



INFORMATION SYNTHETIQUE, POLITISATION, ET ASSOUPPLISSEMENT DE L'ORGANISATION

JP.Escaffre - CREREG CNRS- Université de Rennes 1- France

JP.Escaffre
CREREG CNRS
Université de Rennes 1
Franceco.ca

RESUME

La profession infirmière tente depuis longtemps de s'autonomiser par rapport aux autres corps professionnels hospitaliers. Pour cela, il lui faut entre autres éléments objectiver ses activités spécifiques à l'aide d'outils créés à cet effet : les grilles de dépendance. Cet article montre, à l'aide d'une enquête, que la mise à disposition d'un outil fiable, simple et rapide d'emploi, maîtrisable par tous les agents soignants en terme de collecte, de traitements, d'interprétations des informations ne suffit pas à autonomiser les prises de décision des infirmiers dans le contexte hiérarchique actuel. L'intervention de la hiérarchie est nécessaire.

INTRODUCTION :

le corps infirmier, en quête de reconnaissance sociale et d'autonomie professionnelle, recherche des outils qui objectivent leur rôle central dans l'activité quotidienne hospitalière, vis-à-vis d'autres corps professionnels, de la hiérarchie de l'institution hospitalière, et de la population.

Le système hiérarchique traditionnel demeure très long : l'infirmière se trouve sous l'autorité d'un surveillant d'unité fonctionnelle, lui même sous le contrôle d'un surveillant-chef d'un service, puis d'une infirmière générale, d'une directrice de soins infirmier, enfin d'une direction générale, sans oublier l'autorité médicale.

En même temps, le niveau général de formation initiale et continue a considérablement progressé, permettant aux acteurs infirmiers de revendiquer une plus grande part dans les processus de décision, ce qui entre en flagrante contradiction avec le système hiérarchique traditionnel.

Il n'est donc pas étonnant que cette profession ait tenté de trouver des outils qui montrent la spécificité de leur activité, outils en général fondés sur l'autonomie/dépendance (parfois avec des confusions entre les deux concepts).

Nous décrirons ici les conditions a priori d'acceptation d'un outil et des utilisations attendues. Puis, sur la base d'expérimentations et d'évaluations par enquêtes, nous tenterons de discerner les facteurs qui influencent les utilisations d'un tel outil comme moyen d'autonomisation professionnelle.

1 - LES CONDITIONS A PRIORI D'ACCEPTATION D'UN OUTIL DE GESTION.

L'introduction d'un outil de gestion repose d'une manière évidente sur deux conditions. La première, fondamentale, est qu'il soit capable de décrire le cœur même de l'activité professionnelle, ici l'activité infirmière, c'est-à-dire les rapports soignants-soignés ; la recherche des critères définissant la dépendance est donc logique.

La seconde condition est pratique : il convient que les charges en soins ne soient pas empiétées par le travail d'objectivation de ces charges. (collecte des données, traitements, interprétation des résultats) en particulier à un moment où les taux de rotation ont fortement augmenté ; il faut donc un outil valide, fiable, le plus simple possible en termes de collecte des informations, et d'interprétation immédiate.

Il existe diverses grilles de dépendance valides et fiables. Nous choisirons l'une d'elles, le Pendiscan, qui a l'avantage de remplir les deux conditions ci-dessus exposées.

Cet outil de mesure des dépendances d'un ensemble de patients distingue trois types de relations soignés-soignants non corrélés (actes de la vie courante, actes techniques, actes relationnels) ; la collecte d'information demande une minute par patient au maximum ; si le système informatique est décentralisé, le calcul est immédiat et ainsi l'interprétation peut être réalisée rapidement sur place. Nous avançons l'hypothèse que ces dernières possibilités contribuent à la volonté d'autonomisation des personnels et conditionnent les auto-modifications organisationnelles.

Cette problématique est née au début des années 90 ; les résultats sont contradictoires : D. Ettighoffer (1992) développe l'idée selon laquelle les technologies de l'information seraient associées aux stratégies des entreprises qui entendent s'adapter à la volonté d'autonomie de leurs agents. Heath et Luff (1994) ont montré dans leur monographie sur le métro londonien qu'un contexte très informatisé pousse les agents à développer une forte autonomie. A l'inverse, Bosa (1999) note, dans son analyse de l'activité d'une plate-forme d'appels téléphoniques de télémarketing, que les outils informatiques ont servi à restreindre l'autonomie des agents.

Le développement de l'outil Pendiscan entre clairement dans la philosophie de la première catégorie : permettre d'obtenir des informations rapidement, à volonté, maîtrisable par les agents eux-mêmes, sur le cœur de leurs activités soignantes afin de promouvoir des possibilités d'autonomisation de décisions afférentes à ces activités. Pour reprendre les termes de R. Coulon (2000), dans la tradition des grands auteurs en management tels que Mintzberg (1990), Aoki (1991), Crozier (1977), Zarifian (1998), nous définissons l'autonomie de décision des agents comme leur capacité d'agir dans le cadre d'une activité collective de travail incluse dans un système hiérarchique.

Les résultats de cet outil concernent, outre le classement statistique des patients par catégorie de dépendance, la mesure des variations des " lourdeurs " des patients à prendre en charge dans chaque service (comparaison dans le temps pour un service, comparaison de la lourdeur des services entre eux à un instant donné), la mesure des variations de charges en soins directs et la mesure de leurs causes (effets de variations du nombre de patients, effet de la variation du nombre d'agents).

Quelles ont été les conséquences de l'introduction de cet outil de gestion dans les services, en terme de gestion, sachant qu'il n'a pas été implanté par la volonté des tutelles, mais par les agents eux-mêmes ?

Afin de répondre à cette question, une enquête qualitative a été menée (Mai-juin 2000) auprès des cadres soignants dont les services utilisent le Pendiscan.

2 - L'ENQUÊTE D'ÉVALUATION

Une enquête d'évaluation a été menée auprès de 145 surveillantes de divers établissements (dont un Centre Hospitalier Universitaire), durant mai et juin 2000.

Elle comporte quatre séries de questions :

- les lieux de saisie de l'information (centralisé, décentralisé), des rendus des statistiques (au niveau du service, au niveau administratif...), des interprétations des données et graphiques ;
- l'utilisation de l'outil de gestion (fréquences, les parties les plus exploitées, c'est à dire les classements des patients, ou les classements des services, ou les indicateurs de la charge en soins et des causes des variations de ces charges de travail) ;
- l'utilisation des résultats (uniquement pour établir des rapports pour la hiérarchie, ou pour améliorer le fonctionnement du service...) ;
- les conséquences de l'utilisation des résultats sur les relations dans le service ou entre services, ou les changements spontanés d'organisation.

Les deux dernières séries de questions tentent de mesurer l'ampleur de l'autonomisation des pratiques infirmières, les deux premières permettent de recenser des causes liées à l'usage du système d'information.

3-RÉSULTATS

Notons pour information que 98% des services enquêtés ont acquis l'outil depuis au moins deux ans ; par ailleurs, le module " variations des charges en soins " et les causes de ces variations n'ont été validées qu'en fin 1998, et n'a donc été introduit dans les établissements hospitaliers qu'en début 1999.

77% des services utilisent l'outil au moins une fois par mois, mais seulement une minorité s'en sert comme information " objective " pour motiver le personnel ou faire des études ponctuelles sur telle ou telle catégorie de patients, comportements spontanés qui dénotent une autonomisation de certaines décisions.

L'impact de l'outil par rapport à cet objectif demeure finalement globalement faible : les modifications spontanées des relations entre agents d'un même service ou des relations entre professions (infirmiers, aides soignantes, médecins...), l'émergence de propositions organisationnelles imputables aux informations issues de l'outil de gestion ne sont vérifiées que dans 16 % des services enquêtés. L'intérêt est donc d'analyser les caractéristiques particulières de ces derniers par rapport aux autres.

La différence ne provient pas des spécialités médicales des services, ni de la date d'acquisition et d'utilisation de l'outil (pas de différences significatives) : la spécificité des tâches et l'apprentissage ne semblent pas déterminants.

Les surveillants de ces services utilisent l'outil expressément pour modifier l'organisation et motiver le personnel, ce qui a pour effet, en cernant plus " objectivement " les causes des dysfonctionnements, d'améliorer les relations entre les agents et les professions.

Pour ce faire, ils utilisent très significativement beaucoup plus les potentiels de l'outil et ce à leur propre initiative : fréquence d'utilisation plus importante (au moins plusieurs fois par mois), utilisation systématique du module " variations des charges en soins " et l'analyse des causes de ces variations, utilisations de l'outil complet pour le suivi de groupes de patients aux caractéristiques spécifiques que le personnel soignant souhaite suivre particulièrement.

Cependant, ce qui est remarquable, c'est que ces services aux comportements autonomisants n'ont pas dans leur établissement de procédures décentralisées de collecte et d'interprétation des informations. Ceci signifie qu'elles se réalisent sous le contrôle centralisé de leur direction des soins.

On peut en conclure que dans un système à hiérarchie longue tel que les services de soins, la volonté d'autonomisation n'est pas spontanée, alors que les situations de soins de plus en plus complexes et les capacités croissantes des agents devraient fortement pousser à une autonomisation des décisions selon l'hypothèse.

CONCLUSION DE L'ÉTUDE

On peut conclure de cette expérience que l'autonomisation effective de tâches ne peut se réaliser sans coordination centralisée d'informations décentralisées. La coordination centralisée révèle des écarts entre des services ou dans le temps, l'information locale immédiate permet au personnel d'analyser le contenu des écarts, ce qui est propice à une auto-évaluation et donc à des propositions spontanées de réorganisation. Il s'agit bien alors " d'une autonomisation pour concevoir et exécuter un ensemble d'opérations non prescrites par la hiérarchie " (R. Coulon, 2000). Dans le cas présent, elles ne sont pas en effet prescrites, mais elles sont initiées par la hiérarchie car elles ne sont pas perçues comme naturelles par les agents dans le contexte actuel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Agarwal, R et alii (1997), " infusing learning into the information system organization ", in European Journal of Information System,6, p. 25-40.
2. Bosa, B. 1999, "L'envers du télémarketing ", alternatives économiques, n°171, p 46-49.

3. Brandt, C.J. et Baynton, A.C. (1991) "information architecture : in search of efficient flexibility", in MIS Quaterly, Vol 15, n°3.
4. De Terssac, G.(1992), "Autonomie dans le travail ", P.U.F.
5. Escaffre, J.P. (1990), "le processus de la prise en charge hospitalière", Thèse, Paris 1.
6. Escaffre, J.P. (1998), " Rechercher une information synthétique et signifiante : un moyen d'assouplir l'organisation ? " in Systèmes d'Information et Management,,p 71-87.
7. Ettighoffer,D. (1992), " L'entreprise virtuelle ou les nouveaux modes de travail ", O. Jacob édit.
8. Heath,C.,LUFF, P. (1994), "Activité distribuée et organisation de l'interaction", Sociologie du travail, n°4.
9. Le Moigne, J.L. (1994), " l'information forme l'organisation qui la forme ", in Sciences de la Société, n°33, Presses Universitaires du Mirail.
10. Reix, R. (1995), " les systèmes d'information et management des organisations ", Vuibert édit.
11. Reix, R. (1999), " Les technologies de l'information : facteurs de flexibilité ", in Revue Française de Gestion, n°123, p 111-119.
12. Todd, P. et Benbasat, I. (1992), " The use of information in decision making : an experimental investigation of impact of computer-based decision aids ", in MIS Quaterly, Vol. 16, n°3.