organisation.
- Mollo, V. (2004b). *Usage des ressources, adaptation des savoirs et gestion de l'autonomie dans la décision thérapeutique*. Thèse de doctorat en ergonomie, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.
- Mollo, V. (2007). Les collectifs de travail comme ressource : de l'usage formel à l'usage réel. *Psychologie de l'interaction*, 23-24, pp 199-232.
- Mollo, V. (2008). Patients' participation to decision-making : what does it means ? Poster presented at the *Healthcare systems Ergonomics and Patient Safety (HEPS) International Conference : "Creating and designing the healthcare experience"*. Strasbourg, France, 25-28 June.
- Mollo, V., & Nascimento, A. (2013). Pratiques réflexives et développement des individus, des collectifs et des organisations. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie constructive* (pp. 207-221). Paris : PUF.
- Montmollin, M., de (1995). *Vocabulaire de l'ergonomie*. Toulouse : Octarès Editions.
- Motté, F. (2012). *Le collectif transverse : un nouveau concept pour transformer l'activité*. Communication présentée au 47e congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française [SELF]. Lyon, France.
- Motté, F., & Haradji, Y. (2010). Construire la relation de service en considérant l'activité humaine dans ses dimensions individuelles et collectives. In G. Valléry, M.-C. Le Port, & M. Zouinar (Ed.), *Ergonomie, conception de produits et services médiatisés* (pp. 11-33). Paris: PUF.
- Mundutéguy C. & Darses F. (2000). Facteurs de transgression d'un mode de coopération prescrit pour un mode de coopération adapté au problème à résoudre. In A. Weill-Fassina & T. Hakim Benchekroun (Ed.), *Le travail collectif : perspectives actuelles en ergonomie* (pp. 165-192). Toulouse : Octarès Editions.
- Nardi, B. (1996). *Context and consciousness: activity theory and human computer interaction*. London : MIT Press.
- Nascimento, A. (2006). *Changements organisationnels et santé: Vers une mesure des environnements capacitants* (mémoire de master 2 recherche en ergonomie, Cnam Paris, France). Récupéré le 1er mai 2014 du site : http://ergonomie.Cnam.fr/equipe/nascimento/articles_nascimento/memoire_adelaide.pdf
- Nascimento, A. (2009). *Produire la santé, produire la sécurité. Développer une culture de sécurité en radiothérapie*. Thèse de doctorat en ergonomie, Conservatoire des Arts et Métiers, Paris, France.
- Nascimento, A., Cuvelier, L., Mollo, V., Dicioccio, A., & Falzon, P. (2013). Construire La sécurité : du normatif à l'adaptatif. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie constructive* (pp. 103-116). Paris: PUF.

- Navarro, C. (1991). *Pour une analyse des s d'interaction fonctionnelle en termes de résolution de problèmes*. Thèse de doctorat, Université du Mirail, Toulouse.
- Neboit, M. (1993). Activités collectives dans le travail : formes, fonctions et rôles. Communication présentée au congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française [SELF], Genève, Suisse.
- Neboit, M., Cuny, X., Fadier, E. & Ho, M. T. (1990). Fiabilité humaine : présentation du domaine. In J. Leplat & G. de Terssac (Ed.), *Les facteurs humains de la fiabilité dans les systèmes complexes* (pp. 23-46). Marseille : Octarès.
- Nicoll J. (1909). The surgery of Infancy. *Br Med J*, 2, pp 753-755.
- Nussbaum, M. (1993). Social Justice and Universalism : in Defense of an Aristotelian Account of Human Functioning. *Modern Philology*, 90, pp 49-S50.
- Nussbaum, M. (2000). *Women and Human Development, The capabilities approach*, Cambridge University Press.
- Nyssen, A. S. (2007). Coordination in hospitals : organized or emergent process? *Cognition, Technology & Work*, 9(3), pp 149-154.
- Nyssen, A. S., & Javaux, D. (1996). Analysis of synthronization constraints and associated errors in collective work environments. *Ergonomics*, 39(10), 1249-1264.
- Orianne, J-L. (2010). Formation professionnelle et approche par les capacités. *Communication au colloque Employabilité, un défi pour les plus éloignés de l'emploi*. CSEF, MORESEM.
- Ouchi, W.G. (1980). Markets, bureaucraties and clans. *Administrative sciences quaterly*, 25, pp. 129-141.
- Owen, C. (2008). Analysing joint work between activity systems. *Activités* 5(2), pp 52-69. <http://www.activites.org/v5n2/owen-EN.pdf>.
- Paillé, P. (2012). Le travail sur les données d'explicitation : analyse ou examen descriptif ? *Expliciter*, 94, pp 47-59.
- Panet, S. & Duray-Soundron, C. (2008). Introduction générale. In J-L. Dubois, A-S. Brouillet, P. Bakhshi & C. Duray-Soundron (Ed.), *Repenser l'action collective : une approche par les capacités*. Paris : L'Harmattan.
- Pascal, C. (2000), *Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3.
- Paumès, D. (2010). La dimension collective du travail au fil des 17 années de recherche du CREAPT. In Gaudart, C., Molinié, A.F. & Pueyo, V. (Ed), *La vie professionnelle - âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail*. Toulouse : Octarès Editions

Pavageau, P., Nascimento, A. & Falzon, P. (2007). Les risques d'exclusion dans un contexte de transformation organisationnelle. *PISTES*, 9(2). Récupéré le 1er septembre 2013 du site : <http://www.pistes.uqam.ca/v9n2/pdf/v9n2a6.pdf>

Pelayo, S. (2007). D'une coopération verticale à une planification coopérative des actions : le cas de la gestion des prescriptions thérapeutiques hospitalières. Thèse de doctorat en psychologie, Université de Lille 2, Lille.

Petit, J. (2005). *Organiser la continuité du service: Intervention sur l'organisation d'une mutuelle de santé* (thèse de doctorat en ergonomie, Université Bordeaux 2, France. Récupéré le 1er septembre 2013 du site : http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/65/91/05/PDF/TheI_se_Johann_Petit.pdf

Petit, J., Dugué, B. & Daniellou, F. (2011). L'intervention ergonomique sur les risques psychosociaux dans les organisations: Enjeux théoriques et méthodologiques, *Le Travail Humain*, 4(74), pp 391-409.

Petit, J., Querelle, L. & Daniellou, F. (2007). Quelles données pour la recherche sur la pratique de l'ergonomie ? *Le Travail Humain*, 70(4), pp 391-411.

Pinto J. K., Slevin D. P. & English B. (2009). Trust in projects : an empirical assessment of owner/contractor relationships. *International Journal of Project Management*, 27, pp 638-648.

Pouget, M. (1998). *Taylor et le Taylorisme*. Editions : Que sais-je ?

Putnam R. D. (2002). *Democracies in Flux. The Evolution of Social Capital in Contemporary Society*. New York, Oxford University Press.

Pueyo, V., & Gaudart, C. (2000). L'expérience dans les régulations individuelles et collectives des déficiences. In A. Weill-Fassina & T. Hakim Bencheikroun (Ed), *Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie* (pp. 257-271). Toulouse, Octarès : Editions.

Quéinnec Y., Terssac G. (de) & Thon, P. (1981). Field study of the activities of process controllers, *First european annual conference on human decision making and manual control*. Delft, pp 195-202.

Rabardel, P. (2005). Instrument, activité et développement du pouvoir d'agir. In P. Lorino & R. Teulier (Ed.), *Entre connaissance et organisation : L'activité collective* (pp. 251-265). Paris : La Découverte.

Rabardel, P. & Béguin, P. (2005). Instrument mediated activity : from subject development to anthropocentric design. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 6 (5), pp 429-461.

Rabardel, P., Rogalski, J., & Béguin, P. (1996). Les processus de coopération à l'articulation entre modalités organisationnelles et activités individuelles. In G. de Terssac, & E. Friedberg (Ed.), *Coopération et conception* (pp. 289-306). Toulouse : Octarès.

Rasmussen J., Brehmer, B. & Leplat, J. (1991). *Distributed decision making, cognitive models for cooperative work*. New-York : John Wiley & Sons.

- Raspaud, A. & Falzon, P. (2012). *Identifier les barrières à l'innovation : le difficile développement de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital*. In M-F. Dessaigne, V. Pueyo & P. Béguin (Ed), *Innovation et Travail : Sens et valeurs du changement, quarante septième congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française* (pp 122-129). Editions du Gerra.
- Reynaud, J-D. (1963). *Les Syndicats en France*. Paris, A. Colin.
- Reynaud J-D. (1979). Conflits et régulation sociale. Esquisse d'une théorie de la régulation conjointe. *Revue française de Sociologie*, XX.
- Reynaud, J-D. (1988). Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome. *Revue française de sociologie*, XXIX, pp 5-18.
- Reynaud, J. D. (1995). *Le conflit, la négociation et la règle*. Toulouse : Octarès.
- Reynaud J-D. (1999). Pour une sociologie de la régulation sociale. In Reynaud J.D. (Ed.), *Le conflit, la négociation et la règle*. Octarès : Éditions.
- Ricoeur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance*, Paris, Stock.
- Robeyns, I. (2003). The capability approach : An interdisciplinary introduction. *Training Course preceding the 3rd International Conference on the Capability Approach*. Pavia, Italy.
- Robeyns, I. (2005). The Capability Approach: a theoretical survey. *Journal of Human Development*, 6 (1), pp 94-114.
- Rogalski, J. (1994). Formation aux activités collectives. *Le Travail Humain*, 57(4), pp 367-386.
- Rojot J. (2003). Les théories de la négociation. In J. Allouche (Ed.), *Encyclopédie des Ressources Humaines*. Edition Vuibert.
- Romelaer, P. (1998). Les règles dans l'organisation. In J. Thépot (Ed.), *Gestion et Théorie des Jeux* (pp. 56-85). Edition Vuibert, collection FNEGE,
- Rubin, J.Z., & Brown, B.R. (1975). *The social psychology of bargaining*, Academic Press, New York.
- St-Vincent, M., Vézina, N., Bellemare, M., Denys, D., Ledoux, E. & Imbeau, D. (2011). *L'intervention en ergonomie*. Québec : Éditions MultiMondes, IRSST.
- Salais, R, (2009). L'approche par les capacités et le travail, (IDHE-ENS Cachan, Centre Marc Bloch, Berlin), *Contribution au Colloque Travail, Identités, Métier : quelles métamorphoses, (Collège de France, 23-25 juin 2009.)*
- Salais, R. & Villeneuve, R. (2005). Introduction : Europe and the politics of capabilities. In R. Salais & R. Villeneuve (Ed.), *Europe and the politics of capabilities*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.

Salembier, P. & Zouinar, M. (2006). Pas de coopération sans partage ! Le partage d'information comme régulateur de la cognition individuelle et collective. In F. Jeffroy, J. Theureau & Y. Haradji (Ed.), *Relation entre activité individuelle et activité collective - Confrontation de différentes démarches d'études* (pp. 55-75). Toulouse : Octarès.

Savall H. & Zardet V. (1995). *Ingénierie stratégique du roseau*. Economica.

Savoyant A. (1977). Coordination et communication dans une équipe de travail. *Le Travail Humain*, 40 (1), pp 41-54.

Schmidt, K. (1991). Cooperative work : a conceptual framework. In J. Rasmussen, B. Brehmer et J. Leplat (Ed.) *Distributed Decision-Making : Cognitive Models for Cooperative work*. (pp. 75-110). Chichester, UK : Wiley.

Schmidt, K. (2002). The problem with awareness : introductory remarks on awareness in CSCW. *Journal of Computer Supported Cooperative Work*, 11 (3-4).

Schön, D. (1983). *The reflective practitioner. How professionals think in action*. Basic Book, Harper Collins Publisher, USA.

Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : les éditions logiques.

Schumpeter, J. (1942). *Capitalism, Socialism and Democracy*. Allan and Unwin, London.

Schwartz, Y. (2000). *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*. Toulouse : Octarès : Editions.

Sen A. K., (1977). « Rational Fools : A Critique of the Behavioural Foundations of Economic Theory », *Philosophy and Public Affairs*, 6, pp. 317-344.

Sen, A. K. (1999). *Development as Freedom*, Oxford, Oxford University Press, trad. française 2000, *Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté*, Paris, éditions Odile Jacob.

Sen, A. (2002). Response to commentaries. *Studies in comparative international development*, 37 (2).

Sen, A. (2003a). Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté (M. Bessières, trad.). Paris : Odile Jacob. (Ouvrage original publié en 1999 sous le titre *Development as freedom*. Oxford : Oxford University Press).

Sen A. (2003b) (1990), La liberté individuelle : une responsabilité sociale., *L'économie est une science morale*, Paris, La Découverte, pp. 43-76

Sen, A. (2010). L'idée de justice (P. Chemla, trad.). Paris: Flammarion. (Ouvrage original publié en 2009 sous le titre *The idea of justice*. London : Penguin Books Ltd.).

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation [SFAR]. (2009). Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. http://www.sfar.org/_docs/articles/207-rfe_ambulatoire2009.pdf.

Smart, P. R., Huynh, T. D., Mott, D., Sycara, K., Braines, D., Strub, M., Sieck, W. & Shadbolt, N. R. (2009). Towards an Understanding of Shared Understanding in Military Coalition Contexts. In : *3rd Annual Conference of the International Technology Alliance (ACITA '09)*, 23rd - 24th September 2009, Maryland, USA.

Schmidt, K. (1991). Cooperative work : A conceptual framework : Introduction. In J. Rasmussen, B. Brehmer & J. Leplat (Ed.), *Distributed decision making : Cognitive models for cooperative work* (pp. 75-106). Chichester: John Wiley & Sons.

Smith K. G., Carroll S. J. & Ashford S. J. (1995). Intra- and interorganizational cooperation : toward a research agenda. *Academy of Management Journal*, 38, pp 7-23.

Stewart, F. (2005). Group and Capabilities. *Journal of Human Development*, 6 (2), pp 185-204.

Stiglitz, J. E., Sen, A. & Fitoussi, J. P. (2009). *Rapport de la commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social*. Récupéré le 1er septembre 2013 du site : http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_francais.pdf

Taouil, F.Z. (2010). *De la gestion de documents à la gestion des communautés de connaissance : éléments d'un référentiel collaboratif commun comme facilitateur de la création des connaissances dans un espace collaboratif*. Communication présentée au 2^e colloque spécialisé en sciences de l'information, Université de Moncton-Campus de Shippagan, Nouveau Brunswick, Canada.

Tarondeau, J. C. (2002). *Le management des savoirs*. Paris : PUF.

Taylor F.W. (1911). *Scientific Management*, Harpers and Brothers, New York, 2^eme édition française : *La direction scientifique des entreprises*. Paris, Dunod, 1957.

Teiger, C., Cloutier, E. et David, H. (2005). Les activités de soins à domicile : soigner et prendre soin. In M. Cerf & P. Falzon (Ed.) *Situations de service : travailler dans l'interaction* (pp. 179-204). Paris : PUF.

Terressac G. (de), (1992). *Autonomie dans le travail*. Paris : PUF.

Terressac, G. (de), (2002). *Le travail : une aventure collective*. Toulouse : Octarès

Terressac, G. (de) (2003). La théorie de la régulation sociale : repères pour un débat. In de G. de Terressac (Ed.), *La Théorie de la Régulation Sociale de Jean-Daniel Reynaud : débats et prolongements* (p 11-33). Paris : La découverte.

Terressac, G. (de) (2003). Travail d'organisation et travail de régulation. In G. de Terressac (Ed.), *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements* (pp. 121-134). Paris: La découverte.

- Terressac G. (de), (2011). Théorie du travail d'organisation. In B. Maggi (Ed.), *Interpréter l'agir : un défi théorique* (pp. 97-121). Paris : PUF.
- Terressac G. (de), Chabaud, C. (1990). Référentiel opératif commun et fiabilité. In J. Leplat, & G. De Terressac (Ed.), *Les facteurs humains de la fiabilité dans les systèmes complexes* (pp. 110-139). Toulouse : Octarès.
- Terressac G. (de), & Lompré N. (1994). Coordination et coopération dans les organisations. In B. Pavard (Ed.), *Systèmes coopératifs : de la modélisation à la conception* (pp. 175-201). Toulouse : Octarès.
- Terressac, G. (de) & Lompré, N. (1995). *Pratiques organisationnelles dans les ensembles productifs : essai d'interprétation*. Communication présentée au 30^e Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française, Biarritz, France.
- Terressac, G. (de) & Lompré, N. (1996). Pratiques organisationnelles dans les ensembles productifs : Essai d'interprétation. In J. C. Spérandio (Ed.), *L'ergonomie face aux changements technologiques et organisationnels du travail humain* (pp. 51-66). Toulouse : Octarès.
- Terressac, G. (de) & Reynaud, J-D (1992). L'organisation du travail et les régulations sociales. In G. De Terressac & P. Dubois (Ed.). *Des nouvelles rationalisations de la production*. Toulouse : CEPAPUES.
- Tertre C. (du) (2007, septembre). *Modèle industriel et modèle serviciel de performance*, Proceedings of the XVIIth International Conference of European Association for Research on Services [RESER], Tampere, Finlande.
- Torrès-Blay, O. (2000). *Economie d'entreprise. Organisation et stratégie à l'aube de la nouvelle économie*. Paris: Economica.
- Tran Van, A. (2010). *Pratique collective de l'intervention ergonomique : comment les ergonomes font-ils pour travailler ensemble ? L'exemple de la pratique des ergonomes consultants*. Thèse de doctorat en ergonomie, Université de Bordeaux 2.
- Triboulet, J.P. (2010). La chirurgie ambulatoire : définition, concept, fondamentaux. Communication présentée au colloque ANAP-HAS-AFCA. Lille, France.
- Trognon, A., Dessagne, L., Hoch, R., Dammerey, C. & Meyer, C. (2004). Groupes, collectifs et communications au travail. In E. Brangier, A. Lancry & C. Louche (Ed.), *Les dimensions humaines du travail : Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations* (pp. 415-449). Nancy : Presses Universitaires de Nancy.
- Tronto, J. (2009). Care démocratique et démocraties du care. In P. Molonier, S. Laugier, P. Paperman (Ed.), *Qu'est-ce que le care ? Soucis des autres, sensibilité, responsabilité* (pp. 35-55), Paris : Payot & Rivages.
- Valck (de), C., Bensing, J., Bruynooghe, R., & Batenburg, V. (2001). Cured-oriented versus care-oriented attitudes in médecine. *Patient Education and Counseling*, 45 (2), 119-126.

Valot, C. (1988). *Paradoxes de la confiance dans les systèmes d'aide*. Communication présentée au congrès Ergo'Ia, Biarritz, France.

Valot, C. (1990) *Les méta-connaissances de l'opérateur sur ses propres compétences, ou : quels problèmes saurais-je résoudre ?* Communication présentée au congrès Ergo'Ia, Biarritz, France.

Van Belleghem, L. (2012). Simulation organisationnelle : innovation ergonomique pour innovation sociale. In M-F. Dessaigne, V. Pueyo & P. Béguin (Ed), *Innovation et Travail : Sens et valeurs du changement, quarante septième congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française* (pp 143-152). Editions du Gerra.

Vaxevanoglou, X., Six, F., Merchi, M., & Frimat, P. (1993). A propos du travail collectif sur les chantiers du BTP. In F. Six & X. Vaxevanoglou (Ed.), *Les aspects collectifs du travail, vingt huitième congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française* (pp 119-126) Toulouse : Octarès Editions.

Venturini, P. (2002). Action, activité, agir conjoints en didactique : discussion théorique. *Éducation et didactique*, 1(6), consulté le 02 mai 2014. URL : <http://educationdidactique.revues.org/1348>.

Vernant, D. (2005). Le paradigme actionnel en philosophie du langage. In P. Lorino & R. Teulier (Eds), *Entre connaissance et organisation : L'activité collective* (pp. 25-53). Paris : La Découverte.

Vézina, N. (2001). *La pratique de l'ergonomie face aux TMS : Ouverture à l'interdisciplinarité*. Communication présentée au 36e Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française, Montréal, Québec.

Visser, W. (2002). Conception individuelle et collective. Approche de l'ergonomie cognitive. In M. Borillo & J-P. Goulette (Ed.), *Cognition et création : Explorations cognitives des processus de conception* (pp. 311-327). Bruxelles, Belgique : Mardaga.

Weill-Fassina, A., & Benchekroun, T. (2000). Diversité des approches et objets d'analyse du travail collectif en ergonomie. In T. H. Benchekroun & A. Weill-Fassina (Ed.), *Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie* (pp. 1-15). Toulouse : Octarès Editions.

Weill-Fassina, A., Kouabenan, D. R., & De la Garza, C. (2004). Analyse des accidents du travail, gestion des risques et prévention. In E. Brangier, A. Lancry & C. Louche (Ed.), *Les Dimensions Humaines du Travail : Théorie et pratique de psychologie du travail et des organisations* (pp. 251-283). Nancy Presses Universitaires de Nancy.

Weill-Fassina, A., Rabardel, P. et Dubois, D. (1993). *Représentations pour l'action*. Toulouse : Editions Octarès.

Wilson, J. R. (2012). Fundamentals of systems ergonomics. *Work*, 41, pp 3861-3868.

Wisner, A. (1993). *L'émergence de la dimension collective du travail*. Communication présentée au 27^e congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française [SELF], Genève Suisse.

Wisner, A. (1995). *Réflexions sur l'ergonomie (1962-1995)*. Toulouse : Octarès Editions.

Worms, J.P. (2006). Le capital social associatif en France hier et aujourd'hui. In A. Bevort & M. Lallement (Ed.), *Le capital social. Performance, équité et réciprocité*. (pp. 226-245). Paris : La découverte « recherche/MAUSS ».

Zarifian, P. (2010). La communication dans le travail. *Communication et Organisation*, 38, 135-146. Récupéré le 1er mars 2014 du site <http://communicationorganisation.revues.org/1462>.

Zielinski, A. (2010). L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin. *Études*, 413(6), pp 631-641.

ANNEXES

Annexe n° 1 : Contenu des réunions du groupe de travail prévu initialement « Développement de la chirurgie ambulatoire ».

Réunions	Contenus
<p>1ere réunion : « Créer les conditions propices à l'élaboration d'un référentiel commun »</p>	<p>①- Intervention de la directrice de la stratégie médicale : poser les objectifs institutionnels</p> <p>②- Présentation des animateurs + participants : tour de table</p> <p>③- Poser le cadre du travail</p> <p>- Contractualiser avec les participants, la forme et le contenu des réunions en indiquant les règles de fonctionnement du groupe (les règles de vie du groupe, le nombre de réunion, la période et la durée des rencontres, les objectifs attendus, les livrables attendus...)</p> <p>- Il a été convenu avec le chef de projet que le groupe de travail sera libre des propositions qu'il pourra émettre et ne devra pas être contraint dans sa réflexion par l'organisation existante. Il pourra inventer ou innover en proposant des solutions d'organisation qui pourraient remettre en cause l'organisation existante. Il sera précisé au groupe de travail en début de chaque séance que les solutions proposées devront être soumis au comité de pilotage et la directrice de la stratégie médicale pour validation avant d'être entérinées</p> <p>- Resituer également le travail comme étant le support d'un travail de thèse, indiquer que les échanges lors des réunions seront enregistrés après approbation des participants. Il sera assuré aux participants la plus totale confidentialité.</p> <p>④- Introduction du travail :</p> <p>- Présentation du travail déjà mené, diagnostic établi, éléments du diagnostic qui ont conduit à la mise en œuvre de ce travail collectif (entretiens semi-directifs, observations)</p> <p>- Mettre en débat collectivement les résultats pour comprendre ensemble</p> <p>⑤ - Présentation du développement du travail envisagé</p> <p>- Quels sont les objectifs que nous cherchons à atteindre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Développer une organisation permettant de répondre aux objectifs d'évolution du taux de chirurgie ambulatoire et à des conditions de travail adaptées et satisfaisantes pour les professionnels et les patients</i> - <i>Organiser les conditions (méthodologie, outil) favorables au développement d'un processus organisationnel dynamique et évolutif</i> <p>- Comment nous souhaitons les atteindre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par une approche collective du travail (qui est la représentation du travail réel) - En transformant de façon participative l'organisation ambulatoire en adéquation avec les objectifs individuels et collectifs des acteurs <p>⑥ - Cartographier le processus chirurgie ambulatoire réel :</p> <p>- Proposer à l'ensemble du groupe de traiter un cas concret et de dérouler le chemin ambulatoire : la prise en charge d'un patient atteinte d'un Dupuytren au</p>

	4eme doigt droit envoyé par son médecin généraliste vers le service d'orthopédie
2ere réunion : « Elaborer un référentiel commun »	<ul style="list-style-type: none"> - Repartir du processus cartographié en introduisant des s de références : dans ces s qu'est-ce-que je fais ? - Compléter le processus cartographié en créant de nouveaux liens - Identification des conséquences sur le patient, sur les soignants au regard des critères de Dubois : Efficacité, sécurité, confort, économie
3ere réunion : « Elaborer des règles communes »	<ul style="list-style-type: none"> - Priorisation à faire (hiérarchisation) des étapes du processus à améliorer - Construire des propositions de solutions : Constituer 2 groupes avec des représentants de chaque fonction Rappeler les objectifs : développer chirurgie ambulatoire,
4ere réunion : « Elaborer des règles communes »	<ul style="list-style-type: none"> -Présentation orale des travaux de chaque groupe (porte-parole choisi par le groupe) - Exploitation des travaux des deux groupes - Synthèse des propositions et validation par le groupe - Modification du processus en conséquence
5ere réunion : « Simulation »	<ul style="list-style-type: none"> - Tester le processus modélisé par un scénario - Ajustement du processus - Réfléchir aux conditions d'une organisation qui soit dans une dynamique d'amélioration continue

Annexe 2. L'analyse du processus réel : groupe de travail de chirurgie ambulatoire

Réunion du 19 novembre 2012

1. Constats réalisés par les participants lors de la formalisation du processus global (cartographie) :

- la fiche d'hospitalisation du patient utilisée uniquement sur Purpan
- programmation de la date opératoire différée sur Purpan – réalisée en direct par le chirurgien en présence du patient sur Ranguelil
- pré-admission du patient en aca après consultation anesthésie sur Ranguelil – Purpan pré-admission sur dossier et non pas physique
- « méthodes développées trop artisanales » : outils programmation bloc, procédures internes, contact patient...
- la multiplication des saisies, des supports et des contrôles - ex : la carte vitale, contrôle dossier ambu, supports multiples d'information
- la prémédication réalisée hors délai avec le risque d'altération de l'efficacité thérapeutique : cause citée retard de bloc, pas toujours prévenu du retard, avancée de l'heure du bloc...
- le retard des transports en lien avec la charge de travail des brancardiers : travail en binôme, retard de bloc, patient non prêt...
- « besoin d'imposer des respects des plages horaires chirurgicales, des contraintes dans la programmation des blocs »
- durée d'hospitalisation trop importante : « pas de l'ambulatoire mais de l'hôpital de jour », « pour faire tourner les box il faudrait des chirurgies programmées l'apm, pour pouvoir faire tourner les patients, avoir le temps de nettoyer, avoir des signatures au moins deux fois par jour »
- réunion bloc pas toujours les personnes présentes (chirurgiens, anesthésistes)
- les difficultés pour trouver une place d'hospitalisation le soir en cas de problème
- le problème d'« engorgement » en SSPI bloquant tout le système.
- manque de compétitivité avec le privé, difficulté de s'adapter aux taux ambu prévus « on est efficace mais très artisanaux »
- l'absence du médecin traitant et des prestataires de services
- le patient identifié comme passif tout le long du processus « on fait tout à sa place », « mais il est de l'autre côté de la barrière »
- être plus exigeant dans les critères de sélection des patients en ambulatoire
- la quantité très importante d'informations à donner au patient souvent submergé « même information donné dans un temps plus court », ex : temps de consultation chirurgical
- le contenu de l'information donnée, quand la donner et qui la donne
- le support écrit (carnet chirurgie ambulatoire) souvent non lu par les patients ex : « trop d'informations, pas assez aérée »
- « l'ambulatoire c'est quelque chose qu'on impose au patient »

2. Propositions d'amélioration faites par les participants :

- fiche d'hospitalisation à généraliser/ généralisation du logiciel opéra ?
- modifier l'information, changer la façon dont on informe le patient et cibler le moment opportun pour donner l'information au patient
- développer des outils qui responsabilisent le patient - ex utiliser des outils l'impliquant sous forme de saisie informatique (type quizz pour check list de la veille) et/ou support écrit adapté, avec aide du médecin traitant
- définir des règles du jeu avec le patient sur le rôle qu'il doit tenir
- travailler sur les critères de sélection de l'ambulatoire : partage de la responsabilité avec le patient (au travers des outils peut-il se sélectionner) ex : citer il y a deux personnes de tous les âges
- généraliser la protocolisation des ordonnances (ex : pansements)
- simplifier le transport du patient au bloc : par exemple en fauteuil roulant avec un seul brancardier ⇒ en libérant un poste : impact sur le délai d'attente ?
- simplifier les démarches administratives en tenant compte des différentes populations concernées : enfants/adolescents/adultes /personnes âgées/handicapés c'est-à-dire favoriser l'implication du patient tout en personnalisant en cas de besoin pour les personnes fragilisées ou en difficulté
- généraliser l'utilisation d'un logiciel adapté (type OPERA) afin d'harmoniser les procédures et de permettre une lisibilité de tout le processus.

3. Axes de travail /augmentation de l'activité ambulatoire :

- gagner du temps en améliorant les procédures afin de gérer l'augmentation des patients (simplification des démarches/réduction des délais d'attente ex brancardiers/ information donnée au patient, augmentation des rotations sur box ambu, programmation des blocs en ambulatoire, définir des plages chirurgicales ambulatoire, doubler signatures midi apm...)
-
- rendre le patient acteur en l'impliquant davantage (outils appropriés et postures des professionnels) ex : Carte embarquement du patient en ambulatoire
-
- adapter le contenu et le support de l'information à donner au patient et contrôle compréhension de l'information
-
- impliquer le médecin traitant (travail en réseau)
-
- améliorer la gestion des urgences (impact sur l'organisation)

4. Points à clarifier

- les critères permettant l'éligibilité du patient pour la chirurgie ambulatoire
- plage horaire chirurgicale