



Groupe de recherche  
interdisciplinaire en santé  
Secteur santé publique  
Faculté de médecine

*Élaboration d'un modèle conceptuel  
d'analyse de la sécurité  
dans les organisations de santé*

*François Champagne  
André-Pierre Contandriopoulos  
Marie-Pascale Pomey  
Affaud Anaïs Tanon*

**N06-02**

**Juin 2006**



**ÉLABORATION D'UN MODÈLE CONCEPTUEL D'ANALYSE DE LA  
SÉCURITÉ DANS LES ORGANISATIONS DE SANTÉ**

**RAPPORT SOUMIS À SANTÉ CANADA**

**FRANÇOIS CHAMPAGNE, PH.D.  
ANDRE-PIERRE CONTANDRIOPOULOS, PH.D.  
MARIE-PASCALE POMEY, PH.D.  
AFFAUD ANAÏS TANON, M.SC.**

**GRIS, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**

**10 JUIN 2002**



## Table des matières

Liste des figures : .....	ii
Liste des tableaux : .....	ii
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE : LA SÉCURITÉ : UN CHAMP COMPLEXE À DÉFRICHER</b> .....	<b>1</b>
1.1 Le terme sécurité : contenu et sens variables .....	1
1.2 Classement selon les dimensions épistémologiques, ontologiques, téléologiques, méthodologiques .....	2
1.2.1 La perspective épistémologique .....	4
1.2.2 La perspective ontologique.....	5
1.2.3 La perspective téléologique.....	7
1.2.4 La perspective méthodologique .....	8
<b>DEUXIÈME PARTIE : SYSTÈME DE SÉCURITÉ OU SYSTÈME DE GESTION DES CRISES</b> .....	<b>8</b>
<b>TROISIÈME PARTIE : LA SÉCURITÉ, LES ORGANISATIONS DE SANTÉ ET LES DÉTERMINANTS ORGANISATIONNELS DES ACCIDENTS DE LA QUALITÉ ET DU CHANGEMENT</b> .....	<b>11</b>
3.1 La sécurité.....	11
3.1.1 La sécurité est une valeur .....	11
3.1.2 La sécurité est un besoin organisationnel .....	11
3.2 Les caractéristiques particulières des organisations de santé.....	13
3.3 Les déterminants organisationnels des accidents de la qualité et du changement dans les organisations de la santé.....	14
3.3.1 Les déterminants organisationnels des accidents .....	15
3.3.2 Les déterminants organisationnels de la qualité.....	16
3.3.3 Les déterminants organisationnels du changement et de l'adaptation.....	19
<b>QUATRIÈME PARTIE : LES OUTILS ORGANISATIONNELS POUR OPTIMISER LA SÉCURITÉ DANS LES ORGANISATIONS DE SANTÉ</b> .....	<b>23</b>
4.1 L'adoption de structures favorisant l'adaptation.....	23
4.2 Le renforcement de la valorisation de la sécurité.....	27
4.3 Le renforcement du climat de confiance .....	28
4.4 Le renforcement de l'implication des professionnels.....	29
4.5 L'adoption de stratégies appropriées de gestion de la sécurité .....	30
4.6 L'établissement d'un leadership collectif de l'apprentissage organisationnel .....	31
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>32</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>34</b>

## Liste des figures :

Figure 1 :	Ce qui est fait pour réduire les accidents peut avoir un impact sur le niveau de sécurité.....	6
Figure 2 :	Ce qui est fait pour réduire les accidents n'a aucun impact sur le niveau de sécurité.....	6
Figure 3 :	Ce qui est fait pour réduire les accidents a un impact sur le niveau de sécurité.....	7
Figure 4 :	Le système de gestion des crises et des accidents .....	9
Figure 5 :	Le système de prise en charge des accidents et les théories de la sécurité.....	10
Figure 6 :	Hierarchie des besoins organisationnels.....	13
Figure 7 :	Processus de production du changement dans les organisations .....	19
Figure 8 :	Facteurs à considérer pour induire le changement dans une organisation.....	22
Figure 9 :	Cadre conceptuel d'analyse de la sécurité dans les organisations de santé .....	32

## Liste des tableaux :

Tableau I :	Quelques définitions du terme sécurité .....	3
Tableau II :	Liens entre facteurs organisationnels et qualité.....	17
Tableau III :	Les ajustements structurels pour promouvoir l'adaptation .....	24
Tableau IV :	Une forte culture de la sécurité.....	28
Tableau V :	Un climat de confiance .....	29
Tableau VI :	Engagement professionnel .....	30
Tableau VII :	Stratégies de gestion de la sécurité appropriées.....	31

## INTRODUCTION

L'importance accordée aux questions de sécurité dans les systèmes de santé ne cesse de croître depuis un certain nombre d'années. Les modèles conceptuels disponibles pour analyser ces phénomènes couvrent de larges champs disciplinaires, qui, même s'ils sont quelque peu disparates, fournissent néanmoins un matériel consistant pour aborder le concept de sécurité de façon multidimensionnelle.

Cette vision multidimensionnelle, quoique nécessaire, se doit d'être intégrée dans un cadre conceptuel qui en rend le plus possible toutes les nuances tout en étant capable de guider de façon efficace la prise de décision.

L'intuition qui a guidé ce travail était que des littératures autres que celles abordées dans les travaux précédents sur la sécurité, les erreurs et les blessures dans les organisations et les systèmes de santé, travaux analysés et synthétisés par Miller, Giacomini et al [1], pouvaient offrir une perspective non seulement complémentaire aux visions de la sécurité traditionnellement avancées mais aussi révélatrice de la manière de les structurer pour obtenir une vision plus systémique de ce que pourrait être le concept de sécurité.

Ce rapport se veut une première étape dans la réflexion conceptuelle visant à offrir un cadre propice à l'analyse et capable de guider les interventions sur les déterminants de la sécurité.

Aussi, la démarche utilisée est-elle pour une grande part analogique et métaphorique.

## PREMIÈRE PARTIE : LA SÉCURITÉ : UN CHAMP COMPLEXE À DÉFRICHER

### 1.1 LE TERME SECURITE : CONTENU ET SENS VARIABLES

La consultation des dictionnaires et des encyclopédies montre qu'il existe de nombreuses définitions des termes sécurité et sûreté (utilisés de façon alternative pour traduire les termes anglais safety et security) (voir Tableau I), qui présentent des acceptions différentes de ces mots en terme de contenu et de sens dans des domaines aussi divers que la sécurité, la gestion, la médecine, la protection de l'environnement, la psychologie, l'économie politique et sociale, l'éducation, le secteur industriel, l'armée, le droit, la finance, l'informatique, l'aéronautique, les loisirs et les sports, l'aéronautique.

Ces nombreuses définitions témoignent du caractère multiforme du concept de sécurité. La **sécurité** est parfois présentée comme **une action** : (exemple : ensemble de dispositifs destinés à éliminer les causes ou à limiter les effets des nuisances sur les personnes et les biens) ou comme **un état** (exemple : situation dans laquelle l'ensemble des risques prévisibles est acceptable; état de quelque chose, de quelqu'un qui est à l'abri du danger, sentiment de quiétude, de confiance, impression d'être à l'abri de dangers, de difficultés, d'aléas).

La **sécurité** renvoie soit à des **propriétés constantes des objets** (mesures de sécurité, chaussures de sécurité...), ou à **des modalités** de ces objets (mesures sécuritaires). Dans le premier cas, on parle de qualités essentielles ou d'attributs de l'objet et la sécurité peut alors

être qualifiée de bonne ou mauvaise, dans le deuxième cas, elle a déjà un aspect positif, élogieux.

La sécurité a pour cible des personnes, des biens, des objets, des organisations, des processus.

Elle consiste à évaluer des risques, à éliminer les risques ou les dangers, à réduire les risques ou les dangers à des proportions acceptables, à protéger contre les risques ou les dangers, à réduire les effets des risques ou des dangers, à assurer le fonctionnement adéquat / le succès. On retrouve donc à la fois une **conception négative** de la sécurité (protéger contre éviter...) qui est la conception la plus courante et une **conception positive** (assurer le succès).

C'est un concept qui peut s'appréhender selon plusieurs phases : **une phase de prévention** (le terme sûreté est quelquefois employé dans ce cas) ou **une phase de réaction** lorsque interviennent des accidents, des désastres (c'est alors le terme sécurité qui est utilisé).

Enfin, c'est un concept qui peut être apprécié comme une entité objective ou comme une entité subjective qui par conséquent peut faire l'objet de négociations, lorsque par exemple il est dépendant des sentiments ou des schèmes cognitifs des individus.

## 1.2 CLASSEMENT SELON LES DIMENSIONS EPISTEMOLOGIQUES, ONTOLOGIQUES, TELEOLOGIQUES, METHODOLOGIQUES

La pluralité des significations du terme sécurité laisse entrevoir le vaste champ des approches méthodologiques possibles pour créer ou pour recréer dans les organisations et les systèmes de santé les conditions d'une plus grande sécurité.

Dans ce contexte, une démarche conceptuelle fructueuse se doit dans un premier temps de clarifier les différents paradigmes qui sous tendent et légitiment ces approches méthodologiques.



Tableau I : Quelques définitions du terme sécurité

Domaine(s)	Anglais	Français	Définitions
généralité		sûreté n. f.	Caractère de quelque chose qui présente des garanties de protection ou sur lequel on peut compter de manière certaine.
généralité		sûreté de fonctionnement n. f.	Probabilité de succès d'une mission. [1985]
généralité	security	sécurité	État de quelqu'un ou de quelque chose qui est à l'abri du danger. Note(s) : Selon les contextes, le mot <i>sécurité</i> prendra des sens plus ou moins différents. Il pourra signifier, par exemple, «sentiment de quiétude, de confiance » en psychologie ou encore « ensemble de mesures destinées à protéger les personnes » en sécurité routière. Mais dans tous les emplois, l'idée de « hors de danger » demeure. On hésite parfois dans l'emploi entre <i>sécurité</i> et <i>sûreté</i> . Cette difficulté s'explique par leur origine commune : les deux mots viennent du latin <i>securitas</i> , qui signifie «absence de soucis». Ils se rapprochent donc par leur sens. En français moderne, <i>sécurité</i> a remplacé <i>sûreté</i> dans plusieurs emplois.
sécurité	safety	sécurité, de loc. adj.	Se dit de ce qui est conçu pour assurer la sécurité.
sécurité	safety	sécurité n. f.	Ensemble des mesures que l'on prend lorsqu'un incident ou un accident se produit.
médecine	harmlessness safety innocuity innocuousness	innocuité n. f.	Caractère de ce qui est sans danger.
gestion		sécurité n. f.	Situation dans laquelle l'ensemble des risques prévisibles est acceptable. [1985]
armée	security	sécurité n. f.	Organismes responsables de la mise en application des mesures de sécurité. [1991]
loisir sport	safety lock	cran de sûreté n. m.	Dispositifs dont la mise en place empêche la décharge accidentelle d'une arme à feu.
astronautique	safety	sauvegarde n. f.	Ensemble des dispositions destinées à éliminer les causes ou à limiter les effets des nuisances sur les personnes et les biens.
aéronautique	security	sûreté n. f.	Combinaison des mesures ainsi que des moyens humains et matériels visant à protéger l'aviation civile contre des actes d'intervention illicite.

Tiré du Grand Dictionnaire Terminologique [2]

Un paradigme est "un cadre conceptuel général reflétant un ensemble de croyances et de valeurs reconnues par une communauté... et admises comme étant communes à tous les individus dans le groupe". Cet ensemble de croyances qui peuvent également être appelées des «construits idéologiques», donne au groupe (ou discipline) la possibilité d'identifier, de structurer, d'interpréter et de solutionner des problèmes disciplinaires définis et particuliers."

(Kuhn selon Levy [3]). Autrement dit, un paradigme permet à un groupe de formuler les questions qu'il croit légitimes sur lui-même et sur le monde. Le paradigme permet aussi l'identification et la formulation des techniques et des instruments qui doivent être utilisées par le groupe, c'est à dire "les moyens fiables" dans le processus de recherche et de création de solutions aux problèmes qui découlent de ces questions [3].

Le procédé utilisé par Levy [3] pour effectuer une lecture des paradigmes scientifiques servira ici à rendre compte de façon synthétique de la complexité du concept de sécurité selon quatre grandes perspectives : épistémologique, ontologique, téléologique, méthodologique.

### 1.2.1 La perspective épistémologique

Une discussion sur le plan épistémologique permet de faire la typologie des différentes relations que peut entretenir un observateur quelconque par rapport au concept de sécurité.

La position objective est celle selon laquelle le concept de sécurité est un objet indépendant de l'esprit de l'observateur et la connaissance qu'on en a n'est, en aucune façon, altérée par celui-ci. L'attitude de l'acteur par rapport à l'objet "concept de sécurité" pour être valide se doit d'être neutre pour découvrir les vérités intrinsèques ou les lois immuables qui ordonnent le concept à travers l'expérimentation et l'observateur.

On peut retrouver cette vision objective du concept de sécurité dans l'une des nombreuses définitions du terme. "Situation objective reposant sur des conditions matérielles, économiques, politiques, qui entraîne l'absence de dangers, pour les personnes ou de menaces pour les biens et qui détermine la confiance" (Trésor de la Langue Française [4]). C'est également cette vision qui guide par exemple toutes les théories de la sécurité avec un fondement fortement épidémiologique et statistique.

La position subjective est étroitement liée à l'observateur et émerge de l'interaction entre l'observateur, ses projets, et l'objet "concept de sécurité". C'est un concept construit qui est en éternel changement. La relation qui lie l'observateur à l'objet qu'il observe modifie à la fois et l'observateur (au fur et à mesure que la connaissance qu'a ce dernier du concept évolue) et l'objet observé (qui est modifié par la perception qu'en a l'observateur).

La définition selon laquelle la sécurité est "un état d'esprit confiant et tranquille qui résulte du sentiment, bien ou mal fondé, que l'on est à l'abri de tout danger" (Trésor de la Langue Française [4]) illustre fort à propos cette conception qui se retrouve par ailleurs dans les théories de la sécurité qui mettent l'accent sur la nécessité de prendre en compte des facteurs culturels et sociaux dans les interprétations individuelles ou collectives du risque. [1]. Dans cette dernière définition, on voit que la sécurité est liée à la confiance (en soi même et/ou dans les autres) qui elle-même [5] est liée à la mortalité. Une analyse écologique des indicateurs de capital social à travers les États-Unis, en relation avec les niveaux de mortalité par État, a révélé que les variations dans le niveau de confiance (mesuré par un indicateur de confiance interpersonnelle), expliquait 58% de la variance de la mortalité totale entre États [5].

## 1.2.2 La perspective ontologique

Sur le plan ontologique, on s'intéresse à la nature de l'objet "concept de sécurité" pour répondre à la question : " Qu'est ce que la sécurité?".

On peut considérer qu'il existe une sécurité, avec des lois naturelles et immuables qui la régissent ou qu'il existe de nombreuses perceptions de la sécurité résultat de la diversité des mondes vécus par les observateurs.

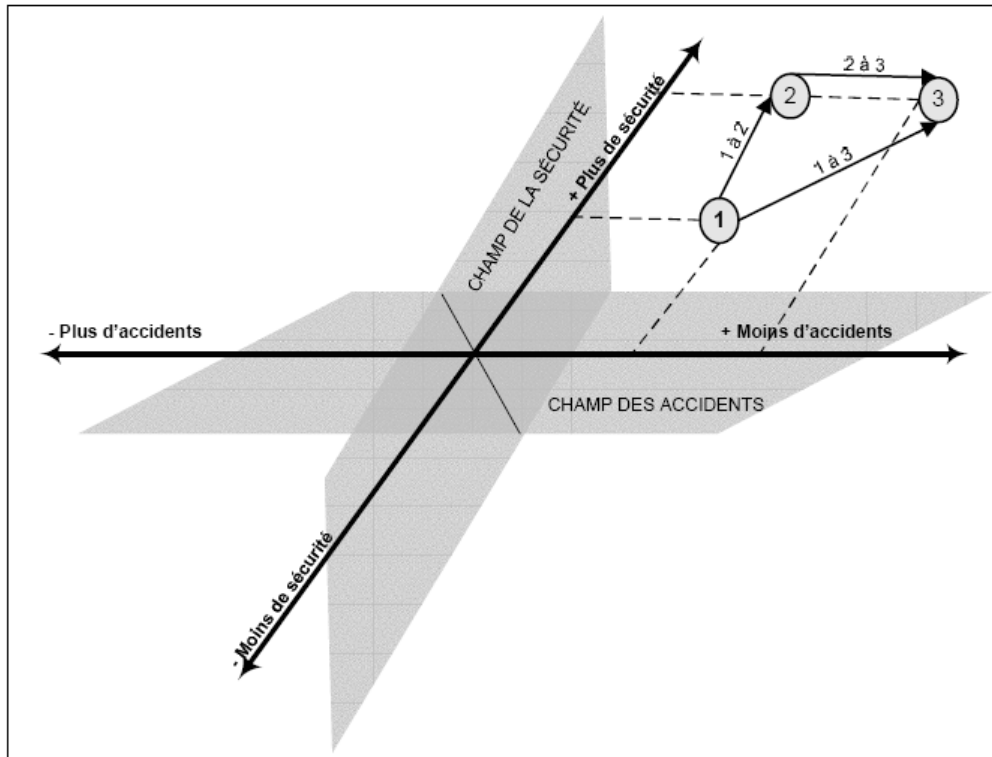
La discussion sur le plan ontologique permet également de situer l'objet "concept de sécurité" par rapport à d'autres objets et notamment par rapport au concept d'accident qui prévaut dans la littérature sur la sécurité. Dans cette littérature et dans la plupart des définitions de la sécurité que fournissent dictionnaires et encyclopédies, la sécurité correspond la plupart du temps à l'absence d'accidents, de risques, d'erreurs...laissant supposer de la sorte que les concepts de sécurité et d'accident, s'ils ne sont pas équivalents nourrissent pour le moins des relations complémentaires.

James Reason [6] mentionne que pour faire des progrès dans l'évaluation de la sécurité, il est nécessaire de reconsidérer la nature du concept pour aller plus loin que la conception la plus commune selon laquelle la sécurité est l'absence de danger ou de risques. S'il se trouve certains auteurs pour attirer l'attention sur la limitation des définitions de la sécurité en termes négatifs, il n'existe à notre connaissance pratiquement pas de travaux qui précisent avec clarté la relation entre sécurité et accident.

En ce qui nous concerne, il nous semble que la discussion ontologique au sujet du concept de sécurité doit permettre de vérifier trois hypothèses en ce qui a trait à la relation entre ce concept et celui d'accident.

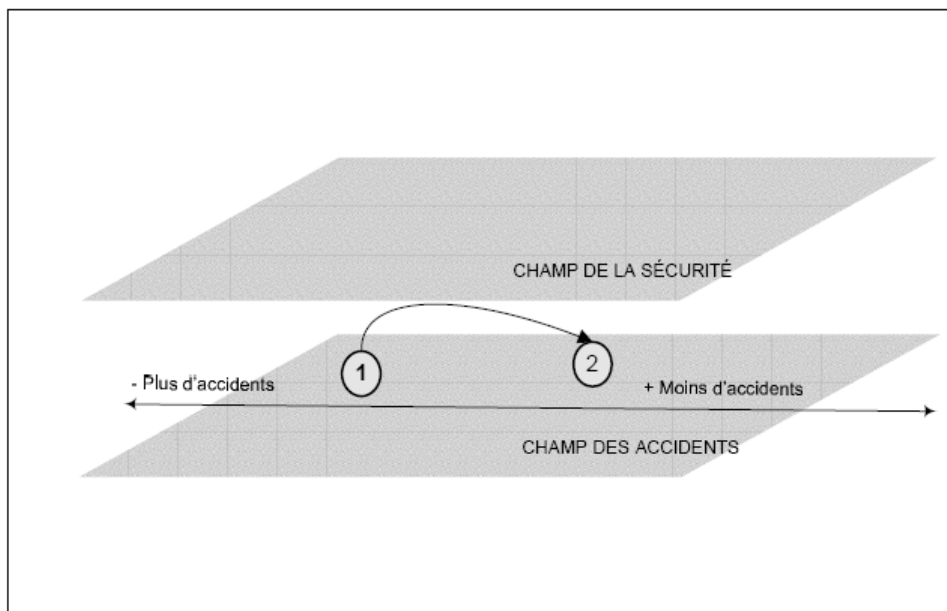
La première de ces hypothèses est que les concepts de sécurité et d'accidents sont deux concepts qui interviennent à des niveaux différents (Figure 1). Pour utiliser l'analogie géométrique, ces deux concepts sont des plans différents qui se croisent. L'impact simultané de toute intervention sur les accidents et sur la sécurité va dépendre de la nature même de l'intervention. Certaines interventions pourront améliorer la sécurité tout en ayant un impact nul sur les accidents dans l'organisation (passage de la situation 1 à la situation 2), d'autres auront un impact sur les accidents sans en avoir sur la sécurité (passage de la situation 2 à la situation 3), d'autres enfin auront un impact à la fois sur les accidents et sur la sécurité (passage de la situation 1 à la situation 3). La force de l'impact des interventions axé sur l'un des concepts sur l'autre concept va quand à elle dépendre de la proximité entre les concepts d'accidents et de sécurité (illustrée par l'angle d'intersection des deux espaces). Le fait que les deux concepts aient des points communs n'implique pas nécessairement que les interventions au niveau de l'un des concepts aient un impact sur l'autre.

Figure 1 : Ce qui est fait pour réduire les accidents peut avoir un impact sur le niveau de sécurité



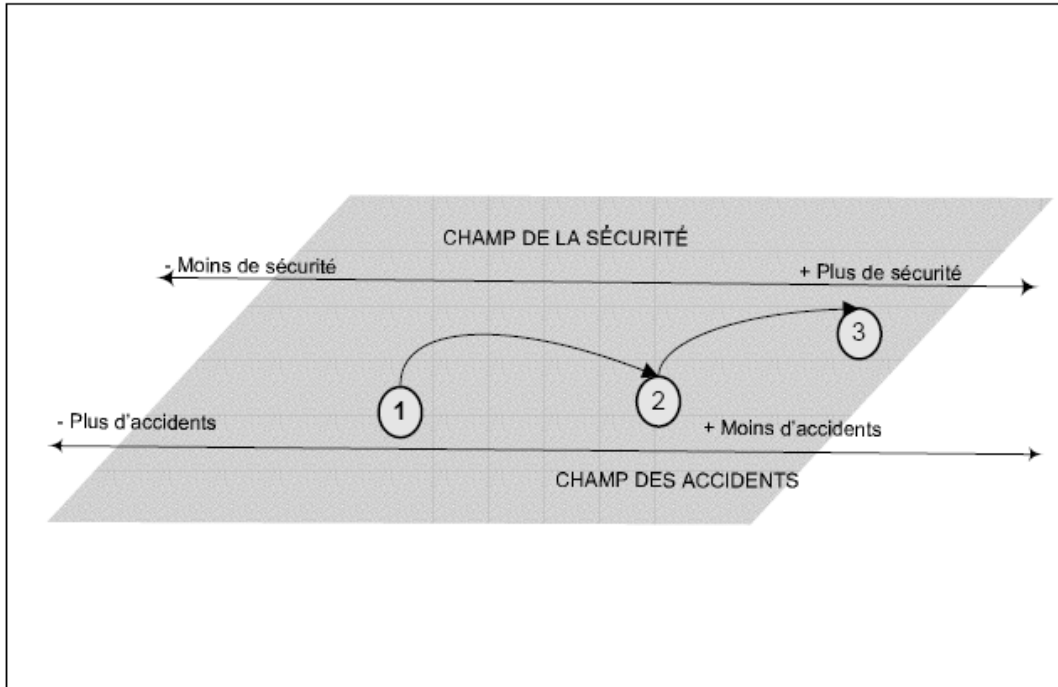
La deuxième hypothèse est illustrée par la Figure 2. C'est la situation où les interventions sur les accidents n'ont pas d'impact sur la sécurité, car ces deux concepts n'ont pas de liens entre eux. C'est ce qui pourrait se produire dans le cas où par exemple, la sécurité serait fortement subjective et que les politiques mises en place ne ramènent pas la confiance au sein des groupes affectés par les accidents.

Figure 2 : Ce qui est fait pour réduire les accidents n'a aucun impact sur le niveau de sécurité



La Figure 3, par contre, présente une situation où les interventions sur les accidents, quand elles sont couronnées de succès, ont pour effet d'améliorer également la sécurité.

Figure 3 : Ce qui est fait pour réduire les accidents a un impact sur le niveau de sécurité



On le voit donc, la discussion ontologique sur le concept de sécurité mérite que l'on s'y attarde. Les implications en termes méthodologiques et surtout en termes de responsabilité et de politiques de sécurité à mettre en place sont énormes. De la conception de ce qu'est la nature de l'objet "concept de sécurité", dépend en effet le choix des outils de recherche, des indicateurs pour l'évaluation, des méthodes d'intervention. En termes de responsabilité, cette discussion permettra d'identifier quels sont les acteurs responsables de la sécurité et ce dont ils sont réellement responsables. C'est une mise au point qui est nécessaire pour éviter la situation injuste dans laquelle on attend de certaines personnes qu'elles produisent des résultats sans leur donner le contrôle des éléments pouvant conduire à de tels résultats. Enfin la connaissance de ce qu'est l'objet "concept de sécurité" permettra d'effectuer un choix éclairé parmi les options de politiques à mettre en place pour améliorer la sécurité dans les organisations de santé.

### 1.2.3 La perspective téléologique

Le champ téléologique permet de définir les intentions, les buts, les finalités et les solutions et de décrire la logique qui guide les acteurs.

Pour ce qui est du concept de sécurité, le champ téléologique permettrait de répondre à la question : **"Pourquoi veut-on la sécurité?"** pour chacun des acteurs clés dans le système de santé (pouvoirs publics, établissements, professionnels, patients, etc.). Si le concept de sécurité est considéré comme une entité subjective, la logique de l'observateur joue un grand rôle à la fois pour cerner le contenu et le sens du concept et pour identifier les solutions possibles aux situations problématiques.

Stone [7] par exemple, en définissant **la sécurité comme la satisfaction des besoins humains minimaux**, ne manque pas de souligner l'importance des projets qui sous tendent la définition des ces besoins minimaux pour expliquer les conflits qui peuvent surgir en termes de politiques (les différentes significations de l'expression "besoins humains minimaux" qui peuvent être source de conflits sont : les besoins matériels versus les besoins symboliques, les besoins absolus versus les besoins relatifs, les besoins directs versus les besoins instrumentaux, les besoins présents versus les besoins futurs, les besoins physiques versus les besoins communautaires).

#### 1.2.4 La perspective méthodologique

Sur le plan méthodologique, on peut faire une typologie des méthodes jugées valables pour la réflexion, la représentation, la reconstruction et la création de problèmes et de solutions. Une première approche consisterait à identifier les liens de causalité entre certains facteurs et le concept de sécurité par des méthodes rationnelles et déterministes et à intervenir sur ces relations causales pour recréer la sécurité. Une seconde approche serait d'utiliser des méthodes plus holistiques qui tiennent compte à la fois de l'agenda de l'observateur et du contexte (politique, culturel, organisationnel) qui prévaut.

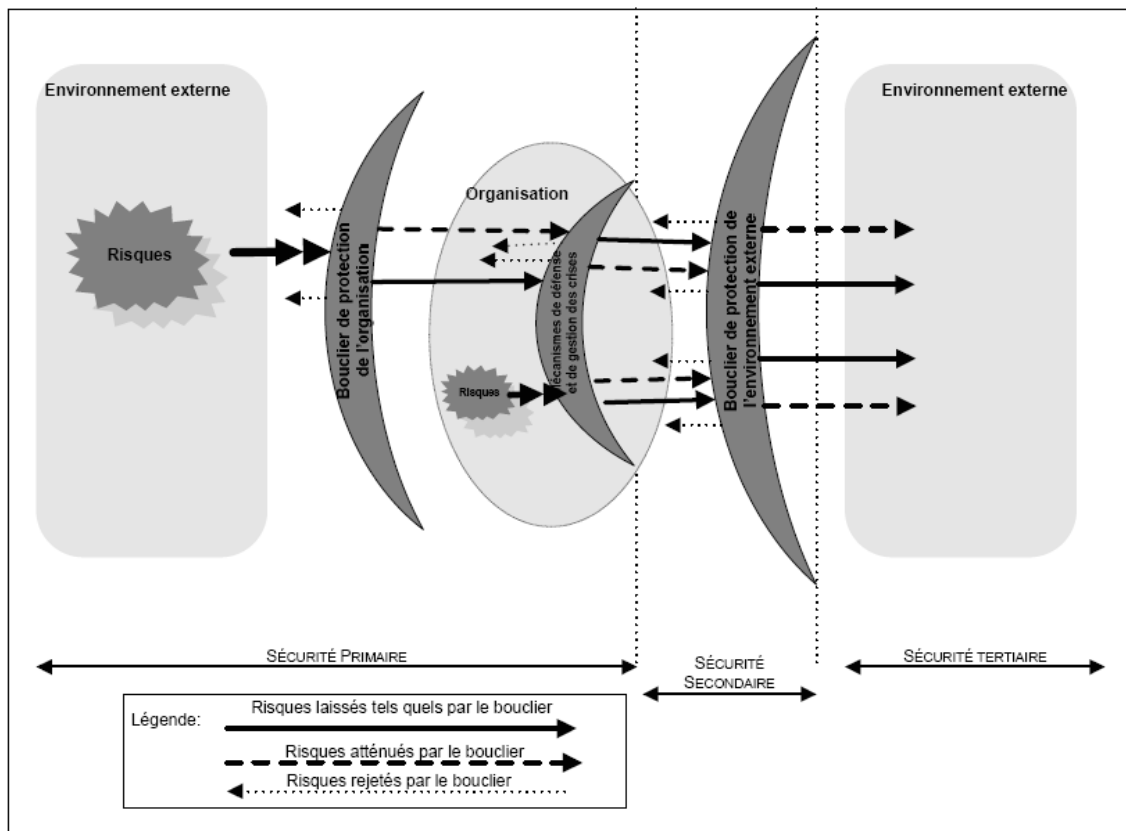
## DEUXIÈME PARTIE : SYSTÈME DE SÉCURITÉ OU SYSTÈME DE GESTION DES CRISES

Tout comme le concept de santé, il semble que le concept de sécurité ait du mal à échapper aux tentatives réductionnistes. Pendant longtemps en effet la santé a été définie en des termes négatifs comme l'absence de maladie. Cette conception a conduit au formidable développement des systèmes de soins que l'on connaît. Les premières tentatives pour reconnaître et prendre en compte dans les politiques de santé, les déterminants autres que le système de soins ont mis du temps à s'imposer et constituent encore à l'heure actuelle un défi important. Pour ce qui est du concept de sécurité, la plupart des définitions le réduisent à la gestion des crises et/ou des risques dans les organisations ou les systèmes (de santé ou autre). L'avantage de cette perception négative est qu'elle permet de représenter la sécurité par des phénomènes quantifiables et mesurables. Dans cette logique, le principal déterminant de la sécurité serait l'existence de systèmes appropriés de prise en charge des accidents et des crises (pourquoi et comment l'accident survient, comment l'éviter et/ou s'en prémunir, comment en circonscrire les effets?). Dans l'hypothèse où tout ce que l'on fait pour réduire les accidents a un impact sur la sécurité, un tel système peut certainement jouer un rôle décisif pour la sécurité des individus, des organisations, des systèmes en général. Dans le cas où sécurité et accidents seraient en fait des concepts différents, c'est dans un contexte plus large de prise en charge de la sécurité que ce système donnerait tout son rendement. Autrement, les preneurs de décision pourraient se retrouver à plus ou moins long terme devant le constat de l'inefficacité des outils utilisés pour améliorer la sécurité en raison de leur incapacité à agir sur des déterminants cruciaux à l'extérieur du système de gestion des crises et des accidents. Il serait alors très probable que des sommes importantes soient investies dans les systèmes de prise en charge des accidents alors que les autres déterminants (peut être les plus importantes et sur lesquels il pourrait être possible d'agir à moindre coût) restent à l'extérieur du cadre conceptuel qui guide les politiques.

Dans cette deuxième partie, nous allons essayer de représenter ce que pourrait être un système de gestion des crises et des accidents. La Figure 4 le représente comme un système à trois niveaux (primaire, secondaire et tertiaire) définis selon la capacité de l'organisation de santé à circonscrire les effets des accidents qui y sont produits ou qu'elle produit.

Au niveau primaire les boucliers mis en place par l'organisation doivent servir à la protéger des risques qui viennent tant de l'extérieur que de l'intérieur en empêchant qu'ils se traduisent en accidents ou en crises au sein de l'organisation. Si cette étape de prévention ne s'est pas avérée fructueuse l'objectif sera d'atténuer les effets néfastes de ces accidents et crises dans la mesure où leur prise en charge n'implique pas la mobilisation de ressources importantes. Un autre objectif de la gestion des crises et des accidents au niveau primaire est de réparer les dégâts (relativement légers à cette étape) causés au sein de l'organisation. On a donc au niveau primaire de la prévention (c'est à dire un ensemble de stratégies à long terme visant à traiter les causes de l'insécurité et non les symptômes) et la prise en charge des accidents qui ne provoquent pas un déséquilibre profond de l'organisation et qu'elle est capable de circonscrire rapidement.

Figure 4 : Le système de gestion des crises et des accidents



Au niveau secondaire, le principal objectif est de prendre en charge des accidents qui ont pour résultat une désorganisation en profondeur de l'organisation de santé, de réparer les dégâts au sein de l'organisation, d'empêcher la propagation des accidents et des crises en dehors des limites de l'organisation et si cela est déjà arrivé, de mettre en place les mesures nécessaires pour protéger l'environnement externe à l'organisation. Ce dernier point est d'ailleurs la mission que se propose d'accomplir une coalition américaine qui a pour nom

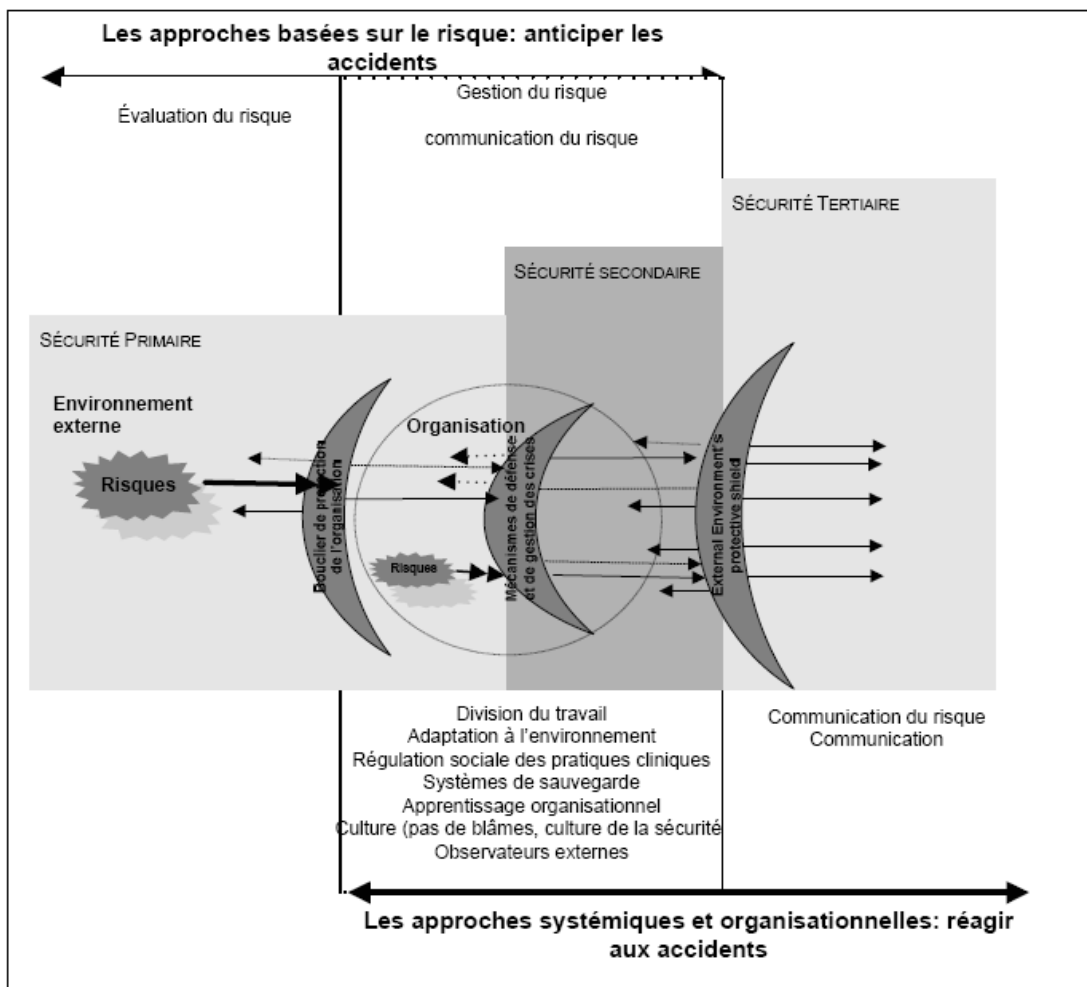
"Health without harm". Cette coalition ambitionne de transformer le secteur de la santé à travers le monde de façon à ce qu'il écoliquement supportable et qu'il ne soit plus source de dangers pour la santé publique et l'environnement, sans compromettre la sécurité des patients et les soins qui leur sont offerts. Au Canada, une coalition identique existe sous le nom de "Coalition canadienne pour un système de santé écologique".

Au niveau tertiaire, le principal objectif est de gérer les effets des crises et des accidents dans l'environnement externe pour en réduire les effets sur la population et l'environnement et pour recréer la confiance du public par rapport à l'organisation.

La Figure 5 représente la façon dont les différentes théories de la sécurité du rapport de Miller, Giacomini et al. [1] s'articulent dans le système de prise en charge des risques et des accidents.

Les approches basées sur le risque ont une composante "prévention" très importante et peuvent fournir des éléments pour améliorer la sécurité au niveau primaire et en partie au niveau secondaire. Les approches systémiques et organisationnelles quant à elles, fournissent des éléments importants pour améliorer la sécurité au niveau secondaire et tertiaire.

Figure 5 : Le système de prise en charge des accidents et les théories de la sécurité





## TROISIÈME PARTIE : LA SÉCURITÉ, LES ORGANISATIONS DE SANTÉ ET LES DÉTERMINANTS ORGANISATIONNELS DES ACCIDENTS DE LA QUALITÉ ET DU CHANGEMENT

Dans cette troisième partie, nous proposons une conceptualisation élargie du concept de sécurité. Nous revoyons aussi les caractéristiques particulières des organisations de santé et nous passons en revue les déterminants organisationnels des accidents, de la qualité et du changement. Ces trois sections nous permettront en quatrième partie de proposer un cadre préliminaire pour penser la sécurité dans les organisations de santé.

### 3.1 LA SECURITE

Comme nous l'avons montré plus haut, il est possible de définir la sécurité de plusieurs manières différentes. L'examen de la littérature a permis de mettre l'accent sur l'importance de définir la sécurité de façon équilibrée, en tenant compte à la fois de sa nature objective et subjective, de ces aspects négatifs et positifs, des projets et des intentions des personnes qui manipulent le concept. Deux aspects seront présentés ici.

#### 3.1.1 La sécurité est une valeur

Selon Stone [7], quatre grands concepts dominant le langage des discours de politiques en générale :

- l'équité (traiter de la même manière les cas semblables);
- l'efficacité (Produire le maximum d'output avec une quantité donnée d'input)
- la liberté (Faire ce que l'on souhaite aussi longtemps que l'on ne cause de torts à personne)
- la sécurité (la satisfaction des besoins humains minimaux)

Dans son ouvrage, l'auteur nomme ces concepts des buts, et souligne cependant que ces principes sont quelques fois évoqués comme des justifications pour une politique donnée, pour une action gouvernementale, ou pour ne pas prendre de décision. Ils sont également utilisés comme des critères d'évaluation des politiques. Enfin ces principes peuvent être appelés **des valeurs**, ce qui suggère un ensemble de considérations plus complexe plutôt qu'un point fixe définitif.

Dans cette optique, la sécurité se retrouve au même titre que l'équité, la liberté et l'efficacité au rang des valeurs fondamentales des sociétés modernes. Autrement dit, selon la définition que le Forum National sur la Santé [8] au Canada a donnée au terme valeur, la sécurité fait partie **des convictions, bien ancrées, qui ne correspondent pas nécessairement aux attitudes et aux comportements mais qui, en fin de compte, les motiveront.**

#### 3.1.2 La sécurité est un besoin organisationnel

Les organisations, comme les individus ont des besoins divers à satisfaire. Tous n'ont certes pas la même fonction et encore moins la même importance. Sicotte et al [9] ont proposé aux

gestionnaires un cadre conceptuel intégrateur des différents modèles d'analyse de la performance pour identifier les besoins nécessaires à la survie et à la performance des organisations de santé. Selon ce modèle, une organisation doit, pour assurer sa survie, établir un équilibre entre quatre fonctions principales qui sont :

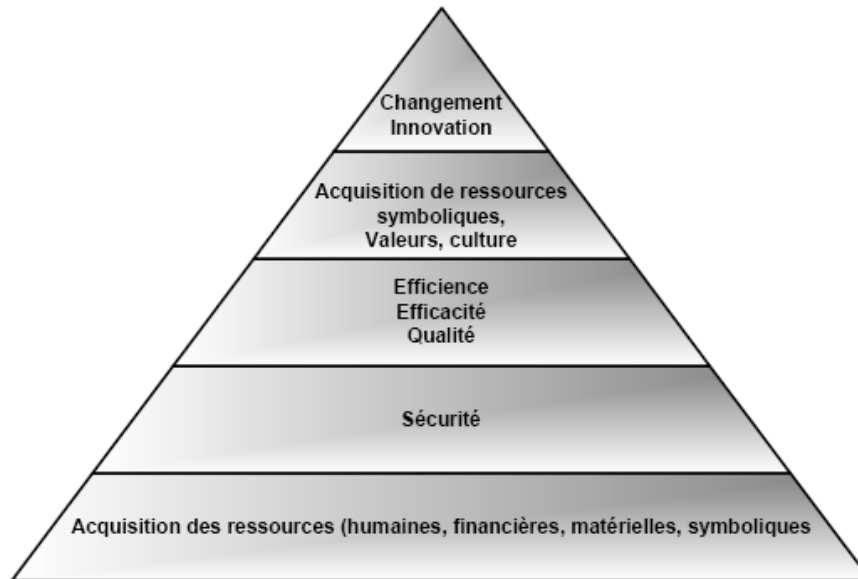
- **L'adaptation** : fonction liée à la capacité de l'organisation à trouver dans son environnement les ressources pour survivre tout en s'adaptant à un environnement dynamique. Dans le court terme, l'établissement de santé doit se procurer les ressources nécessaires au maintien et au développement de ses activités (capacité d'acquisition des ressources; orientation vers les besoins de la population; capacité d'attraction de clientèles; habileté de mobilisation communautaire). Dans le plus long terme, l'établissement de santé doit développer son habileté à se transformer afin de s'adapter aux changements technologiques, populationnels, politiques et sociaux;
- **L'atteinte des buts** : fonction liée à la capacité de l'organisation à atteindre ses buts fondamentaux. Pour une organisation publique de santé, ces buts sont notamment l'amélioration de l'état de santé des individus et de la population (une dimension d'efficacité) dans un cadre d'économie de moyens (efficacité) pour satisfaire différents groupes d'acteurs en regard des résultats obtenus (satisfaction des divers groupes d'intérêts);
- **La production** : fonction liée à la capacité de l'organisation à exécuter les tâches qui lui sont propres. C'est le noyau technique de l'organisation. Traditionnellement c'est à ce niveau qu'on retrouve la majorité des indicateurs qui sont généralement utilisés pour mesurer la performance des établissements de santé (volume des services produits, coordination, productivité (efficacité technique), qualité des soins;
- **Le maintien des valeurs** : fonction liée à la capacité de l'organisation à créer un consensus autour des valeurs fondamentales qui vont guider l'action ainsi qu'à maintenir un climat organisationnel approprié.

En trame de fond de ces fonctions essentielles, on retrouve la sécurité dans toutes ses acceptions. À partir donc de ce cadre conceptuel, on peut établir pour les organisations, une pyramide des besoins analogue à la fameuse pyramide de Maslow [10] qui présente cinq besoins humains de base classés par ordre d'importance. Le premier besoin domine le comportement humain jusqu'à ce qu'il soit satisfait. C'est à ce moment que le deuxième besoin exerce sa tyrannie jusqu'à ce qu'il soit satisfait, et ainsi de suite. À la base de la pyramide de Maslow se trouvent les besoins physiologiques (les besoins fondamentaux pour survivre y compris pour assouvir la faim et la soif). Au second niveau, on retrouve les besoins de sécurité, au troisième niveau les besoins d'appartenance et d'amour, au quatrième niveau, les besoins d'estime et de statut. Enfin au cinquième niveau, le besoin d'accomplissement personnel.

Les fonctions fondamentales identifiées dans le modèle parsonien de Sicotte et al [9] pour assurer la survie de l'organisation peuvent être repensées en terme hiérarchique pour construire une pyramide des besoins organisationnels. Au premier niveau, on retrouverait l'acquisition des ressources humaines, matérielles, financières qui correspondent pour l'organisation aux besoins physiologiques humains sans lesquels aucune activité n'est possible. Au deuxième niveau, on retrouverait les besoins de sécurité, qui ne deviennent impératifs que lorsque l'organisation a un minimum de ressources pour fonctionner et qui, une fois assouvis, laissent l'opportunité à d'autres besoins de s'exprimer. Au troisième niveau,

on retrouverait un ensemble de préoccupations liées à la qualité, l'efficacité et l'efficience. Au quatrième niveau, se trouve un aspect de l'acquisition des ressources, mais symboliques cette fois. Enfin au cinquième niveau, se trouvent les besoins de changement et d'innovation (Figure 6).

**Figure 6 : Hiérarchie des besoins organisationnels**



La sécurité apparaît donc comme un besoin organisationnel fondamental pour les organisations de santé, une base sans laquelle on ne peut parler ni de qualité, ni d'efficacité, ni d'efficience, ni de reconnaissance par la communauté, ni d'innovation, etc.

### **3.2 LES CARACTERISTIQUES PARTICULIERES DES ORGANISATIONS DE SANTE**

Il est important qu'un cadre d'analyse de la sécurité dans les organisations de santé repose sur une compréhension fine des caractéristiques distinctives de ces organisations. Les organisations de santé sont des organisations basées sur la connaissance avec huit traits distinctifs :

- La prédominance du centre opératoire constitué par la pratique professionnelle. Le principal mécanisme de coordination du travail professionnel est la standardisation des compétences et de l'expertise.
- Une différenciation importante entre sous unités de production accompagnée par une faible intégration : des endroits incroyablement fragmentés.
- Une variation substantielle dans l'implication ("commitment") des professionnels. L'organisation doit accepter des formes diverses d'engagement et se structurer de manière à permettre une intégration des professionnels respectueuse de leurs modes d'engagement pour favoriser l'émergence de valeurs partagées par l'organisation et les professionnels.

- L'impossibilité du contrôle coercitif du travail professionnel. La nature de cette production exige que le contrôle soit laissé aux opérateurs mêmes. L'organisation doit résister à la tentation d'imposer des contrôles technocratiques qui sont non seulement illusoires, mais génèrent de l'insatisfaction et des conflits, font baisser la conscience professionnelle, constituent des incitations négatives au perfectionnement et à l'innovation et s'immiscent de façon indue dans la relation entre le professionnel et son client.
- Une tension fondamentale entre la codification des connaissances, nécessaire au pilotage de ces organisations, et l'autonomie professionnelle requise par la nature du travail des professionnels.
- Un besoin d'interaction entre professionnels, par ailleurs autonomes. Cette interaction est nécessaire au développement des ressources humaines, à l'exercice du jugement professionnel et à l'apprentissage. Les normes et règles qui permettent au professionnel de s'orienter devant des problèmes qui sont marqués par de fortes incertitudes, y compris les problèmes d'insécurité, émergent de ces interactions et reposent dans les communautés de pratique qui se forment à travers le temps. La socialisation est donc le principal outil d'apprentissage organisationnel.
- Des problèmes et besoins de coordination importants : la standardisation des compétences est un mécanisme faible de coordination. Comme l'ont écrit Glouberman et Mintzberg [11] : " This rather automatic means of coordination - that if everyone does as expected, the system will work smoothly- too often fails because problems arise that cannot be predicted."(p72). Lorsque des situations complexes émergent, les professionnels peuvent s'appuyer sur l'ajustement mutuel (interaction directe entre acteurs), mécanisme paradoxalement le plus approprié à la fois dans les situations les plus simples et les situations les plus complexes. De plus une organisation professionnelle peut aussi s'appuyer sur la standardisation des valeurs, c'est à dire la coordination par le recours à un système robuste commun de croyances, valeurs, cultures et représentations.
- Une forte rigidité et lourdeur dans l'action de gouverner. Ce sont des organisations où les problèmes de coordination et de contrôle évoqués ci haut, la dispersion des pouvoirs et l'importance des influences externes rendent la prise de décision lourde et périlleuse. De même ces organisations tendent à être peu innovantes, à mal s'adapter à des événements imprévus liés à de la turbulence dans leur environnement et à difficilement implanter les changements.

### **3.3 LES DETERMINANTS ORGANISATIONNELS DES ACCIDENTS DE LA QUALITE ET DU CHANGEMENT DANS LES ORGANISATIONS DE LA SANTE**

L'élaboration d'un cadre conceptuel pour l'analyse des déterminants organisationnels de la sécurité (telle que définie en 3.1) dans les organisations de santé (dont les particularités sont décrites en 3.2) peut s'appuyer selon nous sur les connaissances dérivées de plusieurs champs de connaissance en gestion.

### 3.3.1 Les déterminants organisationnels des accidents

Clairement la littérature sur les déterminants des accidents et désastres dans les activités organisationnelles à haut risque est directement pertinente. Ces accidents étant une composante de la problématique de la sécurité.

Ces travaux ont déjà fait l'objet d'une excellente recension dans le rapport de Miller, Giacomini et al [1]. Nous nous contenterons d'en rappeler ici les grandes lignes.

Deux principales visions s'affrontent quant aux facteurs déterminants et protecteurs des accidents : la « Normal Accident Theory » (NAT) et la « High Reliability Accident Theory » (HROT). Selon la NAT, les accidents sont inévitables dans des systèmes complexes où les processus de production sont fortement imbriqués et interdépendants (« highly coupled »). Selon cette théorie, le contrôle technocratique et la redondance des processus peuvent contribuer à amplifier les problèmes. La formation est de peu d'utilité. Pour notre propos, les deux prescriptions les plus intéressantes de la NAT sont certainement que :

- Une organisation aurait intérêt à réduire le niveau d'interdépendance des processus de production. Si elle peut avoir une situation de faible interdépendance, la prise de décision devrait être décentralisée de façon à permettre aux opérateurs de s'adapter à l'incertitude et à l'imprévu.
- Lorsque les processus sont complexes et fortement interdépendants, l'organisation doit adopter des processus de décision à la fois décentralisés (pour s'adapter à l'imprévu) et centralisés (pour coordonner une réponse rapide qui se doit d'être globale et donc centralisée à cause de l'interdépendance).

Selon la HROT, certaines organisations réussissent à prévenir les accidents. Ces organisations font de la sécurité une priorité et développent une « culture de la sécurité ». Elles dupliquent les processus de production. Elles sont hiérarchiques et l'autorité y est centralisée, mais en temps de crise, elles savent adopter des processus décentralisés pour faire en sorte que les personnes les plus compétentes, étant donné le problème, puissent agir. Elles favorisent l'implication des professionnels (des opérateurs). Elles mettent de l'avant des programmes d'appréciation de la qualité et de la performance et des activités continues de formation.

Karl Weick, un des auteurs importants dans le développement de la HROT, a aussi étudié l'importance de la prise de conscience (sensemaking) dans les processus de désintégration qui transforme des événements imprévus en catastrophes. Selon lui, les facteurs suivants peuvent contribuer à la capacité d'une organisation à résister à la désintégration (organizational resilience) :

- la capacité d'improviser;
- la capacité des opérateurs de rapidement s'imaginer et assumer des rôles différents;
- la promotion d'une culture qui valorise la sagesse; c'est-à-dire une attitude de doute raisonnable entre la confiance excessive et le doute paralysant;
- l'interaction continue et respectueuse des acteurs;
- la communication informelle intensive;

- une culture forte.

### 3.3.2 Les déterminants organisationnels de la qualité

La sécurité est directement reliée à la qualité : la sécurité est un pré requis, une condition essentielle constitutive de la qualité. Aussi la littérature sur les déterminants organisationnels de la qualité nous semble-t-elle pertinente.

Il existe une littérature normative assez importante sur les déterminants organisationnels de la qualité.

Au palmarès des prescriptions dans ce domaine, figurent en bonne place :

- les incitations économiques (aux professionnels : modalités de paiement, aux institutions : mécanismes de financement, caractère privé ou public, etc.);
- la formation du personnel (niveau de qualification des médecins, des autres professionnels de la santé...) et les processus d'apprentissage;
- l'expérience, i.e. le nombre de cas de même type traités dans l'établissement de santé;
- le contrôle laissé aux professionnels (structures d'autorité et mécanismes de contrôle, organisation du personnel médical et de leur pratique, etc.);
- les pratiques de gestion (coordination, communication);
- la culture organisationnelle, les activités d'appréciation et les programmes d'amélioration continue de la qualité;
- l'engagement (l'implication) du personnel médical dans les organisations de santé;

Certains de ces facteurs ont déjà fait l'objet de vérifications empiriques et il existe un consensus quant à leur impact sur la qualité.

Des facteurs tels que l'organisation du personnel médical, les pratiques de gestion (coordination, communication), l'appartenance à un réseau, sont reliés (positivement ou négativement) à la qualité [12]. L'équipement et la technologie dont dispose un établissement de soins, les pratiques de gestion, l'intensité du staff infirmier [13], le statut public ou privé des hôpitaux, l'appartenance à un réseau, l'intensité de service [14] sont reliés à la mortalité. Le niveau de qualification des médecins, l'équipement et la technologie, l'intensité du staff infirmier, l'influence professionnelle, la taille des organisations [13] sont des caractéristiques que l'on peut relier à la morbidité.

Pour les autres facteurs (Tableau II), la littérature ne permet pas encore de se prononcer car il existe autant d'évidences qui établissent un lien entre eux et la qualité qu'il en existe qui n'en établissent pas. Les recommandations de la littérature normative semblent encore pertinentes.

Tableau II : Liens entre facteurs organisationnels et qualité

	Qualité				Mortalité				Morbidité				Autres effets adverses			
	Relié	Pas de changement ou non relié	Evidences mixtes	Peu ou Pas d'evidence	Relié	Pas de changement ou non relié	Evidences mixtes	Peu ou Pas d'evidence	Relié	Pas de changement ou non relié	Evidences mixtes	Peu ou Pas d'evidence	Relié	Pas de changement ou non relié	Evidences mixtes	Peu ou Pas d'evidence
Incitatifs financiers		Flood (1994)														
Niveau de qualification des médecins			Flood (1994)						Shortell (1997)							
Nombre de cas du même type			Flood (1994)					Shortell (1997)								
Organisation du personnel médical	Flood + (1994)															
Organisation du personnel (autre que les médecins)				Flood (1994)												
Les qualifications du personnel (hors médecins)				Flood (1994)		Infirmiers, Shortell (1997)								Shortell (1997)		
Équipement et technologie				Flood (1994)	Shortell (1997)				Shortell (1997)							
Accréditation (sécurité, hygiène)				Flood (1994)												
Les pratiques de gestion (coordination, communication)	Flood + (1994)				Shortell (1997)	Young et al (1998)					Young et al (1998)					
Structures d'autorité, mécanismes de contrôle			Flood (1994)													
Statut de propriété des hôpitaux				Flood (1994)	Al-Haider (1991)	Shortell (1997)										
Types de cas de malades				Flood (1994)												
Statut universitaire				Flood (1994)		Shortell (1997)					Shortell (1997)					





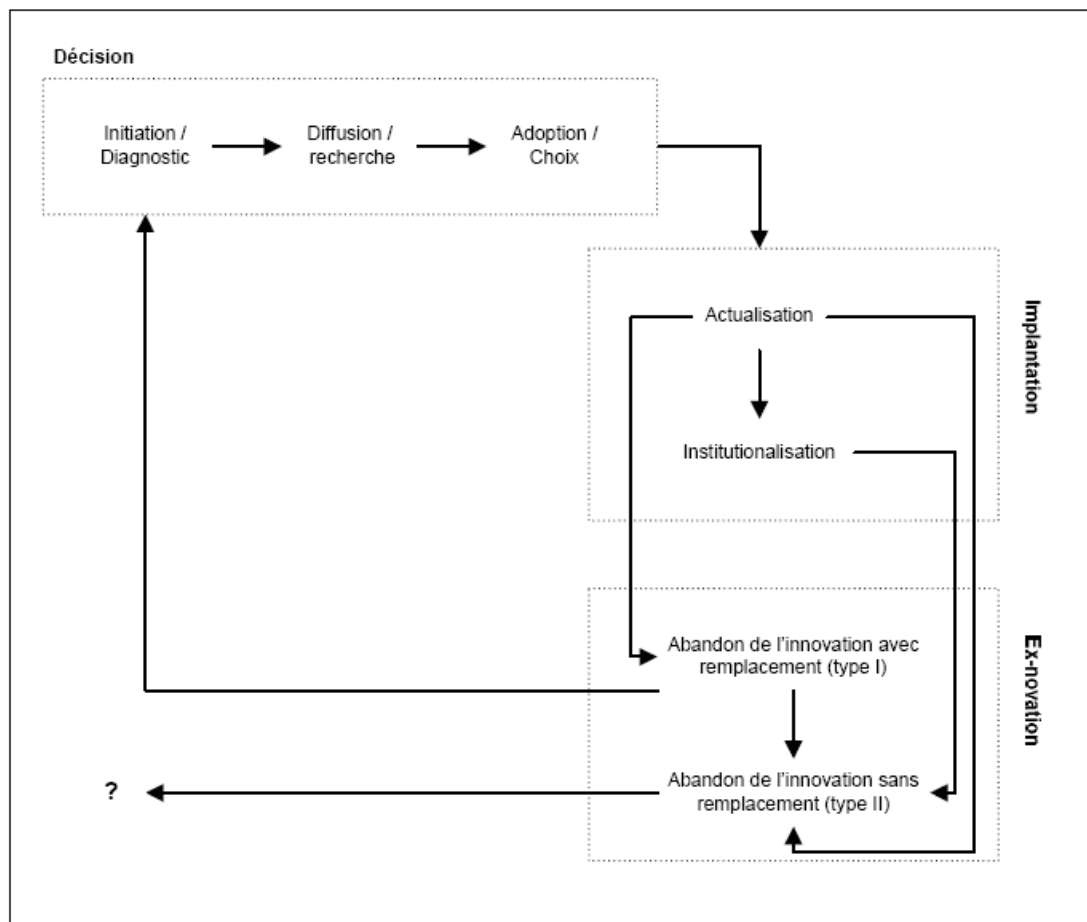
### 3.3.3 Les déterminants organisationnels du changement et de l'adaptation

Les accidents et les problèmes d'insécurité sont des problèmes auxquels les organisations doivent s'adapter. Donc la littérature sur les déterminants du changement et de l'adaptation est pertinente.

La gestion du changement est un des thèmes majeurs, sinon le plus important, de la littérature en gestion qu'elle soit de source populaire ou issue de travaux scientifiques.

Le processus de production du changement dans les organisations peut être décomposé en plusieurs étapes (Figure 7). Le nombre d'étapes et la terminologie employée par différents auteurs peut varier mais on y retrouve trois grandes phases : l'élaboration de la décision de changement qui comprend des étapes d'initiation ou diagnostique, de diffusion ou de recherche de solutions et d'adoption ou choix d'une solution; l'implantation de la décision, à court terme (l'actualisation) et à long terme (l'institutionnalisation) et éventuellement l'abandon avec ou sans remplacement. L'échec du changement planifié peut survenir à n'importe quel moment des deux grandes premières étapes. Ainsi, il peut être utile de distinguer entre les échecs de décision et les échecs d'implantation.

Figure 7 : Processus de production du changement dans les organisations



Les échecs de décision se produisent lorsque le diagnostic n'amène pas la décision d'adopter un changement ou une pratique qui en découlerait. On sait ce qu'on doit faire mais on ne se décide pas à le faire (on ne se rend pas dans le processus de décision jusqu'au choix de le faire).

L'échec du changement peut aussi survenir pendant l'étape d'implantation. Dans ce cas, la décision est prise mais le changement n'est pas, très peu, ou mal implanté. Ainsi Nutt [15], sur la base d'une série d'études menées au cours des 15 dernières années dans un vaste échantillon d'organisations, conclue que la moitié des décisions sont des échecs en ce sens qu'elles ne sont pas mises en œuvre.

Comment se comparent les organisations de santé quant à leur capacité à implanter le changement? On pourrait s'attendre intuitivement à ce que ces organisations aient encore plus de difficultés à implanter des changements mais la littérature est plutôt ambiguë à ce sujet. Ainsi, en tant qu'organisations publiques, les organisations de santé ont des processus de décision plus laborieux et tortueux [16], plus turbulents et conflictuels [17]. Leur caractère d'organisations professionnelles renforce encore plus ces caractéristiques du processus de décision. Bien que logiquement ceci puisse être associé à plus d'échecs de décision, il semble que ce ne soit pas le cas si des processus de décisions adaptés et appropriés sont utilisés [15, 16]. De façon similaire, bien que la littérature des années 70 semble indiquer que les échecs d'implantation du changement soient plus prévalents dans les organisations publiques [18-20], la littérature plus récente semble indiquer beaucoup moins de différences dans les succès d'implantation [21-23].

Cependant, il demeure que les organisations de santé tendent à avoir peut-être plus souvent que les organisations du secteur privé, certaines caractéristiques qui sont peu propices au changement. La question de ces déterminants est la préoccupation de l'approche structurelle du changement.

L'approche structurelle a fait l'objet de plusieurs études sur le changement depuis une trentaine d'années. Selon la perspective structurelle, les organisations qui réussissent à implanter avec succès un changement se distinguent des autres par leur structure et par leur capacité à adapter leurs structures aux exigences du changement.

Plus précisément, le succès de l'implantation de changement semble influencé par une série de caractéristiques ayant trait (1) aux attributs organisationnels tels la taille, la centralisation, la formalisation, le niveau d'expertise, etc. [24-32]; (2) au contexte organisationnel, c'est-à-dire, entre autres, l'incertitude environnementale, le degré de compétition, l'aisance organisationnelle, le degré d'urbanisation, etc. [28, 30, 33]; (3) aux attributs des gestionnaires tels le «locus of control», l'attention portée à l'innovation, l'orientation cosmopolite ou locale [30, 31, 33, 34].

Cette perspective structurelle du changement origine des travaux précurseurs de Burns et Stalker [25] qui ont popularisé l'idée que des organisations de forme organique (peu formalisées, décentralisée, flexibles, participatives) pouvaient plus facilement s'adapter et s'approprier des innovations et des changements. Cette idée s'est montrée fort robuste depuis ce temps et a été reprise et appliquée de toutes sortes de façons, par exemple dans la désormais classique *In Search of Excellence* de Peters et Waterman [35]. De façon plus générale, l'importance des déterminants structurels du changement a été soulignée à répétition [36-41].

De plus, suivant la théorie de la contingence [42], l'approche structurelle situe aussi la capacité de changement d'une organisation dans l'adaptabilité de son design, c'est-à-dire, dans un amalgame de décisions touchant la spécialisation, la formalisation, la taille des unités et sous-systèmes, le principe de regroupement (fonctionnel et marché), la centralisation, les mécanismes de liaison entre unités et l'intensité de la planification et du contrôle [43, 44]. Ces décisions sont prises par rapport à un ensemble de facteurs environnementaux et technologiques [44, 45]. Dans l'ensemble, le design doit refléter un ajustement («fit») aux différentes contraintes qui pèsent sur l'organisation. L'enjeu majeur que pose cette perspective est la détermination d'une structure appropriée et efficace qui conserve une flexibilité suffisante pour réagir aux changements qui se produisent dans l'environnement.

La transformation du design de l'organisation témoigne en somme d'une incorporation structurelle du changement. En effet, selon ce modèle, l'organisation qui répond positivement au changement se modifie de façon à éliminer cette source de pression externe qui pèse sur elle. Le changement est dans un sens «routinisé» [46], c'est-à-dire qu'il aura par la suite des répercussions importantes sur le fonctionnement de l'organisation et sur la manière dont elle s'acquittera de ses tâches et fonctions.

Le rôle du gestionnaire dans une perspective structurelle se résume à celui d'un réorganisateur. Il opère des réorganisations pour répondre à de nouvelles contraintes ou opportunités résultant des modifications importantes de certains facteurs situationnels. Il doit donc porter une attention particulière aux transformations qui se produisent dans ces facteurs.

L'approche structurelle n'est pas la seule à proposer des éléments à prendre en compte pour produire le changement dans les organisations. D'autres facteurs ont été mis en avant par les approches telles que le modèle hiérarchique et rationnel, l'approche de développement organisationnel, le modèle psychologique, le modèle politique, l'approche de la gestion stratégique, les perspectives environnementales externes, les approches gurus, le modèle de l'apprentissage, les théories de la complexité. Une synthèse de ces facteurs est présentée à la Figure 8.

Le succès de l'implantation du changement dépendra directement de la nature des processus d'apprentissage et de leadership collectif. Le climat pour l'implantation, la structure et l'environnement technique et institutionnel influenceront les processus d'apprentissage et de leadership collectif et auront aussi une influence directe sur le succès de l'implantation. L'implication des acteurs concernés est vue comme une condition (facteur d'interaction synergistique) pour l'influence du climat sur l'apprentissage.

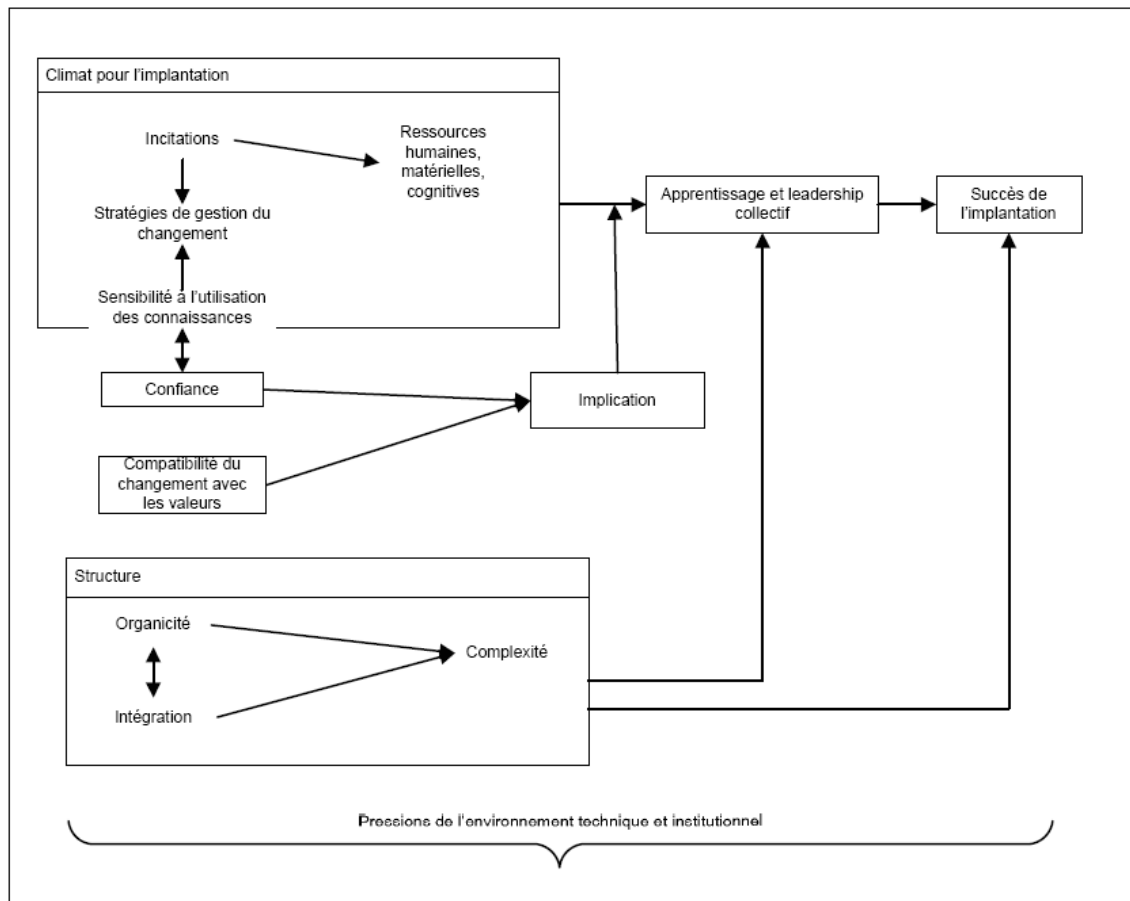
Par climat pour l'implantation, on entend l'ensemble des conditions, politiques et pratiques organisationnelles mobilisées pour l'implantation du changement [47]. Ce climat inclut donc les ressources matérielles, humaines et cognitives vues comme des conditions nécessaires au changement [41, 48]. Le système d'incitation influence bien sûr la disponibilité des ressources et doit aussi être vu comme un facteur important dans la dynamique de changement [49]. Les stratégies de gestion du changement et en particulier l'adoption d'une attitude de valorisation du changement et du risque [41], d'écoute [50], et de facilitation de l'apprentissage influencent aussi la disponibilité des ressources et l'apprentissage collectif. La sensibilisation des décideurs à l'utilisation des connaissances scientifiques devrait être associée aux stratégies de gestion du changement et devrait influencer l'apprentissage.

Trois caractéristiques fondamentales de la structure nous semblent agir de façon inter reliée pour influencer l'apprentissage et directement le succès de l'implantation : son organicité [25], sa complexité et son intégration [51], particulièrement son intégration normative [52, 53].

Finalement, l'implication des différents acteurs concernés, condition nécessaire à l'influence du climat sur l'apprentissage [47] est influencée par la confiance qui règne au sein de l'organisation [54-57] et par la compatibilité du changement avec les valeurs prévalentes dans l'organisation [47].

Cette modélisation des facteurs à considérer pour la production de changement dans les organisations est bien sûr du monde des hypothèses. Elle reflète notre synthèse bien hasardeuse de l'abondante littérature sur le changement (voir Champagne 2002 [58] pour une recension exhaustive de cette problématique) présentée dans cette étude. Elle nous paraît cependant utile pour contribuer à la réflexion sur les principaux enjeux à considérer si on veut penser à la sécurité, phénomène intrinsèquement associé à la capacité d'apprentissage et d'adaptation des organisations.

**Figure 8 : Facteurs à considérer pour induire le changement dans une organisation**



## **QUATRIÈME PARTIE : LES OUTILS ORGANISATIONNELS POUR OPTIMISER LA SÉCURITÉ DANS LES ORGANISATIONS DE SANTÉ**

Sur la base de notre synthèse des connaissances sur les déterminants organisationnels des accidents, de la qualité et du changement présentés ci haut, de notre conceptualisation de la sécurité et des caractéristiques particulières des organisations de santé, nous proposons qu'il importe de considérer six grand facteurs ou outils organisationnels pour optimiser la sécurité dans les organisations de santé : l'adoption de structures favorisant l'adaptation, c'est-à-dire des structures à la fois organiques, intégrées et complexes; le renforcement de la valorisation de la sécurité; le renforcement du climat de confiance; le renforcement de l'implication des professionnels; l'adoption de stratégies appropriées de gestion de la sécurité; et l'établissement d'un leadership collectif de l'apprentissage organisationnel.

### **4.1 L'ADOPTION DE STRUCTURES FAVORISANT L'ADAPTATION**

Tel qu'illustré au Tableau III, la flexibilité structurelle semble être un facteur commun à presque l'ensemble des auteurs et des champs de recherche que nous avons revus. Depuis Burns et Stalker [25], on connaît l'importance de l'organicité de la structure (décentralisation, faible formalisation, haute participation et flexibilité) pour favoriser l'innovation et le changement. Dans le domaine des accidents organisationnels, tous les auteurs, malgré leurs autres différences, s'entendent sur l'importance d'une prise de décision à la fois centralisée et décentralisée et de la flexibilité structurelle. Seul le domaine de la qualité n'insiste pas sur l'importance de structures favorisant l'adaptation.

Le portrait que nous avons tracé plus haut des bureaucraties professionnelles fait plutôt ressortir que ce sont des organisations rigides où la gouverne de l'action est lourde et malaisée. Les problèmes de coordination et de contrôle, la dispersion du pouvoir entre un grand nombre de professionnels et l'importance d'influences externes variées rendent les processus de prise de décision et l'élaboration de stratégie fort périlleux. De même, ces organisations sont bien adaptées à une production standardisée et invariable mais pas à l'innovation. Elles s'adaptent difficilement à des environnements turbulents. De plus, la mise en œuvre de changement y est ardue. Comment alors promouvoir l'adoption de structures favorisant l'adaptation de façon à optimiser la sécurité ?

Certains auteurs ont récemment proposé, en s'inspirant de la théorie de la complexité et du chaos [59, 60] de concevoir les hôpitaux comme « systèmes d'adaptation complexes » [61-66]. Selon les théories de la complexité, le comportement de systèmes complexes peut être très sensible et influencé par de petites différences initiales. Les systèmes complexes tendent à s'auto organiser, i.e. qu'à partir d'un état aléatoire, ils évoluent normalement vers l'ordre plutôt que le désordre. Des processus complexes peuvent résulter, émerger de l'action d'agents qui suivent des règles relativement simples. Selon ce modèle, une organisation confrontée à un environnement turbulent devrait, plutôt que de rechercher l'ordre et la simplicité, chercher à se complexifier en termes d'organisation interne puisque la probabilité d'adaptation augmente si la diversité interne correspond à la diversité externe à laquelle fait face l'organisation. La complexification des arrangements internes implique une plus grande participation des membres de l'organisation à la prise de décision et de meilleures interconnexions entre sous unités de l'organisation.

Dans un hôpital, ceci signifie que les professionnels qui produisent des services et non seulement les médecins gestionnaires devraient être impliqués dans une grande variété de décisions [62, 64, 67-70]. Cette participation accrue non seulement augmente l'information disponible et la capacité de la traiter mais permet aussi, selon la théorie de la complexité, d'améliorer la capacité de l'organisation, d'y donner un sens ([64, 65]).

**Tableau III : Les ajustements structurels pour promouvoir l'adaptation**

<b>NAT</b>	<b>HROT</b>	<b>Weick</b>	<b>Quality</b>	<b>Change</b>
Réduire l'interdépendance des processus	Duplication des processus	Improvisation et blocage	Incitations économiques appropriées	Incitations économiques appropriées
Prise de décision décentralisée	Prise de décisions centralisée	Système de rôles virtuels	Expérience : Volume de cas	Stratégie de gestion du changement
Prise de décision centralisée au besoin	Prise de décision décentralisée au besoin	Attitude de sagesse	Programme d'appréciation de la qualité : globale décentralisée	Sensibilisation à l'utilisation des connaissances
	Sécurité une priorité Culture de la sécurité	Culture de partage d'information et de confiance	Habilitation: contrôle laissé aux professionnels	Confiance
	Implication des professionnels	Communication informelle	Coordination	Organicité, structure
	Appréciation qualité et performance	Fortification des équipes	Formation	Intégration
	Flexibilité structurelle		Engagement	Complexité
	Communication des erreurs et des risques		Communication	Apprentissage collectif
				Implication

Le modèle de système d'adaptation complexe implique aussi que la lourdeur d'action des organisations professionnelles complexes peut être amoindrie par la qualité des interconnexions entre les composantes de l'organisation. Selon la théorie de la complexité, plus le nombre de connections aléatoirement distribuées augmente, plus les organisations sont capables de variété dans leur comportement et donc d'adaptation [61, 64, 71].

En somme, selon les théories de la complexité, le changement, l'adaptation et nous pensons, la sécurité, seront encouragés en favorisant la complexification de l'organisation interne, la communication, et la participation de façon à stimuler l'auto organisation, l'adaptation à la diversité environnementale et l'apprentissage [72].

De façon opérationnelle, nous pensons que les organisations de santé devraient adopter les principes suivants :

- Elles devraient accepter que leurs besoins organisationnels pour survivre, c'est-à-dire la sécurité, la qualité, l'efficacité, l'intégration normative et l'adaptation soient des problèmes ou enjeux complexes, divergents au sens de Schumaker [73]. De tels problèmes ne peuvent être résolus par des méthodes rationnelles, linéaires, aussi

compliquées ou sophistiquées soient-elles. Ces problèmes nécessitent des solutions paradoxales, complexes, faisant place et acceptant positivement le désordre.

- Un des paradoxes essentiels qu'elles doivent accepter est la nécessité de processus de prise de décision à la fois centralisés et décentralisés. Les professionnels et autres opérateurs doivent être en mesure de décider et les processus de décision doivent aussi inclure des considérations synoptiques, i.e. de l'ensemble des enjeux organisationnels.
- L'ajustement mutuel doit être renforcé comme mécanisme principal au même titre que la standardisation des compétences, de coordination des processus de production.
- Les organisations, pour se complexifier, doivent adopter une philosophie et des pratiques de formalisation minimales du travail. Toutes les règles organisationnelles régissant la production devraient être remises en question de façon à minimiser les spécifications pour ne retenir que celles qui sont absolument nécessaires.
- Les organisations doivent expérimenter l'usage de structures novatrices favorisant la complexité.

Plusieurs de ces nouvelles formes organisationnelles sont décrites dans la littérature [74-79]. Parmi celles-ci, la structure inversée et la structure en toile d'araignée proposées par Quinn et al [78, 79] semblent particulièrement intéressantes pour la gouverne des organisations de santé.

Selon ces auteurs, les nouvelles formes d'organisations fondées sur les connaissances (incluant les organisations professionnelles) devront être nettement plus désagrégées. Elles seront hautement décentralisées et repousseront la responsabilité là où l'organisation interagit avec le client. Elles seront plates avec très peu de paliers hiérarchiques. Elles valoriseront l'action et l'adaptation rapide et flexible de façon à permettre la production sur mesure et personnalisée.

La structure inversée est une structure qui tout comme l'organisation professionnelle traditionnelle (y compris sa forme par programme) met l'accent sur l'autonomie. La ligne hiérarchique devient une structure de support au centre opérationnel organisée en «nœuds», i.e. des professionnels ou équipes hautement spécialisés et autonomes. Au besoin, la coordination se fait informellement par ajustement mutuel. Cet agencement structurel est approprié lorsque, comme dans les hôpitaux, le service direct au client est l'activité prédominante de l'organisation et lorsque la personne qui interagit directement avec le client est celle qui détient le plus d'information sur les problèmes du client et sur leurs solutions potentielles. Dans une structure inversée, le travail des gestionnaires est de faciliter la production, résoudre les problèmes, lever les embûches, et de recueillir et analyser l'information nécessaire. Le recrutement attentif, la promotion des valeurs et l'évaluation équitable mais impitoyable de la performance sont les outils privilégiés dans ce contexte d'autocontrôle professionnel de la production.

Lorsque les besoins de coordination augmentent, i.e. lorsqu'on vise un compromis autonomie-coopération comme dans les organisations de santé, la structure inversée peut se transformer en toile d'araignée. Cette structure juxtapose une structure par projet à la structure inversée. Différents professionnels ou équipes autonomes s'auto organisent pour

collaborer pour régler un problème particulier et retrouvent tout aussi rapidement leur autonomie. La force de ce fonctionnement en réseau en constante évolution est qu'il préserve l'autonomie tout en fournissant un nombre élevé (qui croît exponentiellement en fonction du nombre de «nœuds») d'interconnexions permettant la résolution de problèmes dont la complexité exige les connaissances de plusieurs spécialistes favorisant ainsi l'apprentissage organisationnel.

En plus de combiner des exigences d'autonomie et de coopération les organisations devront se structurer pour maîtriser aussi d'autres paradoxes [76] : elles devront construire autant des hiérarchies que des réseaux; viser autant l'imputabilité verticale que l'intégration horizontale; centraliser la vision et la stratégie et décentraliser les opérations; viser la standardisation et le sur-mesure.

Nadler et al [75] ont décrit l'architecture des organisations du 21<sup>e</sup> siècle. Selon eux :

- ces organisations vont exister dans des réseaux de fournisseurs, de compétiteurs et de clients qui vont coopérer pour survivre dans un marché de plus en plus compétitif;
- les frontières de l'organisation seront imprécises et fluides suite à de nombreuses et diverses alliances;
- les organisations seront désagrégées en équipes à tous les niveaux de l'organisation;
- ces équipes seront beaucoup plus autonomes que par le passé;
- par conséquent, les normes et valeurs seront le principal mécanisme de coordination;
- les agencements organisationnels seront fluides et transitoires;
- l'emphase sera sur l'apprentissage organisationnel. La capacité d'adaptation rapide sera la caractéristique principale des organisations performantes.

En résumé, la gouverne des organisations professionnelles du 21<sup>e</sup> siècle nécessitera la mise en place d'agencements structurels qui devront permettre à ces organisations d'affronter un ensemble de paradoxes organisationnels. Ces formes organisationnelles pourront être variées et seront en constante évolution. Les principes holographiques d'organisation proposés par Morgan [77] nous semblent particulièrement bien résumer les caractéristiques attendues de la structuration de ces organisations. Une organisation holographique n'est pas seulement la somme de ses parties, elle existe dans chacune de ses parties. Les qualités de l'ensemble sont imbriquées dans chaque partie de façon à ce que le système ait la capacité de s'auto organiser et de se régénérer continuellement.

Les cinq principes de structuration holographique sont :

- Les parties incorporent le tout. Ceci est possible par :
  - la vision, les valeurs et la culture qui sont l'ADN de l'organisation et qui servent à ce que chaque individu comprenne et intègre la mission et les enjeux de l'organisation et puisse agir conséquemment;
  - le partage de l'information, accessible à partir de points multiples permettant à tous les individus de devenir des participants actifs dans un système de mémoire et d'intelligence organisationnelles en évolution;



- le fonctionnement en toile d'araignée qui permet à l'organisation de grandir tout en demeurant petite;
- la diversification des rôles des membres des équipes.
- Le système doit prévoir de la redondance car sans elle les systèmes sont fixes et statiques.
- La complexité interne doit correspondre à la complexité de l'environnement. Toutes les parties de l'organisation doivent intégrer les dimensions critiques de l'environnement avec lequel elles interagissent.
- Les trois principes précédents donnent aux organisations la capacité d'évoluer. Elles doivent aussi en avoir la liberté. En ce sens, la gouverne doit résister à la tentation du contrôle technocratique en spécifiant et standardisant uniquement les variables critiques.
- L'organisation doit apprendre à apprendre. Elle doit avoir la capacité d'apprendre de nouvelles normes et règles d'apprentissage qui lui permette de se transformer de concert avec les transformations de son environnement.

#### **4.2 LE RENFORCEMENT DE LA VALORISATION DE LA SECURITE**

Tel qu'illustré au Tableau IV, un deuxième outil essentiel pour penser la sécurité dans les organisations de santé est certainement le renforcement de la valorisation de la sécurité. Il s'agit là d'un message important de la HROT, des travaux de Karl Weick sur la prise de conscience, et de la littérature sur la qualité. Nous avons déjà présenté la sécurité comme une valeur organisationnelle fondamentale. Ces travaux nous indiquent qu'il est essentiel d'explicitement travailler à la renforcer.

Sans faire de la sécurité une priorité (tel que le voudrait la HROT mais que le NAT considère illusoire), la sécurité doit être promulguée comme une des valeurs organisationnelles. Simplement énoncer une valeur est cependant clairement insuffisant. Elle doit être démontrée dans les actions du CA, des gestionnaires, des professionnels et des autres opérateurs. Elle doit être explicitement prise en compte dans l'élaboration des stratégies et des discours. Le renforcement de la valeur sécurité nécessite donc (inspiré de Brocka et Brocka [80]) :

- La démonstration concrète de l'engagement des principaux acteurs quant à cette valeur.
- Le maintien indéfectible à travers les actions.
- La communication interne et externe.
- L'adoption d'une vision à long terme quant à cette problématique.

Tableau IV : Une forte culture de la sécurité

NAT	HROT	Weick	Quality	Change
Réduire l'interdépendance des processus	Duplication des processus	Improvisation et blocage	Incitations économiques appropriées	Incitations économiques appropriées
Prise de décision décentralisée	Prise de décisions centralisée	Système de rôles virtuels	Expérience : Volume de cas	Stratégie de gestion du changement
Prise de décision centralisée au besoin	Prise de décision décentralisée au besoin	Attitude de sagesse	Programme d'appréciation de la qualité : globale décentralisée	Sensibilisation à l'utilisation des connaissances
	Sécurité une priorité Culture de la sécurité	Culture de partage d'information et de confiance	Habilitation: contrôle laissé aux professionnels	Confiance
	Implication des professionnels	Communication informelle	Coordination	Organicité, structure
	Appréciation qualité et performance	Fortification des équipes	Formation	Intégration
	Flexibilité structurelle		Engagement	Complexité
	Communication des erreurs et des risques		Communication	Apprentissage collectif
				Implication

### 4.3 LE RENFORCEMENT DU CLIMAT DE CONFIANCE

La sécurité, comme la qualité, le changement et la prise de conscience nécessaire à la prévention de la désintégration (Tableau V), nécessite la confiance, c'est-à-dire l'établissement d'une attitude, une disposition généralisée positive envers la collaboration. Cette confiance est nécessaire pour que les acteurs puissent exprimer leur voix [81] de façon à favoriser l'apprentissage et l'adaptation, de façon à ce que l'organisation puisse bénéficier des multiples antennes sur l'action et sur l'environnement que lui permettent l'adoption de structures complexes telles que discuté précédemment.

On ne peut intentionnellement créer la confiance; on la trouve et la constate rétrospectivement [56]. Par contre, la confiance est engendrée par les structures et les contextes qui eux sont manipulables [57]. Ainsi, plusieurs des caractéristiques des structures complexes décrites précédemment, telles la participation élargie et l'implication sont propices à la confiance. La circulation et le partage d'information, et l'équité dans l'établissement des récompenses organisationnelles sont aussi des facteurs positifs.

Tableau V : Un climat de confiance

NAT	HROT	Weick	Quality	Change
Réduire l'interdépendance des processus	Duplication des processus	Improvisation et blocage	Incitations économiques appropriées	Incitations économiques appropriées
Prise de décision décentralisée	Prise de décisions centralisée	Système de rôles virtuels	Expérience : Volume de cas	Stratégie de gestion du changement
Prise de décision centralisée au besoin	Prise de décision décentralisée au besoin	Attitude de sagesse	Programme d'appréciation de la qualité : globale décentralisée	Sensibilisation à l'utilisation des connaissances
	Sécurité une priorité Culture de la sécurité	Culture de partage d'information et de confiance	Habilitation: contrôle laissé aux professionnels	Confiance
	Implication des professionnels	Communication informelle	Coordination	Organicité, structure
	Appréciation qualité et performance	Fortification des équipes	Formation	Intégration
	Flexibilité structurelle		Engagement	Complexité
	Communication des erreurs et des risques		Communication	Apprentissage collectif
				Implication

La confiance nous semble une condition nécessaire mais non suffisante à l'expression des voix. Elle doit être accompagnée de mécanismes appropriés, de support social de façon à ce que les acteurs puissent s'exprimer sans contrainte et que les voix soient entendues et écoutées. Cette possibilité de pouvoir librement s'exprimer semble particulièrement importante pour pouvoir remettre sur rails («reset») une organisation où la cascade de l'accident vers la catastrophe a débuté [82].

#### 4.4 LE RENFORCEMENT DE L'IMPLICATION DES PROFESSIONNELS

Les divers champs de littérature que nous avons revus s'entendaient sur l'importance de l'implication, de l'engagement des professionnels et autres opérateurs (Tableau VI). Comme nous l'avons discuté, l'engagement des professionnels est de toute façon une caractéristique essentielle des organisations professionnelles.

Selon nous, il existe deux outils principaux pour favoriser l'engagement :

- Adopter des structures complexes telles que discuté ci haut favorisant la décentralisation, la participation élargie, le travail en équipe de petites tailles et la réduction des contraintes technocratiques et des règles organisationnelles.
- Respecter la pluralité des formes possibles d'engagement. En effet, les gestionnaires des organisations professionnelles doivent accepter que les formes d'engagement puissent varier. Aucune forme n'est a priori meilleure. L'important est l'ajustement («fit») entre les orientations stratégiques et donc l'engagement des professionnels et les structures organisationnelles [83, 84].

**Tableau VI : Engagement professionnel**

<b>NAT</b>	<b>HROT</b>	<b>Weick</b>	<b>Quality</b>	<b>Change</b>
Réduire l'interdépendance des processus	Duplication des processus	Improvisation et blocage	Incitations économiques appropriées	Incitations économiques appropriées
Prise de décision décentralisée	Prise de décisions centralisée	Système de rôles virtuels	Expérience : Volume de cas	Stratégie de gestion du changement
Prise de décision centralisée au besoin	Prise de décision décentralisée au besoin	Attitude de sagesse	Programme d'appréciation de la qualité : globale décentralisée	Sensibilisation à l'utilisation des connaissances
	Sécurité une priorité Culture de la sécurité	Culture de partage d'information et de confiance	Habilitation: contrôle laissé aux professionnels	Confiance
	Implication des professionnels	Communication informelle	Coordination	Organicité, structure
	Appréciation qualité et performance	Fortification des équipes	Formation	Intégration
	Flexibilité structurelle		Engagement	Complexité
	Communication des erreurs et des risques		Communication	Apprentissage collectif
				Implication

#### **4.5 L'ADOPTION DE STRATEGIES APPROPRIÉES DE GESTION DE LA SECURITE**

En plus des éléments précédents, il semble clair que l'adoption par les gestionnaires des organisations de santé de pratiques favorisant spécifiquement la sécurité est aussi nécessaire (Tableau VII). Trois types de pratique nous semblent particulièrement importants pour gérer la sécurité dans les organisations de santé :

- Des programmes robustes d'appréciation de la qualité et des stratégies explicites et des pratiques appropriées d'évaluation continue de la performance organisationnelle;
- Des activités spécifiques de formation;
- Des stratégies explicites de fortification des équipes («team building»).

Comme nous l'avons vu, le travail en petite équipe sera une caractéristique des organisations complexes. La capacité de travailler en équipe sera requise entre autres pour permettre l'interaction constructive et informée nécessaire au fonctionnement des organisations complexes et à l'expression de la voix telle que discuté précédemment.

**Tableau VII : Stratégies de gestion de la sécurité appropriées**

<b>NAT</b>	<b>HROT</b>	<b>Weick</b>	<b>Quality</b>	<b>Change</b>
Réduire l'interdépendance des processus	Duplication des processus	Improvisation et blocage	Incitations économiques appropriées	Incitations économiques appropriées
Prise de décision décentralisée	Prise de décisions centralisée	Système de rôles virtuels	Expérience : Volume de cas	Stratégie de gestion du changement
Prise de décision centralisée au besoin	Prise de décision décentralisée au besoin	Attitude de sagesse	Programme d'appréciation de la qualité : globale décentralisée	Sensibilisation à l'utilisation des connaissances
	Sécurité une priorité Culture de la sécurité	Culture de partage d'information et de confiance	Habilitation: contrôle laissé aux professionnels	Confiance
	Implication des professionnels	Communication informelle	Coordination	Organicité, structure
	Appréciation qualité et performance	Fortification des équipes	Formation	Intégration
	Flexibilité structurelle		Engagement	Complexité
	Communication des erreurs et des risques		Communication	Apprentissage collectif
				Implication

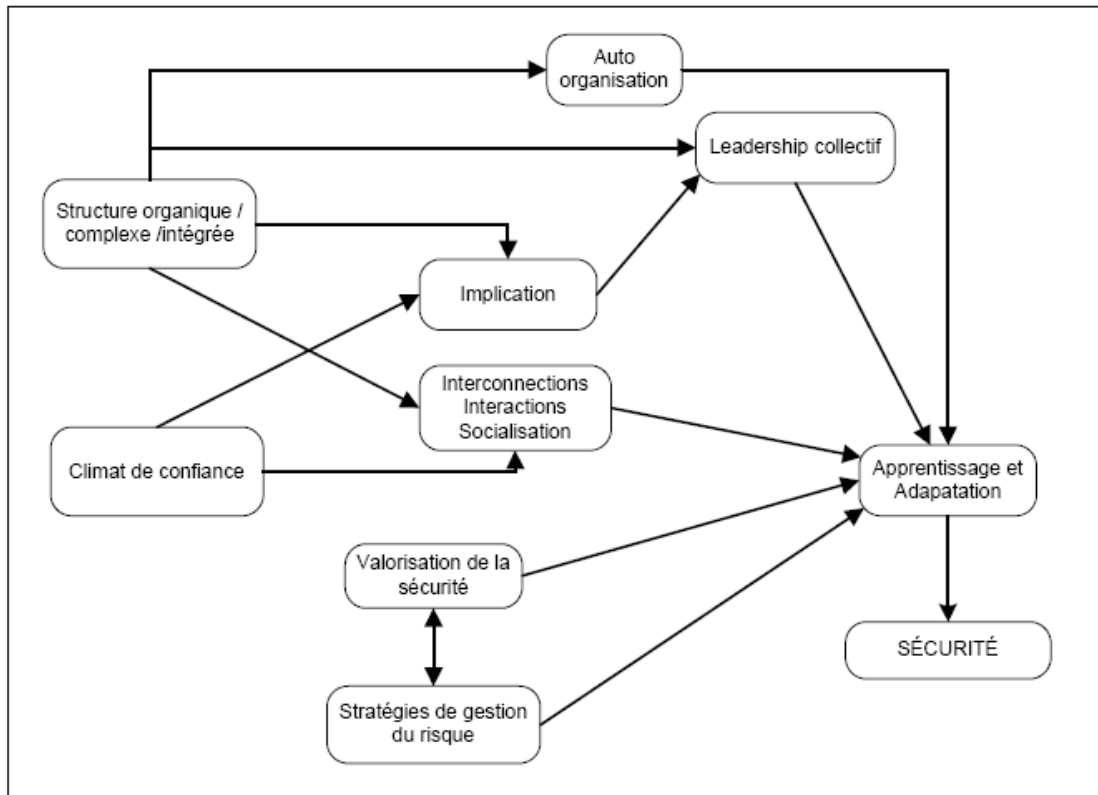
#### **4.6 L'ETABLISSEMENT D'UN LEADERSHIP COLLECTIF DE L'APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL**

L'adaptation et, nous pensons, la sécurité, résulteront directement de la capacité d'apprentissage de l'organisation. Les organisations apprennent à travers l'action collective et en exploitant la somme des connaissances disponibles dans la collectivité [85-89]. L'apprentissage est l'affaire de tous et le dirigeant est un agent de changement parmi d'autres [90]. Son rôle est de faciliter l'apprentissage en stimulant les initiatives de tous les acteurs concernés. Le leadership est collectif et l'ensemble des acteurs se partage des rôles de façon différenciée mais complémentaire. L'apprentissage, le changement et l'adaptation dépendent donc ici de processus complexes, difficiles à contrôler, impliquant un ensemble d'acteurs pouvant jouer différents rôles à différents moments.

L'apprentissage, la capacité d'adaptation et la sécurité nécessiteront donc l'établissement d'un leadership collectif, ce qui, par ailleurs, sera facilité par l'adoption de structures complexes, par le renforcement de l'implication de professionnels et par l'établissement d'un climat de confiance.

L'ensemble des facteurs à considérer pour penser la sécurité dans les organisations de santé est illustré à la Figure 9.

Figure 9 : Cadre conceptuel d'analyse de la sécurité dans les organisations de santé



## CONCLUSION

Dans la première partie de ce rapport, nous nous sommes attachés sur le fait que la sécurité est un concept multidimensionnel. De ce fait, on peut l'aborder selon plusieurs angles. Par exemple, on pourrait l'aborder comme un concept objectif. Dans ce cas, la question du seuil de sécurité souhaitable dans les organisations de santé serait légitime, alors qu'elle serait plus difficile à aborder si la sécurité est considérée comme un concept purement subjectif. La question de savoir pourquoi on veut la sécurité ne devrait pas être éludée car elle éclaire de façon importante le choix des politiques. On peut également aborder le concept de sécurité des patients sous l'angle de son rapport avec des concepts couramment utilisés dans la littérature pour parler de sécurité tels que celui d'accidents ou d'événements indésirables, ou encore celui d'erreur. Clairement il est difficile d'affirmer à l'heure actuelle que la sécurité signifie l'absence d'accidents ou qu'elle signifie l'absence d'erreurs. Ces débats sur ce qu'est vraiment la sécurité posent avec plus d'acuité le problème des méthodes les plus appropriées pour étudier ce concept.

Notre position est que la sécurité est beaucoup plus que l'absence d'accidents et donc que la gestion de la sécurité est beaucoup plus que la gestion des risques et des accidents. Même si l'état actuel des connaissances ne permet pas encore de définir vraiment ce qu'est la sécurité, il est clair que la gestion des risques et des accidents constitue une partie importante de la gestion de la sécurité. Dans la deuxième partie du rapport, nous avons donc tenté de représenter un système global de gestion des risques et des accidents qui inclue

l'environnement interne et externe de l'organisation de même que les actions de prévention et les réactions possibles aux accidents. Ce système a également pour but de placer en perspective chacune des théories les plus courantes actuellement pour penser la sécurité dans les organisations.

La troisième partie nous a permis de revenir à notre hypothèse de base selon laquelle la sécurité est beaucoup plus que l'absence d'accidents. Le système de gestion des risques et des accidents est donc un élément parmi ceux sur lesquels il faut mettre l'accent pour créer la sécurité dans les organisations. Nous proposons que la sécurité est une valeur qui sous tend l'organisation et également un besoin organisationnel. Pour la penser autrement que l'absence d'accidents, il faut tenir compte des caractéristiques particulières des organisations dans laquelle on veut l'instaurer. Dans les organisations de santé qui sont des organisations professionnelles basées sur la connaissance, nous pensons que la sécurité doit se penser de façon concomitante avec la qualité et le changement organisationnel. En effet d'une part la sécurité est un élément constitutif de la qualité et d'autre part créer et maintenir la sécurité dans les organisations nécessite la capacité à s'adapter.

Enfin dans la quatrième partie nous avançons qu'en raison des points communs mis en évidence suite à l'analyse des déterminants organisationnels des accidents, de la qualité et du changement, de notre conceptualisation de la sécurité et des caractéristiques particulières des organisations de santé, la sécurité dans les organisations de santé dépend non seulement de l'adoption de stratégies appropriées pour la gestion des risques et des accidents et de la sécurité de façon globale, mais aussi de l'adoption de structures favorisant l'adaptation, le renforcement de la valorisation de la sécurité, le renforcement du climat de confiance, le renforcement de l'implication des professionnels, l'établissement d'un leadership collectif pour l'apprentissage organisationnel.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Miller, F., et al., *A review of key literatures for the Study of Health System Safety, Error, and Injury. A report submitted to Policy division, Health Policy & Communication Branch. Health Canada.* 2001, McMaster University.
2. Office Québécois de la langue française, *Le grand dictionnaire terminologique.*
3. Levy, R., *Croyance et doute : une vision paradigmatique des méthodes qualitatives.* Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 1994. **1**(1): p. 92-100.
4. Imbs, P., *Trésor de la langue française : dictionnaire de la langue du XIXe et du XXe siècle (1789-1960).* 1971-1994, Paris: Éditions du centre national de la recherche scientifique.
5. Kawachi, I., et al., *Social capital, income inequality, and mortality.* Am J Public Health, 1997. **87**(9): p. 1491-8.
6. Reason, J., *Managing the risks of organizational accidents.* 1997, Aldershot: Ashgate.
7. Stone, D.A., *Policy paradox and political reason.* 1988, Glenview (Illinois): Scott, Foresman.
8. Forum national sur la santé, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier - Volume I -- Rapport final.* 1997: Canada.
9. Sicotte, C., et al., *A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance.* Health Serv Manage Res, 1998. **11**(1): p. 24-41; discussion 41-8.
10. Maslow, A.H., *Motivation and Personality.* 1954, New York: Harper & Row.
11. Glouberman, S. and H. Mintzberg, *Managing the care of health and the cure of disease - Part I: Differentiation.* Health Care Management Review, 2001. **26**(1): p. 56-69.
12. Flood, A.B., *The impact of organizational and managerial factors on the quality of care in health care organizations.* Med Care Rev, 1994. **51**(4): p. 381-428.
13. Shortell, S.M., *Managed care: achieving the benefits, negating the harm.* Health Serv Res, 1997. **32**(5): p. 557-60.
14. al-Haider, A.S. and T.T. Wan, *Modeling organizational determinants of hospital mortality.* Health Serv Res, 1991. **26**(3): p. 303-23.
15. Nutt, P.C., *The Tactics of Implementation.* Academy of Management Journal, 1986. **29**(2): p. 230-61.
16. Rodrigues, S.B. and D.H. Hickson, *Success in Decision-Making: Different Organizations, Different Reasons for Success.* Journal of Management Studies, 1995. **32**(5): p. 655-78.
17. Schwenk, G., *Conflict in Organizational Decision-Making: An Exploratory Study of its Effects in For-Profit and Not-for-Profit Organizations.* Management Science, 1990. **26**(4): p. 436-48.
18. Appleby, P., *Government if Different,* in *Classics of Public Administration,* J.M.S.a.A.C. Hyde, Editor. 1978, Moore Publishing Co: Oak Park III.



19. Eddy, W.B. and R.J. Saunders, *Applied Behavioral Science in Urban/ Administrative Political Systems*. Public Administration Review, 1972. **30**: p. 11-6.
20. Giblin, E.J., *Organization Development: Public Sector Theory and Practices*. Public Personnel Management, 1976. **2**: p. 108-19.
21. Golembiewski, R.T., C.W.P. Jr., and D. Sink, *Success of OD Applications in the Public Sector: Toting up the Score for a Decade, More or Less*. Public Administration Review, 1981. **41**: p. 679-82.
22. Robertson, P.J. and S.J. Seneviratne, *Outcomes of Planned Organizational Change in the Public Sector: A Meta-Analytic Comparison to the Private Sector*. Public Administration Review, 1995. **55**(6): p. 547-58.
23. Park, S., *Estimating Success Rates of Quality Circle Programs : Public and Private Experiences*. Public Administration Quarterly, 1991. **15**: p. 133-146.
24. Bennis, W., *Changing Organizations*. 1966, New York: McGraw Hill.
25. Burns, T. and G. Stalker, *The Management of Innovation*. 1961, London: Tavistock.
26. Hage, J., *Responding to Technological and Competitive Change: Organizational and Industry Factors*, in *Managing Technological Innovation*, D.D.D.e. al., Editor. 1985, Jossey-Bass: San Francisco. p. 44-71.
27. Hage, J. and M. Aiken, *Social Change in Complex Organizations*. 1970, Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
28. Harvey, E. and R. Mills, *Patterns of Organizational Adaptation: A Political Perspective*, in *Power in Organizations*, M.N. Zlad, Editor. 1970, Vanderbilt University Press: Nashville.
29. Moos, N., *An Organization Environment Framework for Assessing Program Implementation*. Evaluation and Program Planning, 1983. **6**: p. 153-64.
30. Pierce, J.L. and A.L. Delbecq, *Organization Structure, Individual Attitudes and Innovation*. Academy of Management Review, 1977. **2**: p. 27-36.
31. Thompson, V.A., *Bureaucracy and Innovation*. Administrative Science Quarterly., 1965. **10**: p. 1-20.
32. Zaltman, G.R., R. Duncan, and J. Holbeck, *Innovation and Organizations*. 1973, New York: Wiley.
33. Shortell, S. *Organization Theory and Health Services Delivery*. in *American Public Health Association Annual Meeting*. 1983. Dallas Texas.
34. Miller, D., *The Correlates of Entrepreneurship in Three Types of Firms*. Management Science, 1983. **29**(7): p. 771-91.
35. Peters, T.J. and R.H.W. Jr, *In Search of Excellence*. 1982, New York: Harper & Row.
36. Damanpour, F. *Innovation Type, Radicalness and Adoption Process: A Conceptual Framework for the Study of Organizational Innovations*. in *Academy of Management, Annual Meeting*. 1987. New Orleans.
37. Damanpour, F., *Organizational Innovation - a Metaanalysis of Effects of Determinants and Moderators*. Academy of Management Journal, 1991. **34**(3): p. 555-590.

38. Kim, L., *Organizational Innovation and Structure*. Journal of Business Research, 1980. **8**: p. 225-45.
39. Kimberley, J.R. and M. Evanisko, *Organizational Innovation: The Influences of Individual, Organizational, and Contextual Factors on Hospital Adoption of Technological and Administrative Innovations*. Academy of Management Journal, 1981. **24**: p. 689-713.
40. Scheirer, M.A., *Program Implementation: The Organizational Context*. 1981, Beverly Hills (CA): Sage.
41. Hage, J.T., *Organizational Innovation and Organizational Change*. Annual Review of Sociology, 1999. **25**: p. 597-622.
42. Lawrence, P.R. and J.W. Lorsch, *Organization and environment: Managing differentiation and integration*. 1967, Division of Research Graduate school of Business administration Harvard University.: Boston.
43. Mintzberg, H., *Structuring of organizations*. 1979: Englewoods Cliffs (NJ): Prentice Hall.
44. Jelinek, M., J.A. Litterer, and R.E. Miles, *Introduction to Organizations and their Design*, in *Organizations by Design: Theory and Practice*, R.E. Miles, Editor. 1986, Business Publications: Plano (Texas). p. 1-18.
45. Jelinek, M., *Organization Structure: The Basic Conformations*, in *Organizations by Design: Theory and Practice*, R.E. Miles, Editor. 1986, Business Publications: Plano (Texas). p. 125-39.
46. Yin, R.K., *Life Histories of Innovations: How New Practices Become Routinized*. Public Administration Review, 1981. **41**: p. 21-8.
47. Klein, K.J. and J.S. Sorra, *The Challenge of Innovation Implementation*. Academy of Management Review, 1996. **21**(4): p. 1055-80.
48. Van de Ven, A.H., et al., *The Innovation Journey*. Vol. Oxford University Press. 1999, New York.
49. Kerr, S., *An Academy Classic: On the Folly of Rewarding A, While Hoping for B*. Academy of Management Executive . 1995. **9**(1): p. 7-16.
50. Nord, W.R. and S. Tucker, *Implementing Routine and Radical Innovations*. 1987, Lexington: Lexington Books.
51. Shortell, S., R.R. Gillies, and K.J. Devers, *Reinventing the American Hospital*. The Milbank Quarterly, 1995. **73**(2): p. 131-61.
52. Contandriopoulos, A.P., et al., *Intégration des soins : dimensions et mise en oeuvre*. RUPTURES – Revue transdisciplinaire en santé. 2001. **8**(2): p. 38-52.
53. Mintzberg, H., *Managing Government – Governing Management*. Harvard Business Review, 1996. **May-June**: p. 75-83.
54. Mechanic, D., *Changing medical organization and the erosion of trust*. Milbank Quarterly, 1996. **74**(2): p. 171-&.
55. Korczynski, M., *The Political Economy of Trust*. Journal of Management Studies, 2000. **37**(1): p. 1-21.

56. Sabel, C., *Moebius-Strip Organizations and Open Labor Markets: Some Consequences of the Reintegration of Conception and Execution in a Volatile Economy*, in *Social Theory for A Changing Society*, P. Bourdieu, Editor. 1991, Westview Press: Boulder (CO).
57. Perrow, C., *Small-Firm Networks*, in *Networks and Organizations: Structure, Form, and Action*, R.G. Eccles, Editor. 1992, Havard Business School Press: Boston (MA).
58. Champagne, F., *The Ability to Manage Change in Health Care Organizations. Discussion paper n°39.*, C.o.t.f.o.h.c.i. Canada, Editor. 2002.
59. Gleick, J., *Chaos: Making a new science*. 1987, New York: Penguin.
60. Waldrop, M.M., *Complexity*. 1992: Simon and Schuster. 380.
61. Stacey, R.D., *The Science of Complexity - an Alternative Perspective for Strategic Change Processes*. Strategic Management Journal, 1995. **16**(6): p. 477-495.
62. Anderson, R.A. and R.R. McDaniel, Jr., *Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science*. Health Care Manage Rev, 2000. **25**(1): p. 83-92.
63. Ashmos, D.P., D. Duchon, and R.R. McDaniel, *Physicians and decisions: a simple rule for increasing connections in hospitals*. Health Care Manage Rev, 2000. **25**(1): p. 109-15.
64. Ashmos, D.P., J.W. Huonker, and R.R. McDaniel, Jr., *Participation as a complicating mechanism: the effect of clinical professional and middle manager participation on hospital performance*. Health Care Manage Rev, 1998. **23**(4): p. 7-20.
65. McDaniel, R.R., Jr., *Strategic leadership: a view from quantum and chaos theories*. Health Care Manage Rev, 1997. **22**(1): p. 21-37.
66. Peirce, J.C., *The paradox of physicians and administrators in health care organizations*. Health Care Manage Rev, 2000. **25**(1): p. 7-28.
67. Anderson, A. and D.P. Ashmos, *Nurses' participation in strategic decision making*, in *Practice and Inquiry for Nursing Administration*, all, Editor. 1992, American Academy of Nursing: Kansas City.
68. McDaniel, R.R., Jr. and D.P. Ashmos, *Strategic directions within health care institutions: the role of the physician*. J Natl Med Assoc, 1986. **78**(7): p. 633-41.
69. Shortell, S., E.M. Morrison, and B. Friedman, *Strategic Choices for America's Hospitals*. 1990, San Francisco: Jossey-Bass.
70. Blair, J.D. and M.D. Fottler, *Challenges in health care management: strategic perspectives for managing key stakeholders*. 1990, San Francisco: Jossey Bass.
71. Granovetter, M.S., *The strength of weak ties*. American Journal of Sociology, 1973. **82**: p. 929-964.
72. Lichtenstein, B.B., *Self-organized Transitions: A Pattern Amid the Chaos of Transformative Change*. Academy of Management Executive . 2000. **14**(4): p. 128-41.
73. Schumacher, E., *A Guide for the Perplexed*. 1977., New York: Harper & Row.
74. Galbraith, J.R., *Designing organizations: an executive briefing on strategy, structure, and process*. 1995, San Francisco: Jossey Bass.
75. Nadler, D.A., et al., *Organizational Architecture Designs for Changing Organizations*. 1992, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

76. Pettigrew, A.M. and E.M. Fenton, *The innovating organization*. 2000: Sage publications.
77. Morgan, G., *Images of Organization*. 1997, Thousand Oaks: sage Publications.
78. Quinn, J., P. Anderson, and S. Finkelstein, *Leveraging Intellect*. Academy of Management Executive . 1996. **10**(3): p. 7-27.
79. Quinn, J., P. Anderson, and S. Finkelstein, *Managing professional intellect : Making the most of the best*. Harvard Business Review, 1996. **March-April**: p. 71-80.
80. Brocka, B. and M.S. Brocka, *Quality management: implementing the best ideas of the masters*. 1992: McGraw Hill. 408.
81. Hirschman, A.O., *Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states*. 1970, Cambridge, MA: Harvard University Press.
82. Weick, K.E. and K.H. Roberts, *Collective Mind in Organizations - Heedful Interrelating on Flight Decks*. Administrative Science Quarterly, 1993. **38**(3): p. 357-381.
83. Miller, D. and P.H.F.P. H, *Organisations: A Quantum View*. 1984, Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall.
84. Champagne, F., J.L. Denis, and H. Bilodeau, *Les intérêts médicaux et hospitaliers: la réconciliation est elle possible?* Ruptures, 1998. **5**(1): p. 53-61.
85. Cohen, W.M. and D.A. Levinthal, *Absorptive-Capacity - a New Perspective on Learning and Innovation*. Administrative Science Quarterly, 1990. **35**(1): p. 128-152.
86. Fiol, C.M., *Consensus, Diversity, and Learning in Organizations*. Organization Science, 1994. **5**(3): p. 403-420.
87. Fiol, C.M., *Squeezing harder doesn't always work: Continuing the search for consistency in innovation research*. Academy of Management Review, 1996. **21**(4): p. 1012-1021.
88. Huber, G.P., *Organizational learning: an examination of the contributing processes and the literatures*. Organization Science, 1991. **2**: p. 88-115.
89. Nonaka, I., *A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation*. Organization Science, 1994. **5**(1): p. 14-37.
90. Demers, C., *De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui*. Gestion, 1999. **24**(3): p. 131-139.

**Adresse de correspondance**

Prière d'adresser toute correspondance concernant le contenu de cette publication ou autres rapports déjà publiés à :

**Groupe de recherche interdisciplinaire en santé**

Secteur santé publique  
Faculté de médecine  
Université de Montréal  
C.P. 6128, Succ. Centre-Ville  
Montréal (Québec) H3C 3J7, Canada

Téléphone : (514) 343-6185  
Télécopieur : (514) 343-2207

**Adresse de notre site Web**

<http://www.gris.umontreal.ca/>