

ACTIVITE, REPRESENTATION DE L'ACTIVITÉ ET ... GESTION

Jacques Theureau (CNRS/UTC)

INTRODUCTION

Partons d'une petite histoire vécue un jour par une infirmière dans une unité de soins de grossesses pathologiques d'un grand hôpital parisien, que nous avons choisie parmi une quinzaine dans cette même journée à partir de plusieurs critères: suffisamment courte pour que les données brutes en soient présentées; suffisamment variée pour qu'elle permette d'illustrer l'ensemble d'une démarche d'analyse de l'activité et la représentation de l'activité infirmière qui en résulte; posant de façon suffisamment évidente des problèmes de gestion et appelant le développement de notions, de méthodes et d'outils de gestion.

1 - DES AEROSOLS POUR LE 12!

Les interlocuteurs de l'infirmière II, en équipe de jour, concernée en premier chef par cette histoire sont: (12) = Patiente du lit n°12, dont le nom est W; (11) = patiente partageant la même chambre; I 2 = seconde infirmière de l'unité; G = garçon (ayant amené la patiente à sa chambre); SI = surveillante infirmière, dont le nom est S; Int = Interne affecté à l'unité; I (garde) = infirmière de garde; P et L = autres unités de soins du service hospitalier; H = nom de hôpital.

Dans la présentation de l'histoire, les étoiles de séparation (avec indication de l'heure de la journée, en heure, minutes et secondes) indiquent le passage à une nouvelle séquence continue d'activité de l'infirmière II (action et/ou communication):

- *: séquence continue initiée par l'infirmière II lorsque la séquence continue précédente est considérée par elle comme achevée;
- **: séquence continue initiée par l'infirmière II, à la suite du rappel mnémorique d'une action urgente à réaliser ou de la perception dans l'environnement d'une personne ou d'une information particulières, ou initiée par une autre personne de façon non intrusive au cours d'une conversation, lorsque la séquence continue précédente est considérée par l'infirmière II comme inachevée;
- ***: séquence continue initiée par une interruption, de la part des patientes, de leurs familles ou visiteurs et du reste du personnel.

CHAPITRE 1 : Comment faire des aérosols à (12) alors qu'il n'y a pas de branchement d'oxygène dans sa chambre?

*(11 12 50) au poste infirmier

I2: Pour Madame W, vous avez le matériel d'aérosols?

II: Non, pas encore.

II: De toute façon, c'est pas possible de faire un aérosol.

G: Hein?

II: Je ne peux pas, j'ai pas de branchement, j'ai rien ici.

G: Ah bon!

II: Ouïhh

** (11 45 40) au poste infirmier

Int: Euh, les aérosols, comment ils vont les faire ici? Il faut emmener Madame W dans une/ dans un autre endroit où il y a de l'oxygène, non?

II: Mais où? C'est ça le problème. Ou alors, il faut la changer carrément et bon, ben/

Int: Il faut, il faut, euh, ça c'est facile, il faut la déplacer trois fois par jour dans un endroit où il y a des lits et en plus de l'oxygène pour faire ça¹.

I1: Mais où?

I2: (inaudible)

Int: Vous savez qui a écrit ça? on n'a pas, nous.

I1: Non, je ne sais pas².

Int: C'est ici?

I1: Oui, mais on n'en a pas, ou alors il faudrait changer de chambre carrément et la mettre dans une chambre à oxygène, parce que/ je vais demander à madame S, mais euh/

*(11 47 00) déplacement de I1 vers le local pharmacie où se tient SI.

I1: Elle a des problèmes, celle-là, dites moi, c'est marqué dans la transmission: faire des aérosols, hé, hé, Madame S, on n'a pas d'autre moyen de faire des aérosols que de brancher de l'oxygène, ici?

SI: Non, on n'a rien d'autre.

I1: On n'a rien d'autre! Alors, le problème c'est de faire des aérosols à Madame W.

SI: Alors, il faut l'emmener à L. Faut voir si on peut la prendre dans un coin pour lui donner de l'oxygène.

I1: Où est-ce qu'on va la mettre? On va la mettre dans une chambre?

SI: Oui, dans une chambre, ou alors dans une chambre à L qui euh/ Elle se promène? Elle peut aller dans une chambre jusqu'à L où il y a de l'oxygène?

I1: Bon. A moins qu'elle connaisse quelqu'un à L ou sur P, l'emmener dans une chambre où elle connaît quelqu'un parce que/

SI: Ah oui, c'est ça.

I1: Donc, l'emmener à L.

I1 se déplace vers la chambre (11-12)

I1: Vous connaissez une dame hospitalisée sur L, non?

(12): A L?

I1: Oui.

(12): Ah non, je ne connais pas de dame.

(11): Si, il y a/ je connais une dame qui est noire/

I1: Parce que, pour les aérosols, on peut vous les faire qu'ailleurs, on ne peut pas vous les faire dans votre chambre.

(12): Oui, il y a un problème de chambre, aussi?

I1: Donc, c'est pour ça que je vous demandais si vous connaissiez quelqu'un, parce qu'on préfère dans la chambre de quelqu'un que vous connaissez.

(12): Ah oui, je connais cette dame là, je connais une dame qui m'a dit/ qui était/ dans une chambre à trois lits qu'elle m'a dit qu'elle était. Elle s'installe à H. C'est une dame, euh, pas très noire, pas très grande, et puis elle a des petites nattes en ce moment, elle a un tas de petites choses comme ça³.

CHAPITRE 2 : Comment faire en sorte que (12) aille faire ses aérosols dans une chambre occupée par d'autres patientes?

*(13 33 00) pendant la distribution de médicaments à (12) dans sa chambre

I1: Du Clamoxyl, vous n'en avez jamais eu? C'est la (inaudible) qui vous l'a prescrit?

(12): Oui, c'est quoi?

I1: C'est l'antibiotique.

¹ L'énoncé de cette solution suppose un jugement sur le caractère peu contagieux ou non contagieux de la patiente.

² Il est à noter que ni l'interne ni l'infirmière ne sont capables de retrouver qui a écrit la prescription d'aérosols.

³ Après cet échange, il paraît implicite que Madame W présentera elle-même le problème à la patiente en question. En tout cas, I1 compte là dessus et ne fait rien en ce sens pendant le reste de la journée. Mais, comme ce n'est pas « officiellement » à la patiente de le faire, elle ne le lui demande pas.

I1: Je vais vous donner des antibiotiques que vous allez prendre. Vous allez faire trois aérosols par jour.

(12): Oui, en commençant quand?

I1: Dès que vous aurez les médicaments.

(12): Alors, là!

I1: Alors, trois fois par jour, ça veut dire que vous y allez le matin/ matin, midi et soir, quoi.

(12): Oui, j'y vais toute seule?

I1: Voilà, la première fois, vous irez avec l'infirmière et puis, après, vous irez toute seule.

**(13 35 20) idem

(12): Moi, je ne peux pas aller au cours d'accouchement sans douleur.

I1: Pourquoi?

(12): Parce que je dois aller faire des aérosols.

I1: Ben, il faut que j'aie les médicaments. Si demain, l'accouchement sans douleur c'est à deux heures et demi et même si vous faites l'aérosol à quatre heures et puis un autre à dix heures, qu'est-ce que ça peut vous faire?

(12): On va y aller.

*** (13 42 30) au poste infirmier

Int: Comment tu fais finalement pour les aérosols?

I1: Elle m'a euh/

Int: Ca a été pour Madame/

I1: Oui, mais pas ici. Ce qu'on va faire, c'est qu'on va l'emmener à L dans une chambre pour qu'elle le fasse.

Int: Donc, elle va rester à L?

I1: Non, elle va rester ici, mais elle ira à L pour ses aérosols.

Int: (inaudible)

I1: Puisqu'elle se déplace. De toute façon elle marche, euh?

Int: Pas de problème.

CHAPITRE 3: Comment trouver le bon médicament pour les aérosols?

*(13 59 30) pendant la commande de médicaments, avec SI, dans la pharmacie

I1: Et puis, il me faut tout ça pour le/ euh/ l'aérosol: Tétramycine une ampoule, Décadron une ampoule et Go/ euh/ Goménol/

SI: Gomédol?

I1: Goménol, Goménol, oui ça doit être ça plutôt, une ampoule, il m'en faut trois par jour de chaque, trois ampoules par jour/ Oh, il y aura ce qu'il y aura aujourd'hui, hein!

SI: C'est du Goménol intramusculaire. Je pense que c'est bon.

I1: Ca marche en suspension?

SI: Ca marche aussi en/ euh/

I1 (lisant les étiquettes): Huile d'olive.

SI: Oui, c'est de l'huile d'olive, on dirait.

I1: Ca doit être bon de toute façon si /

I1 regarde SI noter la commande.

I1: Et là, bon, suppositoires, c'est pas ça, sirop, c'est pas ça, solution pour aéro/ euh/ aérosolthérapie.

SI: Et la quantité?

I1: C'est la même chose, c'est des ampoules de 5 millilitres

SI: C'est pas en ORL?

I1: Oui, je sais que c'est en ORL, mais est-ce qu'on peut le mettre en dermato? Pansement, injections, on peut peut-être pas le mettre en aérosol?

SI et I1 lisent l'étiquette.

SI: Bon, ben, attendez, je vais voir.

CHAPITRE 4: Prévenir la patiente (I2) et les infirmières I2 et I (garde) qu'aucune solution n'a encore été trouvée et continuer à programmer avec elles la prise d'aérosols

I1 se déplace dans la chambre (11-12)

I1: C'est pas tout à fait sûr pour les aérosols. Ca arrivera ce soir.

(12): Alors, on commencera demain.

I1: Ce soir.

I2: Dis, les aérosols, trois fois par jour?

I1: Oui.

(12): Bon, et quand le dimanche, moi je sors?⁴

I1: OUI?

(12): Alors, est-ce qu'on pourra pas faire un aérosol?

I1: Un le matin.

(12): Un le matin?

I1: Un avant de partir, un le soir quand vous reviendrez.

(12) Le soir quand on reviendra, d'accord.

** (14 49 10)

I2: Pourquoi Madame W n'a pas été mise dans une autre unité où il y a la possibilité de faire des aérosols?

I1: Non, je pense qu'elle a préféré qu'elle soit là pour la surveiller par la sage-femme, si tu veux, puisqu'on est quand même plus habituées à/ euh/

* (15 16 20) au poste infirmier

I1: Alors, pour W, il faut que je te dise, il faut lui faire des aérosols trois fois par jour, alors le problème c'est qu'on ne peut pas lui faire ici, voilà, alors il faudra l'envoyer à L avec ses petites ampoules, aller lui faire dans une chambre à L. Tu sais ce que je lui ai dit? J'ai dit: la première fois, on vous accompagnera, les autres fois, vous irez toute seule comme une grande.

I (garde): Hé hé.

I1: C'est vrai, elle se balade. Pourquoi elle n'irait pas se faire les aérosols toute seule? Le problème est qu'on lui trouve une chambre où elle connaisse quelqu'un pour qu'elle n'aille pas toujours n'importe où, parce qu'il n'y aura pas forcément des chambres/ euh/⁵

(à suivre)

2 - ANALYSE ANTHROPOLOGIQUE COGNITIVE DE L'ACTIVITE

Cette petite histoire incongrue permet d'illustrer des notions et des méthodes d'analyse anthropologique cognitive appliquées ici à l'activité infirmière. Il s'agit en l'occurrence, plus précisément, d'une analyse menée en termes de cours d'action. Elle est **anthropologique** en ce sens qu'elle s'intéresse à l'activité humaine en milieu naturel, et **cognitive** en ce sens qu'elle s'intéresse à cette activité en tant qu'elle est l'occasion d'une production et d'une expression de savoirs. Elle est menée en termes de **cours d'action**, car elle concerne ce qui, dans l'activité d'un acteur, est pré-réflexif, c'est-à-dire montrable, racontable et commentable à tout instant par cet acteur à

⁴ Il est implicite que la patiente a la permission médicale de sortir le dimanche. Cette question concernant la façon d'opérer le dimanche, comme celle concernant la façon de se présenter dans la chambre à oxygène, est posée par la patiente et non par l'infirmière.

⁵ Remarquons que, dans la transmission à l'infirmière de garde, aucun rôle n'est précisé en ce qui concerne la recherche d'une chambre où faire les aérosols (tournures impersonnelles: « il faut l'envoyer »; « le problème, c'est qu'on lui trouve »). Le fait que I1 ne donne aucun élément d'information à l'infirmière de garde pour trouver la patiente amie de Madame W (« petite avec des tas de petites nattes ») renforce l'interprétation faite plus haut selon laquelle le problème est laissé implicitement dans les mains de Madame W elle-même. On a là une illustration parmi d'autres du rôle actif dévolu aux patient(e)s capables de l'assurer dans l'activité des services hospitaliers: le (la) patient(e) appartient de fait au collectif de travail réel.

un observateur-interlocuteur dans des conditions favorables d'observation et d'interlocution. Cet acteur peut désigner des éléments de sa situation qu'il a pris en compte et peut mimer des éléments de son activité immédiatement passée. Il peut décrire, dans un récit, des éléments et des relations entre des éléments de sa situation et de son activité pertinents de son point de vue. Il peut relier certains de ces derniers éléments et relations à d'autres à travers des explications, construisant ainsi un commentaire de son activité. Ces monstrations, récits et commentaires de l'acteur peuvent être obtenus pour une part directement, dans la situation, moyennant des précautions pour troubler le moins possible son activité, et pour une autre part indirectement, en plaçant l'acteur en face de données d'observation et d'enregistrement de son comportement et en le munissant des documents qu'il a utilisés, de préférence sur les lieux mêmes de son activité passée et le plus tôt possible après cette dernière (**autoconfrontation**).

Le cours d'action est collectif, mais ce caractère collectif est considéré du seul point de vue d'un acteur particulier. Soulignons la parenté de cet objet théorique avec un objet théorique historique de la psychologie : l'« activité » au sens de Vygotsky (1985), définie comme l'unité d'analyse intégrant les caractéristiques sociales-interactives et individuelles-cognitives des conduites humaines. Elle relie actions, communications et discours privé. Comme le cours d'action, cette « activité » est individuelle-sociale, avec un accent sur le premier adjectif. De nombreux phénomènes de l'activité collective, mais pas tous, peuvent être décrits et expliqués grâce à l'étude séparée de certains des cours d'action qui y participent. C'est pourquoi l'on peut être amené à confronter les différents cours d'action dans une même situation et à étudier ainsi l'**articulation collective de ces cours d'action**, à laquelle on réduit alors l'activité collective.

METHODE D'INVESTIGATION

La recherche dont cette petite histoire est extraite (Pinsky & Theureau, 1982) a été menée avec une visée ergonomique et a comporté un recueil de données en plusieurs étapes. Une étude préalable, combinant des réunions et des observations et questionnements des infirmières et aides soignantes pendant leur travail, a permis de discuter les difficultés du travail et d'élaborer précisément les méthodes suivies par les chercheurs. En plus de la familiarisation des chercheurs, on a pu ainsi obtenir la collaboration du personnel infirmier et médical, grâce à un accord précis sur les objectifs et l'engagement d'une présentation des résultats avant toute publication, et conserver l'intimité des patientes, grâce au contrôle par les infirmières et aides soignantes de l'entrée des chercheurs dans les chambres des patientes. Une observation en parallèle, grâce à des feuilles d'observation ad hoc, d'une infirmière et d'une aide soignante, accompagnée de l'enregistrement au magnétophone (micro-cravate et dispositif de télétransmission) des communications de l'infirmière avec l'ensemble du personnel, des patientes et des visiteurs, a été effectuée durant plusieurs journées entières de travail. Des interviews des infirmières et aides soignantes ont été réalisés la veille et à la fin des journées d'observation-enregistrement. Les infirmières ont été confrontées, plusieurs mois après ces journées, avec la transcription de leurs actions et communications effectuée par les chercheurs. Des réunions de discussion des résultats ont été enfin tenues avec les infirmières, les aides soignantes, les sages femmes et le personnel médical.

Une première analyse, avec la collaboration de l'infirmière concernée, a permis de dégager:

- les **séquences continues**, et leur caractère d'achèvement ou d'inachèvement, jugé par l'infirmière;
- les **échanges langagiers** entre l'infirmière et ses interlocuteurs, intégrés à une séquence continue ou en parallèle avec des actions à la réalisation desquels ils ne participent pas;
- les **liens thématiques** entre séquences continues et échanges langagiers.

Une seconde analyse, effectuée par les chercheurs en relation avec le développement d'un cadre théorique (sur lequel nous ne nous étendrons pas ici) et présentée ensuite aux infirmières et à l'ensemble du personnel soignant et médical et aux responsables techniques et administratifs à divers niveaux de hôpital, a rapporté les liens thématiques ainsi dégagés à ce que nous avons appelé des **structures significatives** :

- **séquences isolées** (comportant éventuellement plusieurs séquences continues proches dans le temps);
- **activités individualisées** (comportant plusieurs séquences continues relatives à une patiente réalisant une prescription médicale);
- **activités sérielles** (comportant plusieurs séquences continues en relation avec une série de patientes réalisant un ensemble de prescriptions médicales, par exemple les prélèvements sanguins ou la commande de pharmacie et la distribution des médicaments, ou la réalisation d'une tâche usuelle du service, par exemple la réfection des lits ou la distribution des repas);
- **histoires**, liées à un événement ou une série d'événements concernant une patiente et/ou un dysfonctionnement organisationnel du service.

L'analyse structurelle peut déboucher sur une analyse quantitative. Par exemple, dans la journée considérée, jugée « moyenne » par l'infirmière, en équipe du matin: les **séquences isolées** comprennent 28 % des séquences continues et occupent 22,5 % du temps, et sont essentiellement déclenchées par l'interruption de l'infirmière par d'autres personnes; les **activités sérielles** comprennent 32 % des séquences continues et occupent 51 % du temps, et sont essentiellement déclenchées par l'infirmière alors qu'elle considère la séquence précédente comme achevée (86 %); les **activités individualisées** comprennent 2 % des séquences continues et occupent 2,5 % du temps, et leur initiative est partagée (40 % sur initiative de l'infirmière alors qu'elle considère la séquence précédente comme achevée; 20 % sur initiative de l'infirmière alors qu'elle considère la séquence précédente comme inachevée; 40 % par des interruptions de l'infirmière par d'autres personnes); les **histoires** comprennent 38 % des séquences continues et occupent 24 % du temps, et leur initiative est partagée (52 % sur initiative de l'infirmière alors qu'elle considère la séquence précédente comme achevée; 11 % sur initiative de l'infirmière alors qu'elle considère la séquence précédente comme inachevée; 37 % par des interruptions de l'infirmière par d'autres personnes). Ajoutons que la part de communication dans cette activité est considérable, quelle que soit la structure significative en jeu, à laquelle s'ajoute la communication indirecte par l'intermédiaire des supports écrits (1 heure au total d'accès à ces supports écrits dans la journée considérée). On obtient des chiffres comparables dans les autres journées analysées.

Ces chiffres et le contenu de ces séquences isolées, activités individualisées, activités sérielles et histoires conduisent en particulier à plusieurs observations:

- 1/ près de la moitié du temps de l'activité infirmière et plus de la moitié de ses séquences continues (les séquences isolées et les séquences continues appartenant à des histoires) ne sont pas assimilables à la pure et simple réalisation technique et sociale de prescriptions médicales;
- 2/ les activités individualisées, en général liées à des prescriptions moins habituelles que celles des activités sérielles, sont comparables aux histoires du point de vue de l'initiative de l'infirmière;
- 3/ l'activité de l'infirmière, jusque dans ses activités sérielles, exige de sa part, à la fois une constante sensibilité au contexte et un constant renouvellement de sa planification en relation avec les autres membres du personnel soignant et les patientes. Cette exigence est coûteuse pour l'infirmière. Les médecins du travail hospitalier savent, par ailleurs, que, pour les infirmières ayant subi une dépression nerveuse, ce n'est pas la réalisation technique des soins qui pose problème, mais cette sensibilité au contexte et ce renouvellement de la planification.

On obtient ainsi une représentation de l'activité infirmière, et plus précisément⁶, une représentation de sa construction globale, qui diffère grandement de celles qui ont présidé - et président encore aujourd'hui pour l'essentiel malgré quelques rares études d'inspiration ethnométhodologique⁷ - aux études de gestion hospitalière qui se sont intéressées à l'activité infirmière. La notion de **construction globale** correspond à la façon dont, à chaque instant, un acteur totalise son cours d'action passé en initiant une nouvelle unité élémentaire du cours d'action.

⁶ Nous verrons plus loin (section 5) pourquoi nous introduisons cette notion.

⁷ En ce qui concerne les recoupements et les différences entre ces études et celle qui est présentée ici, nous renverrons le lecteur à Cosnier & coll. (1993) et Grosjean & Lacoste (1999).

Notre hypothèse est que cette totalisation d'une période quelconque de cours d'action jusqu'à un instant donné est analysable en **unités concaténées et enchâssées de différents rangs**⁸. Ces unités, qui ne sont pas forcément continues, peuvent être reconstituées par la conjonction des observations, des enregistrements et des verbalisations provoquées. Ces dernières permettent de nommer ces unités et de préciser, d'une part leur enchâssement dans des unités plus larges, directement en nommant ces dernières, ou indirectement en reliant les premières à d'autres, d'autre part leur décomposition en sous-unités. Ces différentes unités peuvent recouper, mais seulement en partie, les unités de la tâche prescrite. Lorsque c'est le cas, elles sont cependant définies de façon radicalement différente, intrinsèquement et non pas extrinsèquement à l'activité. C'est pourquoi on peut qualifier cette représentation de l'activité infirmière d'« intrinsèque à cette activité ».

Cette représentation intrinsèque de l'activité infirmière peut être enrichie d'une explicitation des **contraintes**⁹ et **effets** extrinsèques de cette activité, pour obtenir une représentation qui contribue à l'action, que ses fins soient ergonomiques, gestionnaires ou autres. Par exemple, on peut ajouter à la description de l'histoire des aérosols pour le 12, ses contraintes (conception et équipement de l'unité de grossesses pathologiques; non considération des prescriptions dans l'attribution des chambres; etc...) et ses effets (mobilisation des infirmières des différentes équipes; inconfort des patientes concernées; etc...), pour ne parler ici que de ceux qui apparaissent évidents à travers la lecture de cette histoire.

A partir de cette sorte d'analyse, il me semble qu'on peut proposer trois thèses concernant la gestion et la recherche en gestion:

- 1/ il est nécessaire, pour améliorer la gestion, de disposer d'une représentation de l'activité des acteurs de l'entreprise qui soit, à la fois, opérationnelle pour la gestion et fondée sur une représentation scientifique de cette activité (section 3);
- 2/ il est nécessaire de penser la recherche en gestion comme une recherche technologique dont une partie des fondements scientifiques empiriques se trouve dans des recherches théoriques et empiriques en anthropologie cognitive (section 4);
- 3/ il est nécessaire, pour les recherches cognitives en gestion, de ne pas focaliser leur attention sur la seule activité des décideurs (ceux qui « gèrent ») mais, au contraire, de s'intéresser aussi à celle des autres acteurs de l'entreprise, et ainsi de dépasser le clivage actuel entre recherche en gestion et recherche en « ergonomie cognitive » (section 5).

En conclusion, nous nous demanderons à quelles conditions sociales, politiques, voire philosophiques ou religieuses, une analyse scientifique de l'activité peut être prise en compte dans la gestion.

3 - GESTION ET REPRESENTATION SCIENTIFIQUE DE L'ACTIVITE

Les études de gestion hospitalière qui ont été le plus loin empiriquement en matière d'activité infirmière sont celles qui ont été faites en vue de l'ajustement entre les exigences de soins (classés en soins directs et soins indirects, soins de base, non qualifiés, et soins techniques, qualifiés) des malades (classés selon leur degré de dépendance), et la quantité et la qualité du personnel des unités de soins. Elles ont donné lieu à un flux important de publications entre 1960 et 1986. Aujourd'hui,

⁸ Pour être complet, il faudrait ajouter que ces dernières ressortent d'un nombre limité de « structures significatives fondamentales ». Ainsi, l'histoire présentée constitue une unité de cours d'action (nous disons aussi « unité significative d'activité ») qui ressort de la structure « série » et comprend d'autres unités enchâssées les unes dans les autres, les plus larges étant ses chapitres, qui ressortent de la structure « séquence ». Ces structures significatives fondamentales sont par hypothèse susceptibles d'être retrouvées dans tout cours d'action dans toute situation, et leur construction pas à pas est définie en relation avec une notion particulière de signe dont nous dirons quelques mots dans la section 5. Sur ce point, nous renvoyons le lecteur à Theureau & Jeffroy (1994).

⁹ Nous parlons de « contraintes » pour souligner le caractère affaibli du déterminisme que l'on peut raisonnablement établir entre diverses caractéristiques de l'état des infirmières (leurs caractéristiques physiologiques et psychologiques générales, mais aussi leur état instantané de fatigue, distraction, etc...), de leur situation et de leur culture, et les caractéristiques intrinsèques de leur activité.

leurs résultats continuent d'être utilisés par l'administration hospitalière et font partie de la formation des cadres hospitaliers un peu partout dans le monde dans une perspective de réduction des coûts hospitaliers (voir, par exemple, en référence, un ouvrage de 1996 des Veterans Hospitals U.S.).

Ces études débouchent sur des outils et procédures de gestion au jour le jour (prévisions la veille des exigences de soins et calcul du personnel nécessaire) ou à plus long terme (détection des déséquilibres entre unités de soins) et une organisation du personnel (le maximum de personnel volant, susceptible d'être déplacé tous les jours d'unité de soins en unité de soins). Elles reposent sur un modèle, implicite ou explicite, du travail infirmier comme travail mettant en oeuvre des procédures bien définies, orienté vers des tâches ayant des débuts et des fins précis. Notre étude permet de récuser ce modèle, également présent dans d'autres domaines, où il commande l'utilisation d'outils et de méthodes semblables (voir récemment, par exemple, Engel & Pallez, 1997, concernant ... le calcul des effectifs de magistrats dans les tribunaux de grande instance). Si l'on considère les études les plus sophistiquées de cette tradition de recherche et développement (voir, par exemple, Tilquin & coll., 1981), on s'aperçoit aussi que:

- 1/ l'événement est exclu explicitement. Notre recherche a montré l'importance de ces événements (« perturbateurs ») dans des journées considérées comme moyennes par les infirmières;
- 2/ la planification par l'infirmière de son travail est évacuée comme activité. Les auteurs parlent bien, en faisant référence à une recherche précédente sur l'activité infirmière dans une unité de soins d'orthopédie (Theureau, 1979, 1981), de « vision de la tâche » par l'infirmière, mais c'est pour l'exploiter comme « sixième sens » et non pas pour considérer sa construction comme activité;
- 3/ la communication avec les malades et/ou leurs proches n'est prise en compte que pour autant qu'elle est planifiée à l'avance. Notre recherche a montré que les communications avec les patientes sont souvent à l'initiative de ces dernières, et font partie de la nécessaire collaboration des patientes à leurs soins;
- 4/ la communication orale et écrite entre les membres du personnel est exclue. Ici, l'aveuglement est maximal.

Une anecdote me semble significative: après cette seconde recherche, l'équipe de recherche opérationnelle en santé de Montréal, qui avait continué à développer un outil de gestion selon les principes ci-dessus, mais en tenant compte de certains éléments de notre première recherche (voir Tilquin & coll., 1981, cité plus haut), a abandonné ce terrain de la gestion du travail hospitalier pour s'intéresser à des recherches sur la gestion des hôpitaux et de la santé en général! Nos recherches ont seulement fourni une base scientifique aux doutes qui avaient saisi ces chercheurs en gestion face à la contestation de leur outil de gestion par les infirmières québécoises. Dans ces recherches sur la gestion des hôpitaux et de la santé en général, les activités infirmières pouvaient être abordées de façon suffisamment agrégée pour qu'il n'y ait plus de contestation empirique possible et qu'il suffise, pour documenter les diverses catégories d'activités, d'enquêtes d'opinions auprès des cadres hospitaliers.

A ce propos, on dit souvent que l'activité ne peut être considérée en gestion que de façon agrégée. C'est en partie vrai, mais alors toute la question est de savoir si cette agrégation en est vraiment une ou si c'est simplement une façon de voiler et donc de refuser de connaître la réalité. Pour le savoir, il faudrait mener, préalablement à la construction de notions, méthodes et outils de gestion (tels que les comptabilités par activités ABC, les outils de planification et de gestion de la charge de travail, les tableaux de bord opérationnels), des études et recherches fines de l'activité orientées vers la construction de catégories pertinentes et des moyens de les documenter. De telles études et recherches se présenteraient comme des prolongements, en direction de la gestion, des études et recherches en anthropologie cognitive, telles que l'étude de l'activité infirmière présentée plus haut. La construction d'une représentation de l'activité collective constituant un pas vers une représentation de l'activité pertinente pour la gestion, l'un de ces premiers prolongements serait une analyse de l'articulation collective des cours d'action des divers acteurs de l'unité hospitalière concernée, qui s'inspirerait de celle qui a été menée dans une recherche ultérieure en ce qui concerne le contrôle du trafic métropolitain (Theureau & Filippi, 1994), et qui bénéficierait des acquis de Grosjean & Lacoste (1999).

L'idée selon laquelle l'activité ne peut être considérée en gestion que de façon agrégée est aussi en partie fautive, car le gestionnaire a besoin de connaître des détails significatifs du fonctionnement de l'organisation concernée. Revenons, pour préciser cette question des détails, à l'analyse de l'activité infirmière présentée plus haut. Les séquences isolées sont très diverses et en général réduites à des échanges langagiers (72 %). Leur analyse plus fine serait effectivement de peu d'intérêt pour le gestionnaire qui peut se contenter de les prendre en compte globalement dans sa représentation de l'activité. Une seule catégorie émerge, celle de la « recherche de choses et de gens », qui regroupe dans la journée considérée 24 % des séquences isolées. Il est facile d'imaginer comment, dans d'autres circonstances, certaines de ces dernières pourraient donner lieu à des histoires. C'est le cas - pour continuer à prendre des exemples incongrus (comme la vie!) - d'une séquence isolée de recherche d'une table de repas de patiente, dans une autre journée:

I3 (autre unité du service): Ah, Madame D (nom de l'unité de soins de grossesses pathologiques)!

I1: Oui.

I3: Je vous ai fait une lettre, Madame D.

I1: Tu m'as fait une lettre?

I3: Il faudrait vérifier, Mesdames D/ Voulez-vous vérifier si vous n'avez pas une table de repas en trop dans les chambres.

déplacement de I1 et I3 vers un local où se trouve la table incriminée

I1: Heureusement que/

I3: Je cherche partout.

I1: que j'ai les yeux partout. C'est parce que ça traîne, ça fait depuis hier que ça traîne ici.

I3: Bon, ben, écoute, euh/

I1: Alors, je pense que ça doit être que de chez toi. Maintenant si jamais il m'en manque une, je viendrai te la chercher.

I3/ D'accord.

I1: Hé hé

I3: Ah, mais elle est cassée! Mais non, parce que ça se plie.

I1: Là, elle va se casser, regarde.

I3: Allez, oh, ne charrie pas, toi, oh dis/

Par contre, les histoires se répètent sous des formes différentes et pointent toutes vers des problèmes fonctionnels du service. Par exemple, notre petite histoire d'aérosols est en fait une histoire saisonnière qui se reproduit de temps en temps durant la saison froide. La surveillante et l'infirmière en titre en ont l'expérience, mais pas l'infirmière concernée (I1) qui est volante, ni sans doute le médecin qui a prescrit les aérosols. On trouve aussi, dans la même journée, cinq histoires de montée en salle de travail d'une patiente, deux histoires de résultats d'examens égarés, une histoire de dossier d'entrante égaré et une histoire très complexe de dysfonctionnement dans la coordination entre divers spécialistes médicaux, dont certains sont extérieurs à l'unité de soins et même au service (médecin-chef, interne, anesthésistes, hématologues) et entre unités de soins et laboratoires d'analyse, celle de l'anémie-transfusion d'une patiente (présentée dans Theureau, 1993). L'énoncé même des thèmes de ces histoires dans une unité de grossesses pathologiques montre leur caractère structurel. Très généralement, on a pu montrer que les événements ou chaînes d'événements qui déclenchent des histoires dans les différentes journées se situent dans les moments de transition des patientes: entrée; montée en salle de travail; retour de la salle de travail; sortie. La prévention de nouvelles histoires d'un type donné, et donc la connaissance du contenu et de l'ampleur des histoires passées de ce type, constituent un problème que le gestionnaire devrait se donner les moyens conceptuels, représentationnels et observationnels de résoudre. C'est pourquoi, dans les limites de cet ouvrage, nous avons choisi d'illustrer l'analyse de l'activité infirmière et la représentation qui en résulte par une telle histoire.

Si nous généralisons cette réflexion menée à l'occasion de cette confrontation entre analyse de l'activité infirmière et gestion hospitalière, nous pouvons formuler comme première thèse celle de **la nécessité, pour améliorer la gestion, de disposer d'une représentation de l'activité des acteurs de l'entreprise qui soit, à la fois, opérationnelle pour la gestion** (donc, comportant plusieurs niveaux d'agrégation, variant en fonction de l'importance structurelle des éléments d'activité concernés) **et fondée sur une représentation scientifique de cette activité** (permettant de dégager les structures et de définir les niveaux d'agrégation pertinents). Cette nécessité ne peut se matérialiser que moyennant des recherches, tant en anthropologie cognitive qu'en gestion sur lesquelles nous allons maintenant nous pencher.

4 - RECHERCHE EN GESTION, RECHERCHE EN ANTHROPOLOGIE COGNITIVE, SCIENCE EMPIRIQUE ET TECHNOLOGIE

Certains chercheurs en gestion - de tournure d'esprit plus analytique qu'hypothético-déductive, donc plus proche de celle de l'anthropologie cognitive que ne l'est le courant principal de la recherche en gestion - donnent de leur discipline une définition cognitive. Ces chercheurs parlent de « produire des connaissances sur des phénomènes mettant en jeu des actions, c'est-à-dire des activités humaines intentionnelles, orientées vers des fins plus ou moins explicites » (Girin, 1995) ou d'étudier « les relations entre les capacités cognitives et les comportements individuels et collectifs » (Charue-Duboc, 1995). Pour eux, la recherche en gestion ne s'est pas affublée de l'adjectif « cognitif », mais a pris, comme l'anthropologie, son tournant cognitif. Si l'on prenait à la lettre ces définitions, on aurait identifié d'objet d'étude entre anthropologie cognitive et gestion. Cette identité serait encore renforcée lorsqu'en anthropologie cognitive, on se limite, comme nous même le faisons, à développer une anthropologie cognitive des situations modernes. La différence des nominations, « anthropologie cognitive des situations modernes » d'un côté, « recherche en gestion » de l'autre, ne serait alors qu'un résidu historique dont il serait judicieux de se débarrasser à terme.

Cependant, une telle identité de définition entre « anthropologie cognitive des situations modernes » et « recherche en gestion » est susceptible d'introduire de la confusion. Elle mélange ce qui doit être au contraire articulé, lié organiquement: la recherche scientifique empirique et la recherche technologique. Il est évident, en fait, que ces définitions de la recherche en gestion sont plutôt des définitions de l'une des disciplines scientifiques diverses et variées que ces chercheurs en gestion considèrent comme participant aux fondements de la recherche en gestion. D'où une première clarification qui consisterait à dire que la recherche en gestion est une recherche technologique, une recherche et un développement d'une technologie particulière, la gestion, avec ses notions, ses méthodes, ses modèles, ses outils, avec leurs procédures, etc..., qui sélectionnent et forment leurs usagers, leurs métiers, leurs institutions. Cette recherche technologique trouverait une partie de ses fondements scientifiques empiriques dans une recherche en anthropologie cognitive qui s'intéresserait aux pratiques de l'ensemble des acteurs et des collectifs des entreprises, du point de vue cognitif, c'est-à-dire, comme on l'a dit plus haut à propos des seules infirmières, en tant qu'elles sont l'occasion d'une production et d'une expression de savoirs.

Par recherche scientifique empirique, nous entendons une pratique d'innovation conceptuelle qui est commandée par les seuls critères de vérité scientifique. Une recherche technologique, elle, joint à ces critères de vérité scientifique des critères d'efficacité qui dépendent de la valeur de vérité scientifique, mais aussi d'autres valeurs. La valeur de vérité scientifique, comme les autres valeurs, restent controversées. Toutes, ainsi que leurs critères et les procédures pour les réaliser, sont à expliciter soigneusement dans les diverses disciplines scientifiques empiriques et technologiques, en relation avec les particularités de leurs objets théoriques et pratiques. Si nous parlons de « technologie » plutôt que de « technique », c'est qu'a priori, la technique n'a aucun rapport avec la science empirique et n'obéit qu'à des critères d'efficacité. Ce qui a été introduit à l'époque de la Renaissance, c'est la possibilité et l'intérêt d'établir lien organique entre science empirique et technique. c'est ce lien qui justement définit ce qu'on entend par le mot « technologie » lorsqu'on

ne se contente pas du sens commun, pour lequel « technique » et « technologie », c'est « du pareil au même » et cela concerne seulement la machinerie.

Parler de recherche technologique à propos des recherches en gestion aurait de quoi choquer qui partagerait le dénigrement de la technologie qui sévit encore aujourd'hui dans l'université française et ses institutions de recherche publique, en particulier dans les secteurs « sciences humaines ». Selon le point de vue défendu ici, la recherche en gestion - comme d'ailleurs la recherche en ergonomie - serait une « recherche technologique de base »¹⁰, pour reprendre l'expression du rapport d'orientation de la « consultation nationale sur les grands objectifs de la recherche française » de Janvier 1994, qui constate combien, en France, les « recherches technologiques de base », en particulier celles qui « contribuent à la compréhension et la maîtrise des systèmes et objets complexes » sont « relativement délaissées (si on les compare aux compétiteurs étrangers) ». La relation à établir entre la recherche technologique de base que serait la recherche en gestion et les diverses recherches scientifiques empiriques, dont les recherches en anthropologie cognitive des situations modernes, ne saurait être de subordination mais de liaison organique. Certaines recherches en gestion devraient contribuer à la définition des objets et des méthodes de l'anthropologie cognitive, comme certaines recherches en anthropologie cognitive devraient contribuer à la définition des objets et méthodes de la gestion.

5 - RECHERCHES COGNITIVES EN GESTION ET RECHERCHES EN ERGONOMIE COGNITIVE, UN CLIVAGE A DEPASSER

Cependant, dans les faits, les recherches en gestion, notamment celles qui ont « pris le virage cognitif », fondent souvent leur démarche sur l'étude, non pas de l'ensemble des activités des acteurs de l'entreprise, mais seulement d'un type d'activité particulier, « l'activité de gestion ». Cette sélectivité les conduit à ne s'intéresser qu'à une catégorie d'acteurs au sein de l'entreprise, ceux qui exercent « les activités de gestion », c'est-à-dire les « décideurs ». En cela, il s'agit plutôt de recherches **sur** la gestion (recherches sur l'activité des décideurs) que de recherches **en** gestion (recherches dans le champ complet offert aux décisions de gestion, c'est-à-dire l'ensemble des activités des acteurs de l'entreprise). De telles recherches sont évidemment nécessaires. Nous les rajouterions aujourd'hui volontiers à nos conclusions de l'étude des activités infirmières de l'époque. Mais, suffisent-elles pour répondre à la question posée par Berry, Moisdon & Riveline (1978) : « dans quelle mesure les instruments mis en oeuvre pour gérer les affaires (les expédier, dirait le Littré) permettent-ils de mieux les régir? »? La réponse est évidemment « non ». Point n'est besoin même d'appuyer ce « non » sur des études empiriques comme celle que nous avons présentée. Rappelons que le « Scientific Management » de Taylor relie étroitement étude scientifique empirique et transformation du travail et fonde sur celles-ci des procédures et des instruments de gestion¹¹. Du point de vue d'une anthropologie cognitive des situations modernes, d'une part les présupposés ontologiques et épistémologiques de Taylor doivent être radicalement abandonnés pour d'autres¹², d'autre part, l'activité dans une entreprise forme une totalité complexe et sa connaissance scientifique empirique, pour fonder des transformations, doit considérer à la fois les décideurs, les autres acteurs et les interactions entre eux.

Réduire les recherches en gestion à des recherches sur la gestion, c'est renvoyer les questions scientifiques concernant le travail à une autre technologie, par exemple l'ergonomie cognitive, avec ses fondements scientifiques empiriques en anthropologie cognitive. L'ergonomie cognitive est elle-même privée de tout accès à la connaissance scientifique des pratiques des décideurs. L'univers de

¹⁰ Alors, la dénomination de « sciences de la gestion » qui s'est imposée pourrait être interprétée comme une tentative pour contrer le dénigrement de cette « recherche technologique de base », mais avec un effet pervers, le risque de confusion entre science empirique et technologie, dont il s'agirait d'être conscient.

¹¹ Notons d'ailleurs, en relation avec la section précédente, que Taylor a introduit l'idée d'une « science du travail » qui prétendait imposer des transformations du travail, de son organisation et de sa gestion, aux opérateurs, comme si ces dernières ressortaient seulement de la vérité scientifique, sans y joindre d'autres valeurs.

¹² Voir: Taylor, 1911, 1930, 1967; Copley, 1969; Theureau (1992).

la décision lui échappant, elle est ainsi peu ou prou impuissante à réaliser sa finalité d'aménagement et de conception des situations de travail. Elle est souvent réduite à mener des analyses de détail conclues par des recommandations de détail dans le cadre de projets de conception élaborés sans elle¹³. Marazzi (1997) exprime le même constat lorsqu'il écrit : « Du point de vue méthodologique, la recherche scientifique de ces deux dernières décennies a adopté la « stratégie des renvois » : s'isolant et se cristallisant en disciplines et professions distinctes, la recherche s'est organisée de manière à renvoyer à d'autres disciplines tout ce qui menace la cohérence logique interne à son propre champ d'investigation. Ainsi, à force de renvois, la recherche s'est privée de la possibilité même de traiter le changement. Au contraire, le « changement » lui-même est devenu un secteur de recherche scientifique spécifique, en ajoutant à la fragmentation du savoir d'autres secteurs disciplinaires » (p. 79). De même, A. Orléan écrit récemment, en ce qui concerne plus largement l'économie : « La majorité des modèles contemporains ont des équilibres multiples. Cette situation est révélatrice d'une démarche qui pense l'économie comme constituant un champ d'activités strictement indépendant du reste de la société.... Sortir de cette impasse nécessite une pensée qui resitue la logique contractuelle dans le cadre social élargi qui l'irrigue et la modèle » (in Le Monde du 16/12/97).

Si l'on s'accorde sur la nécessité de dépasser le clivage entre « recherche en gestion » et « ergonomie cognitive » comme deux sortes de recherches technologiques, l'une portant sur l'activité des « décideurs », l'autre portant sur celle des « autres acteurs », grâce à une recherche fondamentale en anthropologie cognitive des situations modernes qui les concerne toutes deux, pourrait-on cependant distinguer à l'intérieur des activités et situations des acteurs de l'entreprise un aspect « travail » et un aspect « gestion »? Ceci amènerait à distinguer une anthropologie cognitive des situations de travail, qu'on pourrait désigner comme « recherche en travail » et une anthropologie cognitive des situations de gestion, nommée « recherche en gestion ». C'est ce que propose en définitive C. Midler lorsqu'il écrit que « l'objet général de la gestion peut être défini comme l'étude des processus de réduction de la complexité dans les situations de gestion. Cet objet inclut le vaste domaine de l'instrumentation de gestion (développer des outils cognitifs plus perfectionnés, plus pertinents pour comprendre des problèmes en perpétuelle évolution), mais aussi l'analyse de leurs usages en situation » (in Orléan, 1995, p. 346). La définition qu'il donne de la « situation de gestion », comme « des interactions susceptibles d'être évaluées » et soumises à des contraintes à la fois « fortes », « intériorisées » et « partagées », peut s'appliquer à toutes les situations¹⁴. Pour tous les acteurs de l'entreprise, opérateurs comme décideurs, il faudrait, pour suivre C. Midler, distinguer dans leurs interactions un aspect « travail », qui concernerait leur activité de production, et un aspect « gestion », qui concernerait leur activité de « réduction de la complexité ». Il faudrait aussi s'attacher à concevoir des instruments de gestion pour tous ces acteurs quels qu'ils soient. Comme la possibilité d'effectuer cette distinction dans l'activité de chacun entre « travail » et « gestion » est douteuse et, en tout cas, reste non prouvée, on comprend qu'on soit ramené, dans les faits, au clivage non interrogé entre « recherche en gestion » et « ergonomie cognitive », donc à des études cognitives de gestion qui concernent les seuls décideurs et à une conception des instruments de gestion pour les seuls décideurs.

La question d'une recherche en gestion qui s'intéresse au travail, et plus généralement à l'activité, a été relancée récemment par Lorino (1995) en partant, d'une part d'un bilan des recherches en contrôle de gestion¹⁵, d'autre part du cadre sémio-logique de l'analyse des cours

¹³ C'est cette impuissance de l'ergonomie cognitive qui a motivé de notre part une réflexion sur la question du pilotage des projets de conception et de sa relation avec l'analyse du travail, présentée par exemple dans Pinsky (1992), à propos de recherches visant la conception des postes de travail de saisie-chiffrement du recensement à l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques menées en 1979-1983.

¹⁴ Seules échapperaient à ces « situations de gestion » les situations de crise où, dit cet auteur, les contraintes ne sont plus ni partagées ni intériorisées.

¹⁵ « Il en va du pilotage de l'entreprise comme de la révolution: beaucoup d'écrits, peu de réalisations satisfaisantes ... Les raisons sont d'ailleurs peut-être analogues dans les deux cas: l'inadaptation des modèles mentaux avec lesquels les responsables de l'action abordent les systèmes sociaux complexes ... A l'origine de cet ouvrage, la conviction que

d'action (dans sa version de Theureau, 1992) et du paradigme constructiviste initié par les travaux de Maturana et Varela auquel il se rattache¹⁶, ainsi que d'une interprétation de la sémiologie théorique de C.S. Peirce. D'après Lorino : « Parmi les données qui contraignent à reconstruire les schémas de pensée dans l'entreprise, nous retiendrons notamment comme « fil rouge » la multiplicité des acteurs porteurs de connaissance et surtout d'apprentissage. Cette multiplicité des sujets cognitifs est d'autant plus irréductible que chacun de ces acteurs, avec son bagage de savoirs, est partiellement opaque, quels que soient les efforts déployés pour restituer au pouvoir central le contrôle plein et entier de la situation » (op. cit., p. 14). Il propose de remplacer le paradigme du dirigeant omniscient et externe au système qu'il dirige (« paradigme du contrôle : « conduite externe pure ») par celui du pilotage par les « causes » des activités (paradigme du pilotage : « conduite interne et externe »). Ce dernier paradigme exige, pour ne pas rester un vœu pieux, une connaissance scientifique des activités et de leurs « causes », le tout constituant une représentation de l'activité pertinente pour les raisonnements et décisions de gestion. Cette problématique du pilotage permet, nous semble-t-il, de poser correctement les questions de gestion qui découlent de la représentation des activités infirmières que nous avons exposée plus haut.

Pour que l'on puisse s'assurer qu'une représentation de l'activité est pertinente pour la gestion, il faut connaître aussi les activités de gestion (effectuées par des acteurs variés, non spécifiés professionnellement, que nous ne précisons pas ici). Il faut, plus précisément, analyser comment des représentations de l'activité des acteurs et des collectifs de l'entreprise dans leur environnement peuvent « faire signe » pour l'activité de gestion. D'où une problématique particulière que l'on pourrait appeler sémio-logique des recherches cognitives sur la gestion, ou plutôt des recherches en anthropologie cognitive des activités de gestion, s'intéressant d'une façon particulière à ce que C. Midler appelle « l'analyse des usages en situation des instruments de gestion ».

Ce point nous ramène à l'analyse des activités infirmières. Nous avons constaté qu'elle constituait une analyse de la construction globale des cours d'action qui débouchait sur celle des contraintes et effets extrinsèques des cours d'action. Une telle analyse suffit - si du moins on la poursuit par une analyse de l'articulation collective des cours d'actions, comme nous l'avons vu plus haut (section 3) - pour élaborer une représentation de l'activité infirmière pertinente pour la gestion. Elle ne suffit pas pour élaborer une représentation de l'activité de gestion pertinente pour la conception des outils de gestion hospitalière, comme d'ailleurs elle ne suffit pas pour fonder une conception ergonomique des outils d'information disponibles pour l'infirmière. Si l'on vise à compléter les bases cognitives de la conception, tant des outils de gestion que des outils d'information disponibles pour l'infirmière, il faut procéder aussi à une analyse de la construction locale, tant de l'activité de gestion que de l'activité infirmière, en rappelant que la notion de **construction locale** correspond à la façon dont, à chaque instant, un acteur construit une nouvelle unité élémentaire du cours d'action¹⁷. En tout cas, il nous semble nécessaire que les recherches cognitives en gestion, ne focalisent pas leur attention sur la seule activité des décideurs mais, au contraire, s'intéressent aussi à celle des autres acteurs de l'entreprise, et que soit ainsi dépassé le clivage actuel entre recherche en ergonomie cognitive et recherche en gestion.

CONCLUSION

cette difficulté à gérer le changement dans l'entreprise n'est pas de nature technique, mais résulte de l'inadaptation des modèles mentaux dans leurs fondements mêmes » (opus cité, p. 13).

¹⁶ Voir: Varela (1989a, 1989b; Varela, Thomson & Rosch (1993).

¹⁷ Nous formulons à cet égard l'hypothèse que cette construction locale ressort d'une notion particulière de signe. Cette notion de signe a connu plusieurs versions successives, jusqu'à celle de signe hexadique (voir: Pinsky, 1992; Theureau, 1992; Theureau & Jeffroy, 1994; Theureau, 1997; Theureau, 1999). Cette notion de signe permet aussi de construire les notions de structures significatives fondamentales qui permettent de catégoriser les unités significatives issues de l'analyse de la construction globale (voir note 8). Elle est inspirée en partie par la notion de signe triadique proposée par le philosophe, mathématicien et savant C. S. Peirce (mort en 1914). Le lecteur peut avoir un aperçu de cette dernière à travers la lecture du chapitre de cet ouvrage rédigé par Jean Claude Peyrolle.

Des progrès importants de la gestion et de ses instruments pourraient probablement être accomplis grâce à des études et recherches en anthropologie cognitive, menées selon une démarche d'analyse de la construction globale et de la construction locale des cours d'action et de leur articulation collective. Une telle analyse devrait porter aussi bien, par exemple, sur l'activité des infirmières (ou d'autres acteurs dans d'autres organisations) que sur celle des personnes impliquées dans la gestion (en hôpital ou ailleurs). Mais le problème est plus difficile à résoudre qu'il ne le semble lorsqu'on se contente, comme nous l'avons fait jusqu'ici, d'un raisonnement théorique, laissant de côté les conditions qui doivent être réunies pour le recueil de données sur l'activité. En effet, la possibilité pour le cours d'action - l'activité significative pour l'acteur (c'est-à-dire montrable, racontable et commentable) - de constituer effectivement la « maille de base du pilotage organisationnel » comme le suggère Lorino (1995) est soumise à des conditions d'émergence, à la fois, de fraternité et de partage des possibles, donc des projets, entre les divers acteurs de l'entreprise (par exemple, l'hôpital). Ces conditions sociales, politiques, voire philosophiques ou religieuses, sont, d'après notre expérience de recherche en anthropologie cognitive des situations modernes, possibles à réaliser localement, moyennant une certaine dose de courage, d'ingéniosité et d'esprit d'innovation. Mais elles sont difficiles à réaliser globalement.

Nous sommes ainsi ramenés du couple anthropologie cognitive/gestion à un troisième terme au moins, la politique, ce qui - on pouvait s'en douter dès le départ - est inévitable lorsqu'on engage un processus social de connaissance et d'action. Nous sommes par la même occasion ramenés à Taylor qui subordonnait sa « direction scientifique » à une philosophie de la justice, mêlant la théorie calviniste de la prédestination, la réalisation du consensus social par la science et les espoirs de production et de consommation de masse. Cette philosophie était certes composite et naïve, mais on ne peut lui nier une réelle efficacité dans notre monde pendant une période de temps dont il est encore difficile de prévoir la fin définitive.

Remarquons que les recherches néo-tayloristes en dotation du personnel que nous avons citées, celles de Tilquin & coll. (1981), s'étaient développées dans le cadre d'une politique explicite d'amélioration des soins et de diminution des coûts hospitaliers et d'une certaine conception du « juste travail » à exiger de la part du personnel hospitalier. N'est-il pas nécessaire de remplacer cette politique et cette conception du « juste travail » par une autre, si l'on veut développer des outils et des procédures de gestion plus satisfaisants, fondés sur des études plus pertinentes des activités? En attendant une telle redéfinition, le chercheur, loin de devoir rester passif, peut contribuer à hâter celle-ci en menant des études plus pertinentes et en développant des outils et des procédures de gestion plus satisfaisants là où les circonstances le permettent.

REFERENCES

Berry M. (1981) Introduction à l'analyse des mécanismes de gestion: la logique de l'étrange gestion d'un atelier de production, *Annales des Mines*, 31-42.

Berry M. , Moisdon J.C., Riveline C. (1978) *Qu'est-ce que la recherche en gestion?*, Document CGS & CRG, Paris.

Copley F.B. (1969) *Frederick W. Taylor, father of scientific management*, Augustus M. Kelley Publishers, New York.

Cosnier J., Grosjean M. & Lacoste M. eds. (1993) *Soins et communications: approches interactionnistes des relations de soins*, Presses Universitaires de Lyon.

Engel F. & Pallez F. (1997) Le jugement & la norme: l'évaluation de la charge de travail des magistrats dans les tribunaux de grande instance, *Cahiers de recherche n° 14 du Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole des Mines de Paris*.

{O43} THEUREAU J. (2000) Activité, représentation de l'activité et... gestion, in Lorino ed., Enquêtes de gestion, à la recherche du signe dans l'entreprise, L'Harmattan, Paris, 295-325.

Grosjean M. & Lacoste M. (1999) *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, PUF, Paris.

Lorino P. (1995) *Comptes et récits de la performance: essai sur le pilotage de l'entreprise*, Les Editions d'organisation, Paris.

Marazzi C. (trad. fr., 1997) *La place des chaussettes: le tournant linguistique de l'économie et ses conséquences politiques*, Editions de l'Eclat, Paris.

Miller G.A., Galanter E. & Pribram K.H. (1960) *Plans and the structure of behavior*, Holt, Rinehart & Winston, New York.

Moisdon J.C. (1992) *La recherche au Centre de Gestion Scientifique: évolutions et perspectives*, Cahiers de Recherche, Ecole des Mines de Paris.

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

Newell A. & Simon H. (1972) *Human Problem Solving*, Prentice Hall, Englewood Cliffs.

Orléan A. (1994) *Analyse économique des conventions*, PUF, Paris.

Pinsky L. (1992) *Concevoir pour l'action et la communication: essais d'ergonomie cognitive*, Peter Lang, Berne.

Pinsky L. & Theureau J. (1982) *Activité cognitive et action dans le travail, tome 2, partie 2: Eléments et événements du travail infirmier*, Collection de Physiologie du travail et d'ergonomie n° 73, C.N.A.M., Paris.

Taylor F.C.W. (1911) *The principles of scientific management*, Harper & Brothers Publishers, New York & London.

Taylor F.C.W. (trad. fr., 1930) *Direction des ateliers*, Dunod, Paris.

Taylor F.C.W. (trad. fr., 1967) *La direction scientifique des entreprises: un retour aux sources du taylorisme*, Marabout, Editions Gerard & Cie, Verviers.

Theureau J. (1979) *L'analyse des activités des infirmiers (ères) des unités de soins hospitalières*, Collection de Physiologie du Travail et d'Ergonomie n° 64, CNAM, Paris.

Theureau J. (1981) Eléments d'analyse temporelle du travail infirmier: l'infirmière de l'équipe de jour en orthopédie, *Le Travail Humain*, 44, 1, 93-107.

Theureau J. (1992) *Le cours d'action: analyse sémio-logique - Essai d'anthropologie cognitive située*, Peter Lang, Berne.

Theureau J. (1993) Evénements et coopération dans le travail infirmier, in Cosnier J., Grosjean M., Lacoste M. eds., *Soins et communications: approches interactionnistes des relations de soins*, Presses Universitaires de Lyon, 161-178.

Theureau J. (1997) , L'émergence d'un complexe d'échanges à travers les trajets des voyageurs : un essai méthodologique, in Bayart D., Borzeix A., Lacoste M. & Theureau J., *Les traversées de la gare: la méthode des trajets pour analyser l'information-voyageur*, RATP - Département du développement - Mission prospective et recherches sociétales, Paris, pp. 145-190.

{O43} THEUREAU J. (2000) Activité, représentation de l'activité et... gestion, in Lorino ed., Enquêtes de gestion, à la recherche du signe dans l'entreprise, L'Harmattan, Paris, 295-325.

Theureau J. (à paraître, 1999) Anthropologie cognitive & analyse des compétences, in J.M. Barbier ed., *L'analyse de la singularité de l'action*, PUF, Paris.

Theureau J., Jeffroy F. & coll. (1994) *Ergonomie des situations informatisées: la conception centrée sur le cours d'action des utilisateurs*, Octares, Toulouse.

Theureau J. & Filippi G. (1994) Cours d'action et conception d'une situation d'aide à la coordination: le cas de la régulation du trafic du RER, *Sociologie du Travail*, 36, 4, pp. 547-562.

Tilquin C., Carle J., Saulnier D., Lambert P. et coll. (1981) *PRN 80: la mesure du niveau des soins infirmiers requis*, publication Equipe de recherche opérationnelle en santé, Montréal.

Varela F.J. (1989a) *Connaître. Les Sciences cognitives*, Seuil, Paris. (réed. augmentée, 1996, sous le titre « Invitation aux sciences cognitives »)

Varela F.J. (1989b) *Autonomie et connaissance*, Seuil, Paris.

Varela F., Thomson E. & Rosch E. (trad. fr., 1993) *L'inscription corporelle de l'esprit: sciences cognitives et expérience humaine*, Seuil, Paris.

Veterans Health Administration (1996) *An expert panel-based methodology for nurse staffing and resource management: implementation guide*, Dept of Veterans Affairs, National Center for Cost Containment, Washington.

Vygotsky (traduction française, 1985) *Pensée & Langage*, Messidor/Editions Sociales, Paris.