



dents critiques (p. 143), si possible avec l'aide d'un médiateur interculturel. La question sous-jacente permanente est : « Qui s'adapte à qui ? », surtout s'il subsiste entre les acteurs des rapports de pouvoir et/ou des incompatibilités stratégiques. Avec ces pistes, la typologie précédemment proposée trouve toute son utilité : les modes d'ajustement varient selon ces types et la grille met ainsi en lumière la pertinence des paramètres opérationnels devant être intégrés dans la démarche. Deux exemples portant sur l'activité d'une organisation non gouvernementale sont détaillés. Ils mettent en valeur l'importance à accorder aux mots et locutions employés par les acteurs pour pouvoir détecter leurs univers de sens.

L'ouvrage se conclut sur l'ouverture de quelques pistes de réflexion. Le métissage culturel est illustré par un délégué syndical d'origine malienne, qui évoque le personnel de son entreprise en utilisant alternativement les termes de « camarades » ou de « frères » (p. 178). L'auteur pose la question : ces références à plusieurs univers sont-elles mélangées ou coexistantes ? Nous pourrions également nous demander si ce qui est observé ici à l'échelle d'un individu ne se produit pas à l'échelle des sociétés par contiguïté, par le jeu des migrations, de l'extension des moyens de communication à l'échelle planétaire ? Dans ce sens, quelle est la place de l'idéal-type national organisationnel ou professionnel par rapport aux hybridations ? D'autres phénomènes sont trop souvent négligés ou pas encore assez étudiés, comme en convient l'auteur : la distance (par exemple, dans le cas d'équipes virtuelles) ou encore les différences de perception entre générations... La pureté des idéaux-types est ainsi mise en question selon la place qu'ils laissent aux trajectoires individuelles et aux processus de métissage et d'hybridation.

Nous aurions certes apprécié que l'auteur explique comment et

pourquoi les univers de sens sont pérennisés par les structures familiales, éducatives, institutionnelles ou par les dominantes religieuses, et comment éviter les biais de la valeur moyenne de Geert Hofstede ou du sens unique de Philippe d'Iribarne, alors que, manifestement, chaque individu réalise un « bricolage identitaire » qui lui est singulier. Comment mettre en face à face les résultats des recherches interprétatives et ceux des recherches quantitatives, comme elle aurait pu le faire pour la Suisse. Ces remarques sont cependant de très peu de poids par rapport à l'intérêt global de l'ouvrage, la pertinence et l'habileté de son déroulé, l'utilité des typologies proposées et le pragmatisme des pistes d'action suggérées par un chercheur de terrain.

Par **Pierre Robert CLOET**,
Université Paris-Dauphine.

LA CRAVATE DU MÉDECIN ET LE *BUG* INFORMATIQUE

À propos de l'ouvrage *First, Do Less Harm: Confronting The Inconvenient Problems Of Patient Safety*, édité par **Ross Koppel & Suzanne Gordon**, **Cornell University Press, 280 p., 2012.**

Cet ouvrage collectif édité par Ross Koppel et Suzanne Gordon (respectivement sociologue à l'Université de Pennsylvanie et journaliste, et professeur en sciences infirmières, auteure de nombreux ouvrages sur la santé) aborde une question qui à l'évidence nous concerne tous : « Comment les hôpitaux, à défaut de nous guérir pourraient-ils éviter – ou éviter davantage – d'attenter à notre vie ? ».

Le point de départ de cette question est la constatation que les incidents survenus dans les établis-

sements de santé américains continuent à augmenter (50 000 morts par infections nosocomiales en 2009) malgré les efforts considérables consacrés par la puissance publique à la sécurité des patients (normes, procédures, protocoles, indicateurs, systèmes d'information, documentation, incitations, etc.).

Les deux éditeurs ont rassemblé autour d'eux des experts les plus divers (médecins, gestionnaires, spécialistes des systèmes d'information, sociologues, etc.) pour, en 12 chapitres, explorer le large spectre des phénomènes qui sont à leurs yeux susceptibles d'expliquer ce paradoxe.

Des contributions contrastées, par conséquent, mais qui ont malgré tout quelques points essentiels en commun : a) regarder « là où cela se passe », où l'erreur se concrétise, c'est-à-dire au niveau de la ligne opérationnelle, au plus près du patient, il faut donc scruter l'activité des médecins, des infirmières, des personnels paramédicaux, mais aussi des administratifs et, éventuellement, des informaticiens ; b) expliquer pourquoi, en fonction de la nature du travail, des processus et des relations entre acteurs, les prescriptions *top-down* évoquées ci-dessus « ratent le coche », étant dans l'incapacité de prendre en charge la diversité des phénomènes en cause ; c) il faut procéder, comme on peut s'en douter, à des analyses essentiellement qualitatives (en effet, peu de données chiffrées sont disponibles en dépit de l'abondance des rapports officiels sur ce thème), même si, sur certains sujets, des études économétriques « à l'américaine » existent et sont mobilisées ; d) privilégier en conséquence l'observation *in situ* mettant l'accent sur la diversité des causes allant de l'erreur médiatisée (erreur sur l'identité du patient à opérer) au geste minuscule, mais éventuellement fatal (le médecin aseptisé de pied en cap, chaussures, gants, blouse impeccablement désinfectés, mais effleurant sans le vouloir le visage

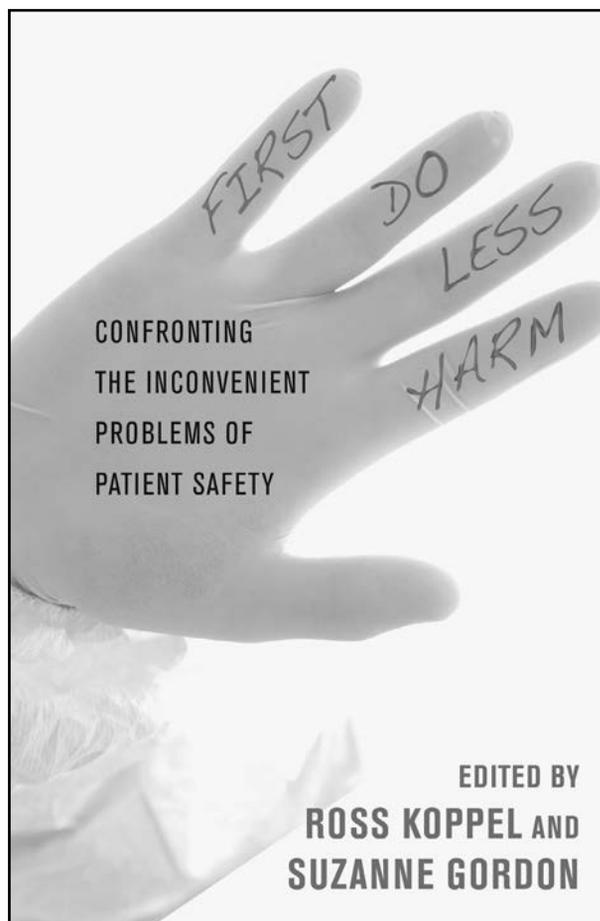


du patient de sa cravate conservée par souci de statut, et malheureusement porteuse de germes fatals). Mais loin de constituer une accumulation d'accidents pointillistes, les 12 chapitres de l'ouvrage abordent chacun un thème spécifique, aboutissant au total à un diagnostic d'ensemble, qui montre combien l'incident hospitalier se trouve à la confluence de causalités des plus diverses et, au premier chef, celles qui sont liées aux injonctions provenant des niveaux de responsabilité supérieurs

- le nettoyage des locaux, objet de vives polémiques entre tenants de la théorie des miasmes et ceux de la théorie des germes (transmissibles entre individus), une polémique non tranchée par les approches scientifiques qui entretiennent une incertitude conduisant à une baisse de l'effort déployé sur ce type de prévention et à une externalisation vers des entreprises employant des agents peu qualifiés ;

- les logiciels envahissant le paysage, qu'il s'agisse du dossier « patient », du recueil des prescriptions médicamenteuses, de l'aide à la décision médicale, autant de sources d'erreurs multiples dont plusieurs exemples émaillent l'ouvrage (Le chapitre 1 s'intitule : *The data model that nearly killed me – Ce formatage de données qui a failli me coûter la vie*). D'une façon générale, les auteurs expriment une méfiance marquée à l'égard de ces innovations technologiques qui sont présentées comme des panacées par le niveau politique et surtout par les fournisseurs, mais qui sont souvent jugées éloignées de pratiques trop complexes, souvent

incompatibles entre elles et devant être continuellement remises à jour pour tenir compte des progrès de la médecine, alors que les compétences internes pour repérer leurs insuffisances et y remédier font défaut. Ces innovations sont par ailleurs liées à la philosophie de l'EBM (*Evidence Based Medicine*), qui est inadaptée pour beaucoup de médecins aux caractéristiques, notamment l'âge et la polypathologie, de la patientèle hospitalière.



Au total, une enquête a montré que seulement 14 % des médecins hospitaliers américains utilisaient les dossiers « patients ».

Évidemment, l'organisation et les conditions de travail, l'intensification des soins, les ratios de paramédicaux par lit imposés par une régulation mettant l'accent sur la diminution des coûts, l'amplitude des postes de travail (12 heures, le plus souvent), les effets de la fatigue et du manque de sommeil des professionnels et la complexité

des processus en cause (faisant intervenir pour un même patient une chaîne d'acteurs) multiplient les possibilités d'erreurs aux interfaces et conduisent à de continues interruptions dans l'activité des uns et des autres.

- La superposition des règles et des prescriptions résultant de la régulation, et le travail hors soins qu'elles supposent (mobilisant 40 % du temps des infirmières) les rendent souvent incohérentes ou impossibles à appliquer.

Mais l'ouvrage met essentiellement l'accent, et ce, dans plusieurs chapitres, sur un facteur jouant plutôt au niveau opérationnel (bien que largement conditionné par des déterminants extérieurs aux hôpitaux eux-mêmes) et concernant le système de relations instituées entre les acteurs. Pour les auteurs, ce système de relations leur paraît en effet dans une large mesure structuré par une logique hiérarchique, notamment entre médecins et infirmières, mais qui est également présente à l'intérieur des professions (le professeur et l'interne, l'infirmière confirmée et la débutante), conduisant à toute une série de comportements néfastes pour la sécurité des patients (comme la quasi-impossibilité, pour un acteur de niveau inférieur, de signaler une erreur commise par un acteur de niveau supérieur, la sous-estimation collective

du caractère systémique de la plupart des incidents et leur individualisation, avec pour corollaire une hantise de la réprimande et de la sanction entraînant une sous-déclaration des incidents, et donc la diminution des apprentissages potentiels par retour d'expérience, une souffrance non partagée liée à une erreur commise, une absence de communication entre métiers, mais également à l'intérieur des métiers, entre les niveaux, etc.).



D'une façon générale, les auteurs de cet ouvrage collectif estiment que l'on n'a pas affaire à ce que l'on pourrait appeler un travail d'équipe, conduit par un *leadership* conscient des capacités et des rôles de chacun, s'efforçant de coordonner les uns et les autres en les faisant participer aux prises de décisions concernant les patients et en suscitant un partage de l'information.

Bref, ce qui est prôné dans l'ouvrage, c'est un changement de culture analogue à celui qui s'est produit dans l'aviation (le CRM : *Crew Resource Management*, souvent cité dans l'ouvrage), où professionnels, sociologues, psychologues, et même les anthropologues ont uni leurs efforts pour améliorer le système de relations présent dans les cockpits afin de diminuer l'occurrence des accidents.

Les auteurs soulignent le fait qu'une telle évolution des pratiques locales doit être soutenue institutionnellement, ce qui est loin d'être le cas actuellement, les incitations à l'amélioration de la sécurité des patients (et, plus généralement, à celle de la qualité des soins) relevant plutôt de décisions lointaines à coloration bureaucratique, qu'il s'agisse comme on l'a dit des procédures, des systèmes d'information ou, plus récemment, des opérations incitatives du type P4P (*Payment For Performance*). Ils soulignent notamment que les divers comités censés concevoir les nouvelles initiatives en matière de sécurité ne font que très peu appel aux professionnels de la ligne opérationnelle ou encore aux syndicats des médecins et des paramédicaux, ce qui est à leurs yeux contraire aux préceptes les plus élémentaires des ouvrages de management moderne, alors même que quelques expériences de ce type ont déjà été menées dans le système hospitalier (par exemple, au *Maimonides Medical Center* de Brooklyn), dont certaines avec succès.

Dans un brillant dernier chapitre de conclusion, constitué de 27 propositions portant à la fois sur les caractéristiques essentielles de la sécurité des patients et sur les voies possibles permettant de l'assurer, les éditeurs insistent sur le fait qu'elle est l'affaire de tous, dans et en dehors de l'hôpital, qu'elle dépend de petites et grandes innovations, que sa maîtrise est impossible à routiniser, qu'elle est l'objet de multiples compromis, qu'une nouvelle culture est certes indispensable, mais qu'il est aussi nécessaire de disposer de bons équipements et de processus de travail adaptés et qu'elle exige la vigilance, mais également l'humilité des professionnels face aux lacunes de leur savoir.

En tant qu'intervenant de longue date dans des hôpitaux, je ne peux qu'exprimer une profonde proximité de point de vue avec la plupart des développements que je viens de résumer. Sans doute la référence à l'aviation et au CRM peut paraître insistante, les différences entre un cockpit et un hôpital étant à l'évidence importantes à peu près à tous les niveaux. D'une façon générale, on peut se demander si les effets de domination entre métiers, et à l'intérieur de ceux-ci, ne sont pas surestimés par rapport, par exemple, à la complexité des processus de soins multipliant les interfaces entre acteurs – sans considération de statut – et donc les risques de dysfonctionnements aux interfaces.

Mais on ne peut qu'être séduit par la pertinence et la minutie de ces analyses et de ces observations dont on se dit qu'elles pourraient être profitables aux administrations multipliant circulaires, indicateurs et normes qui, du reste, ne sont pas forcément inutiles, mais restent fort éloignés des réalités décrites dans cet ouvrage.

Un autre intérêt de ce dernier est le fait qu'il suggère l'existence d'analogies très profondes entre la situation américaine et la situation française (et sans doute mondiale) : une même difficulté à

juguler le phénomène des incidents, le niveau de ceux-ci étant comparable en proportion, les mêmes caractéristiques des fonctionnements et des comportements internes, les mêmes réflexes du régulateur (tarification incitative à la réduction des coûts, procédures d'évaluation à partir de référentiels, développement des technologies de l'information, mise en place de batteries d'indicateurs...). Il est à ce titre amusant de constater que les auteurs, perplexes et inquiets devant le cas américain, ont tendance à embellir la situation d'autres pays, dont la France, par exemple le respect par les médecins des normes d'amplitude horaire du travail. Sans doute seraient-ils déçus si on leur donnait l'occasion d'une incursion dans nos établissements.

Une question, cela dit, peut se poser à l'issue de ce panorama, qui reviendrait sur les critiques formulées par l'ouvrage à l'encontre du système de régulation : si l'on est convaincu du niveau trop important des atteintes à la sécurité, de la diversité et de la multiplicité des causes de ce phénomène, de la complexité et de l'ambiguïté des organisations, et donc de la nécessité d'un changement comportemental profond au niveau des équipes opérationnelles elles-mêmes, comment celui-ci pourrait-il se produire si ces dernières n'en prennent pas spontanément le chemin ?

Cela semble bien être le cas, que ce soit aux États-Unis ou en France. De plus, une nouvelle « culture » ne se décrète pas ni par le management ni, *a fortiori*, par un régulateur éloigné.

Ces constatations ne justifient-elles pas la mise en place d'une philosophie de la régulation qui soit davantage incitative (indicateurs, paiement à la qualité) que managériale et qui ait pour vertu d'agir sur la « boîte noire », mais sans y entrer ? De faire en sorte que les professionnels, guidés par le résultat à atteindre, gardent l'initiative pour s'organiser et résoudre leurs problèmes, et trou-



vent d'eux-mêmes les ingrédients de la *team intelligence* évoquée par les auteurs, puisque, comme ces derniers semblent le dire, ce sont les seuls à pouvoir le faire ?

Mais c'est là une philosophie qui est en décalage, j'en conviens, par rapport aux propos des auteurs de cet ouvrage qui font, en général, preuve de peu d'aménité, comme nous l'avons vu, à l'égard des innovations de ce type – une philosophie qui a par ailleurs conduit à tous les systèmes de tarification hospitalière des pays développés, qui visent cette fois-ci l'obtention de la performance économique, également difficile à routiniser de l'extérieur, et tout cela pour des succès tout relatifs, ayons l'honnêteté de le dire. Mais peut-être aura-t-elle plus de chance avec l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ?

Par **Jean-Claude MOISDON**,
Directeur de recherche émérite
de l'École des mines ParisTech.

MADE IN GERMANY

À propos du livre de Guillaume DUVAL, *Made in Germany*, Éditions du Seuil, 2013.

En 2002, l'Allemagne et la France présentaient des performances économiques voisines en termes de croissance, d'endettement public et de taux de chômage.

Pour la première fois, la productivité de la France dépassait celle de l'Allemagne.

Un économiste allemand réputé, Hans Werner Sinn, avait considéré cette même année que l'Allemagne devenait l'homme malade de l'Europe et que la France, malgré ses problèmes, aurait une croissance plus forte et devancerait de plus en plus l'Allemagne. Or, dix ans plus tard, tous les indicateurs économiques sont à l'avantage de l'Allemagne.

POURQUOI CE SUCCÈS ÉCONOMIQUE ?

Pour la majorité des experts, la source du redressement allemand est la nouvelle dynamique impulsée par le discours prononcé par le Chancelier Schröder devant le Bundestag, le 14 mars 2003, sur « l'Agenda 2010 » et l'accélération des réformes qui a suivi.

La thèse défendue par Guillaume Duval dans son livre *Made in Germany* est que le succès de l'économie allemande est lié aux caractéristiques structurelles du modèle allemand combinées à une conjoncture des années 2000 très favorable pour l'Allemagne. Quant à l'Agenda 2010 (Ndlr : adopté par le gouvernement de coalition entre les socio-démocrates et les Verts de 2003 à 2005), son bilan est jugé globalement négatif, car il a fragilisé le modèle qui fait la force de l'Allemagne en développant la pauvreté et les inégalités.

Ce livre stimulant porte sur un sujet central du débat économique en France.

L'auteur y présente un point de vue engagé documenté par une excellente connaissance de l'Allemagne. Il adresse ce message aux socio-démocrates au pouvoir en France : « *Ne vous trompez pas de diagnostic ! Si vous adoptez la logique d'austérité de l'Agenda 2010, vous allez accroître la pauvreté sans obtenir en contrepartie la réussite économique, car ce qui a fait le succès de l'Allemagne est difficilement transposable à la France...* »

Avant d'analyser les arguments de Guillaume Duval, il convient de résumer ses principales thèses.

LES THÈSES DE MADE IN GERMANY

Thèse 1 - La force du modèle allemand ne date pas de Schröder

Les points forts du modèle allemand comparé au modèle français

sont, selon Guillaume Duval, principalement :

- la décentralisation et l'absence du poids écrasant d'une capitale comme Paris, qui permet de disposer partout d'un capital financier et humain pour entreprendre ;
- un système de relations sociales structurées et une gouvernance des entreprises se caractérisant par un degré d'association des salariés aux décisions plus important que dans tous les autres pays industrialisés ;
- l'apprentissage, qui certes subit une crise d'adaptation, mais contribue à l'insertion professionnelle des jeunes, à la valorisation des emplois industriels et à un monde du travail où le diplôme ne fait pas tout ;
- la stabilité de la monnaie allemande qui permettent au pays de bénéficier de taux d'intérêt très bas.

Thèse 2 - L'Allemagne a bénéficié d'une conjoncture porteuse dans les années 2000

La force du modèle allemand a été amplifiée par une conjoncture favorable au cours des années 2000, notamment :

Les avantages (provisaires) du vieillissement

Le fait que la population allemande âgée de 15 à 64 ans ait diminué de 1,7 million relativise sérieusement, selon Guillaume Duval, les résultats allemands en matière de baisse du chômage. Ce recul démographique explique également l'absence en Allemagne de cette bulle immobilière qui pèse lourd en France en termes de coût pour les ménages et les entreprises.

La réunification et les PECO

La réunification a coûté cher à l'Allemagne dans les années 1990, mais dans les années 2000, l'Allemagne de l'Est a fourni un débouché privilégié à l'industrie allemande du BTP et des biens