

Appropriation et usage des outils de gestion : le cas de la qualité hospitalière

Régis MARTINEAU
IAE de Tours - Cermat
Quartier des Deux Lions50
Avenue Jean Portalis B.P.0607
37026 TOURS cedex 03
Email : martineau@iae.univ-tours.fr

Candidat au prix Roland Calori du Jeune Chercheur (thèse soutenue le 2 décembre 2009)

Résumé :

Cet article vise à mieux comprendre le processus de mise en usage des outils de gestion par la qualité par les professionnels de santé à l'hôpital. Pour aborder ce phénomène complexe, l'outil de gestion est conceptualisé comme la réunion de trois éléments en interaction : un artefact, un schème d'utilisation et une fonction attribuée. Cette représentation permet de comprendre comment les usages sont influencés par l'outil, sans être pour autant déterminés. Une étude de cas a été menée au sein d'un Centre Hospitalier Régional Universitaire français. Les données ont été recueillies grâce à des phases d'observation et la réalisation d'entretiens semi-directifs, enregistrés et retranscrits.

Les professionnels de santé adhèrent de manière générale, aux principes portés par les outils qualité. Pourtant de réelles difficultés de mise en usage ont pu être constatées. En fait, l'étude effectuée amène à distinguer, dans le management par la qualité, les outils qui relèvent de la formalisation de pratiques (rédaction et application de protocoles et de procédures, respect de la confidentialité, par exemple), et les outils qui relèvent d'une approche transversale de l'organisation (approche processus, outils de gestion des risques, par exemple), ces derniers posant plus de problèmes de mise en œuvre.

Ces usages constatés sont ensuite analysés au regard des caractéristiques perçues de ces artefacts par les professionnels de santé ; et au regard des fonctions attribuées par ces praticiens à ces outils. Loin de constituer de simples outils utilisés de manière rationnelle, les outils renvoient au contraire à de multiples logiques sociales et identitaires au sein de l'hôpital.

Mots-clés :

Appropriation, outils de gestion, qualité, hôpital, usage.

INTRODUCTION

Depuis plus de vingt ans maintenant, l'environnement des hôpitaux français est en mutation : les nombreuses réformes mises en œuvre font de l'organisation hospitalière un terrain d'investigation privilégié pour l'observation des nouvelles formes d'organisation inspirées du New Public Management (Halgand, 2003). Des bouleversements économiques, technologiques, socioculturels et géopolitiques ont fait de l'hôpital un hôpital « stratège » (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996 ; Valette, 1996), soumis à un environnement désormais concurrentiel. Dans ce contexte, améliorer la qualité des soins tout en maîtrisant les coûts constitue le défi gestionnaire qui se pose aux managers hospitaliers, des directeurs d'hôpitaux aux cadres de santé.

Le management par la qualité apparaît alors comme un des moyens de relever ce défi. C'est la Haute Autorité de Santé (H.A.S., anciennement Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé, A.N.A.E.S.), qui est chargée de veiller à la mise en œuvre des procédures de certification et d'accréditation des établissements de santé, s'inspirant directement des principes du Total Quality Management (T.Q.M.). Ces démarches s'appuient sur un ensemble d'outils, censés être mis en œuvre par les professionnels de santé. Ainsi, si les outils de gestion par la qualité visent à améliorer la qualité des soins fournis par les établissements de santé, on peut se demander si, après plus de dix ans de démarches, les outils de gestion par la qualité sont réellement mis en œuvre et de quelle manière. En effet, au delà de la visite des experts visiteurs chargés par l'H.A.S. de vérifier *in situ* les pratiques, il convient de s'intéresser à la manière dont les outils de la gestion par la qualité vivent, se développent et meurent au contact de l'action quotidienne des acteurs.

Pour aborder cette question, ce travail s'inscrit dans le courant de la « stratégie-comme-pratique » (Rouleau *et al.*, 2007), qui encourage les recherches portant sur les pratiques quotidiennes des acteurs permettant d'observer la stratégie « en train » de se déployer à tous les étages de l'organisation. Elle s'inscrit aussi à la suite de certains travaux (Lozeau, 2004; Boiral, 2002, 2004), qui ont mis en évidence que, derrière les certifications, qui « normalisent » les comportements et rendent accessible l'information au grand public, un rapport complexe au management par la qualité se noue, au quotidien, dans les organisations. Afin d'appréhender ce phénomène, cet article s'appuiera sur une conceptualisation originale du concept d'outil de gestion en usage.

La première partie de cette communication vise donc à présenter le cadre conceptuel mobilisé pour appréhender les outils de gestion et leur appropriation. Ensuite, une recherche menée au sein d'un CHRU présente la méthodologie et les principaux résultats mis en évidence.

1. PROPOSITION D'UN MODELE CONCEPTUEL DE L'OUTIL DE GESTION « EN USAGE »

Le cadre conceptuel retenu ici pour aborder l'usage des outils de gestion s'inscrit dans de multiples traditions théoriques relevant aussi bien de la sociologie, la sémiotique, la psychologie et l'ergonomie. Le recours à ces théories se justifie, dans un premier temps, par les interrogations en Sciences de Gestion sur l'usage des outils de gestion.

1.1. UNE QUESTION RECURRENTE : COMMENT UTILISE T'ON UN OUTIL ?

Les recherches qui suivent ont pour point commun de s'être interrogés sur le « comment » de l'usage d'un objet (que ce soit sous la forme d'une innovation, d'une technologie, d'une machine, d'une TIC, d'un outil de gestion, etc.), et à ce titre portent sur la question de l'appropriation.

1.1.1. L'appropriation des outils de gestion : entre déterminisme et subjectivité

Ces travaux sont apparus bien souvent en réaction à des modèles jugés trop normatifs portant sur l'adoption des innovations. En effet, chez Rogers (1995), l'adoption est principalement expliquée par les qualités intrinsèques de l'innovation, qui doit s'imposer d'elle-même aux systèmes sociaux auxquels elle se présente. Cet argument « rationaliste » permet d'expliquer en effet beaucoup de réussites d'innovations, mais a tendance à éluder les comportements des acteurs. D'un autre côté, des sociologues ont mis en avant le rôle important joué par les jeux d'acteurs, l'innovation devant sa réussite à sa capacité à intéresser les acteurs (Akrich *et al.*, 1988).

Les recherches sur l'appropriation mettent donc l'accent sur la nécessité de trouver un cadre théorique qui éviterait à la fois un excès de déterminisme (la structure détermine le comportement des individus) et trop d'indéterminisme (les individus sont des acteurs libres

largement imprévisibles). Entre ces deux extrêmes, des auteurs tentent de trouver des modèles théoriques permettant de décrire les interactions qui se créent.

Avec les sociologues de l'usage, on s'intéressera aux logiques qui contribuent à la formation des usages (Berry, 1983 ; Perriault, 1989 ; Vitalis, 1994 ; Flichy, 2003), sur le long terme, et au sein de populations d'individus. Ce type de recherche est privilégié pour explorer, par exemple, les usages d'internet, du minitel, ou encore de la télévision, et comment ces objets se voient modifiés au cours de leur processus d'appropriation. En écho à ces travaux, la théorie de la structuration de Giddens (1987) vise justement à décrire les interactions entre structure et comportement, dans un processus récursif : la structure oriente le comportement des individus, sans le contraindre, et, en retour, les individus par leurs agissements modifient la structure elle-même. Dans les Sciences de Gestion, ce modèle a été repris avec le courant de la structuration de la technologie (De Sanctis et Poole, 1994 ; Orlikowski, 2000 ; Orlikowski et Barley, 2001). Ces recherches ont permis de mieux comprendre notamment la mise en œuvre de systèmes d'informations au sein des organisations. En étroite lien avec la posture précédente, celle-ci consiste à expliquer l'interaction qui se noue entre un individu ou un groupe d'individu et un objet. Ces positionnements ont influencé les travaux les plus récents sur l'appropriation des outils de gestion, permettant de se situer au plus près des individus et de l'organisation lors de la mise en œuvre, sur le long terme, d'outils de gestion (De Vaujany, 2005 ; Grimand, 2006).

Ainsi, les recherches se situent à l'intermédiaire entre un déterminisme technique et une grande liberté des acteurs. Les outils de gestion vont contraindre l'action sans la déterminer, la guider sans la prévoir, l'encadrer sans la borner. Cette vision est caractéristique des travaux de Michel de Certeau (1990) et de ses « arts de faire » : les utilisateurs sont pris dans un cadre qui les contraint, mais ils se glissent dans les interstices laissés vacants par le modèle dominant. Ce positionnement renvoie aussi à celui de Goffman (1968), qui montre comment les individus se positionnent au sein d'une institution totalisante : « *notre statut est étayé par les solides constructions du monde, alors que le sentiment de notre identité prend souvent racine dans ses failles* » (Goffman, 1968 :374). On peut dire en paraphrasant Goffman que les outils de gestion sont étayés par de solides constructions du monde (théories sous jacentes, croyance en une rationalité économique, conception de l'homme en tant qu' « homo oeconomicus »), alors que l'usage des outils prend souvent racine dans ses failles.

1.1.2. Nature des outils de gestion

Cet arrière fond théorique permet d'appréhender maintenant la nature de l'outil de gestion. Les rôles qui leurs sont attribués, ainsi que les définitions relevées dans la littérature, permettent de comprendre que, loin d'être des objets simples, les outils s'inscrivent au contraire pleinement dans les problématiques organisationnelles, et entrent en interaction avec l'action collective (Berry, 1983 ; Hatchuel et Weil, 1992 ; Moisdon, 1997 ; David, 1998 ; Gilbert, 1998 ; Lorino, 2002 ; De Vaujany, 2005 ; Grimand, 2006). L'outil, qui peut être matériel ou immatériel, véhicule du sens : loin d'être neutre, il véhicule un ensemble d'expériences, de réflexions, de représentations et de théories. Ces auteurs proposent donc de s'intéresser aux influences sociales et cognitives des instruments et non pas seulement à leurs fonctionnalités techniques. Un ensemble de traits communs à ces travaux permettent de dégager les enjeux de ces recherches sur les outils de gestion :

- pour la plupart de ces auteurs, l'outil est interprété par les acteurs qui le mobilisent. L'acteur n'est donc pas neutre face à l'outil, il ne l'applique pas passivement. Le contexte dans lequel l'acteur agit a donc une influence sur l'outil. Ainsi, « ouvrir » l'instrument, le déconstruire, doit permettre de découvrir les représentations intégrées par les acteurs dans l'outil.
- l'outil n'est pas neutre lui non plus : il véhicule des théories de l'action pensées et conçues préalablement et incorporées en lui, dans l'artefact. Le recours à l'outil permet notamment de mobiliser ces théories de l'action afin de réduire la complexité de l'organisation à un ensemble de connaissances et de relations formelles, ce qui permet l'action des individus.
- de fait, se dégage une opposition entre un acteur dit « concepteur » et un acteur dit « utilisateur », car le premier est celui qui incorpore dans l'artefact une certaine théorie de l'action ; et le deuxième est celui qui interprète cet artefact.

Afin de rendre une vision suffisamment complexe de l'usage des outils de gestion tout en le modélisant de manière conceptuelle, une approche instrumentale a été retenue.

1.2. UNE APPROCHE INSTRUMENTALE DES OUTILS DE GESTION

L'approche instrumentale s'inspire de travaux en psychologie (Vygotski, 1933 ; Piaget, 1967) et en ergonomie (Rabardel, 1997). C'est Lorino (2002, 2007) qui l'a développée plus récemment en Sciences de Gestion.

1.2.1. Outil de gestion et signification de l'action

Ce dernier auteur a pu constater que de nombreux outils de gestion, une fois introduits au sein des organisations, peuvent connoter, si l'on prend en compte de manière approfondie les intentions et histoires des acteurs, des éléments culturels, voire même affectifs (Lorino, 2007). Ce constat renvoie aussi à celui de De Vaujany (2005), qui souligne la complexité du processus d'appropriation, qui renvoie à différents registres d'utilisation : registre rationnel, socio-politique ou psycho cognitif (De Vaujany, 2005). C'est sans doute pour cela que l'outil peut jouer différents rôles (Moisdon, 1997).

Pour Lorino (2002, 2007), c'est la nature sémiotique de l'outil de gestion qui permet de comprendre la complexité des réalités auxquelles il renvoie. L'outil de gestion est un signe, qui signifie une certaine théorie de l'action aux acteurs : *« l'outil de gestion se veut essentiellement lecture de l'entreprise en termes économiques (au sens large du terme économique : évaluatif d'une valeur créée comme réponse à un système d'objectifs et de contraintes). L'outil de gestion se présente comme traduction du système d'activités polymorphes de l'entreprise dans un langage d'évaluation par rapport à un jeu de finalités, un système de valeurs à satisfaire. »* (Lorino, 2002 :20). C'est ainsi que l'outil de gestion peut contraindre l'action : en tant que signe, un de ses rôles est de signifier de manière intentionnelle le message du concepteur.

Cependant, pour un utilisateur en situation, il n'est pas certain que le « message » du concepteur soit bien accueilli, compris, ou accepté. En tant que tel, l'outil est interprété par l'acteur qui lui confère des significations différentes en fonction de sa situation, sa finalité propre, son interaction avec d'autres acteurs, son histoire, ou ses croyances. Cette perspective ouvre donc la voie à la compréhension de comportements de terrain non conformes à ceux prévus par les promoteurs et les concepteurs des outils. Elle permet aussi de comprendre comment ces usages sont contraints sans pour autant être déterminés.

1.2.2. Conceptualisation de l'outil

En tant que signe, l'outil peut maintenant être conceptualisé comme la réunion de trois éléments en interaction, renvoyant à la représentation triadique du signe de Peirce (1978) : un artefact, un schème d'utilisation, et une fonction. Cette représentation de l'outil en usage est inspiré et adapté de Lorino (2007) (Figure 1).

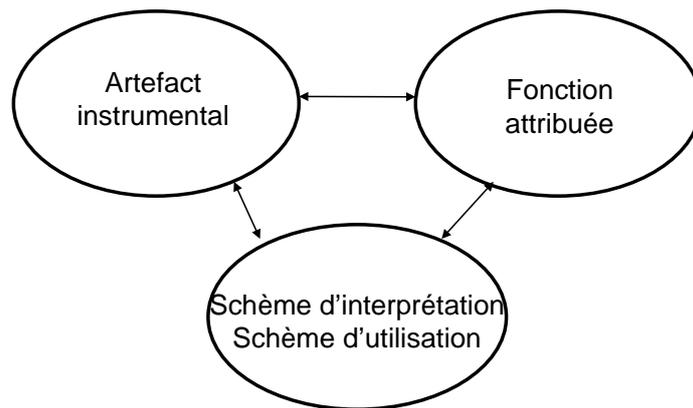


Figure 1 : L'outil en usage

Cette représentation de l'outil en usage va guider l'investigation du terrain présentée en deuxième partie. En effet, quatre questions vont découler du cadre conceptuel présentés ci dessus (Q1, Q2, Q3 et Q4).

- Une première question (Q1) porte simplement sur la réalité de l'outil en usage, à savoir son utilisation effective.
- L'artefact désigne les produits de l'activité humaine intentionnellement constitués comme objets matériels ou symboliques finalisés, aspect matériel et/ou symbolique de l'instrument (Rabardel, 1997). C'est, pour simplifier, l'« objet » qui se présente à un acteur, dans ses caractéristiques techniques (la structure d'un tableau de bord, l'interface d'un logiciel par exemple). Ce premier élément amène à s'interroger sur les caractéristiques perçues de l'artefact par les utilisateurs (Q2).

- Le schème d'interprétation reflète la philosophie dans laquelle le maniement de l'instrument est envisagé par son concepteur. En effet, un outil de gestion se réfère généralement à une théorie de l'action qui propose des schémas d'interprétation de la réalité selon un « code », et ce code de l'outil de gestion est généralement rationnel et économique dans le sens où il lit le monde en termes d'efficacité, d'efficience et de recherche de performance. En Sciences de Gestion, on peut rapprocher cette notion de schème d'interprétation du concept de philosophie gestionnaire développé par Hatchuel et Weil (1992) et David (1998). Cet élément du cadre conceptuel amène à interroger les utilisateurs sur leur compréhension et leur adhésion aux principes et buts de l'outil (Q3).
- La fonction : l'outil, qui est un objet, signifie avant tout sa fonction, car ils est d'origine utilitaire : « *Dans un premier temps, nous avons constaté que l'objet se présente toujours à nous comme utile, fonctionnel (...) : le téléphone sert à téléphoner, l'orange à se nourrir.* » (Barthes, 1985 :258). L'utilisateur commence donc par attribuer une fonction, dans un registre utilitaire et fonctionnel, dans un processus de dénotation. C'est à ce moment que le schème d'interprétation investi par le concepteur dans l'artefact « oriente », ou plus précisément, « dénote » une fonction. Mais l'usage est aussi un phénomène social. Dans un deuxième temps, « *la fonction supporte toujours un sens. Le téléphone indique un certain mode d'activité dans le monde, l'orange signifie la vitamine, le jus vitaminé.* » (Barthes, 1985 :259). C'est à ce moment que l'outil se charge d'une connotation culturelle et idéologique : « *Nous croyons être dans un monde pratique d'usages, de fonctions, de domestication totale de l'objet, et en réalité nous sommes aussi, par les objets, dans un monde du sens, des raisons, des alibis : la fonction donne naissance au signe, mais ce signe est reconverti dans le spectacle d'une fonction.* » (Barthes, 1985 :259). C'est ainsi que, dans les organisations, l'outil de gestion ne participe pas uniquement d'un registre rationnel, économique, « déshumanisé » : sa nature de signe renvoie à des motivations sociologiques, politiques et psychocognitives. C'est dans ce deuxième temps que l'outil « connote » quelque chose pour un utilisateur, selon sa situation, sa culture, ses valeurs, etc... De même, chez Baudrillard (1968 :16), il existe bien le niveau de la dénotation, dite « objective » (l'objet dénote sa fonction), et celui de la connotation, « *par où l'objet est investi, commercialisé, personnalisé, par où il arrive à l'usage et entre dans un système culturel.* ». C'est bien par la connotation que l'outil est investi

d'un ordre social et culturel qui lui donne aussi son sens. Ce troisième élément amène à s'interroger sur les fonctions (dénotées et aussi connotées) attribuées par les utilisateurs aux artefacts qui se présentent à eux pour l'action (Q4).

Ainsi, nous proposons de définir l'outil de gestion comme un signe qui propose un langage sur l'action en vue d'orienter une lecture rationnelle et économique des acteurs. L'appropriation est définie comme le processus par lequel l'utilisateur reconstruit pour lui-même des schèmes d'utilisation d'un outil au cours d'une activité significative pour lui. L'utilisateur est considéré comme actif par rapport aux schèmes d'utilisation qui lui sont proposés. Par son interprétation, il investit l'outil de ses propres logiques qui peuvent être différentes de la rationalité économique prévue par le concepteur.

Cette approche de l'instrument va permettre de rendre intelligible le phénomène complexe d'appropriation des outils de gestion par plusieurs utilisateurs, au travers de quatre questions principales (Tableau 1).

Question clé	Signification
Q1 : Les usages sont-ils effectifs ?	Il faut vérifier empiriquement que les utilisateurs mettent effectivement en acte les outils.
Q2 : Quelles sont les caractéristiques perçues de l'artefact par les utilisateurs ?	Cette question concerne les propriétés instrumentales de l'artefact. Celles ci peuvent être intrinsèques (la manière dont est fait l'outil en lui même) ou extrinsèques (son circuit de fonctionnement).
Q3 : Les utilisateurs adhèrent-ils au principe de l'outil ?	Le schème d'interprétation prévu par le concepteur de l'outil et « incorporé » à l'outil induit des manières de penser et de faire. Il faut qu'il soit compris et accepté par la communauté des utilisateurs.
Q4 : Quelles sont les fonctions attribuées à l'outil par les utilisateurs ?	A l'issue du processus d'attribution de signification, les utilisateurs attribuent (ou non) des fonctions à l'outil. Ces fonctions peuvent différer de celles initialement prévues par le concepteur.

Tableau 1 : Quatre questions clé pour l'étude des outils de gestion en usage

L'approche instrumentale des outils de gestion va ainsi permettre de mettre en lumière la réalité vécue par les professionnels de santé d'un grand hôpital confrontés à la mise en œuvre des outils de gestion par la qualité.

2. LA QUALITE HOSPITALIERE VUE AU TRAVERS DE L'USAGE DE SES OUTILS

Après avoir présenté l'étude de cas réalisée au sein d'un Centre Hospitalier Régional Universitaire, nous présenterons les principaux résultats de la recherche avant de les discuter.

2.1. PRESENTATION DU CAS ET METHODOLOGIE

2.1.1 Les démarches qualité dans les établissements de santé français

Menée par une autorité indépendante, la Haute Autorité de Santé, la démarche d'accréditation et de certification est une procédure obligatoire pour tous les établissements de santé français, qu'ils soient privés ou publics. Etalée sur des cycles de cinq années, elle vise à vérifier la conformité des établissements de santé à certaines normes de qualité, établies et décrites dans un manuel de certification et d'accréditation. Ce manuel évolue : à une première version dite « V1 » a succédé une deuxième, dite « V2 », puis une troisième qui déclenchera une troisième visite de certification, dite « V2010 ». Il s'inspire directement des principes du management par la qualité totale, mais traduits et adaptés aux hôpitaux : la procédure d'accréditation a pour objectif de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients. Ainsi, il décrit les différents points sur lesquels sont évalués les hôpitaux, et les différentes étapes à mettre en œuvre. Notamment, une autoévaluation doit être effectuée par les acteurs de l'hôpital eux-mêmes, avant que des experts visiteurs de l'HAS ne viennent sur place pratiquer un audit, pour vérifier que les exigences du manuel sont respectées. Ces visites donnent lieu à des recommandations et/ou des réserves, et peuvent rendre nécessaire une contre visite sur des points précis.

La procédure de certification constitue un dispositif de gestion au sens de De Vaujany (2005), c'est à dire un ensemble d'éléments de design organisationnel porté par une intention stratégique, et qui vise à intégrer les outils de gestion de façon cohérente et dans le respect de certaines règles de gestion. Un dispositif peut englober plusieurs outils. L'ensemble des principes qualité sont donc déclinés à travers une multitude d'outils de gestion par la qualité : formalisation de procédures, pratique d'audits d'autoévaluation, mise en place d'un système de gestion documentaire et d'un système de gestion des risques, mise en œuvre de pratiques

améliorant la confidentialité, description des activités en terme de processus, respect de normes d'hygiène, évaluation des pratiques professionnelles, visite des experts, etc... Ainsi, les démarches qualité à l'hôpital se présentent sous différentes formes : sous la forme d'une procédure de certification, tout d'abord, qui encourage l'usage de certains outils et la formation de pratiques ; mais aussi sous la forme d'initiatives locales, initiées par les directions qualité ou des cadres de santé et des chefs de services. La recherche menée ici visait à évoquer l'ensemble de ces aspects perçus comme important aux yeux des professionnels de santé interrogés.

2.1.2 Méthodologie

Une étude de cas a été menée au sein d'un Centre Hospitalier Régional Universitaire afin d'appréhender la mise en usage des outils de gestion par la qualité par les professionnels de santé à l'hôpital. L'hôpital étudié est un établissement public de santé multi-site et constitue une très grande organisation, rémunérant plus de 6 000 personnes, effectuant plus de 100 métiers différents, et d'une capacité d'environ 2 000 lits et places. L'extrême complexité et la très grande taille de l'organisation a rendu nécessaire la focalisation de l'étude sur quatre services à l'intérieur de l'hôpital, afin de s'imprégner du contexte des personnes interrogées et observées.

Une première étude exploratoire a été menée, combinant présence sur le terrain, phases d'observations, présence lors de réunions et entretiens semi-directifs ; à laquelle a succédé une seconde phase terrain principalement consacrée à des entretiens semi-directifs. L'ensemble de l'étude terrain, effectuée dans le cadre d'un travail doctoral, a été menée entre mars 2005 et mars 2009, a permis le recueil d'une cinquantaine d'entretiens enregistrés et retranscrits, complétés par le recueil de nombreuses observations et données primaires.

Les données secondaires externes sont constituées principalement des documents fournis par l'HAS, qui ont permis de décrire précisément les outils de gestion tels que « prescrits » par le concepteur, et ensuite de les comparer avec les représentations des acteurs. Les professionnels de santé rencontrés ont été principalement des cadres de santé, des médecins et des paramédicaux. En effet, le choix a été fait de focaliser sur le travail quotidien des acteurs de santé, puisque la qualité vise l'implication de tous les personnels. Ainsi, l'étude de l'usage quotidien des outils a été privilégiée au détriment du sommet stratégique.

En se basant sur le cadre conceptuel retenu, les entretiens semi-directifs effectués visaient à répondre aux quatre questions Q1, Q2, Q3 et Q4 citées plus haut. Les entretiens ont été menés de manière individuelle, en assurant aux répondants une confidentialité totale, en soulignant l'indépendance du chercheur, et en proposant un droit de révision sur les propos tenus, afin d'instaurer un « climat de confiance relatif » (Grawitz, 1996). Une première phase était destinée à entamer le dialogue sur des sujets se rapportant au travail habituel du répondant, afin de le mettre en confiance avant d'aborder des questions sur lesquelles les professionnels rencontrés n'étaient pas forcément spécialistes. Elle avait aussi pour but d'identifier des éléments se rapportant au contexte de travail des répondants et à leurs caractéristiques individuelles. Ensuite, l'entretien était amené sur la notion de gestion par la qualité. Il était alors demandé au répondant s'il avait eu des formations et des expériences dans ce domaine. Si le répondant avait ce genre de passé en lien avec la qualité, l'entretien consistait à identifier le ressenti positif ou négatif de ces expériences, et notamment d'identifier si elles avaient permis de régler des dysfonctionnements évoqués dans la première partie de l'entretien. Ensuite, les démarches qualités étaient abordées. L'entretien était orienté sur la procédure de certification, afin de connaître le rôle joué par le répondant à ce moment, et le travail effectué en lien avec celle-ci. Puis il était demandé au répondant de donner des exemples d'outils ou de pratiques en lien avec la qualité et la manière favorable ou défavorable dont elles avaient été ressenties. L'objectif de ces questions était de faire émerger les aspects importants ou marquants pour le répondant en lien avec la notion de qualité et les démarches de certification ou d'accréditation. Pour chaque outil évoqué, l'objectif était alors d'apporter des éléments de réponse aux quatre questions découlant du cadre conceptuel (Tableau 2).

Question clé	Questions types posées en entretien semi-directifs
Q1 : Les usages sont-ils effectifs ?	Utilisez-vous cet outil au quotidien ? Est-il entré dans vos habitudes de travail ? Croisement avec des données empiriques observées (réunions, documentation produite par l'usage de l'outil).
Q2 : Quelles sont les caractéristiques perçues de l'artefact par les utilisateurs ?	Cet outil est-il pratique ? Est-il bien fait ? Avez-vous des critiques à lui faire ? Auriez-vous des suggestions pour l'améliorer ?
Q3 : Les utilisateurs adhèrent-ils au principe de l'outil ?	Cet outil est-il utile ? Pensez vous qu'il apporte une amélioration ? Trouvez vous que cet outil a sa place au sein de cette institution ?
Q4 : Quelles sont les fonctions attribuées à l'outil	A quoi vous sert concrètement cet outil ? Dans quelles situations vous est-il arrivé de l'utiliser ? Vous sert-il à régler

par les utilisateurs ?	certaines dysfonctionnements ? Est ce que vous avez des exemples ?
------------------------	--

Tableau 2 Questions types posées lors de l'entretien semi-directif

Enfin, une analyse de contenu a été menée sur les entretiens effectués, qui ont été retranscrits puis codés à l'aide du logiciel Nvivo 8.0. Les données ont été découpées selon deux axes. Le premier a concerné les éléments contextuels portant sur le C.H.R.U. en général, puis sur l'individu interrogé en particulier. Le deuxième a concerné la perception des outils par les professionnels de santé : pour chaque outil évoqué, des catégories reprenant les aspects Q1, Q2, Q3 et Q4 ont été codés (usage effectif ; adhésion au principe ; caractéristiques perçues de l'artefact ; fonctions attribuées). Chaque répondant avait par ailleurs été décrit selon quatre attributs (ancienneté ; catégorie professionnelle ; pôle ou service d'appartenance ; expérience et formation en qualité). Cela a permis de voir si des éléments d'explication des propos tenus émergeaient en fonction de ces attributs.

2.2. RESULTATS

Entre l'outil prescrit, tel qu'il se présente aux professionnels de santé, et l'outil en usage, tel qu'il est mis en acte, plusieurs constats ont pu être réalisés. Les principaux résultats de la recherche sont présentés sous forme de réponse à nos quatre questions clé.

2.2.1. Les professionnels de santé mettent-ils effectivement en œuvre les outils de gestion par la qualité portés par les démarches qualité (Q1) ?

Nous avons pu constater de réelles difficultés de mise en usage. S'il est vrai que ce qui est demandé par les procédures de certification semble relativement bien appliqué, des comportements « rituels » (on fait semblant pendant la visite des experts) ou de cassure « post-accréditation » (on abandonne l'outil après la visite des experts) se produisent, comme l'illustre l'anecdote de cette infirmière : « *Donc, cette journée là, on a enlevé le micro-onde et tout ça de la pièce, on a enlevé les sacs de nourriture du personnel, on a tout emmené dans les soins, parce que ils venaient pour l'accréditation... Et, après, dès qu'ils sont passés, on a tout remis dans le réfrigérateur. Donc des fois c'est un peu faussé.* ». Par contre, certains outils, comme les outils orientés « processus », sont très peu utilisés voire même inconnus, et parfois le fruit d'initiatives isolées, comme le déplore ce médecin : « *Réellement à*

proprement parler, je suis désolé, il y a des processus qui ont été décrits, je ne connais pas de processus qui fonctionne. C'est à dire qu'ils ne sont pas utilisés, (...) comme « gestion » de l'activité ».

En fait, l'étude effectuée amène à distinguer, dans le management par la qualité, les outils qui relèvent de la formalisation de pratiques (rédaction et application de protocoles et de procédures, respect de la confidentialité, par exemple), et les outils qui relèvent d'une approche transversale de l'organisation (approche processus, système de gestion des risques, par exemple). La procédure de certification des établissements de santé, généralement, et jusqu'à maintenant, a concerné la formalisation de pratiques souvent déjà existantes. Mais la formalisation suscitée par l'accréditation ne génère pas de changement radical dans l'organisation du processus de prise en charge des patients (Claveranne *et al.*, 2003). Ainsi, à l'avenir, l'enjeu principal des procédures de certification sera, à notre sens, de réussir à faire approprier par les personnels de réels outils transversaux, qui, seuls, sont à même d'enclencher de vrais changements dans les structures organisationnelles, et un réel management par la qualité. En d'autres termes, le changement des pratiques induit par les démarches qualité ne va pas jusqu'à remettre en cause les schèmes d'utilisation « habituels », « familiers » des professionnels de santé. Habitué à réfléchir en terme de services et de procédures locales, ils ont des difficultés à mobiliser des outils qui demandent une vision transversale de l'organisation. Si les démarches qualité ont permis de gagner en sécurité dans les actes quotidiens, on peut douter de leur capacité à régler les dysfonctionnements organisationnels des hôpitaux.

2.2.2. Les professionnels de santé adhèrent-ils aux principes portés par les outils qualité (Q2)?

Il apparaît que les professionnels de santé adhèrent dans leur grande majorité aux principes du management par la qualité : une cadre de santé estime que les démarches qualité sont « *cohérentes et utiles, oui. Je pense que vraiment il y a besoin de ce genre de choses.* ». Cette autre pense que « *quand on parle de qualité ça intéresse tout le monde* ». Loin de les rejeter, ils estiment que ces principes correspondent à un besoin. Ce constat confirme les résultats d'un rapport commandé par la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) portant sur la perception de la qualité chez les professionnels des établissements de

santé et mené par une équipe de chercheurs (Claveranne *et al.*, 2003 : 12), qui constatait que « *Globalement, l'accréditation est perçue par l'ensemble des acteurs comme contribuant à l'amélioration de la qualité en général (85% des personnes rencontrées estiment que l'accréditation contribue à l'amélioration de la qualité)* ». De la même manière, il est apparu au cours de cette recherche que l'accréditation est perçue de façon positive par les professionnels de santé. Elle constituerait un « couperet mobilisateur ». Toutefois, ce constat est surprenant au regard d'autres recherches, qui mettent en avant la méfiance des personnels envers ces procédures, et son assimilation à de la « paperasse » et à de la perte de temps (Weill, 2001 ; Boiral, 2002). Peut-être un effet de rhétorique est-il intervenu : on ne peut en effet raisonnablement se déclarer contre la qualité. De plus, la deuxième procédure de certification est, semble-t-il, moins critiquée que la première, l'essentiel du travail fastidieux de mise à jour ayant été réalisé lors de la première procédure de certification.

2.2.3. Quelles sont les caractéristiques perçues des artefacts qui expliquent les usages constatés (Q3)?

On peut alors s'étonner que des outils qui sont majoritairement reconnus comme bons sur le principe posent de réelles difficultés d'usage. L'analyse des caractéristiques perçues des artefacts permet d'apporter des premiers éléments de réponse.

La première caractéristique perçue de l'artefact est sa complexité : la simplicité ou au contraire la complexité de l'outil va freiner ou favoriser la mise en usage. Le langage ou la structure de l'artefact, ainsi que son circuit externe de fonctionnement doivent être suffisamment simples pour que les acteurs le comprennent, c'est-à-dire qu'ils comprennent en quoi l'artefact est instrumentalisable pour les aider dans l'atteinte de leur objectif. Il apparaît que l'approche processus, pourtant encouragée par certains cadres, est perçue comme complexe par la plupart des paramédicaux. En particulier, le langage qualité est jugé trop complexe par cette cadre pourtant formée à la qualité : « *Mais on a suivi des formations qualité: c'est compliqué! Le vocabulaire de la qualité est ésotérique. Or, pour moi, la qualité, c'est la simplicité et la clarté. Dans les formations, on met en place un truc qui au final vous dégoûte. (...) La qualité, c'est souvent dit de manière compliquée, à tel point que, après, on a plus envie* ».

La deuxième caractéristique de l'artefact renvoie à son efficacité. Ainsi, par exemple, la confidentialité est un des aspects des démarches qualité qui est jugée réellement efficace (la confidentialité vise à encourager l'anonymat des patients au sein de l'hôpital). En effet, le temps et le travail demandés pour la mise aux normes de confidentialité des services n'a pas été trop coûteux au regard des résultats obtenus. Nombre de répondants insistent sur la facilité avec laquelle ils ont pu satisfaire à cette exigence de la procédure qualité.

La troisième caractéristique de l'artefact renvoie à sa praticabilité, ou commodité. L'artefact doit en effet s'insérer dans un contexte ayant des caractéristiques propres, et cet artefact doit être suffisamment pertinent pour y être accepté. Pour qu'il fasse sens, il ne faut pas que l'outil « choque », « détonne » par rapport aux caractéristiques du terrain. La confidentialité, par exemple, pose des problèmes par rapport aux habitudes de travail des professionnels, habitués depuis longtemps à désigner de manière orale les patients, à consulter les informations accrochées au pied du lit du malade, ou encore à inscrire les plannings avec les noms des patients au vu de tout le monde. De leur côté, les protocoles sont jugés parfois excessifs dans la mesure où ils décrivent des actes plus ou moins « naturels » (procédure de lavage des pommes, de préparation de la soupe, par exemple). Par ailleurs, l'approche processus paraît plus adaptée aux services dits « techniques » qu'aux services de soin : il est, selon les professionnels de santé, plus facile de décrire un parcours patient dans un service de radiologie que dans un service de long séjour. Les entrées et les sorties y sont perçues comme plus faciles à identifier.

La quatrième caractéristique de l'artefact renvoie à sa nécessité, c'est à dire à son caractère plus ou moins obligatoire. En effet, l'obligation d'utiliser les outils favorise leur mise en usage. Cette obligation peut être légale et faire l'objet d'un contrôle : dans ce cas, même si le contrôle est parfois comparé à du « flicage », et donc jugé négativement, il pousse indéniablement à l'usage des outils. Le fait que la procédure de certification soit obligatoire est un des facteurs souvent cité par les répondants pour justifier de la mise en œuvre de certains outils.

Ces caractéristiques, qui émergent des propos des personnels interrogés expliquent en partie leur usage, mais ne sont pas les déterminants de la mise en usage des outils : ils sont, dans le cadre de l'approche instrumentale, des éléments qui permettent de faciliter ou d'inhiber le

processus d'attribution de fonction à un artefact. Une fois ces fonctions attribuées, elles sont à leur tour réinterprétées par les utilisateurs.

2.2.4. Quelles sont les fonctions attribuées par les professionnels de santé aux outils de gestion par la qualité (Q4)?

Les fonctions attribuées aux outils de gestion par la qualité sont de trois type : des fonctions prescrites, des fonctions non prescrites et des fonctions symboliques.

- Fonctions prescrites

Les fonctions prescrites sont celles qui correspondent à ce qui est attendu par le concepteur de l'outil. Dans cette recherche, dans la grande majorité des cas, les outils de gestion par la qualité sont mobilisés par les professionnels de santé en tant qu'instruments d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient. En ce sens, on peut dire que les outils de gestion par la qualité sont, dans une certaine mesure, appropriés dans le sens prévu par le concepteur. En effet, les principes et objectifs des démarches qualité portés par l'HAS se retrouvent dans les propos des répondants. De manière plus précise, plusieurs fonctions prescrites ont été citées par les répondants.

Avec la fonction de coordination, les outils apportent une aide méthodologique dans l'organisation du travail et dans la gestion des projets. Les outils permettent aussi de faire participer et d'impliquer l'ensemble des personnels dans des projets transversaux, comme le souligne cette infirmière : *« Pour moi c'était la première fois qu'on travaillait toutes fonctions confondues avec les différents secteurs »*. Cela remet en cause les habituels cloisonnements entre services et entre corps de métiers : à ce titre, les outils permettent de faire rencontrer les acteurs, aspect perçu comme bénéfique pour la prise en charge du patient. De plus, les outils de gestion par la qualité permettent aux acteurs de s'interroger sur les pratiques habituelles de travail et d'organisation : l'outil permet de prendre du recul, de voir l'organisation autrement, et de se remettre en cause.

Avec la fonction de normalisation, les outils permettent de respecter les législations, de se mettre à jour, et aussi de se protéger contre d'éventuelles attaques en justice : *« ça permet de tenir à jour dans les nouveautés, par rapport au droit qui évolue »*. C'est aussi un des grands

objectifs de l'HAS que de faire respecter les réglementations en vigueur en termes d'hygiène, de sécurité, etc... Ensuite, toujours avec la fonction de normalisation, les outils sont mobilisés en tant qu'outil de formation pour les nouveaux arrivants. En effet, face à des situations nouvelles, les outils apportent une méthode de travail, ils constituent un apport méthodologique. De même, ils sont utilisés pour former les nouveaux arrivants, notamment grâce aux protocoles et procédures : la formalisation de pratiques de travail admises et réglementaires permet de mieux former les professionnels de santé. Cette fonction est particulièrement utile dans des services qui souffrent d'un fort turnover. Enfin, avec la fonction de signalisation, les outils permettent de faire circuler l'information. Les outils sont alors mobilisés en tant que véhicule de l'information.

En revanche, certaines des fonctions prescrites habituellement attribuées aux outils de gestion par la qualité ne se retrouvent pas, de manière surprenante, dans les propos des répondants. En effet, les démarches qualité ont aussi pour fonction d'assurer la qualité vis-à-vis du grand public (dans un souci d'acquisition de légitimité), voire même de constituer un argument concurrentiel dans l'acquisition de ressources (notamment financières, auprès des organismes de tutelle). Pourtant, aucun des répondants ne mobilise explicitement cette fonction comme argument pour la mise en usage des outils de gestion par la qualité. S'ils se soucient de l'avenir de l'hôpital et de son image, ce n'est en tous les cas pas une fonction qu'ils mettent en avant pour justifier de la mise en usage des outils. Ils mobilisent pourtant cette fonction, implicitement, lors de la visite des experts visiteurs de l'HAS, puisque certains avouent avoir eu des comportements « rituels » ou « cérémoniels » à cette occasion. Provisoirement conscients de l'importance de l'obtention de la certification de l'établissement, ils ont « sacrifié » à des agissements inhabituels. En dehors de cela, ils déclarent mobiliser les outils de gestion par la qualité dans un souci d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'approche instrumentale permet ainsi d'apporter un éclairage sur les comportements de couplage ritualisé (Lozeau, 2004).

Les phénomènes de « cassure post-accréditation » peuvent être expliqués dans la même logique. Certains cadres nous ont expliqué que des outils étaient peu à peu abandonnés, complètement ou en partie, après la procédure de certification. C'est que les personnels sélectionnent, dans l'outil, les schèmes qui les intéressent au regard de leur pratique quotidienne. Pendant un temps, pour satisfaire aux exigences, ils vont faire l'effort, mais, rapidement, ne resteront que les aspects des outils qui les intéressent au regard de leurs

pratiques. Un cadre de santé a pu le constater : « *Dans la procédure d'identification des patients, normalement la procédure prévoyait qu'un bracelet soit mis au patient.(...) Ca s'est mis en place en 2004-2005 et on voit que au bout de trois ou quatre ans de vie de cette procédure, les agents ont complètement accepté cette procédure mais n'en ont conservé que l'aspect qui était à leurs yeux le plus pratique et le plus concret, qui était : j'identifie le patient il a son bracelet. Et toute la partie qu'ils pouvaient trouver rébarbative qui était de remplir la fiche, la procédure n'est plus suivie. On a gardé l'élément capital de la procédure, le bracelet avec son nom. Tout ce qui est à coté est tombé dans l'oubli, parce qu'ils ont conservé la partie qui, à leurs yeux, était pratique. Et peut être que ça suffisait, après tout. Ils ont fait de la sélection naturelle, ils ont trié. (...) Mais on voit bien qu'ils zappent une partie de la procédure (...) Ils ont été à l'essentiel.* » Ces agents ont en quelque sorte « lu » la procédure au travers d'un schème d'ordre pratique, un schème qui leur est familier.

- Fonctions non prescrites

Les fonctions non prescrites sont celles non attendues par le concepteur et pourtant attribuées par les utilisateurs. Dans cette recherche, des comportements de ce type ont pu être identifiés. Les outils étaient alors institués en tant que moyen pour faire valoir une image valorisante d'un individu ou d'un service, ou comme moyen de revendication, dans une logique d'acquisition de ressources. L'outil est, dans ce cas, lu à travers le code, le schème d'interprétation des logiques d'intérêts, des logiques d'appartenance à un corps de métier, et des jeux d'acteurs. Avec la fonction de valorisation (ici, il s'agit d'une valorisation en interne, et non en externe vis-à-vis du grand public), l'outil peut être utilisé comme instrument de valorisation par rapport aux autres services à l'intérieur du CHRU : une cadre nous a expliqué signaler certains faits via un outil de gestion des risques afin de faire « *reconnaître un peu ce qui se passe dans nos services, parce que c'est pas reconnu* ». Avec la fonction de revendication, l'outil est utilisé pour se voir allouer des moyens ou des ressources supplémentaires. Les acteurs trouvent ainsi dans l'outil de gestion l'occasion de mobiliser un schème qui leur est propre. Par exemple, certains praticiens profitent de la visite des experts visiteurs pour mettre en avant le manque de moyens, espérant ainsi faire pression sur la direction pour obtenir ces moyens. De manière plus générale, les outils de gestion par la qualité sont souvent l'occasion pour les professionnels de santé de mettre en avant un problème récurrent, un dysfonctionnement, qui est sans doute légitime mais qui dépasse les strictes possibilités d'intervention des qualitiens et même de l'HAS. Par exemple, il n'est

pas rare que la nuit, en services d'urgences, une seule infirmière se retrouve à gérer un grand nombre de patients : le signalement peut alors servir de moyen de pression pour obtenir plus de moyens en personnels, cela peut « servir d'argument », comme le souligne une infirmière.

- Fonctions symboliques

Une fois la fonction attribuée aux outils, c'est cette fois la fonction qui est interprétée, par connotation. Avec la connotation, on sort du registre strictement utilitaire associé aux objets ou aux outils : on rentre dans le domaine du social, du culturel. A ce degré, l'outil commence donc à assumer une fonction « symbolique ».

Tout d'abord, la fonction d'amélioration de la qualité des soins est considérée positivement par l'ensemble des acteurs : « *Mais si on leur explique pourquoi on fait les choses, dans quel but on va les faire, et de rattacher ce but à notre cœur de métier, au soin, au patient, parce que finalement tout le monde est là pour le même but, quand on bosse à l'hôpital, ce n'est pas parce qu'on aime bien le bâtiment, c'est pour les patients.* ». Les professionnels de santé se considèrent comme des soignants avant tout : à ce titre, leur culture, leur métier et leur éthique les poussent à interpréter positivement cette fonction générale de l'outil. Dès lors, les outils de gestion par la qualité ne posent pas de problème a priori sur le principe, ce qui fait tomber d'emblée des résistances au changement d'ordre idéologiques. Ces aspects ont été mis en évidence notamment pour la confidentialité, qui correspond au secret professionnel inscrit dans les valeurs du métier de soignant ; et pour les procédures, qui correspondent à l'habitude des soignants de suivre des protocoles de soins, des séquences d'actes, pour faire le soin d'une manière correcte. Dans ces aspects, le registre managérial se confond bien avec la logique soignante : ainsi les cadres de santé n'ont pas trop de difficultés pour faire passer le message auprès des paramédicaux.

Les connotations des outils de gestion par la qualité sont par ailleurs nombreuses et complexes, et s'insèrent dans un débat récurrent à l'hôpital entre administratifs et soignants (Kervasdoué, 2004). En effet, lire l'organisation dans le registre managérial permet aux cadres de justifier leur rôle. En amenant des clés de lecture des dysfonctionnements de l'organisation en termes managériaux, ils se positionnent comme des interlocuteurs privilégiés. Les outils de gestion permettent ainsi d'asseoir la légitimité de la fonction de cadre. En poussant la logique plus loin, on peut dire que les outils, par la mesure et l'objectivation qu'ils apportent,

fournissent aux cadres des éléments objectifs pour leurs arguments, et leur confèrent une caution de scientificité. Un cadre qui peut appuyer ses analyses sur des mesures objectives, scientifiques, qui lui sont fournies par les outils de gestion par la qualité, gagne en légitimité et élargit sa zone de pouvoir à l'intérieur de l'organisation. Cette fonction d'objectivation scientifique du réel des outils est particulièrement appréciée des cadres, car elle connote un caractère de professionnalisme. A contrario, les médecins sont de plus en plus évalués au moyen de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles et peuvent vivre ces évaluations comme une perte d'autonomie : être contrôlé est au mieux ressenti comme un mal nécessaire, au pire comme une atteinte à leur autonomie et une remise en cause de leurs compétences.

En revanche, la fonction de normalisation est parfois assimilée à du « flicage », notamment par ce cadre : « *C'est vous préparer à la visite du bœuf carotte qui va vous tomber dessus* ». Les outils deviennent aussi le symbole de l'évolution d'un métier : les soignants ont l'impression de faire de moins en moins de soin et de plus en plus d'administratif : pour certains paramédicaux, le côté relationnel du soin en pâtie. Un outil peut aussi renvoyer l'acteur à un sentiment de culpabilité et de peur : avec la démarche de gestion des risques, il est demandé aux praticiens de signaler les erreurs, ce qui est parfois mal vécu : « *C'était une vieille infirmière, qui a très mal vécu cet incident et qui était pas prête à faire une déclaration. Elle avait peur pour sa carrière en fait. Alors que ça n'a aucune incidence.* ».

Ces quelques éléments permettent d'illustrer les connotations possibles autour des fonctions des outils, qui permettent d'appréhender toute la complexité qui se noue autour d'un outil de gestion au sein d'une organisation. Ces connotations sont potentiellement infinies, puisque propres à l'histoire et à la culture de chaque utilisateur. Les fonctions symboliques qui en résultent influencent la mise en usage des outils de gestion.

CONCLUSION

Les usages des outils de gestion sont complexes à comprendre et à décrire : plusieurs éléments contribuent à cette complexité.

Premièrement, il faut faire la différence entre l'usage prescrit de l'outil et l'outil effectivement en usage. Par analogie avec les concepts saussuriens en linguistique, l'outil en usage est une Parole, toujours contingente au ici et maintenant de l'utilisateur ; et l'outil prescrit est un

Langage, cadré et formalisé, dans lequel les utilisateurs viennent sélectionner des fonctions d'utilisation. La création, le détournement, et l'inventivité naissent de cette interaction entre Langage et Parole, entre outil prescrit et outil en usage. Parler d'outil de gestion sans faire référence à l'usage qui en est fait reviendrait à nier l'activité des utilisateurs, suivant en cela le principe selon lequel « l'intendance suivra », et à ne pas comprendre une partie des phénomènes à l'œuvre.

Deuxièmement, les outils renvoient à une philosophie gestionnaire qui est elle-même complexe. Elle renvoie en effet souvent à plusieurs concepts différents parfois ambivalents. Lorsque l'on parle de qualité, on peut aussi bien penser au « contrôle » de qualité, à caractère obligatoire, et au simple respect des procédures, qui renvoie au management dans son aspect de « contrôle »; qu'au management par la qualité qui réclame compréhension globale de l'organisation, transversalité et esprit d'initiative. Savoir si un outil est ou non utilisé, c'est tout d'abord déterminer à quel aspect de la philosophie gestionnaire on s'attache : désire-t-on que les acteurs s'approprient l'outil a minima, c'est à dire l'appliquent, ou qu'ils s'approprient un esprit, une vision, et que l'outil vive en quelque sorte de lui même, en se transformant, en se modifiant ? Une véritable appropriation mènerait à une révolution plutôt qu'à une évolution, à un apprentissage en double boucle (Argyris et Schön, 1978). De la même manière qu'une langue est vivante quand elle est modifiée, et « morte » quand elle se trouve uniquement dans les manuels, l'outil réellement approprié vit de lui même. Cette ambivalence de la philosophie gestionnaire peut expliquer ce constat paradoxal : ce sont les répondants les plus formés aux outils de gestion par la qualité qui critiquent le plus l'usage qui est fait de ces outils. C'est qu'ils voient qu'une réelle appropriation n'est pas à l'œuvre : il semble que seule la partie la plus « opératoire » de la gestion par la qualité est appliquée.

La conceptualisation proposée de l'outil en usage permet d'identifier quatre questions clés pour tout chercheur ou praticien soucieux de comprendre l'appropriation d'un ou plusieurs outils : l'outil est-il utilisé ? Les utilisateurs adhèrent-ils aux principes de l'outil ? quelles sont les caractéristiques perçues des artefacts qui posent problème, ou au contraire qui facilitent l'usage ? quelles sont les fonctions attribuées aux outils, y compris symboliques ?

Cette grille de lecture apporte des éléments pour le management des outils de gestion. Le manager doit porter son attention sur l'artefact qui soutient l'outil : trop rigide, il ne laisse pas assez d'espace de liberté ; trop souple, on risque de ne plus contrôler ses usages. Il doit aussi

porter son attention sur la compréhension de la philosophie gestionnaire qui sous tend l'outil : mal adaptée aux préoccupations des acteurs, elle risque le rejet ; mal comprise, les utilisateurs n'en font pas sens. Enfin, l'étude des outils de gestion permet d'appréhender les effets des théories produites par les Sciences de Gestion, en tant que sciences de l'action: c'est en effet en grande partie à travers leur philosophie gestionnaire que sont transmises les théories du management ; c'est à travers leurs artefacts que l'on oriente l'action ; et c'est à travers leurs usages que l'on peut aussi appréhender l'incessant fourmillement des actes quotidiens des acteurs.

REFERENCES

Akrich M., Callon M., Latour B. (1988), « A quoi tient le succès des innovations : l'art de l'intéressement », *Gérer et Comprendre, Annales des Mines*, (11), p.4-17.

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

Barthes R. (1985), *L'aventure sémiologique*, Paris, Le Seuil.

Baudrillard J. (1968), *Le système des objets*, Coll. Tel, Gallimard.

Berry M. (1983), *Une technologie invisible : l'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, Centre de recherche en gestion de l'école Polytechnique. En ligne : <http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/26/31/41/PDF/2007-04-05-1133.pdf>

Boiral O. (2002), « ISO 9000 : de l'impératif commercial au rite de passage organisationnel », *AIMS, XIème Conférence Internationale*, Paris, 5-7 juin, En ligne : <http://www.strategie-aims.com/actes02/Fichiers/boiral.pdf>

Boiral O. (2004), Mettre en œuvre ISO 14001 : de la quête de légitimité à l'émergence d'un mythe rationnel, *13^e conférence de l'AIMS, Normandie*, Vallée de Seine, 2, 3 et 4 juin, En ligne : <http://www.strategie-aims.com/Normandie04/sessions/Boiral%201.pdf>

Claveranne J.P., Vinot D., Fraisse S., Robelet M., Candel D., Dubois D., Marchaudon P. (2003), « Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé », *Note de synthèse, DHOSS*. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/quali_prof/sante/qual_profes.pdf

Contandriopoulos A. P., Souteyrand Y. (éds) (1996), *L'hôpital stratège. Dynamique locale et offre de soins*, John Libbey Eurotext, Paris.

David A. (1998), « Outils de gestion et dynamique du changement », *Revue Française de Gestion*, n° 120, sept-oct. 1998, p. 44-59.

De Certeau M. (1990), *L'invention du quotidien, tome 1. Arts de faire*, Gallimard, Folio.

De Sanctis G. et Poole M.S. (1994), "Capturing the Complexity in Advanced Technology Use: Adaptive Structuration Theory", *Organization Science*, Vol. 5, No 2, p.121-147.

De Vaujany F.X. (ed.) (2005), *De la conception à l'usage : l'appropriation des outils de gestion*, Editions EMS.

Flichy P. (2003), *L'innovation technique : récents développements en sciences sociales. Vers une nouvelle théorie de l'innovation*, Ed. La Découverte.

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

Gilbert P. (1998), *L'instrumentation de gestion : la technologie de gestion science humaine ?*, Economica..

Goffman E. (1968), *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*, Les Editions de Minuit, Le Sens Commun.

Grawitz M. (1996), *Méthodes des sciences sociales, Précis*, Dalloz, 10e Ed.

Grimand A. (ed.) (2006), *L'appropriation des outils de gestion : vers de nouvelles perspectives théoriques ?*, Publications de l'Université de Saint Etienne, Coll. Gestion.

Halgand N. (2003), « L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement ? », *Revue Française de Gestion*, vol 29, n°6/147, p 219-231.

Hatchuel A. et Weil B. (1992), *L'expert et le système*, Paris, Economica.

Kervasdoué, J. (2004), *L'hôpital, Que sais-je ?*, PUF, Paris.

Lorino P. (2002), « Vers une théorie pragmatique et sémiotique des outils appliquée aux instruments de gestion », *Essec Research Center*.

Lorino P. (2007), "Stylistic creativity in the utilization of management tools", *Essec Research Center*.

Lozeau D. (2004), « La démarche qualité : de l'enlèvement d'une technique à l'enracinement d'un archétype », *XIIIe conférence de l'AIMS*, Normandie, Vallée de Seine 2, 3 et 4 juin, En ligne : <http://www.strategie-aims.com/Normandie04/sessions/Lozeau.pdf>

Moisdon J.C. (ed.) (1997), *Du mode d'existence des outils de gestion*, Paris, Editions Seli-Arslan.

Orlikowski W.J. (2000), "Using technology and constituting structures : a practice lens for studying technology in organizations", *Organization Science*, Vol 11, N°4, July-August, p. 404-428.

Orlikowski W.J. et Barley S.R. (2001), "Technology and institutions: what can research on information technology and research on organizations learn from each other?", *MIS Quarterly* 25(2): p. 245-265.

- Peirce C.S. (1978), *Ecrits sur le signe*, rassemblés et commentés par Deledalle G, Paris, Coll. L'ordre philosophique, Le Seuil.
- Perriault, J. (1989). *La Logique de l'usage : essai sur les machines à communiquer*, Flammarion, Paris.
- Piaget J. (1967), *La psychologie de l'intelligence*, Coll. U2, Armand Collin.
- Rabardel P. (1997), « Activités avec instruments et dynamique cognitive du sujet », in Moro C., Schneuwly B. et Brossard M. (ed.), *Outils et signes : perspectives actuelles de la théorie de Vygotski*, Peter Lang, p. 35-49.
- Rogers E.M. (1995), *Diffusion of Innovations*, 4th Edition, The Free Press, New York.
- Rouleau L., Allard-Poesi F. et Warnier V. (2007), « Le management stratégique en pratiques », *Revue Française de Gestion*, vol 34, n°174, p. 15-42.
- Saussure F. (1972), *Cours de linguistique générale*, Payot, Paris.
- Valette A. (1996), Une gestion stratégique à l'hôpital ?, *Revue Française de Gestion*, n°109, juin-juillet-août, pp 92-99.
- Vedel T. (1994), « Sociologie des innovations technologiques et usagers : introduction à une socio politique des usages », in Vitalis A. (ed.) (1994), *Médias et nouvelles technologies : pour une socio politique des usages*, Editions Apogée, p. 13-34.
- Vitalis A. (ed.) (1994), *Médias et nouvelles technologies : pour une socio politique des usages*, Editions Apogée.
- Vygotski L. (1933), *Pensée et langage*, Collection « Terrains », Éditions Sociales, Paris, 1985; Rééditions : La Dispute, Paris, 1997.