

HEC MONTRÉAL
École affiliée à l'Université de Montréal

**Du travail du risque au travail institutionnel :
la gestion des risques au quotidien dans le domaine de la santé**

par
Véronique Labelle

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Ph. D. en administration
(option Management)

Octobre 2019

© Véronique Labelle, 2019

HEC MONTRÉAL
École affiliée à l'Université de Montréal

Cette thèse intitulée :

**Du travail du risque au travail institutionnel :
la gestion des risques au quotidien dans le domaine de la santé**

Présentée par :

Véronique Labelle

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Sébastien Arcand
HEC Montréal
Président-rapporteur

Linda Rouleau
HEC Montréal
Directrice de recherche

Ann Langley
HEC Montréal
Membre du jury

Yves Gendron
Université Laval
Examinateur externe

Kevin J. Johnson
HEC Montréal
Représentant du directeur de HEC Montréal

Résumé

L'objectif de cette thèse est de comprendre comment s'applique la gestion des risques dans la vie quotidienne des travailleurs du secteur de la santé et de quelle façon les pratiques sociales entourant la gestion des risques s'articulent dans leur contexte institutionnel. Cette thèse repose en grande partie sur une démarche d'ethnographie institutionnelle et répond à la question de recherche suivante : comment les travailleurs des organisations de soins de santé façonnent-ils la gestion des risques dans leur travail quotidien ? Dit autrement : quelles pratiques et formes de travail du risque sont mises en œuvre dans la gestion des risques au quotidien ? Il devient pertinent d'étudier ces pratiques, puisque la gestion des risques, à travers ses techniques et ses discours, a pris une place importante dans la gestion des organisations publiques et privées. La thèse comporte trois articles.

Le premier article étudie, sous la loupe du travail institutionnel, les pratiques qu'adoptent les gestionnaires de risques en santé au quotidien. À partir d'entretiens semi-structurés et d'observations d'une table de travail provinciale rassemblant des gestionnaires de risques en santé, cette étude montre que ces derniers pratiquent deux grandes formes de travail institutionnel. Certaines pratiques entourant le travail du risque, ou *riskwork*, constituent un travail institutionnel de démocratisation au niveau intraorganisationnel. Au niveau extra-organisationnel, les gestionnaires de risques pratiquent un travail institutionnel de professionnalisation. Il existe une relation récursive entre ces deux formes de travail institutionnel.

Le deuxième article explore les efforts que consacrent divers acteurs (conseillers cliniques et non cliniques, gestionnaires cliniques et non cliniques, professionnels, patients et leurs représentants) à la gestion des risques en matière de sécurité dans une organisation de soins en santé mentale. Cette étude s'appuie sur l'observation de divers comités multidisciplinaires et multihiérarchiques de même que sur des entrevues semi-structurées. Les résultats révèlent quatre formes de travail du risque : régulatif-normatif, technoscientifique, politique et interprétatif. Ces formes de travail du risque sont interreliées et imbriquées dans des vecteurs de stabilité et de changement organisationnels de sorte

qu’elles soulagent la tension entre les exigences relatives à la sécurité des patients et celles relatives à leur autonomie.

Le troisième article reconstitue des biographies institutionnelles de travailleurs du risque dans une organisation de soins de santé mentale. À partir de la méthode de recomposition fictive d’un travailleur « composite » basée sur des entretiens semi-structurés, trois biographies institutionnelles de travailleurs du risque ont été reconstituées. Elles montrent que les travailleurs de la santé mentale combinent leurs compétences expertes et artisanales grâce à des manières différentes de valoriser et d’expérimenter la gestion des risques : valoriser les relations en faisant l’expérience de dilemmes, valoriser les standards en faisant l’expérience de l’ambiguïté et valoriser l’autonomie en faisant l’expérience de la vulnérabilité.

La mise en commun de ces trois articles a permis d’élaborer un modèle théorique de travail institutionnel du risque mettant en relation les contributions théoriques de notre thèse. Cette thèse fournit une compréhension plus riche des pratiques adoptées par divers acteurs dans la gestion des risques au quotidien. Elle permet aussi de mettre au jour les dynamiques qui existent entre les efforts déployés aux niveaux intra- et extra-organisationnels tout en intégrant l’expérience vécue dans le travail de gestion des risques. Cette thèse avance à la fois les connaissances émergentes sur le travail du risque et celles sur le travail institutionnel.

Mots clés : gestionnaires de risques, travail institutionnel, travail du risque, ethnographie institutionnelle, biographie institutionnelle, sécurité des patients, santé mentale.

Méthodes de recherche : étude qualitative, ethnographie institutionnelle, étude de cas.

Abstract

The aim of this thesis is to understand how risk management is carried out in the daily lives of health care workers and how the social practices surrounding risk management are articulated in their institutional contexts. This thesis draws largely on an institutional ethnography approach and asks the following question: How do workers in health care organizations shape risk management in their daily work? In other words, what risk-related practices and forms of risk work are implemented in day-to-day risk management? The importance of studying these practices owes to the significant place that risk management discourse and techniques have come to occupy in the management of public and private organizations. The thesis is comprised of three articles.

The first article draws on the perspective of institutional work to study the practices that health risk managers are engaged in on a daily basis. Drawing on semi-structured interviews and observations from a provincial working table of health risk managers, this study shows that these risk managers engage in two primary forms of institutional work. Some risk management practices—or ‘riskwork’—involve institutional work of democratization at the intra-organizational level. At the extra-organizational level, risk managers engage in institutional work of professionalization. A recursive relationship exists between these two forms of institutional work.

The second article explores the efforts of various actors (clinical and non-clinical counsellors, clinical and non-clinical managers, professionals, patients and their representatives) in managing safety risks in a mental health organization. This study is based on the observation of various multi-disciplinary and multi-hierarchical committees as well as semi-structured interviews. The results show that there are four forms of ‘riskwork’: regulatory-normative, techno-scientific, political, and interpretative. These forms of riskwork are interrelated and imbricated in vectors of organizational stability and change in such a way that they resolve tension between safety and patient autonomy requirements.

The third article focuses on ‘institutional biographies of riskworkers’ working in a mental health organization. Using a method of fictitious recomposition (composite worker), three ‘institutional biographies of riskworkers’ were assembled on the basis of semi-structured interviews. These show that mental health workers combine expert and craft competencies in different ways of valuing and experiencing risk management: by valuing relationships when experiencing dilemmas; by valuing standards when experiencing ambiguity; and by valuing autonomy when experiencing vulnerability.

Taken together, these three articles allow us to develop a theoretical model of *institutional riskwork*, which links the theoretical contributions of our thesis. This thesis provides a richer understanding of the practices in which various actors engage on a daily basis in risk management. It also reveals the dynamics between intra- and extra-organizational efforts while integrating lived experiences of risk management work. This thesis contributes both to emerging knowledge on ‘riskwork’ and institutional work.

Keywords: Risk managers, institutional work, riskwork, institutional ethnography, institutional biography, patient safety, mental health.

Research methods: qualitative study, institutional ethnography, case study.

Table des matières

Résumé	v
Abstract	vii
Table des matières	ix
Listes des tableaux et des figures	xii
Liste des abréviations	xiii
Remerciements	xiv
Introduction	1
Chapitre 1 Revue de littérature : les différentes approches du risque	5
1.1 Introduction	5
1.2 Les approches du risque	8
1.2 L'approche pratique et le travail du risque.....	11
1.2.1 Construction des connaissances et apprentissage	15
1.2.2 Discours	17
1.2.3 Institutions.....	18
Chapitre 2 Cadre théorique : le travail institutionnel	20
2.1 Introduction	20
2.2 La typologie.....	21
2.3 Le travail de maintien.....	21
2.4 Les logiques et le travail institutionnel.....	24
2.5 Le travail institutionnel de maintien et la position sociale des acteurs	27
2.5.1 Les antécédents du travail institutionnel de maintien et l'« <i>embedded agency</i> »	29
2.5.2 Le rôle de la socialisation et de l'expérience vécue	30
Chapitre 3 Méthodologie de recherche : l'ethnographie institutionnelle dans une organisation de soins de santé.....	34
3.1 Introduction	34
3.2 Ethnographie institutionnelle.....	34
3.3 Méthodes et collecte de données	37
3.3.1 Organisation de soins en santé mentale	39
3.3.2 Observation	42
3.3.3 Entrevues.....	44
3.3.4 Sources documentaires.....	45
3.3.5 Qualité des résultats	46
3.3.6 Réflexivité	46
3.3.7 Éthique	47
3.4 Bref retour sur la démarche réflexive.....	47
Chapitre 4 The institutional work of hospital risk managers: democratizing and professionalizing risk management	50
Abstract.....	50
4.1 Introduction	51
4.2 Risk work as institutional work.....	53
4.3 Methodology.....	56
4.3.1 Context.....	56

4.3.2 Research design and setting	57
4.3.3 Data analysis	59
4.4 Findings	59
4.4.1 Democratizing risk work.....	60
4.4.2 Building bridges	60
4.4.3 Autonomizing teams	63
4.4.4 Legitimizing risk work.....	63
4.4.5 Pragmatizing interventions	64
4.5 Professionalizing risk work	66
4.5.1 Networking with colleagues.....	66
4.5.2 Hybridizing knowledge.....	67
4.5.3 Shaping identity	68
4.5.4 Debating solutions.....	69
4.6 Discussion.....	70
4.7 Conclusion.....	74
References	76
Chapitre 5 Doing Institutional Riskwork in a Mental Health Hospital	80
Abstract.....	80
5.1 Introduction	80
5.2 Risk Management in a Quebec Healthcare Setting	82
5.3 Methods	83
5.3.1 Data Collection	83
5.3.2 Observations.....	84
5.3.3 Interviews.....	85
5.3.4 Data Analysis	85
5.3.5 Results.....	86
5.4 Regulative-Normative Riskwork.....	86
5.5 Techno-Scientific Riskwork	90
5.6 Political Riskwork	92
5.7 Everyday Interpretative Riskwork.....	94
5.8 Discussion and Conclusion.....	96
References	102
Chapitre 6 When your ‘values become your destiny’: Institutional biographies of mental health riskworkers	105
Abstract.....	105
6.1 Introduction	106
6.2 Riskwork.....	108
6.3 Institutional riskwork biographies of mental health workers	112
6.4 Context and sampling.....	114
6.4.1 Data collection	115
6.4.2 Data analysis	116
6.5 Findings	118
6.5.1 Lisa: Valuing relationships while experiencing dilemmas	118
6.5.2 David: Valuing standards while experiencing ambiguity	124
6.5.3 Peter: Valuing autonomy while experiencing vulnerability	129
6.6 Discussion.....	134
6.7 Conclusion.....	138

References	139
Appendix A - Individual riskwork narrative	147
Appendix B - Individual riskwork profile	150
Appendix C – <i>Riskwork</i> collective profile.....	152
Chapitre 7 Discussion	153
Introduction	153
7.1 Travail du risque et expérience.....	157
7.2 Travail du risque, expertise et professions	160
7.3 Logiques institutionnelles.....	166
7.4 Zones d'intersubjectivité	170
Conclusion (limites et implications)	173
Bibliographie	177

Listes des tableaux et des figures

Liste des tableaux

Tableau 1.1 Approches du risque	6
Table 4.1 Hospital risk managers and their institutional work related to risk.....	61

Liste des figures

Figure 4.1 Democratizing and professionalizing risk work of hospital risk managers	71
Figure 5.1 Data structure	87
Figure 5.2 Forms of riskwork and the tensions between patient safety and patient autonomy philosophies	100
Figure 7.1 Démarche de la thèse	154
Figure 7.2 Schéma intégrateur : le travail institutionnel du risque	155

Liste des abréviations

APGR	agent principal de gestion des risques
AQESENS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
CA	conseil d'administration
COSO	Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission
p. ex.	par exemple

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier du fond du cœur ma directrice de thèse, M^{me} Linda Rouleau. Sans son soutien, ses encouragements incessants et son aide, je n'aurais pas pu me rendre jusqu'à la fin de ce projet. Merci pour la patience, les beaux souvenirs, et les fous rires aussi. Je suis également reconnaissante envers M^{me} Ann Langley et M^{me} Henriette Bilodeau d'avoir accepté de faire partie du comité de thèse. Je les remercie pour leur disponibilité, leur soutien et leurs commentaires indispensables.

Je tiens aussi à remercier toutes les personnes qui ont participé, de près ou de loin, à ce projet. Plus particulièrement, j'aimerais souligner la grande générosité de l'ensemble des participants, ainsi que leurs organisations respectives. Au fil des années, j'ai également reçu de l'aide et du soutien de beaucoup de personnes à HEC Montréal. Bien qu'il me soit impossible de toutes les nommer, je dois dire un merci tout spécial à M. Sébastien Arcand pour sa loyauté et pour sa confiance à travers les années. Merci pour le travail dans la bonne humeur; cela a grandement contribué à faire avancer mon projet de thèse.

Finalement, merci aux collègues doctorants pour les discussions, les échanges et les confidences. Surtout, merci à mes amis et à ma famille pour tout le bonheur que vous m'avez donné afin d'alléger les moments plus difficiles. Enfin, je n'aurai jamais assez de mots pour remercier ma conjointe, qui a été plus qu'exceptionnelle durant toute cette aventure.

À vous tous et toutes, encore une fois merci, et j'espère que ce projet est à la hauteur de tout ce que vous m'avez donné.

Introduction

La gestion des risques s'est considérablement institutionnalisée au cours des dernières années. Que ce soit par la création de normes, de rôles, de législation ou encore d'outils, l'institutionnalisation de la gestion des risques s'est particulièrement intensifiée depuis le milieu des années 1990 (Power, 2004). Le nombre de travaux portant sur les risques et leur gestion s'est grandement accru, et bien que les approches dominantes demeurent ancrées dans une vision scientifique et rationnelle des risques et de leur gestion, les études se sont diversifiées avec les années. En effet, depuis 1995, les efforts entourant la formalisation et la codification de la gestion des risques ont grandement influencé la production du savoir, notamment en management (Power, Scheytt, Soin et Sahlin, 2009; Power, 2007). Toutefois, certains travaux récents ont adopté une approche permettant de mieux comprendre les liens entre l'institutionnalisation grandissante de la gestion des risques et les pratiques quotidiennes des acteurs impliqués dans la gestion des risques (Currie, Lockett, Finn, Martin et Waring, 2012; Daudigeos, 2013; Hayne et Free, 2014; Palermo, 2014).

Adoptant l'approche du travail institutionnel, notre thèse s'inscrit dans la mouvance de ces travaux et pose la question de recherche principale suivante : comment les travailleurs des organisations de soins de santé façonnent-ils la gestion des risques dans leur travail quotidien? Dit autrement : quelles pratiques et formes de travail du risque sont mises en œuvre dans la gestion des risques au quotidien? Cette thèse n'a donc pas pour objectif principal de décrire un processus d'institutionnalisation dans le temps, mais plutôt de décrire les pratiques sociales entourant la gestion des risques et la façon dont elles s'articulent entre elles.

Afin de répondre à la question de recherche et d'atteindre l'objectif de recherche, nous avons choisi de rédiger une thèse par articles à partir d'une démarche de recherche ethnographique menée dans le secteur de la santé au Québec. En plus de convenir à notre question générale de recherche, la pertinence de recourir à la méthode ethnographique pour mieux comprendre la gestion quotidienne des risques liés à la sécurité des patients a déjà été soulignée (Dixon-Woods, Suokas, Pitchforth et Tarrant, 2009). Plus particulièrement, nous avons opté pour une ethnographie institutionnelle permettant la reconnaissance des « relations sociales de savoir » qui traversent les contextes étudiés (Smith, 2005 : 25, traduction libre).

La pertinence d'effectuer cette recherche dans le secteur de la santé est aussi renforcée par le caractère pluraliste et complexe du secteur de la santé, qui est un secteur fortement institutionnalisé (Scott, Martin, Mendel et Caronna, 2000) au sein duquel les organisations doivent, entre autres, répondre à la fois à des objectifs de qualité des services et d'efficience des ressources (Jarzabkowski et Fenton, 2006), et où l'apparition de nouveaux rôles vient ébranler les frontières identitaires et professionnelles (Currie et Spyridonidis, 2016; Goodrick et Reay, 2010; Reay, Golden-Biddle et Germann, 2006). Comme l'ont souligné Denis, Langley et Cazale (1996) à propos des organisations de soins de santé au Québec, elles doivent composer avec des exigences discordantes et les tensions qui en découlent. De plus, toujours selon Denis *et al.*, (1996), la structure et les relations entre les acteurs dans ce secteur sont complexes et ambiguës.

Les arguments justifiant le choix du secteur de la santé comme domaine d'investigation empirique concernent la multiplication des rôles, des pratiques, des identités, des niveaux et des lieux de la gestion des risques liés à la sécurité dans ce type d'organisation. En effet, de nouveaux rôles associés à la gestion des risques apparaissent et se transforment, comme celui d'agent de la sécurité des patients, ce qui implique aussi une gestion intégrée des risques (Denham, 2007; Cornett, 2006; Burnaby, Hass et O'Reilly, 2011) ou des rôles hybrides cliniques et managériaux de manière à assurer la circulation des connaissances dans l'organisation (Burgess et Currie, 2013; Currie, Burgess et Hayton, 2015; Waring, Currie, Crompton et Bishop, 2013). En effet, une grande diversité d'acteurs œuvre à la gestion des risques au sein de ces organisations. Selon leurs parcours, professions, rôles et identités, ils interagissent quotidiennement, notamment sur les questions de sécurité et de gestion des risques. Or, afin de mieux comprendre ce que font ces acteurs lorsqu'ils font la gestion des risques dans les organisations de soins de santé, il importe de ne pas se limiter uniquement aux gestionnaires de risque en tant que tels et d'inclure l'ensemble des acteurs impliqués dans le processus. Ce choix nous semble plus pertinent pour faire avancer les connaissances sur la gestion des risques.

Par conséquent, cette thèse répond, d'une part, à l'appel d'Horlick-Jones et Sime (2004 : 443, traduction libre) qui s'énonce comme suit : « Trouver comment venir à bout des réductionnismes sociaux ou technocratiques qui caractérisent les représentations du risque fondés sur la discipline ». D'autre part, elle répond à l'appel de Barley et Kunda (2001) et de Phillips et Lawrence (2012) de ramener notre attention sur la notion de « travail », plus particulièrement dans le secteur de la santé

(Reay, Goodrick et Hinings, 2016). En ce sens, nous nous intéressons dans cette thèse au « travail du risque », ou « *riskwork* » (Power, 2016) en mettant de l'avant l'approche du travail institutionnel. Cette approche s'avère indiquée pour examiner les « efforts » exigés de divers acteurs impliqués dans la gestion des risques en tant que processus institutionnel émergent (Lawrence, Suddaby et Leca, 2011).

Afin de répondre à la question de recherche principale, nous présentons d'abord les différentes approches du risque (chapitre 1) et nous situons notre recherche dans le cadre de l'approche institutionnelle (chapitre 2). La méthodologie de recherche est ensuite décrite. Cette thèse aborde la gestion des risques sous trois angles différents, chacun faisant l'objet d'un article. Le premier article (chapitre 4) combine la perspective du travail institutionnel avec la littérature institutionnelle sur l'expertise et les professions, et s'intéresse plus précisément aux gestionnaires de risques dans le secteur de la santé. Nous avons observé les pratiques situées que ceux-ci mettent en œuvre dans leur gestion quotidienne des risques ou travail du risque aux niveaux intra- et extra-organisationnels. Cela a permis de repérer les formes de travail institutionnel qui sont présentes à chacun de ces niveaux et la manière dont elles s'articulent.

Le deuxième article (chapitre 5) est fondé sur les données de notre démarche ethnographique conduite dans une organisation de soins en santé mentale afin de mieux comprendre les pratiques des différents acteurs (conseillers cliniques et non cliniques, gestionnaires cliniques et non cliniques, professionnels cliniques et patients et leurs représentants) confrontés aux risques inhérents à leur contexte organisationnel. Pour ce faire, une approche de travail du risque a été privilégiée et a permis de relier divers acteurs à certaines formes particulières de travail du risque et de naviguer.

Enfin, le troisième article (chapitre 6) s'appuie principalement sur des entrevues semi-structurées avec des travailleurs du risque en santé mentale, conduites lors de notre démarche ethnographique dans une organisation de soins en santé mentale. Cette étude examine l'approche biographique, l'approche du travail institutionnel ainsi que l'approche du travail du risque afin de mieux comprendre comment les cheminement personnel et professionnel des différents acteurs du secteur de la santé mentale leur permettent de combiner des compétences d'expert et des

compétences artisanales. Cette étude permet, par ailleurs, de comprendre comment la mise en œuvre de ces compétences est institutionnellement structurée dans le temps.

La mise en commun de ces trois articles a permis de modéliser la notion de travail du risque institutionnel et d'y interrelier les contributions théoriques de notre thèse. Cette thèse fournit une compréhension plus riche des pratiques adoptées par divers acteurs dans la gestion des risques au quotidien. Elle permet aussi de mettre au jour les dynamiques qui existent entre les efforts déployés aux niveaux intra- et extra-organisationnels tout en intégrant l'expérience vécue dans le travail de gestion des risques. Cette thèse avance à la fois les connaissances émergentes sur le travail du risque et celles sur le travail institutionnel.

Chapitre 1 | Revue de littérature : les différentes approches du risque

1.1 Introduction

Le risque prend une importance grandissante au sein de nos sociétés (Beck, 1992) et représente un objet d'étude crucial en recherche organisationnelle, puisque les organisations et les institutions jouent un rôle majeur dans la production, la gestion et la prévention des risques (Gephart, Van Maanen et Oberlechner, 2009). En tant qu'objet d'étude, il est à l'origine d'un grand volume de travaux réalisés dans une grande diversité de disciplines. Bien que ces travaux utilisent un large éventail de perspectives théoriques, nous avons dégagé cinq grandes approches de la gestion des risques : 1) techno-scientifique; 2) perceptuelle et interprétative; 3) socioculturelle; 4) critique; 5) pratique et travail. Ce chapitre comporte deux sections. Dans un premier temps, nous allons discuter brièvement des quatre premières approches en mentionnant quelques-uns des travaux qui en sont les plus représentatifs. Dans un deuxième temps, nous allons nous intéresser plus substantiellement à l'approche pratique et travail, soit la cinquième approche relevée, puisque notre recherche s'inscrit dans cette dernière. La synthèse de ces approches¹ est présentée dans le tableau 1.1 qui suit.

¹ Il est à noter que, puisque certains travaux pourraient se retrouver dans plus d'une approche à la fois. Ce découpage a pour objectif de faciliter la compréhension générale des diverses perspectives sur la notion de risque.

Tableau 1.1 Approches du risque

Approches	Fondements théoriques	Définition	Caractéristiques	Exemples de travaux représentatifs
Techno-scientifique	Approches rationalistes et utilitaristes Modèles statistiques, probabilistes, actuariels de prédiction des risques Théorie de la décision	Le risque est une probabilité.	Le risque existe dans la nature. Il est connaissable et objectif. Il peut être mesuré et contrôlé par diverses méthodes et techniques.	<ul style="list-style-type: none"> • Cronenwett <i>et al.</i>, 1985 • Quinsey, Rice et Harris, 1995 • Kaas, Goovaerts, Dhaene et Denuit, 2008 • Saarela et Arjas, 2015 • Zhang, Teixeira, Guedes Soares, Yan et Liu, 2016 • Harris, Stinson et Landis, 2017 • Lin, Chen, Brown, Li et Yang, 2017
Perceptuelle et interprétative	Théories cognitives Psychologie et neurosciences	Le risque est une perception, une interprétation, un jugement ou une préférence. La probabilité est prise en compte, mais considérée comme subjective.	L'évaluation du risque est influencée par divers biais (cognitifs, affectifs, expérientiels). Le danger est réel, mais le risque est subjectif.	<ul style="list-style-type: none"> • Kahneman, Slovic et Tversky, 1982 • Lerner et Keltner, 2001 • March et Shapira, 1987 • Slovic, 1987; 1999 • Slovic, Finucane, Peters et MacGregor, 2004 • Slovic et Peters, 2006
Socioculturelle	Théories culturelles Anthropologie	Le risque est une construction socioculturelle.	Le risque est le produit de représentations communes du danger. Sa gestion est un processus culturel. Il existe, mais il est socialement construit. Il est utilisé pour justifier des décisions politiques et sert à distribuer le blâme.	<ul style="list-style-type: none"> • Douglas, 1992; 2002 [1966] • Douglas et Wildavsky, 1982 • Lash, 2000 • Tansey et O'Riordan, 1999 • Warner et Gabe, 2004 • Cornia, Dressel et Pfeil, 2016 • Jauho, 2016

Critique	Sociologie de la modernité avancée Gouvernementalité	Le risque est le cadre organisateur de la société et une stratégie gouvernementale.	<p>Le risque peut être réduit, mais pas éradiqué.</p> <p>Il est devenu incontrôlable et inconnaisable.</p> <p>Il est le produit des décisions des organisations et des institutions.</p> <p>Il est généré par l'avancement des connaissances.</p> <p>Il stimule la multiplication d'experts.</p> <p>Il est à la base d'une régulation sociale et d'un pouvoir.</p> <p>Il s'exprime au niveau individuel par l'autorégulation et au niveau collectif par une surveillance basée sur des statistiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Giddens, 1991 • Beck, 1992 • Beck et Holzer, 2007 • Castel, 1991 • Hood et Rothstein, 2001 • Rothstein, Huber et Gaskell, 2006 • Hardy et Maguire, 2016 • Power, 1999; 2007; 2009; 2012
Pratique et travail	<p>Théorie de la pratique et « <i>Turn to work</i> » en théorie des organisations.</p> <p>Ethnométhodologie</p>	Le risque est un aspect socio-symbolique du contexte des acteurs.	<p>Le risque est « un phénomène constitué par le langage et d'autres expressions symboliques » (Phillips et Lawrence, 2012: 224, traduction libre).</p> <p>Il est à la base des efforts dirigés vers un but et déployés par les acteurs afin d'affecter leur contexte socio-symbolique.</p> <p>Il est à la fois source d'agentivité et de contrainte pour les acteurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Horlick-Jones, 2005a; b • Power, 2016

1.2 Les approches du risque

Tout d'abord, l'approche du risque que Lupton (1999 : 1) a qualifiée de technico-scientifique a largement dominé les domaines d'études traditionnels du risque comme l'économie, les assurances et la finance. Les travaux fondés sur cette définition du risque sont positivistes, adoptent des modèles probabilistes et statistiques et basent leurs analyses du risque sur des connaissances scientifiques. Selon les domaines de risque, plusieurs théories et méthodes sont utilisées. Sous cet angle, le risque est défini comme une probabilité liée à une perte. De plus, il est discuté en termes rationnels et décisionnels, appuyés par l'utilisation de statistiques afin de prédire un résultat futur (Alaszewski et Burgess, 2007). Il est donc considéré comme préexistant dans la nature ; il peut être mesuré, calculé et contrôlé à l'aide de connaissances scientifiques (Gephart *et al.*, 2009). Les travaux pouvant être placés dans cette catégorie utilisent par exemple des modèles actuariels permettant de faire des prédictions (Kaas, Goovaerts, Dhaene et Denuit, 2008) dans divers domaines, tels que la médecine (Cronenwett *et al.*, 1985) ou encore la récidive sexuelle (Quinsey *et al.*, 1995). L'une des méthodes dominantes employées dans le cadre de ces travaux est la méthode bayésienne, qui permet de déduire la probabilité d'un évènement selon une analyse statistique. Elle peut par exemple être utilisée pour évaluer les risques écologiques (Harris *et al.*, 2017), prédire les conséquences d'accidents maritimes (Zhang *et al.*, 2016) ou encore prédire les multiples risques auxquels les patients qui souffrent de maladies chroniques peuvent faire face (Lin *et al.*, 2017; Saarela et Arjas, 2015).

Ces travaux ont une valeur certaine pour soutenir la prise de décision en situation d'incertitude. Cependant, nous pouvons critiquer les visées prédictives de ces travaux. Ces approches réalistes, en considérant que le risque est objectif et préexistant, négligent des considérations sociales, culturelles et politiques essentielles (Henwood, Pidgeon, Parkhill et Simmons, 2010).

La deuxième approche se veut perceptuelle et se veut basée sur la science cognitive. Cette vision objective du risque étudie le rôle des perceptions individuelles dans leur évaluation. Dans ces travaux, le risque demeure une réalité objective, mais génère des réactions et évaluations subjectives de la part des individus. Ici, le risque est défini comme étant le résultat d'une perception qu'il est possible d'évaluer à l'aide de méthodes et d'outils. Ces travaux utilisent la science cognitive et des méthodes psychométriques afin de mieux comprendre les variables impliquées

dans le jugement et les attitudes face au risque, telles que les émotions et l'affect (Slovic, 1987; Lerner et Keltner, 2001; Slovic *et al.*, 2004; Slovic et Peters, 2006), ainsi que les idéologies et les valeurs (Slovic, 1999). Ces études considèrent que le danger est réel, mais que le risque est subjectif (Slovic, 1999) ou, dans une perspective managériale, qu'il représente une préférence individuelle sans égard aux calculs probabilistes (March et Shapira, 1987). Malgré des appels à dépasser la dichotomie entre l'objectivité et la subjectivité de la nature du risque et du danger (Boholm, 2003) ayant caractérisé l'approche perceptuelle du risque (Pidgeon, Hood, Jones, Turner et Gibson, 1992), la rationalité des experts est encore surévaluée, et certains éléments du contexte social plus large en sont souvent absents. En effet, l'individualisme méthodologique est reproché à beaucoup de ces travaux, qui négligent le contexte social qui pourrait influencer la perception et les interprétations individuelles du risque.

Pour sa part, l'approche socioculturelle offre une alternative à l'individualisme méthodologique fréquemment adopté par les approches perceptuelles et met plutôt l'accent sur les aspects culturels et sociaux du risque (Tansey et O'Riordan, 1999; Lupton, 2001).

L'anthropologue Mary Douglas est considérée comme la précurseure de la théorie culturelle du risque. Ses travaux examinent entre autres la question du danger et son appréciation par les sociétés modernes et primitives (Douglas, 2002 [1966]). Elle a aussi étudié la notion de blâme en rapport avec sa distribution dans la société (Douglas, 1992), qui est aussi devenue une préoccupation centrale dans l'étude du risque et la culture de sécurité à l'intérieur des organisations.

Cette approche a le mérite de souligner l'importance des contextes culturel, collectif et historique dans la manière dont différents groupes et sous-groupes donnent sens au risque. Il s'agit de s'intéresser de plus près à la culture du risque (Lash, 2000). Le risque est donc défini comme le produit d'une construction sociale et culturelle. L'approche ne réfute pas les représentations individuelles du risque, mais souligne l'importance de tenir compte des biais culturels dans la représentation collective du danger (Tansey et O'Riordan, 1999). Ainsi, l'autre devient une considération importante dans la réflexion sur ce qui est caractérisé comme étant risqué (Warner et Gabe, 2004). Par exemple, la culture influencera la manière dont certaines communautés interpréteront un désastre ou une menace et le choix des actions considérées comme appropriées par ces communautés pour y répondre (Cornia *et al.*, 2016; Jauho, 2016).

Malgré l'attention portée aux tendances, aux dispositions et aux visions du monde dans l'étude du risque, certains ont reproché à cette approche de ne pas pouvoir prédire la perception du risque dans des situations spécifiques (Oltedal, Moen, Klempe et Rundmo, 2004) ou encore de générer peu de travaux empiriques (Tansey et O'Riordan, 1999).

Toujours dans une perspective sociologique, une approche plus critique du risque met encore plus en lumière sa nature politique et sa capacité à organiser la société (Lupton, 1999). Certains de ces travaux relèvent plus particulièrement de la perspective de la modernité avancée, comme ceux de Giddens (1991) et de Beck (1992), qui ont souligné l'importance du risque dans l'organisation de la société². Cette approche définit donc le risque comme un « principe organisateur » de la société et comme une stratégie de surveillance de la population (Gephart et al., 2009 : 145, traduction libre).

Le danger associé à une situation inévitable est maintenant considéré comme un risque qui est lié à des décisions (Luhmann, 1990). Cette capacité d'organisation conférée au risque au niveau sociétal s'est aussi traduite au niveau organisationnel par une certaine « gestion des risques globale » (Power, 2004), qui fournit des justifications et des moyens de contrôle aux effets pervers (Power, 1999, 2007, 2009, 2012). En effet, l'État met en place une logique de gouvernance basée sur le risque, qui oriente les décisions face aux menaces liées à la santé des populations (Rothstein *et al.*, 2006).

En ce qui concerne les pressions institutionnelles, Hood et Rothstein (2001) font écho aux travaux de Power (2004) en soulignant les exigences d'imputabilité grandissantes auxquelles sont soumises les organisations. Cela se traduit notamment par la justification systématique des décisions et des comportements des responsables de la gestion des risques. Ces travaux sont en continuité avec la

² Par exemple, Beck (1992, traduction libre), qui a mis de l'avant le concept de « société du risque », affirme que dans la modernité avancée, les risques sont considérés comme une manière de composer avec l'incertitude, tout en se multipliant à l'infini dans toutes les sphères de la vie. Ces risques sont désormais beaucoup plus difficiles à contrôler et ils sont produits par les organisations et les institutions, qui tentent en retour de les gérer avec une grande difficulté (Beck et Holzer, 2007). Alors que cet auteur relève l'impuissance de la rationalité technoscientifique à répondre à la multiplication des risques et des menaces dans la civilisation, Giddens (1991) met en lumière le paradoxe de la confiance placée dans les systèmes-experts, tandis que les techniques de gestion des risques deviennent elle-même sources de risques. Cette confiance est d'ailleurs l'un des symptômes évoqués par la perspective foucaldienne de la gouvernementalité (Castel, 1991; Foucault, 1991; Luxon, 2004), qui considère le risque comme une stratégie et un discours de l'État afin de mieux contrôler les populations, lesquelles se tournent ensuite vers les experts et les institutions gouvernementales afin de se protéger (Lupton, 1999).

thèse de la société du risque de Beck (1992). Cette multiplication des risques et des régulations visant à les contrôler implique aussi la circulation des connaissances sur le risque et les manières de le normaliser et de l'organiser (Hardy et Maguire, 2016).

Les principales critiques adressées aux travaux de cette approche concernent le niveau d'influence du risque dans l'ensemble des sphères de la société. Selon certains, l'attribution d'une telle importance au risque serait excessive (Dingwall, 1999; Elliott, 2002), et l'aspect disciplinaire du discours technique qui sous-tend sa gestion ne serait pas aussi puissant que cette approche le prétend (Horlick-Jones, 2005).

Ce tour d'horizon des travaux ayant pour objet d'étude le risque nous permet de mieux comprendre les différentes manières de le conceptualiser. Par ailleurs, ces travaux révèlent la nature contraignante des discours institutionnels qui mettent de l'avant le contrôle et la réduction du risque à l'aide de normes et de pratiques axées sur la performance (Pronovost *et al.*, 2006), mais nous en disent assez peu sur la capacité des acteurs individuels et collectifs à agir sur ces contraintes institutionnelles.

1.2 L'approche pratique et le travail du risque

Bien que les perspectives décrites plus haut aient produit un volume important de travaux ayant le risque pour objet d'étude, elles nous disent peu de choses sur ce que font les travailleurs pour gérer les risques auxquels ils font face dans leur vie organisationnelle quotidienne et sur ce qui se joue au regard de cette gestion. D'un point de vue normatif, la gestion des risques ou *risk management*, diffère de l'action de gérer les risques : « la “gestion des risques” désigne la structure (principes, cadre et processus) servant à gérer efficacement les risques, et “gérer les risques” désigne la mise en application de cette structure à l'égard de risques particuliers » (AS/NZS ISO 31000, 2009 : V, traduction libre). De manière générale, la gestion des risques comporte la description du contexte, l'identification et l'analyse des risques, leur évaluation, ainsi que le traitement ou la mise en place de mesures de prévention afin d'en éviter l'occurrence ou la récurrence lorsque ces risques se réalisent (Purdy, 2010). Enfin, communiquer et consulter, piloter et revoir sont aussi des étapes du processus de gestion des risques (AS/NZS ISO 31000, 2009 ; Purdy, 2010; voir Cienfuegos Spikin, 2013, pour une revue des différentes approches normatives). Selon les spécificités du domaine où

cette approche de gestion sera utilisée, un ensemble de lois, de normes, de cadres de gestion, de processus, de techniques et d'outils seront aussi mis en œuvre³.

Toutefois, la gestion des risques ne saurait se limiter à ses dimensions normatives. En effet, Power (2004) souligne qu'il s'agit d'une activité qui incarne des valeurs et des idéaux, entre autres, de responsabilité et d'imputabilité. En fait, selon Horlick-Jones (2003, 2005a, 2005b), un discours du risque axé sur la technique et sur diverses régulations organise désormais le travail journalier d'un nombre grandissant de professionnels. Reprenant l'utilisation de la notion de travail du risque ayant désigné plus largement le travail de professionnels relativement à l'évaluation et à la gestion des risques, entre autres des domaines des services de probation et de services sociaux (Kemshall et Pritchard, 1996, 1997; Kemshall, 1998), Horlick-Jones (2005), souligne la difficulté des théories traditionnelles du risque à en éclairer les pratiques organisationnelles connexes. De manière plus précise, il a conceptualisé la nature du travail du risque à l'aide d'une approche micropolitique soulevant la nature intentionnelle des pratiques formelles et informelles des acteurs par rapport au risque. Ses résultats, en continuité avec les observations empiriques de Kemshall (1998; 2000), par exemple, montrent que les acteurs ne sont pas totalement soumis au discours technique du risque, et qu'ils peuvent aussi le récupérer afin de poursuivre d'autres objectifs.

De son côté, afin de mieux comprendre ce qui est fait face au risque et au nom du risque dans la vie organisationnelle quotidienne, Power (2016 : 8, traduction libre) a récemment proposé de consolider un agenda de recherche déjà existant, mais en utilisant le concept de « *travail du risque* ». L'auteur explicite ce concept de la manière suivante :

« Contrairement à l'unité et à la cohérence catégorielle de la gestion des risques, la notion de travail du risque ne prétend pas à la cohérence des pratiques ; elle se concentre plutôt sur les actions et les procédés routiniers à l'aide desquels les acteurs organisationnels comprennent le risque, comprennent leur rôle et se comprennent eux-mêmes, puis s'emploient, collectivement, à mettre en pratique les exigences institutionnelles. »

Il s'agit ainsi de prêter attention au travail du risque des acteurs collectifs et individuels, donc les « travailleurs du risque », ou « *riskworkers* », en les reliant aux organisations et institutions dans lesquelles ils conduisent ce travail (Power, 2016). L'ouvrage collectif dans lequel il introduit ce

³ Voir Dionne (2013) pour une perspective historique de la gestion des risques et Power (1999, 2004, 2005, 2007, 2009, 2012) pour une analyse approfondie et critique de cette évolution au privé et au public.

concept rassemble des travaux empiriques transdisciplinaires et opère une certaine rupture avec les travaux qui placent les catastrophes au centre de leurs études sur la gestion des risques et leur régulation (p. ex., Gephart, 1993; Vaughan, 1996; Weick et Roberts, 1993; Weick, 1993). Il s'agit de séparer les pratiques entourant la gestion des risques des approches conventionnelles de la gestion des risques (Corvellec, 2009) en s'intéressant davantage au travail et aux efforts de tous les jours au regard de la gestion des risques (Power, 2016).

Cela implique aussi un certain décloisonnement de concepts, tels que celui liant la sécurité et la gestion des risques. Les études portant sur la sécurité, ou *safety studies*, sont un domaine de recherche très large, qui a étudié les problématiques de la sécurité dans des domaines extrêmement variés, tels que la santé et sécurité au travail (DeJoy, 1994; Shannon, Mayr et Haines, 1997), l'énergie (Paté-Cornell, 1986; Nichols et Wildavsky, 1992) ou l'aviation, dont les travaux sont souvent utilisés en recherche sur les risques et la sécurité en santé (Helmreich et Davies, 1997; Barach et Small, 2000; Goodman, 2002; Tamuz et Thomas, 2006). Par exemple, dans le domaine de la santé, les travaux qui font référence au concept de sécurité des patients s'intéressent aux risques pouvant menacer la sécurité des patients⁴. Certains ont aussi discuté en profondeur du débat impliquant les concepts de risque et de sécurité (*risk, security and safety*) (Möller, 2012; Boholm, Möller et Hansson; 2016), mais aussi les concepts de « gestion des risques » et de « sécurité des patients », qui, selon Napier et Youngberg (2011), seraient plus liés, dans le premier cas, à des stratégies élaborées par des organisations pour régler des problèmes de manière plus réactive et référeraient davantage, dans le deuxième cas, à la culture organisationnelle en soutien au changement et de manière proactive. Toutefois, les auteurs notent bien l'intégration progressive de ces concepts et leur caractère inclusif.

Pour les besoins de notre étude de cas et au regard de l'approche du travail du risque, nous utiliserons tout simplement les termes « *safety* » et « sécurité » pour désigner un domaine de risque plus spécifique qui diffère, par exemple, des risques liés aux finances ou à la réputation. De plus, bien que nous concentrions notre attention sur la sécurité des patients (*patient safety*), nous utiliserons plus largement *safety risks* ou risques liés à la sécurité des patients, afin de tenir compte

⁴ L'Organisation mondiale de la Santé (2009, p. 15, traduction libre) offre la définition suivante de la sécurité des patients : « [...] réduire le risque de dommage évitable à un niveau minimal tolérable. Le niveau minimal tolérable désigne conjointement l'ensemble des connaissances actuelles, des ressources disponibles et du contexte dans lequel les soins ont été fournis pondérés vis-à-vis des risques associés à l'absence de traitement ou à un autre traitement. »

du fait que l'identification, l'évaluation ou le traitement de certains risques, par exemple liés au bâtiment, peuvent affecter à la fois les patients, les visiteurs et le personnel. Le travail du risque permet en effet de dépasser ces barrières entre les études portant sur la gestion des risques et celles qui portent sur la sécurité et d'éviter une confusion inutile des concepts.

Nous considérons que le travail du risque, tel que conceptualisé par Horlick-Jones (2005a), peut s'inscrire dans le travail du risque de Power (2016), puisque les deux partagent des similitudes, telles que la proposition d'une approche microsociologique et interactionniste du risque et de sa gestion, de même que la reconnaissance des aspects politiques de ce travail. Les aspects formels et informels, contingents, politiques, interactionnels et situationnels sont aussi avancés par les deux auteurs pour caractériser la nature du travail du risque. Toutefois, Power (2016), avec l'introduction de son concept de travail du risque, met plus l'accent sur la matérialité du risque et de sa gestion. Dans son ouvrage, Power (2016) souligne que les représentations visuelles et artefacts, tels que des dessins réalisés à la main et représentant l'appétit des investisseurs pour le risque (Vargha, 2016) ou encore les rapports de risques quotidiens (Fischer et McGivern, 2016) jouent un rôle important de médiation en lien avec les pratiques et les interactions impliquées dans la gestion des risques.

Sans prétendre que ces auteurs offrent une toute nouvelle approche théorique du risque, nous pouvons dire qu'ils participent à l'élaboration et à la structuration d'un agenda de recherche répondant aux appels pour une recherche de la gestion des risques qui est transdisciplinaire et axée sur le travail de tous les jours (Horlick-Jones et Sime, 2004; McQuaid, 1998). Ainsi, le travail du risque nous éclaire moins sur le risque que sur les efforts déployés pour le gérer et les différentes formes que ces efforts peuvent prendre dans la vie organisationnelle courante.

En cela, le travail du risque, ou *riskwork*, est proche du « tournant de la pratique » (Schatzki, 2001) et du « tournant vers le travail » en théorie des organisations (Barley et Kunda, 2001; Phillips et Lawrence, 2012, traduction libre). Selon Phillips et Lawrence (2012 : 224, traduction libre), les travaux s'inscrivant dans ce courant impliquent des acteurs qui « déploient des efforts conscients pour influencer un aspect socio-symbolique de leur contexte tout en étant partie prenante. » Comme nous l'avons mentionné, cet agenda de recherche n'a pas a priori pour objectif d'offrir une conceptualisation particulière du risque. Toutefois, cette inscription dans le tournant vers le travail

permet à la fois de sortir d'une vision normative de la gestion des risques et des visions dominantes de la nature du risque offerte par les théories dominantes de ce champ d'études.

Power (2016) avance que les travaux sur le travail du risque peuvent être reliés à une « sociologie du quotidien » (Adler et Adler, 1987 dans Power, 2016 : 4, traduction libre) et à une démarche ascendante, qui privilégient l'attention aux efforts et aux intentions des individus à l'égard du risque. L'auteur note cependant qu'il ne s'agit pas de réduire ces efforts à une rationalité cognitive, mais de les replacer, entre autres, dans leur contexte institutionnel. Ainsi, les acteurs ne sont pas considérés comme des acteurs purement rationnels et capables de prédire le futur (Alaszewski et Burgess, 2007), ni comme des victimes d'une stratégie de contrôle (Castel, 1991; Foucault, 1991). Ils sont plutôt considérés comme des acteurs déployant une intentionnalité pouvant être replacée dans un contexte particulier (Power, 2016).

Malgré le fait que le concept de travail du risque soit nouveau, les travaux faisant référence à ce type de travail existent déjà et sont de plus en plus nombreux. Bien que les auteurs s'intéressent tous à ce que les acteurs font lorsqu'ils gèrent les risques dans leur travail quotidien et qu'ils privilégient une approche microsociologique, proche de l'ethnométhodologie, de la théorie de la contingence (p. ex., Horlick-Jones, 2005a; 2005b; 2008; Horlick-Jones, Walls et Kitzinger, 2007; Horlick-Jones, Rosenhead, Georgiou, Ravetzd et Löfstedte, 2001) et de la sociologie des sciences et de l'expertise (Jordan, Jørgensen et Mitterhofer, 2013; Mikes, 2011) afin d'examiner à la fois le caractère banal et quotidien du travail du risque et son influence sur les relations entre les groupes et les individus, ils utilisent et combinent néanmoins plusieurs approches théoriques.

1.2.1 Construction des connaissances et apprentissage

Ainsi, des travaux portent plus particulièrement sur le processus d'apprentissage et l'expertise entourant le travail du risque. Au lieu de s'intéresser à la simple acquisition de connaissances et techniques liées à la gestion des risques, ces travaux mettent en lumière le caractère situé de l'acquisition d'un savoir-faire qui dépasse largement l'application de techniques, règlements, lois, procédures et processus. Cet apprentissage ne se fait pas en vase clos et de manière individuelle, mais de manière collective, en puisant dans les connaissances existantes (Boholm, Corvellec et Karlsson, 2012) et auxquelles les travailleurs du risque rattachent des valeurs qui orienteront la

manière dont les risques seront gérés (Corvellec, 2010; Boholm et Corvellec, 2016). C'est plutôt dans les pratiques de gestion de tous les jours qu'une certaine expertise collective des risques peut émerger (Corvellec, 2009; Gherardi et Nicolini, 2000a et b; 2002). Plus avant, cet apprentissage n'est pas seulement cognitif, mais passe aussi par diverses expériences émotives et corporelles favorisant la participation de divers acteurs dans l'organisation (Gherardi et Nicolini, 2002; Palermo, 2016).

Lorsque ce savoir est plus directement associé à la notion de risque, il peut être intégré à divers artefacts, tels que des cartographies de risques (Jørgensen et Jordan, 2016). Ce savoir participe également à la stratégie des organisations (Jarzabkowski, Spee et Smets, 2013), par exemple au moyen d'espaces physiques où se déploie un travail stratégique basé sur divers éléments matériels et discursifs (Jarzabkowski, Burke et Spee, 2015).

La constitution et la mise en œuvre du savoir entourant les risques et leur gestion ne sont donc pas seulement l'accumulation de connaissances, mais aussi leur partage malgré certaines barrières institutionnelles, culturelles ou politiques. En effet, le partage de connaissances entourant les risques peut devenir l'objet d'importants rapports de force au sein des organisations, notamment lorsque l'autonomie professionnelle est menacée par les régulations exigeant davantage de participation et de transparence (Currie, Waring et Finn, 2008; Macrae, 2008; Waring et Currie, 2009) et lorsque le jugement clinique ou professionnel est mis de l'avant face au développement d'un savoir de plus en plus scientifique et des technologies et méthodes de gestion entourant la gestion des risques (Wood, Prior et Gray, 2003). À l'inverse, le développement de ces éléments est justifié par des rationalisations de la part d'acteurs ayant intérêt à entretenir la gestion des risques, malgré des failles évidentes (Gendron, Brivot et Guénin-Paracini, 2015).

Malgré ces barrières, la dissémination des connaissances et des pratiques entourant les risques et leur gestion requiert une flexibilité des acteurs dans leur recours au savoir tacite et explicite, car ils doivent s'ajuster aux profils professionnels de leurs interlocuteurs (Burgess et Currie, 2013). En faisant circuler ces savoirs, pratiques et outils parmi différents groupes à l'intérieur d'une même organisation ou dans plusieurs organisations, les professionnels du risque effectuent une forme de « travail sur les barrières » (Hall, Mikes et Millo, 2015; Mikes, 2011; traduction libre). Ce travail permet l'établissement ou le renforcement de cultures plus ou moins axées sur les aspects objectifs

de la gestion des risques, tels que les statistiques, les outils, la cartographie, etc. (Hall, Mikes et Millo, 2015; Mikes, 2011).

Évidemment, les acteurs sur lesquels sont concentrés ces efforts ne sont pas que les récipients passifs des connaissances; ils mettent activement de l'avant leur capacité réflexive pour adapter la gestion des risques existante à leurs besoins et aux situations réelles qu'ils rencontrent dans leur travail quotidien (Iedema et Carroll, 2011). Bref, ces travaux montrent que l'apprentissage et la production et la circulation de connaissances entourant les risques et leur gestion ne s'effectuent pas en vase clos, d'une manière linéaire et strictement cognitive.

1.2.2 Discours

D'autres travaux ont utilisé une approche discursive du travail du risque. Ces travaux sont complémentaires à ceux décrits plus haut, puisqu'ils portent sur les discours en tant que vecteurs du savoir et de l'expertise au sujet des risques et de leur gestion. Ainsi, des travaux utilisant une approche discursive ont montré comment certains professionnels, dont le quotidien est de plus en plus organisé par un discours du risque de plus en plus technique (Horlick-Jones, 2005a; 2005b), notamment les médecins, jouent sur ce discours technique de manière formelle et informelle afin de préserver leur autonomie professionnelle face à la multiplication des contraintes législatives entourant les risques et la sécurité des patients (Currie, Humpreys, Waring et Rowley, 2009; McDonald, Waring et Harrison, 2005; 2006). Par ailleurs, l'emploi plus ou moins important d'un discours du risque, ou « *risk talk* » (Linell, Adelwärd, Sachs, Bredmar et Lindstedt, 2002), empreint d'expertise oriente la communication des risques aux patients et leur propose des manières précises de le gérer (Adelwärd et Sachs, 2003; Candlin et Candlin, 2002a; Candlin, 2002b; Hoffmann, Linell, Lindh-Åstrand et Kjellgren, 2003; Linell *et al.*, 2002; Wood *et al.*, 2003).

Ces travaux montrent comment une formulation qui est davantage axée sur un savoir codifié ou sur des aspects plus personnels et intimes peut aussi servir à maintenir un niveau d'imputabilité et une implication plus ou moins élevée dans le partage des risques (Sarangi et Clarke, 2002). Cette dimension plus intime et personnelle du travail du risque est par ailleurs exploitée par les professionnels du risque, sous forme de discours du risque dans d'autres milieux que celui de la santé afin de mieux aligner les outils de gestion des risques avec les besoins des organisations

(Mikes, 2016). Ainsi, comme l'ont montré Maguire et Hardy (2013), le risque est construit dans le discours, qui qualifie certains objets comme étant plus ou moins risqués. Cette construction peut, par exemple, s'effectuer par une recodification narrative de certains rapports d'évènements afin de refléter des intérêts managériaux (Waring, 2009), mais aussi par des utilisateurs de technologies de tous les jours sous forme de constructions narratives à propos de ce qui pourrait arriver en utilisant ces technologies (Pentland, 2016).

1.2.3 Institutions

Certains travaux récents ont davantage prêté attention aux liens entre les niveaux micro et macro du travail du risque et ont utilisé l'approche du travail institutionnel (Currie *et al.*, 2012; Daudigeos, 2013; Hayne et Free, 2014; Maguire et Hardy, 2009; Palermo, 2014), permettant de mettre en lumière les efforts des individus et des groupes d'individus à créer, à maintenir et à déstabiliser la gestion des risques à divers niveaux (Smets, Morris et Greenwood, 2012). Cette perspective est évidemment étroitement liée à la circulation des connaissances et des discours sur les risques dont nous avons discuté plus haut. En effet, les pratiques et actions individuelles liées aux connaissances, aux textes et aux discours entourant la gestion des risques sont à la base de la stabilité ou du changement institutionnel important (Maguire et Hardy, 2009). Bien que nous ayons vu que le travail du risque implique des aspects formels et informels, l'institutionnalisation de certains standards et modèles au moyen d'activités de promotion et de diffusion de groupes professionnels a été étudiée, par exemple par Hayne et Free (2014), qui ont bien montré comment l'institutionnalisation de nouveaux cadres de gestion des risques requiert les efforts interorganisationnels de plusieurs acteurs experts. En retour, ces mêmes experts s'appuient sur la production et la promotion de ces nouvelles façons de faire afin de veiller à leurs intérêts. Ce travail institutionnel implique donc aussi la déstabilisation de certains aspects de la gestion des risques afin de maintenir des acquis ou des avantages, tels que le pouvoir de certains groupes de professionnels (Currie *et al.*, 2012). À l'inverse, la promotion et la diffusion de pratiques liées à la gestion des risques peuvent aussi aller de pair avec les efforts des professionnels pour augmenter ou préserver leur influence et leur légitimité (Daudigeos, 2013; Palermo, 2014). Cette perspective du travail institutionnel rend aussi plus visible toute la complexité du travail quotidien de la gestion des risques, qui requiert des efforts de la part des professionnels afin de maintenir un certain

équilibre entre des logiques institutionnelles pas toujours compatibles, à première vue, avec ce qu'ils font au quotidien (Smets, Jarzabkowski, Burke et Spee, 2015).

Ainsi, la perspective du travail institutionnel donne de précieux indices quant à la manière dont les efforts collectifs et individuels des acteurs participent au façonnement de la gestion des risques par des discours, des connaissances, des pratiques et des outils, mais aussi comment ces efforts sont façonnés par les éléments de gestion des risques déjà institutionnalisés. Par contre, cette perspective est encore sous-utilisée au regard du travail du risque et se concentre encore le plus souvent sur les activités de groupes de professionnels homogènes et de leurs activités d'influence. Or, la diversité des acteurs en interaction et de leurs pratiques quotidiennes liées au travail du risque, de même que la complexité des pressions institutionnelles auxquelles ils doivent faire face, requiert une attention plus grande à la diversité du travail institutionnel des travailleurs du risque.

En bref, les travaux sur le travail du risque nous montrent que les individus et les groupes d'individus qui travaillent à gérer les risques dans leur organisation, les travailleurs du risque, agissent à partir de répertoires de pratiques, de connaissances et de discours de manière à concilier des intérêts professionnels, organisationnels et institutionnels. Or, puisque la recherche sur ce sujet est émergente, nous en savons encore assez peu sur la diversité des formes que peut prendre le travail du risque et nous en savons encore moins sur la diversité des pratiques sociales à travers lesquelles les travailleurs du risque contribuent au façonnement institutionnel de la gestion des risques. Ainsi, nous proposons de contribuer à combler ces manques en posant la question de recherche principale suivante : **comment les travailleurs des organisations de soins de santé façonnent-ils la gestion des risques dans leur travail quotidien? Dit autrement : quelles pratiques et formes de travail du risque sont mises en œuvre dans la gestion des risques au quotidien?**

Puisque nous avons vu que la perspective institutionnelle offre une approche du travail du risque qui peut réconcilier les niveaux micro et macro de la gestion des risques, en plus d'offrir la possibilité d'approfondir les connaissances face à une diversité d'acteurs, c'est cette perspective que nous avons choisie afin de répondre à notre question de recherche. La section suivante présentera donc les éléments clés de la perspective du travail institutionnel, en plus d'introduire les deux sous-questions de recherche.

Chapitre 2 | Cadre théorique : le travail institutionnel

2.1 Introduction

L'idée que les individus participent à la reproduction des institutions n'est pas nouvelle (Berger et Luckmann, 1966), pas plus que ne l'est le débat opposant le déterminisme des structures et le volontarisme individuel en sciences sociales en général et dans les théories institutionnelles en particulier, notamment avec l'identification du paradoxe de l'agentivité incorporée (Battilana et D'Aunno, 2009; Seo et Creed, 2002). Cette question, à savoir comment les acteurs peuvent changer les institutions alors qu'ils sont conditionnés par ces dernières (Holm, 1995), est au cœur de la proposition de Lawrence et Suddaby (2006), qui mettent de l'avant la perspective du « travail institutionnel ».

Encore relativement récente en recherche organisationnelle, l'approche du travail institutionnel fait néanmoins l'objet d'un nombre grandissant de travaux visant à relancer la conversation au sujet de la place de l'individu et des groupes d'individus dans les théories institutionnelles. Cette initiative vise principalement à regarder de plus près les liens qui unissent les individus et les institutions (Lawrence et Suddaby, 2009). Le travail institutionnel nuance les conceptions de la théorie institutionnelle, qui considère l'acteur comme reproduisant des pratiques et croyances institutionnalisées de manière désincarnée ou encore comme un entrepreneur institutionnel puissant (Lawrence *et al.*, 2009). Cette approche propose donc un compromis en s'appuyant sur l'apport des travaux antérieurs. Ce travail peut être décrit comme « les actions posées intentionnellement par des personnes et des organisations pour créer, maintenir et déstabiliser les institutions » (Lawrence et Suddaby, 2006 : 215, traduction libre). C'est donc à partir d'un regroupement de travaux empiriques en théorie institutionnelle et s'inscrivant dans les recherches sur l'entrepreneuriat institutionnel, celles sur le changement et l'innovation et celles sur la désinstitutionnalisation, que les auteurs ont proposé une typologie permettant de caractériser ces actions et activités selon leurs visées particulières. Ils ont ainsi établi une liste d'actions ou d'activités pour chacune des trois grandes catégories, mais nous verrons plus loin que les contributions empiriques et théoriques plus récentes ont contribué à leur développement et à leur complexification.

2.2 La typologie

Avant d'aller plus loin, il convient d'expliciter la typologie du travail institutionnel. Tout d'abord, le travail de création est celui qui a reçu le plus d'attention dans la littérature, notamment par les chercheurs intéressés par l'entrepreneuriat institutionnel. Lawrence et Suddaby (2006) associent ce travail à trois grands types d'activités qui reflètent un travail de nature politique sur les règles, un travail sur les systèmes de croyances et un travail sur les catégories abstraites. De son côté, le maintien institutionnel est la forme de travail ayant reçu le moins d'attention dans la littérature institutionnelle (Lawrence et Suddaby, 2006). Le travail de maintien peut être défini comme « le processus actif et stratégique des institutions afin de maintenir leur statut et leur pouvoir dans le champ institutionnel » (Quinn Trank et Washington, 2009 : 239, traduction libre). Lawrence et Suddaby (2006 : 230-233) suggèrent que le travail de maintien institutionnel a des dimensions coercitives et normatives importantes. La dimension coercitive met de l'avant la conformité avec les règles existantes à travers l'*« enabling »* (la création de règles soutenant les institutions), le *« policing »* (qui assure la conformité par le renforcement), l'*« auditing »* et le *« monitoring »* (qui impliquent une certaine surveillance) et, enfin, le *« deterring »* (la menace de coercition qui fait en sorte que les acteurs respectent les règles). La dimension normative fait pour sa part la promotion des normes institutionnelles et du système de croyances par le *« valorizing/demonizing »* (en donnant des exemples qui illustrent les origines normatives des institutions), le *« mythologizing »* (transformer son histoire en mythe) et l'*« embedding and routinizing »* (qui injecte les normes dans les pratiques organisationnelles quotidiennes des acteurs). En somme, il s'agit de « supporter, réparer et recréer les mécanismes sociaux qui assurent la conformité » (Lawrence et Suddaby, 2006 : 36, traduction libre).

Pour sa part, le travail de déstabilisation, plus précisément inspiré des travaux d'Oliver (1991) vise à attaquer les mécanismes qui amènent les acteurs à se soumettre aux institutions. Ce type de travail peut donc prendre la forme de déconnexion des sanctions et des récompenses, de dissociation des fondations morales des institutions ainsi que le sapement des croyances et des suppositions sous-tendant les institutions.

2.3 Le travail de maintien

Bien que le travail de maintien ait reçu moins d'attention dans les travaux antérieurs à l'apparition du concept de travail institutionnel, les travaux les plus récents s'y sont penchés plus particulièrement. Certains travaux réussissent à mettre en relation les activités de maintien directement avec la phase de création à l'aide d'une perspective longitudinale où ces activités sont étudiées à la lumière de la genèse d'une institution. Par exemple, Boxenbaum et Pedersen (2009) ont fait rétrospectivement la genèse de l'institutionnalisme scandinave en prêtant attention non seulement aux efforts de formalisation des collaborations transatlantiques ayant mené à la naissance de ce courant de recherche, mais aussi au travail nécessaire à son maintien. De leur côté, Quinn Trank *et al.* (2009) ont examiné l'importance de la légitimité et de la réputation pour le maintien d'une accréditation dans un champ institutionnel au sein duquel un certain niveau de contestation est présent. Dans le même ordre d'idée, Slager, Gond et Moon (2012) ont pu retracer l'évolution d'un processus de standardisation, permettant d'en saisir les effets intentionnels et non intentionnels. Enfin, Hirsch et Bermiss (2009 : 262, traduction libre) ont mis de l'avant le concept de « préservation institutionnelle » afin de souligner la récupération de normes d'un régime communiste en processus de désinstitutionnalisation afin de supporter l'émergence d'un régime capitaliste. Ce type d'études permet de voir l'évolution des institutions et le travail des acteurs selon des périodes temporelles assez précises.

Toutefois, bien que la typologie proposée fasse une distinction claire entre les différentes formes de travail associées à des moments précis, la complexité politique, régulative et technologique interne des organisations (Greenwood et Hinings, 1996), ainsi que la complexité structurelle dans laquelle les acteurs sont imbriqués (Scott et Meyer, 1994) rendent parfois floues les frontières séparant ces catégories, qui se fondent et s'imbriquent plus vraisemblablement les unes dans les autres. Par exemple, afin de souligner la nature du changement plus souvent subtile et continue que drastique et soudaine, Marti et Mair (2009 : 105) utilisent le concept de « travail d'amélioration » pour désigner les activités qui contribuent à la création continue des institutions. Pour sa part, Zilber (2009) souligne l'équilibre délicat qui existe entre la duplication et la transformation impliquées dans le maintien institutionnel. De plus, certains auteurs ayant utilisé une perspective de travail institutionnel ont pu observer plus d'une catégorie de travail à l'œuvre à la fois, et parfois de manière paradoxale (p. ex., Creed, Dejordy et Lock, 2010; Slager *et al.*, 2012; Hayne et Free, 2014).

Ce travail de maintien ne vise donc pas qu'à reproduire un système tout à fait stable, par exemple à l'aide de rituels établis depuis longtemps (Dacin, Munir et Tracey, 2010), mais demande aussi des efforts importants lorsque de nouveaux acteurs, par exemple, entrent dans une organisation ou un environnement institutionnel (Lawrence et Suddaby, 2006). Ainsi, les travaux évoquant le travail de maintien institutionnel l'ont souvent fait en lien avec des tensions qui nécessitent des efforts de la part des acteurs afin d'assurer la stabilité.

En effet, le travail de maintien est souvent nécessaire en période de changement, notamment lorsqu'un groupe dominant ou une logique sont menacés. Par exemple, Currie *et al.* (2012) ont montré de quelle façon les membres de la profession médicale effectuent un important, mais subtil travail de maintien face aux menaces remettant leur statut en question. Outre les mesures coercitives reliées au travail de maintien, la question des jeux de pouvoir n'est donc pas étrangère aux moyens mis en œuvre pour assurer la stabilité. Ainsi, les tensions opposent souvent des groupes distincts ayant des valeurs antagonistes (Greenwood et Hinings, 1996; Creed, Scully et Austin, 2002) ou encore des rationalités en tension (Townley, 2002). Ces contradictions déclencheront un travail de maintien relevant davantage de la réparation et de la dissimulation afin de résoudre les contradictions dans les institutions qui s'enchevêtrent et qui affectent leur situation (Marti et Mair, 2009), pouvant aussi causer des effets pervers (Clark et Newell, 2013; Peton 2011). Lok et de Rond (2013) ont étudié pour leur part les microprocessus liés au travail de réparation et à partir desquels certaines pratiques hautement institutionnalisées sont maintenues. À l'aide d'une ethnographie conduite lors des préparatifs de l'équipe d'aviron de l'Université de Cambridge à la célèbre course annuelle contre l'Université d'Oxford, ils montrent qu'un travail de maintien s'effectue lors de ruptures dans les pratiques établies depuis longtemps au sein du club. Selon les auteurs, le maintien s'effectue à travers des microprocessus de normalisation, de négociation et de surveillance. Cette réparation des ruptures est particulièrement intéressante, puisqu'elle met en lumière le travail institutionnel d'acteurs ayant peu de ressources, mais beaucoup de motivation par rapport à un tel travail (Heaphy, 2013).

Ces bris et ces contradictions, malgré le fait qu'ils découlent souvent d'arrangements façonnés sous la contrainte (Seo et Creed, 2002), peuvent donc être source de réflexivité (Creed *et al.*, 2010) et même de créativité (Hargrave et Van de Ven, 2009; Patriotta, Gond et Schultz, 2011). Or, ces capacités réflexives et créatrices n'ont pas beaucoup retenu l'attention des chercheurs jusqu'à

maintenant. Cela est surtout vrai lorsqu'il est question du travail de maintien. En outre, le maintien des règles, des croyances et des normes requiert une implication active des acteurs afin de renforcer les liens entre les activités sociales et l'environnement socioculturel plus large (Giddens, 1984). De plus, ces travaux ne se sont pas intéressés de manière assez importante aux pratiques sociales mises en œuvre pour résoudre les tensions et les contradictions qui ont le potentiel de se transformer en pratiques quotidiennes innovantes (Hargrave et Van de Ven, 2009).

2.4 Les logiques et le travail institutionnel

Malgré tout, toujours en lien avec la question des contradictions et des tensions, de plus en plus de travaux prêtent aussi attention aux « logiques institutionnelles » contradictoires par rapport au travail institutionnel, suivant la popularité grandissante de ce que Thornton et Ocasio (2008, traduction libre) ont qualifié de *buzz word* depuis quelques années en théories institutionnelles. Ces logiques sont définies par Thornton et Ocasio (1999 : 804) comme suit : « les modèles récurrents et construits socialement de pratiques, de suppositions, de valeurs, de croyances et de règles matérielles par lesquelles les personnes produisent et reproduisent leur subsistance matérielle, organisent leur temps et leur espace, donnent un sens à leur réalité sociale ». Ainsi, il n'est pas surprenant que les cas où deux logiques ou encore une « constellation de logiques » (Goodrick et Reay, 2011, traduction libre) sont en tension soient étudiés sous la loupe de la perspective du travail institutionnel. Elles permettent ainsi de mieux comprendre comment les acteurs peuvent naviguer en contexte de complexité institutionnelle, définie par Greenwood, Raynard, Kodeih, Micelotta et Lounsbury (2011 : 318, traduction libre) comme des « pratiques qui ne sont pas forcément compatibles et qui proviennent de diverses logiques institutionnelles ». De plus, ces logiques et les pratiques associées affectent le comportement des acteurs, mais peuvent aussi être modifiées par les individus et les groupes d'individus. Finalement, elles rapprochent aussi les perspectives micro et macro (Thornton, 2008; Thornton, Ocasio et Lounsbury, 2012), ce qui cadre bien, malgré leurs différences, avec les ambitions de la perspective du travail institutionnel (Zilber, 2013).

Certains travaux ont donc mis en commun les logiques institutionnelles et le travail institutionnel en s'intéressant à un niveau plus macro (p. ex., Greenwood, Díaz, Li et Lorente, 2010; Suddaby et Viale, 2011), tandis que d'autres ont privilégié un niveau d'analyse plus micro, tout en s'attardant aux logiques dominantes émanant de l'environnement institutionnel. Ils ont ainsi pu montrer

l'intérêt du travail institutionnel pour mettre en lumière les stratégies que les acteurs déploient pour mieux composer avec le changement. Par exemple, Jarzabkowski, Matthiesen et Van de Ven (2009), à l'aide d'une perspective de la pratique et d'une étude longitudinale, ont montré que les acteurs organisationnels effectuent un travail institutionnel de maintien très actif en contexte de pluralisme institutionnel. Ils ont également montré que ce travail est politiquement motivé en vue de répondre aux stratégies de maintien institutionnel des acteurs adoptant des logiques incompatibles. Toutefois, ce travail de maintien requiert aussi, de manière simultanée, un travail de création et de déstabilisation. Ainsi, contrairement à qu'affirme Jepperson (1991), les mécanismes de maintien des institutions ne peuvent être caractérisés uniquement comme des mécanismes automatiques qui ne requièrent aucun effort ou conscience. En effet, le fait d'adhérer ou non à certaines logiques et d'agir en conséquence n'est pas automatique. Cela demande plutôt des efforts et de la créativité de la part des acteurs (Voronov, Clercq et Hinings, 2013).

Malgré une attention particulière à la question des tensions et de l'irréductibilité de certaines logiques en compétition, des travaux ont aussi réussi à montrer que la présence de ces tensions n'exclut pas un travail de collaboration entre les tenants de ces différentes logiques. Ils montrent comment ces logiques, apparemment irréconciliables, sont à la source de processus de collaboration entre les acteurs et que cette collaboration peut donner naissance à de nouvelles pratiques.

Bien qu'ils ne fassent pas directement allusion à la typologie du travail institutionnel, Randall et Munro (2010) ont montré comment deux groupes de professionnels répondant à des logiques a priori incompatibles (médecins et bénévoles) ont réussi à modifier des pratiques de soins en adoptant simultanément le point de vue des uns et des autres en siégeant à une table de travail où ont pu avoir lieu des échanges plus profonds. De la même manière et toujours dans le domaine de la santé, reconnu pour la pluralité de leurs logiques institutionnelles en tension, Reay et Hinings (2009) ont aussi préféré s'attarder aux dynamiques de collaboration découlant des logiques institutionnelles plutôt que sur la dimension compétitive afin de montrer comment les logiques peuvent coexister et leur rivalité, être diminuée en développant des relations de collaboration. Un certain niveau d'improvisation a par ailleurs été identifié comme solution. Cela mène à des pratiques hybrides qui rassemblent des ajustements progressifs pouvant servir toutes les parties impliquées (Smets *et al.*, 2012; Smets et Jarzabkowski, 2013). Outre la collaboration entre

différents groupes, la réconciliation des identités et des logiques progressivement hybrides de certaines professions contribue aussi au maintien institutionnel (McGivern, Currie, Ferlie, Fitzgerald et Waring, 2015).

Enfin, d'autres travaux ont utilisé une perspective discursive afin d'articuler le travail de maintien avec la question des logiques institutionnelles. En tant que systèmes partagés de sens, les discours jouent un rôle important dans le maintien des institutions en donnant un sens aux actions des individus (Phillips, Lawrence et Hardy, 2004). Or, ils jouent un rôle encore plus important lorsque les logiques en tension représentent un facteur déstabilisant (Maguire et Hardy, 2009), qui nécessitent un travail institutionnel de type défensif (Lefsrud et Meyer, 2012; Patriotta *et al.*, 2011), pouvant aussi avoir des conséquences inattendues contraires aux objectifs de départ (Singh et Jayanti, 2013).

De son côté, à un niveau plus micro, Zilber (2009) nous donne en exemple le cas d'un centre de crise pour femmes victimes de viol qui opère selon deux institutions, soit : l'idéologie féministe et la vision psychothérapeutique. La vision thérapeutique, qui est arrivée plus tard dans l'histoire du centre, a donné lieu à une professionnalisation qui a modifié les relations de pouvoir à l'intérieur du centre. Le travail institutionnel des acteurs a été effectué dans ce cas en reliant des métarécits aux histoires organisationnelles et individuelles. Par la traduction des métarécits féministes et thérapeutiques en une seule version organisationnelle, à l'aide d'une socialisation des acteurs, les élites ont pu maintenir l'ordre institutionnel tout en évitant les conflits.

Nous voyons toute la richesse de ces travaux qui, grâce aux tensions, peuvent souligner davantage les efforts des acteurs impliqués dans un travail institutionnel de maintien. De nouveaux modèles théoriques et études empiriques mettent en relation les pratiques des acteurs et les logiques institutionnelles. Toutefois, cette mobilisation des logiques institutionnelles liée à la perspective du travail institutionnel ne fait pas l'unanimité. En effet, Willmott (2010 : 68, traduction libre) voit mal comment le fait de prêter attention aux logiques et structures peut être lié à une conception des acteurs soulignant leur « contribution créative au processus social de reproduction et de transformation ». Cette contribution créative a été rendue visible par les travaux ayant mis de l'avant les relations de collaboration entre les acteurs. Malgré tout, cette dimension est encore sous-étudiée. Pour cette raison, à la manière de Gawer et Phillips (2013), notre étude se concentrera

davantage sur le travail institutionnel, tout en prêtant attention aux logiques institutionnelles en tant qu'intérêt complémentaire important. Des travaux creusant cette question pourraient nous aider à mieux saisir les complexités et les zones grises inhérentes aux espaces où de multiples pressions et logiques institutionnelles doivent être gérées par les acteurs afin de réaliser des buts communs.

Puisqu'il est important d'en savoir plus sur la position de ces acteurs et ce qui les habilité à s'engager dans ces activités, plutôt que de se concentrer sur les changements au niveau des organisations et du champ institutionnel (Battilana et D'Aunno, 2009), nous verrons ce que la littérature dit sur ces questions dans les deux prochaines sections.

2.5 Le travail institutionnel de maintien et la position sociale des acteurs

Comme nous l'avons vu, le travail institutionnel n'échappe pas à un des débats centraux en théories institutionnelles, celui du « paradoxe de l'agentivité incorporée », qui fait référence à la capacité des acteurs à faire preuve d'agentivité malgré le fait qu'ils soient contraints par leur environnement institutionnel. (Battilana et D'Aunno, 2009; Seo et Creed, 2002; Greenwood et Suddaby, 2006). Les travaux ayant étudié cette question adoptent habituellement une perspective structuraliste (Battilana et d'Aunno, 2009) (p. ex., Barley et Tolbert, 1997; Scott, 2001) admettant la capacité des individus à affecter les structures malgré les contraintes qu'elles posent. Par contre, ces travaux n'ont pas creusé la question à savoir quelles sont les entités qui deviennent des acteurs habilités au travail institutionnel et comment elles le deviennent (Hokyu et Colyvas, 2010).

Le statut et la position de ces acteurs soulèvent aussi des questions. Bien que les travaux s'inscrivant dans la perspective du travail institutionnel, à la différence de la perspective de l'entrepreneuriat, ne s'intéressent pas aux acteurs particulièrement puissants, une place encore importante est donnée aux acteurs bien positionnés et plus ou moins bien imbriqués dans l'institution (par ex. Currie *et al.*, 2012; Scott, 2008; Slager *et al.*, 2012). Enfin, Battilana et D'Aunno (2009) soulignent que les individus ne sont pas les seuls acteurs susceptibles de s'engager dans le travail institutionnel. En effet, les organisations, les mouvements sociaux ainsi que des groupes d'individus peuvent aussi effectuer un tel travail.

Or, même si certains acteurs sont plus équipés et mieux situés que d'autres en vue d'influencer l'adoption ou le maintien d'éléments institutionnels concrets, certains auteurs nous disent qu'il ne

faut pas sous-estimer le travail d'acteurs moins puissants dans la transformation ou le maintien des institutions (Creed *et al.*, 2010; Marti et Mair, 2009; Powell et Colyvas, 2008), par exemple, ceux qui sont impliqués dans des « efforts quotidiens visant à faire sens de l'ordre institutionnel » (Zilber, 2009 : 227-228, traduction libre), visant des efforts d'ajustements et d'interprétation de manière plus improvisée (Powell et Colyvas, 2008) plutôt que le changement radical. Cet intérêt pour les acteurs moins puissants est cependant parfois réducteur, car il suppose que ces derniers sont d'emblée confinés à des actions moins conscientes et plus mécaniques que les acteurs plus puissants.

Cette question de la position des acteurs est centrale et a beaucoup à voir avec le niveau d'analyse et les méthodes utilisées dans les travaux. Les auteurs qui se sont intéressés au travail institutionnel ont d'ailleurs formulé certaines recommandations relativement à ces questions.

Tout d'abord, il faudrait éviter de se concentrer uniquement sur les dimensions macro du travail institutionnel et revenir aux bases du vieil institutionnalisme et à l'importance qu'il donne aux valeurs (Kraatz, 2009; Kaghan et Lounsbury, 2011). Ensuite, il faudrait privilégier des méthodes de recherche plus adaptées du point de vue du micro, comme l'ethnographie (Bjerregaard, 2011; Voronov et Vince, 2012) et l'analyse de discours (Schildt, Mantere et Vaara, 2010; Zilber, 2009). Or, encore peu de travaux empiriques répondent à cet appel, quoique les analyses ayant recours à des niveaux d'analyse divers se multiplient (p. ex., Kaghan et Lounsbury, 2011). D'ailleurs, Battilana et Aunno (2009) suggèrent de prendre une approche relationnelle afin de mieux relier les niveaux micro et macro. En effet, beaucoup d'auteurs s'intéressent encore plus au travail des acteurs à un niveau macro de manière déconnectée de ce qu'ils vivent sur le terrain, alors qu'il faudrait porter plus attention à ce travail, dans la mesure où il structure les institutions, en même temps qu'il est structuré par ces dernières (Lawrence, Suddaby et Leca, 2011). Malgré tout, certains travaux prêtent attention à des acteurs fortement contraints par les forces institutionnelles et leur position hiérarchique dans leurs organisations respectives. Ces acteurs jouent un rôle important dans l'adoption et la diffusion de pratiques et de changements. Des travaux comme ceux de Daudigeos (2013) sur les « *staff professionals* » et ceux de Cloutier, Denis, Langley et Lamothe (2016) et Heaphy (2013) contribuent à mieux comprendre l'agentivité d'acteurs moins puissants.

Nous ajoutons qu'un aspect important a été laissé de côté dans les travaux sur le travail institutionnel, soit celui des rôles intermédiaires, que Scott (2008 : 144, traduction libre) définit comme « [...] des rôles presque entièrement définis par leurs activités de transmission d'information auprès des principaux acteurs des champs organisationnels ». Or, la question des rôles intermédiaires en tant que « transmetteurs » (Scott, 2008 : 79, traduction libre) a généré peu de travaux. Ainsi, une attention aux implications des acteurs dans différentes formes de travail institutionnel à plus d'un niveau est nécessaire, puisqu'ils sont imbriqués simultanément dans un agencement complexe de micro et macro structures (Kaghan et Lounsbury, 2011).

Jusqu'à maintenant, nous avons identifié deux lacunes importantes dans la littérature sur le travail institutionnel. La première est relative au manque de connaissances sur le lien entre le travail institutionnel et la résolution des tensions et contradictions pouvant avoir des conséquences sur le travail quotidien. La deuxième concerne l'importance encore trop grande donnée aux acteurs puissants, sans égard au rôle actif que peuvent jouer certains acteurs moins puissants dans le travail institutionnel.

Face à ces lacunes, nous formulons donc la sous-question de recherche suivante afin de donner un éclairage pertinent sur le travail institutionnel lié à la gestion des risques : **à travers quels types d'efforts les acteurs individuels et collectifs contribuent-ils au maintien et au renforcement institutionnel de la gestion des risques?**

La section qui suit s'intéressera plus en détail aux antécédents de ce travail de maintien institutionnel, c'est-à-dire aux éléments déclencheurs qui en stimulent la mise en œuvre. Cette prochaine section se conclura ensuite par la formulation de notre deuxième sous-question de recherche.

2.5.1 Les antécédents du travail institutionnel de maintien et l'*« embedded agency »*

Afin de caractériser le travail des acteurs comme un travail institutionnel, Lawrence *et al.* (2009) ont entamé une discussion sur l'intentionnalité qui suggère deux manières de concevoir le travail institutionnel. La première est de considérer comme travail institutionnel le travail motivé par ses effets institutionnels potentiels. La deuxième est d'inclure toutes les actions humaines ayant un effet institutionnel. Selon eux, les acteurs peuvent parfois renforcer les institutions de manière

automatique et sans en être conscients. Toutefois, le travail institutionnel demandera un niveau cognitif différent où les acteurs seront plus réflexifs et où ils pourront, par exemple, remettre en question des routines habituellement tenues pour acquises. Les efforts des acteurs impliqueront aussi des actions politiques et culturelles dans certains cas (Lawrence *et al.*, 2009 : 15).

Par l'importance donnée à l'effort et à l'intentionnalité des acteurs, la question de la motivation est centrale à la notion de travail institutionnel. Or, nous ne savons pas grand-chose des facteurs qui poussent les acteurs à s'engager dans un travail institutionnel (Battilana et D'Aunno, 2009). Bien que les travaux aient touché à différents types de travail institutionnel et aient prêté attention à la réflexivité des acteurs face aux pratiques qu'ils mettent en œuvre, peu ont élaboré sur les raisons de l'implication des acteurs dans le travail institutionnel. Ils n'ont pas non plus prêté attention au travail de maintien ne concernant pas strictement les routines quotidiennes. Or, les racines de cette implication sont un déclencheur crucial de travail institutionnel, plus particulièrement en matière de travail de maintien (Schildt *et al.*, 2010). Cette question a rarement été explorée empiriquement en profondeur, malgré le fait que les instigateurs de cette perspective aient lancé un appel à se pencher sur les questions cruciales du pourquoi et du comment plutôt que celles du quoi et quand en lien avec les institutions (Lawrence *et al.*, 2009; Lawrence *et al.*, 2011).

Une réponse à cette invitation ne va pas sans difficulté, particulièrement en ce qui a trait au travail de maintien qui, jusqu'à tout récemment, était plus relié aux dimensions normatives et cognitives des institutions et impliquait une reproduction de normes et de croyances (Scott, 2001). En effet, une fois que les pratiques sont tenues pour acquises, elles sont institutionnalisées et n'ont plus besoin d'être justifiées (Green, 2004). Dans le cadre de cette étude, nous abordons la notion de maintien de manière plus large, tout en reconnaissant que le travail institutionnel peut impliquer plusieurs types d'efforts de manière simultanée.

2.5.2 Le rôle de la socialisation et de l'expérience vécue

Afin de mettre en relation les principales lacunes soulevées dans la revue de littérature précédente, nous avançons qu'il est pertinent de s'attarder au concept de socialisation en relation au travail institutionnel. Il s'agit plus précisément de proposer l'utilisation d'une variante de la biographie institutionnelle que nous désignerons comme des trajectoires institutionnelles individuelles.

En effet, nous avons vu que les auteurs qui s'intéressent à la question du travail institutionnel appellent à la production de travaux prêtant une attention à la manière dont les acteurs sont habilités à agir sur les institutions dont ils font partie, mais aussi à la manière dont ils y sont amenés. Or, bien que la socialisation institutionnelle soit souvent associée aux sanctions impliquées dans le fait de ne pas se conformer aux normes (Scott, 2008), elle est selon nous un bon moyen d'étudier les relations entre les individus et les institutions. Selon Dubet et Martucelli (1996 : 514) :

Les théories de la socialisation sont définies par la tension entre l'intériorisation normative et culturelle et la distanciation critique. [...] La socialisation désigne le double mouvement par lequel une société se dote d'acteurs capables d'assurer son intégration, et d'individus, de sujets, susceptibles de produire une action autonome.

Selon eux, les individus ne sont donc jamais socialisés au point de se limiter à reproduire l'ordre établi. C'est toutefois ce processus de socialisation qui donne aux acteurs des « vocabulaires institutionnalisés » (Schildt, Mantere et Vaara, 2011 : 82, traduction libre) et qui leur transmet ce qui correspond à l'aspect le plus fondamental du processus d'institutionnalisation, les valeurs (Selznick, 1996).

Meyer (1977) nous donne l'exemple de l'institution scolaire qui, par sa structure socialisatrice, construit des compétences, crée des professionnels et fournit des expériences, un savoir, des habiletés, des attitudes et des valeurs aux étudiants. Il ne s'agit donc pas uniquement d'une reproduction de ce que qui a été transmis, mais aussi de la création et de la transmission de nouveaux savoirs. Dunn et Jones (2010) offrent un excellent exemple à l'aide de l'étude de l'éducation médicale. Les auteurs soulignent en effet l'introduction de nouveaux acteurs comme facteur pouvant transformer la reproduction de ce qui est traditionnellement transmis. C'est lorsque l'acteur peut relier les apprentissages issus de diverses socialisations à des expériences de vie passées (Schön, 1983) qu'il peut faire sens de ses actions. Cela reste vrai même si ces dernières s'inscrivent à l'intérieur de structures contraignantes.

Un bon exemple de ce que nous avançons nous est donné dans l'étude de Zilber (2009) sur le travail institutionnel de maintien à l'intérieur d'un centre de crise. Les nouvelles membres du centre, afin d'être amenées à bien reproduire la position de l'organisation, passaient par un processus de socialisation prenant la forme d'une formation intensive leur permettant de répondre à des victimes de violence sexuelle. Toutefois, ces membres étaient amenées à relier leur apprentissage des scripts

routiniers à leur propre expérience vécue de violences sexuelles. Par ailleurs, cette connexion au vécu leur permettait alors de faire sens de l'ordre institutionnel et d'en reproduire les valeurs et les significations. L'exercice de socialisation aurait pu être réduit à un transfert inconscient de schémas culturels (DiMaggio, 1997), mais le fait que l'acteur établisse lui-même un lien avec sa propre expérience lui donne une marge de manœuvre dans l'appropriation des valeurs transmises. De plus, le degré d'intériorisation n'est pas d'une importance capitale, puisque les justifications n'ont pas besoin d'être conscientes pour être efficaces (Vaisey, 2009).

Bref, notre attention particulière à l'aspect micro à l'aide de la perspective du travail institutionnel est tout à fait pertinente afin d'étudier les pratiques empreintes d'efforts des travailleurs et gestionnaires impliqués dans la gestion des risques de leur organisation. Cette perspective est particulièrement indiquée dans cas de la gestion des risques en santé, car les acteurs doivent « ajuster leurs actions à l'ambiguïté, au pluralisme et aux contradictions » (Cloutier *et al.*, 2016 : 262) inhérents à des environnements institutionnel et organisationnel en constante évolution.

Bien que Zietsma et Lawrence (2010) aient montré que l'insatisfaction des acteurs à l'égard des pratiques en cours était une source de motivation à s'engager dans le travail institutionnel, le confort associé au maintien des pratiques rend plus difficile l'identification de motivations claires. Davantage relié à une charge émotive, le conflit de valeurs a aussi été identifié comme élément déclencheur du travail de maintien institutionnel collectif (Wright, Zammuto et Liesch, 2015). Cela rend donc le travail institutionnel un peu moins visible que dans les cas de création et de déstabilisation, qui impliquent des motivations beaucoup plus claires ou volontaristes, souvent de nature politique où les intérêts des acteurs sont source de motivation (Zilber, 2009).

Nous avons vu que ces motivations politiques mettent en branle des activités de maintien lorsque des logiques, des valeurs ou des rationalités divergentes se croisent, ce qui amène les acteurs à tenter de rétablir un équilibre ou une position dominante. Mais l'exploration des motivations des acteurs reste difficile, même en contexte de tension. En effet, on ne comprend pas tout à fait la dimension réflexive des explications données par les acteurs concernant leur travail institutionnel (Schildt *et al.*, 2011), ni la manière dont l'expérience des contradictions institutionnelles amène les

acteurs à prendre une position critique face à l'institution dans laquelle ils sont imbriqués et comment cela les affecte en retour (Creed *et al.*, 2010).

Au regard des antécédents du travail institutionnel, nous soulignons que, bien que nous sachions que des processus cognitifs complexes sont à prendre en compte lorsqu'il est question de comprendre l'implication des acteurs dans les activités de maintien institutionnel, nous savons peu de choses sur ce qui déclenche le travail institutionnel. Outre les processus automatiques ou inconscients, les motifs politiques semblent avoir été privilégiés par les travaux publiés jusqu'à maintenant. Pourtant, d'autres avenues pourraient être explorées afin de mieux comprendre les éléments motivationnels du travail institutionnel. Nous pouvons prendre en exemple l'expérience vécue des acteurs à l'intérieur des organisations, principalement la connexion entre cette expérience vécue et les institutions qui la structurent et qui sont en retour structurées par elle (Lawrence *et al.*, 2011). Les travaux de Creed *et al.* (2010) et Creed, Hudson, Okhuysen et Smith-Crowe (2014) offrent un bon point de départ en examinant les aspects identitaires et émotifs des acteurs liés à leur intérêt à s'engager dans un travail institutionnel.

Une approche pratique du travail institutionnel vient aussi offrir une compréhension nuancée de l'engagement et réfute l'idée de projets institutionnels très planifiés. En effet, les travaux de Smets et Jarzabkowski (2013) et Smets *et al.*, (2012) suggèrent que le travail institutionnel est motivé par les exigences qui émergent des activités quotidiennes. Cette attention à l'improvisation comme réponse aux défis quotidiens offre une piste intéressante, mais sous-estime les contraintes institutionnelles qui façonnent aussi l'improvisation mise en œuvre par les acteurs face à la complexité institutionnelle.

Afin de combler cette lacune, nous formulons donc la deuxième sous-question de recherche suivante : **à travers quelles pratiques les acteurs individuels participent-ils à la résolution des tensions entre les logiques institutionnelles au quotidien et comment sont-ils amenés à s'engager dans le travail institutionnel?**

Chapitre 3 | Méthodologie de recherche : l'ethnographie institutionnelle dans une organisation de soins de santé

3.1 Introduction

Dans ce chapitre, nous présentons d'abord notre stratégie de recherche et les justifications de nos choix. Nous allons ensuite expliquer la manière dont nous avons délimité le phénomène à l'étude. Puis, nous enchaînons en présentant les méthodes et les stratégies d'analyses utilisées. Nous terminons la section en présentant des résultats préliminaires et en évoquant quelques questions d'éthique importantes concernant notre étude.

3.2 Ethnographie institutionnelle

Puisque nous nous intéressons à l'expérience des individus dans leurs activités individuelles et communes en matière de gestion des risques et que ces dernières sont encadrées par certains textes normatifs, nous avons choisi d'effectuer une ethnographie institutionnelle (Smith, 2002, 2005).

Les bases de cette approche ont été mises en place par Smith (2002, 2005), qui s'est intéressée au vécu de certains groupes et à la manière dont leur vie quotidienne est affectée par certaines relations établissant des connections mises en œuvre dans des discours et technologies institutionnels (Smith, 2002). Selon Smith (2005 : 25, traduction libre), l'objectif de l'ethnographie institutionnelle :

[...] est de reconnaître les relations sociales de la connaissance du social pour qu'il soit possible d'agrafer celle-ci à notre connaissance de nos réalités locales. Cette méthode d'enquête du social propose d'élargir la portée de ce qui devient visible à partir de ce site en traçant les relations qui lient un site local aux autres.

Il s'agit donc d'une approche examinant les liens entre certains processus de travail coordonnés dans divers discours. Ces discours ont un pouvoir important et sont constitués d'une dynamique complexe entre des textes, des activités et certaines formes de langage et d'expertise (DeVault, 2006; Deveau, 2009). La notion de discours doit être entendue au sens large et peut être définie comme une « [...] sphère de relations qui englobe non seulement les textes et leurs conversations intertextuelles, mais aussi les activités des personnes qui sont dans les organisations, qui les

écrivent et les utilisent, et qui prennent en charge les cadres conceptuels qu'ils font circuler. » (DeVault et McCoy, 2006 : 44, traduction libre). Bien que cette approche utilise les observations, les entrevues et les documents comme sources de données, elle permet aussi l'utilisation de l'expérience des acteurs comme données significatives. Il s'agit donc de regarder de plus près l'expérience quotidienne des acteurs en fonction des textes qui encadrent et structurent leur travail. Cette expérience doit être rapportée par les acteurs eux-mêmes et constituer le point de départ de la recherche (Campbell, 1998). Cette méthode donne donc une place importante aux éléments biographiques (DeVault et McCoy, 2006), ce qui la rend tout à fait compatible avec la constitution de trajectoires institutionnelles individuelles. Outre sa capacité à rendre compte de l'expérience vécue, ce type d'ethnographie nous permettra de bien relier les observations des activités à un niveau micro, mais sujettes au pouvoir de textes macros, dont le lien à d'autres contextes sont aussi pris en compte (DeVault, 2006). Il est d'ailleurs pertinent de souligner que l'ethnographie institutionnelle s'est avérée particulièrement révélatrice dans le cadre de recherches menées dans le secteur de la santé (e.g. Rankin, 2001; Mykhalovskiy, 2001; Kenworthy, 2012). Ce courant a par ailleurs montré la pertinence de s'attarder au vécu pour comprendre la motivation des individus et des groupes à agir sur les institutions (par ex. : Rankin, 2001; Mykhalovskiy, 2001; Huby, Harries et Grant, 2011).

Notre ethnographie sera donc réalisée à partir d'une étude qualitative de cas longitudinale. Ce choix répond d'abord à l'appel des travaux relevant de la perspective du travail institutionnel à utiliser des études de cas riches et détaillées (Lawrence *et al.*, 2009) et à privilégier des méthodes de recherche plus adaptées au niveau micro, mais toujours en lien avec le niveau macro et le travail institutionnel (Zilber, 2009; Schildt *et al.*, 2010; Bjerregaard, 2011; Voronov et Vince, 2012).

Toujours en ce qui a trait à la méthode de cas longitudinal, puisque nos questions de recherche concernent le comment et le pourquoi, ce choix s'avère particulièrement pertinent. Comme le souligne Yin (2009 : 13, traduction libre) : « Une étude de cas est une recherche empirique sur un phénomène actuel dans son contexte réel, particulièrement lorsque les limites entre le phénomène et le contexte sont floues. ». Nous verrons d'ailleurs un peu plus loin comment notre design de recherche vient répondre à cette difficulté engendrée par le flou entourant les frontières du phénomène étudié.

Pour leur part, les cas individuels concernent les parties prenantes participant au façonnement des adaptations locales de la gestion des risques, telles que les gestionnaires, les conseillers, les professionnels de la santé et les patients et leurs représentants. Ce choix a d'abord été motivé par nos choix théoriques. En effet, puisque le travail institutionnel concerne plus particulièrement le travail des individus et que les travaux récents montrent des lacunes en ce qui a trait au rôle des acteurs moins puissants, l'étude des cas individuels était toute indiquée. Ce choix nous permet aussi de nous assurer d'éviter les écueils d'une étude de cas totalement holiste conduite à un niveau trop abstrait pour pouvoir en extraire des données très précises (Yin, 2009). Enfin, cette attention à la fois au niveau organisationnel et au niveau individuel est particulièrement utile afin de bien repositionner les acteurs dans l'ensemble des structures dans lesquelles ils sont imbriqués (Kaghan et Lounsbury, 2011). Cela se fait en restant près du vécu des acteurs (Zilber, 2009; Voronov et Vince, 2012), puisqu'ils utilisent leur vécu professionnel quotidien pour donner leur point de vue sur les sujets à l'ordre du jour (accidents, revue de processus, recommandations au CA, etc.).

Les travailleurs du risque doivent souvent se réunir en comités. Ces réunions sont aussi des moments privilégiés pour observer de quelle façon les membres font sens du discours institutionnel concernant la gestion des risques, mais aussi comment certains acteurs s'engagent dans des activités particulières de maintien institutionnel à l'intérieur même de ces instances, comme des activités de « routinisation » ou d'« imbrication » (Lawrence et Suddaby, 2006 : 233, traduction libre). De plus, il s'agit des instances à l'intérieur desquelles les textes les plus significatifs liés à la gestion des risques seront adaptés, produits et diffusés. Ce contexte est d'ailleurs particulièrement adapté à l'attention donnée au maintien institutionnel, puisque le fait de stabiliser les récits narratifs peut être conçu comme un travail institutionnel (Lawrence et Suddaby, 2006). D'ailleurs, selon Zilber (2009 : 229, traduction libre) : « La maintenance institutionnelle est donc une série de récits narratifs qui s'appuient sur des ressources narratives de haut niveau (ou *métanarratives*) tout en les adaptant au contexte local. ». Dans les comités où les participants sont en interaction et réfléchissent plus activement à plusieurs dimensions relatives à la gestion des risques, cela donne aux acteurs une plus grande capacité réflexive leur permettant de critiquer et de réorganiser des éléments institutionnels établis afin d'exercer leur libre arbitre en dépit des pressions liées à la conformité (Emirbayer et Mische, 1998).

En bref, nous utilisons la méthode de cas, mais dans les mots de Langley et Royer (2006 : 81, traduction libre), il s'agit d'une « recherche d'étude de cas par l'étude d'au moins un cas, le cas étant un système circonscrit. ». Selon les auteurs, cela ne restreint pas les méthodes de collectes de données utilisées, mais demande de prêter une attention particulière aux détails et au contexte plus général. Suivant ce point de vue, nous estimons que nos choix méthodologiques s'avèrent pertinents pour notre recherche.

3.3 Méthodes et collecte de données

Afin d'offrir une étude riche et de bien saisir toutes les dimensions du travail institutionnel et du travail du risque, qui ont tous deux l'avantage de prêter attention aux points de vue micro et macro de manière intégrée, nous avons choisi de travailler à partir d'un cas unique, selon les critères établis par Yin (2009). Le cas unique sur lequel s'appuie notre recherche est celui de la gestion des risques dans les organisations de soins de santé au Québec. Nous faisons ici référence à la gestion des risques au sens large. En effet, au tout début de l'étude, nous avons plutôt prêté attention à la dimension de la sécurité des patients. Cependant, nos observations préliminaires nous ont permis de constater à quel point plusieurs dimensions de la gestion des risques s'enchevêtrent de manière importante dans la vie organisationnelle quotidienne, par exemple, les volets prospectifs et post-événements, ainsi que les divers domaines de gestion des risques, tels que la sécurité des patients et la santé et sécurité des travailleurs. Cette manière de ne pas restreindre les limites de notre objet d'étude à une seule de ces dimensions justifie par ailleurs l'utilisation d'une perspective de travail du risque. Comme nous l'avons montré dans notre revue de littérature, ce concept nous permet en effet de sortir des catégorisations trop limitatives de ce que représente la gestion des risques dans les établissements de soins de santé et nous permet de mieux saisir la complexité de ce que les gens font en réalité.

Tout d'abord, afin de mieux comprendre l'environnement institutionnel qui encadre la gestion des risques dans les établissements de soins de santé au Québec, nous avons effectué une collecte de données auprès d'une association provinciale des établissements de soins de santé (AQESSS) et de gestionnaires de risques. Tout au long de ce projet, nous avons eu accès à trois sources de données. Nous avons d'abord observé la table de travail sur la prestation sécuritaire des services de santé et

de services sociaux⁵ mise sur pied par l'AQESSS, qui conseille les établissements en matière de gestion des risques, par exemple en publiant des guides et en proposant des outils. Ces observations ont eu lieu de janvier à octobre 2012, pour un total de quatre rencontres réunissant des gestionnaires de risque et de la qualité de partout au Québec. Nous avons aussi assisté à la première formation donnée par l'AQESSS sur la gestion intégrée des risques dans les établissements de soins de santé. Nous avons de plus effectué une recherche documentaire ayant contribué à l'élaboration de cette formation et du manuel de gestion intégrée des risques et dont un grand nombre d'exemplaires a été distribué dans les établissements de soins de santé du Québec. Nous avons ensuite procédé à vingt-huit entrevues avec des gestionnaires de risques de différents établissements de soins au Québec, dont sept membres de la table de travail et portant plus particulièrement sur la nature de leurs pratiques quotidiennes (encadrées notamment par la loi 113⁶), leurs relations avec les autres membres de l'établissement et le registre national de déclaration des incidents et accidents mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Plus avant, nous avons eu accès aux documents distribués aux membres de la table de travail et quelques-uns témoignant de la vision collective des membres de la table sur l'orientation future à prendre en matière de prestation sécuritaire de soins et de gestion des risques au Québec. Enfin, nous avons participé à des événements publics au sujet de la gestion des risques et rassemblant les acteurs clés concernés, afin de bien comprendre les défis auxquels les établissements doivent faire face en matière de gestion des risques et les moyens qui leur sont proposés par diverses instances pour les affronter.

L'accès à ces données nous a permis d'avoir une meilleure compréhension d'abord de l'environnement institutionnel et, ensuite, de ses expressions locales dans l'établissement où nous avons effectué notre cueillette de données principale pour la thèse. Puisque notre informateur clé au sein de cette organisation siégeait aussi à divers comités provinciaux et nationaux parlant de la gestion des risques, y compris l'AQESSS, nous avons pu établir un portrait encore plus précis des

⁵ Le mandat de cette table comportait les éléments suivants : agir à titre de comité-conseil sur toute question relative à la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, à la déclaration, à l'analyse et à la divulgation des événements indésirables; collaborer à la préparation d'outils, de politiques, d'ententes et d'autres documents permettant la mise en œuvre des directives ministérielles en matière de prestation sécuritaire de soins et de services et de déclaration des événements indésirables; contribuer au développement d'une culture de sécurité au sein des établissements membres; agir à titre de comité-conseil pour la révision du Manuel de gestion des risques du réseau de la santé et des services sociaux.

⁶ Éditeur officiel du Québec (2002) Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux. Deuxième session, trente-sixième législature, Chapitre 71.

différentes influences institutionnelles sur la gestion des risques locale. Bref, ces données nous ont été précieuses pour en faire une analyse efficace et rigoureuse et effectuer des liens importants entre les niveaux micro et macro de la gestion des risques.

3.3.1 Organisation de soins en santé mentale

Nous avons ensuite choisi une organisation unique afin de prêter une plus grande attention aux pratiques des acteurs à l'intérieur d'une organisation. L'organisation a été choisie en fonction de ses caractéristiques particulières.

L'organisation en question offre des services de deuxième et troisième lignes en santé mentale et a reçu la désignation d'institut universitaire. Elle soutient par ailleurs un important regroupement de ressources intermédiaires et résidentielles au Québec, ce qui demande à l'établissement et à ses membres d'effectuer une gestion des risques spécifiquement adaptée à cette réalité. Ce qui fait la singularité de ce cas tient principalement à la place unique que cet établissement de soins occupe dans l'histoire du Canada, mais aussi à ses initiatives en matière de gestion des risques et pleine citoyenneté. L'établissement est en effet reconnu comme une des grandes institutions asilaires au pays et témoigne de l'évolution des soins de santé mentale sur plus d'un siècle. Du contrôle étroit des patients de l'époque asilaire, l'établissement a vécu l'avènement de la désinstitutionnalisation et il fait depuis quelques années la promotion active d'une vision de pleine citoyenneté et d'approches de soins collaboratives, impliquant aussi les usagers dans certaines instances administratives de l'organisation. De toute évidence, plusieurs initiatives et projets liés à la gestion des risques et à l'intégration des patients découlent en partie d'exigences législatives. Toutefois, la multitude de lois, de normes et de meilleures pratiques à prendre en compte oblige les membres de l'organisation à s'adapter. Avec le temps, l'organisation a donc développé certaines manières de faire qui lui sont propres et qui façonnent sa culture organisationnelle. Couplé à son histoire particulière, cela rend le choix de cette organisation tout à fait justifié.

La collecte de données s'est échelonnée sur dix-sept mois, soit de janvier 2012 à mai 2013. Elle a impliqué l'observation de comités, des entrevues semi-dirigées de même qu'une collecte de documents (archives, rapports, comptes rendus).

Afin de souligner la nature collaborative de la gestion des risques, nous avons ciblé des comités multidisciplinaires et multihiérarchiques visant pour la plupart à voir au respect des normes locales et institutionnelles en matière de qualité et de gestion des risques. Nous avons ciblé d'abord les comités directement liés à la gestion des risques et à la qualité, soit le comité de gestion des risques et la table de travail des gestionnaires de risques et le comité vigilance (pour un total de trente-deux observations). Nous avons ensuite ciblé trois comités de nature clinique, soit celui des mesures d'isolement et de contention, celui de prévention des chutes et celui de prévention des erreurs de médicaments, où il est plus largement question de qualité des services, mais où une dimension de gestion des risques est également importante (ces comités ont une récurrence moins importante, et un a été annulé en cours de route, pour un total de douze observations). Nous avons aussi ciblé le Comité de planification des mesures d'urgence afin de bien représenter les activités préventives liées à la fois aux risques matériels et humains en situation d'urgence (pour un total de treize observations). Afin de lier ce qui se passe dans ces comités aux activités et orientations globales de l'organisation, nous avons aussi sélectionné le Comité de direction et le Conseil d'administration, puisque ces derniers sont les instances où les autres comités se rapportent (huit CA ont été observés – partie publique uniquement –, de même qu'une dizaine de comités de direction). Enfin, nous avons ciblé le Comité de patient partenaire et le Comité des usagers (cinq rencontres ont été observées au total, sans compter quelques observations dans d'autres comités sur invitation et quelques visites dans les unités de soins).

La gestion des risques prend plusieurs formes et elle est effectuée de manière très décentralisée. Un découpage permettant d'identifier les frontières à l'intérieur desquelles mener l'étude était donc nécessaire. En effet, un cas peut être défini comme un phénomène ayant cours dans un contexte particulier (Miles et Huberman, 1994). Afin de délimiter le terrain de recherche, nous avons ciblé un ensemble de comités où les questions relatives à la gestion des risques et à la sécurité sont discutées.

Tel que nous l'avons mentionné précédemment, la gestion des risques comporte des étapes spécifiques qui peuvent être mises en œuvre de manière collective. L'observation de ces rencontres a eu l'avantage de rendre visibles les aspects plus formels de la gestion des risques, en plus de rendre visible un travail du risque plus informel dans les interactions d'acteurs de divers horizons. Au sein des établissements de soins de santé, la gestion des risques peut être définie comme :

Une approche préventive qui fait appel à un grand éventail de moyens pour réduire les risques qu'une situation causant des dommages se produise, et en limiter les dommages lorsque les risques se réalisent. (...) La gestion des risques devrait avoir pour objet la totalité des activités et des situations qui mettent en cause la sécurité des usagers, du personnel et des tiers. Ainsi comprise, cette gestion trouve tout naturellement sa place à l'intérieur d'une démarche plus large qui concerne la qualité des services dans toutes leurs composantes, et au premier chef les activités cliniques. (Centre hospitalier de l'Université de Montréal, 2004 : 31).

Conformément à cette définition, nous avons d'abord effectué quelques observations sur des comités où les questions plus larges de qualité étaient discutées. Après des observations exploratoires de ces comités dans l'organisation afin de nous familiariser avec leur fonctionnement et les activités effectuées dans ces derniers, nous avons pu procéder à certains choix en fonction de notre question de recherche.

Les détails concernant l'échantillonnage sont explicités dans chacun des articles, mais grâce à ces rencontres, nous avons été en mesure d'observer de quelle façon les membres des comités identifient les risques selon les sujets discutés et aussi la façon dont ils proposent des solutions afin d'en prévenir l'occurrence. Cette méthode nous a donc non seulement permis d'observer les interventions individuelles, mais aussi la dimension collective d'identification des risques et de la mise en place des solutions. Cela nous a aussi permis d'être témoins des tensions liées aux différentes manières dont les acteurs perçoivent les risques et évaluent les moyens de les contrôler. Les différents moyens mis en œuvre afin d'en arriver à des compromis ont donc aussi pu être observés.

Finalement, bien que nous ne les considérions pas comme des cas en soi, ces observations ont néanmoins contribué à la reconstitution du cas dans son ensemble et ont permis de donner certains repères temporels de l'évolution de la gestion des risques en effectuant des liens avec les entrevues. En effet, bien que nous n'utilisions pas directement une stratégie temporelle (Langley, 1999), nous nous en inspirons afin de mieux représenter l'imbrication des individus et groupes d'individus dans diverses structures à travers le temps (Kaghan et Lounsbury, 2011). Nous avons donc procédé à la reconstruction narrative des évènements liés à la gestion des risques et à la manière dont les différents acteurs y ont travaillé. Cette manière de procéder a permis d'identifier le travail institutionnel des acteurs à certains moments clés afin de mieux les contextualiser et d'en comprendre l'origine. Cette reconstruction a été accomplie à partir des observations, des conversations avec les informateurs clés, mais aussi à l'aide des archives disponibles en grand

nombre sur le site intranet de l'établissement, auquel nous avons eu accès et qui comprend, entre autres, les rapports annuels des comités, en plus de tous les documents normatifs reliés à la qualité et la gestion des risques. L'accès aux communications officielles quotidiennes avec les employés a permis aussi de bien comprendre la culture et les priorités des établissements. Ainsi, il ne s'agissait pas de reconstruire une stricte ligne du temps, mais bien de rester cohérent avec l'argument selon lequel le maintien institutionnel est dynamique et n'empêche aucunement des changements dans les pratiques ou dans les discours sur les institutions. Cette manière de procéder nous a permis de mieux lier le cas à l'étude avec son contexte institutionnel.

3.3.2 Observation

La première méthode utilisée est l'observation. Les observations ont été effectuées dans les comités mentionnés dans la section précédente. Comme nous l'avons vu brièvement, ils n'ont pas été l'objet d'un échantillonnage formel comme le proposent Huberman et Miles (1991), mais plutôt d'un échantillonnage de milieu, « n'exigeant pas que toutes les observations soient faites dans un seul lieu, mais tout simplement qu'elles soient traitées comme se rapportant globalement à un même milieu. » (Pires, 1997 : 38). Bien qu'une distinction soit habituellement apportée afin de qualifier les observations de participantes ou non participantes, cette manière dichotomique de considérer l'observation a été nuancée afin d'y attribuer des degrés de participation (Patton, 2002), alors que d'autres considèrent que toute recherche sociale est participante, puisqu'il n'est pas possible d'étudier le monde social sans en faire partie (Hammersley et Atkinson, 2007). Pour notre part, nous avons privilégié une participation minimale lors des observations pour certaines raisons précises. Cela ne nous a cependant pas empêchée de poser des questions à certains informateurs ou de discuter de manière informelle avec certains participants en dehors des comités. L'accès à un bureau dans le centre de recherche de l'établissement nous a ainsi permis de discuter avec plusieurs membres de l'organisation, ce qui a pu éclairer notre compréhension plus globale de l'établissement.

Par ailleurs, les membres des comités observés étaient au courant de notre statut de chercheur et des démarches effectuées. Par contre, il n'était pas indiqué d'intervenir ou de s'impliquer activement dans ces rencontres, étant donné la nature des activités ayant cours, donnant souvent lieu à des discussions autour d'incidents, d'accidents ou de problématiques de sécurité délicates.

Étant donné la nature sensible de certaines informations, il importait de faire preuve de discréetion afin de préserver la confiance des participants et, du fait même, l'accès privilégié à ces comités. De plus, la structure formelle de ces comités n'aurait pas été favorable à une participation spontanée.

Finalement, pour les raisons mentionnées au sujet des données sensibles, les rencontres n'ont pas été enregistrées. Toutefois, des notes extensives ont été prises pendant et après les rencontres. Un journal de bord a de plus été tenu afin de noter les éléments à connecter, puisque la plupart de ces comités ont des liens entre eux. En effet, certains participants siègent à plus d'un comité à la fois et font circuler beaucoup d'informations des uns aux autres. Enfin, puisque nous avons effectué les entrevues sur une longue période, nous avons pu interroger les participants plus longuement sur les activités des comités de manière plus approfondie, après avoir établi un bon lien de confiance avec eux.

Puisque le travail institutionnel ne concerne pas uniquement les individus, mais aussi les organisations et leurs sous-ensembles (Battilana et D'Aunno, 2009), l'observation de ces comités était indiquée. Elle nous a permis de recueillir beaucoup de données, d'abord sur les valeurs mises de l'avant et reliées aux questions de risques. Ensuite, elle nous a permis de constater en temps réel les réactions de différents acteurs face aux situations de risque. Une telle concentration d'analyse d'évènements indésirables par des panels aussi diversifiés n'aurait pas pu être observable ailleurs dans l'organisation. De plus, l'observation à partir des groupes ciblés nous a permis d'éviter de tomber dans un individualisme méthodologique réducteur. Il s'agissait donc de répondre à la suggestion de Kaghan et Lounsbury (2011 : 75, traduction libre) de mettre de l'avant un « groupisme méthodologique », qui rappelle qu'une perspective institutionnelle implique d'identifier les groupes sociaux et leurs conventions comme unités d'analyses. Ainsi, les interactions entre les acteurs révèlent à la fois les conventions des comités et leur appartenance professionnelle.

Enfin, la composition diversifiée des comités nous a aussi permis d'observer les similitudes et les différences dans les manières de s'engager dans le travail institutionnel de maintien. Nous avons donc pu observer des intentions relevées par Emirbayer et Mische (1998), Lawrence *et al.* (2011) et Battilana et D'Aunno (2009) et liées à la création, au maintien ou à la déstabilisation de la gestion des risques. L'observation répétée des mêmes comités nous a également permis de noter certaines

routines établies ainsi que l'évolution des manières de mener le travail de maintien. Plus en lien avec une charge émotive, le conflit des valeurs a aussi été identifié comme élément déclencheur du travail de maintien institutionnel collectif (Wright *et al.*, 2015).

3.3.3 Entrevues

Les entrevues ont été une autre source importante de données. Au total, quarante entrevues auront été menées dans cette étude. Nous avons procédé à une stratégie d'échantillonnage combinée (Miles et Huberman, 1994; Patton, 2002). En effet, nous avons d'abord utilisé une stratégie d'échantillonnage théorique (Miles et Huberman, 1994 : 28) en sélectionnant les participants à partir des comités multidisciplinaires observés, que nous considérons comme des instances de socialisation, où se trouvent des acteurs participant activement à un travail institutionnel de maintien. Nous avons interviewé des participants pouvant être regroupés dans les sous-catégories suivantes, soit les conseillers cliniques et non cliniques (6), les gestionnaires cliniques et non cliniques (22), les professionnels cliniques et non cliniques (5) ainsi que les usagers et représentants des usagers (7).

Un total de 70 personnes font partie des comités observés, et les quarante personnes interviewées représentent la diversité des rôles observée dans leur composition. Une deuxième stratégie d'échantillonnage a été utilisée, soit celle de l'échantillonnage de type « boule de neige » (Miles et Huberman, 1994 : 28, traduction libre), puisque certaines personnes plus impliquées dans la gestion des risques ailleurs dans l'établissement nous ont été référencées. Certains autres informateurs importants, tels que les conseillers en qualité et gestion des risques ont aussi été consultés à d'autres moments sur des questions spécifiques.

Cette manière de procéder ne visait pas uniquement un échantillon de représentation, mais répondait aussi à l'exigence que les échantillons qualitatifs soient établis selon des bases théoriques (Miles et Huberman, 1994). En effet, nous voulions être en mesure de comparer les variations dans le type de travail institutionnel de maintien dans lequel les acteurs s'engagent selon leurs rôles respectifs au type de travail effectué. De plus, notre utilisation du concept de socialisation nécessitait que les participants aient en commun la participation (constante ou *ad hoc*)

à au moins un des comités observés. Ils ont donc tous eu à intervenir sur des questions liées à la gestion des risques et à la sécurité à la fois dans leur quotidien, mais aussi dans ces comités.

Cette attention à la composition des comités permet de porter attention à des acteurs qui ont tous une relation particulière avec la gestion des risques. La nature de leur position, leur rôle professionnel, leur relation quotidienne ou stratégique avec des situations de gestion des risques particulières ainsi que les diverses pressions institutionnelles qui encadrent leur travail sont tous des éléments qui les lient d'une manière particulière à la gestion des risques. De plus, leur appartenance souvent volontaire à ces comités en parallèle avec leurs activités quotidiennes en fait des acteurs pertinents en matière de travail institutionnel. Ce type d'implication fait en sorte qu'ils ne peuvent être qualifiés ni d'acteurs inconscients pris dans des arrangements institutionnels ni d'entrepreneurs institutionnels puissants (Lawrence et Suddaby, 2006).

Finalement, plusieurs autres observations ont eu lieu de manière *ad hoc*, par exemple à la suite de l'invitation de certains participants de visiter des unités de soins ou des installations de sécurité particulières. La participation à certains autres événements, tels que des journées où avaient lieu des présentations sur diverses initiatives de l'établissement reliées à la qualité et la sécurité, nous a aussi permis d'avoir une vision globale des activités de l'organisation.

3.3.4 Sources documentaires

Dans ce contexte, trois sources documentaires différentes ont été utilisées. Il s'agit de données complémentaires aux observations. Tout d'abord, les documents issus des comités observés, notamment les comptes rendus, ont été analysés lorsque ces derniers ont pu être récupérés, ainsi que d'autres documents distribués durant ces rencontres, tels que les documents concernant les projets. Ensuite, notre accès à l'intranet de l'établissement nous a permis d'amasser tous les documents produits par l'équipe de qualité et gestion des risques au sujet de la gestion des risques et de la sécurité. Cela comprend tous les processus et procédures abordant la gestion des risques, tous les rapports annuels des comités observés (plus d'une année pour les comités établis depuis plus longtemps), les sondages sur la culture de sécurité, les activités associées à la gestion des risques (jeux, semaine de la sécurité, formations, présentations, rapports spéciaux de consultants et

de stagiaires, analyses prospectives de gestion des risques, etc.) ayant eu lieu et les documents présentant des adaptations locales des normes institutionnelles ou des exigences législatives.

3.3.5 Qualité des résultats

Puisque nous avons fait le choix d'un cas unique, la principale difficulté consiste en la validité externe. En effet, puisqu'il s'agit d'un cas unique justifié par son caractère unique, la généralisation des résultats n'est pas possible (Yin, 2009). Toutefois, bien que la réPLICATION à d'autres cas ne soit pas possible, nous allons nous assurer de répondre à plusieurs autres critères de qualité.

En ce qui a trait à la validité interne, le moyen le plus important d'y arriver a été la description la plus approfondie possible du cas à l'étude (Denzin, 2001). De plus, nous avons assuré un travail de validation constante des données (Paillé et Mucchielli, 2005) et une triangulation à partir des sources de données (Patton, 2002). En effet, le fait que la majorité des entrevues aient été conduites avec des membres des comités observés nous a permis d'effectuer des comparaisons révélatrices entre ce qui a été dit lors des entrevues et ce qui a été dit lors des réunions. D'une manière plus générale, les sources documentaires ont aussi permis de vérifier ce qui a été avancé lors des entrevues à propos de la gestion des risques.

Tout d'abord, nous avons prêté une attention particulière à ce que Yin (1994 : 41, traduction libre) appelle la « validité du construit ». Pour l'atteindre, nous avons donc utilisé plusieurs sources de données, comme nous l'avons démontré dans les sections précédentes. Comme le mentionne Yin (1994 : 42), il s'agit d'une « [...] façon de favoriser la convergence des pistes d'enquête [...] durant la collecte de données. ». Nous avons aussi développé des outils qui permettent de consolider les données d'une manière ordonnée et de retracer les étapes de réduction des données.

3.3.6 Réflexivité

Nous avons également voulu rendre la démarche méthodologique plus réflexive en privilégiant la tenue d'un journal de bord dès le début du projet de recherche. Un tel outil a permis de prendre du recul par rapport au terrain en recueillant des données, entre autres, sur nos présupposés personnels concernant les participants (Brannick et Coghlan, 2006). Il s'agissait plus particulièrement de favoriser une prise de conscience en lien avec notre recherche (Smith, 1999). Nous avons donc

prêté attention à la fois à la voix des participants, mais aussi à nos biais politiques, culturels, idéologiques (Patton, 2002) et émotifs (Devereux, 2014 [1967]; Etherington, 2004; Kisfalvi, 2006) induits par notre discours de chercheur et nos expériences. D'un point de vue méthodologique, la tenue de ce journal a notamment permis d'augmenter la crédibilité, la transférabilité et la fiabilité des résultats. (Brannick et Coghlan, 2006; Lincoln et Guba, 1985).

3.3.7 Éthique

La préoccupation éthique la plus importante à considérer pour la présente recherche est celle qui concerne les entrevues. En effet, puisqu'il s'agit d'un cas unique et que la méthode proposée exigeait la reconstitution du parcours des participants, l'anonymat pourrait être compromis dans certains cas. Afin d'éviter tout problème à cet égard, les participants ont pu décider de dévoiler leur titre d'emploi précis. Or, bien que la grande majorité ait accepté de dévoiler cette information, nous avons quand même décidé de n'utiliser que des catégories d'emplois plus larges afin de maintenir l'anonymat complet. Ainsi, il a été convenu avec les participants qu'une citation les concernant serait identifiée par les groupes d'acteurs plus larges identifiés comme a) gestionnaires, professionnels et conseillers cliniques, b) gestionnaires, professionnels et conseillers non cliniques, c) usagers et représentants des usagers. Cette entente a permis d'illustrer notre recherche avec les passages considérés importants, tout en rassurant les participants sur les passages utilisés en vignette.

Le plus grand défi en matière d'anonymat a été rencontré lors de la rédaction du troisième article, pour lequel nous avons utilisé une approche biographique. L'application classique d'une telle méthode rendait l'anonymat complet difficile. En effet, bien que le nom de l'organisation ne soit pas mentionné et malgré l'autorisation de la direction, le recouplement de certaines informations aurait pu miner l'anonymat. Or, l'utilisation de biographies a permis de contourner ce problème en plus d'offrir une analyse de données plus originale et plus riche.

3.4 Bref retour sur la démarche réflexive

À ce stade, nous proposons d'effectuer un bref retour sur la dimension réflexive de notre démarche méthodologique. Comme mentionné dans la section qui porte sur notre méthodologie de recherche, la tenue d'un journal réflexif a permis de mieux comprendre nos propres réactions intellectuelles

et émoticas face aux expériences vécues sur le terrain de recherche. Cette démarche était particulièrement importante à cause du choix d'effectuer une ethnographie dans une organisation de soins en santé mentale. De plus, notre intérêt porté à la question de la gestion des risques et de la sécurité des patients dans un tel environnement a rendu d'autant plus nécessaire la prise de recul par rapport à nos observations et à nos entrevues avec les participants. Ce que ces deux éléments ont d'abord en commun et qui devait faire l'objet d'une certaine vigilance à toutes les étapes de la recherche était la question de l'anxiété, qui est assez courante dans le cadre d'une ethnographie (Devereux, 1967; Kisfalvi, 2006; Whiteman, Müller et Johnson, 2009) et qui représente en fait l'une des données les plus importantes à prendre en considération (Devereux, 1967). À l'anxiété normale du chercheur qui accède à un nouveau terrain de recherche s'ajoutaient la charge souvent émotive des discussions observées à propos d'une clientèle vulnérable et nos présupposés en ce qui concerne la culture du blâme.

En ce qui a trait à la question de la clientèle vulnérable, le fait d'écrire à propos de notre propre expérience dans un journal nous a permis de nous rendre compte de notre malaise face à notre présence dans certaines circonstances. Par exemple, le déroulement de certaines rencontres nous donnait parfois l'occasion d'entendre des histoires de vie bouleversantes pouvant nous faire oublier les raisons de notre présence dans l'organisation. La charge émotive qui en découlait restait aussi parfois longtemps et faisait à nouveau surface à différentes étapes de la recherche. L'écriture rendait toutefois cette charge moins envahissante et dévoilait même parfois certains angles plus intéressants pour l'analyse de données ou la présentation des résultats.

Concernant la question du blâme, connaissant plusieurs personnes œuvrant dans le domaine de la santé, nous avions déjà quelques idées préconçues des défis quotidiens que vivent ces acteurs. Nous savions que bon nombre de ces acteurs ressentent beaucoup de pression afin de prévenir des accidents et qu'ils doivent composer avec un nombre important de mécanismes de surveillance, incluant les médias et les chercheurs. Nous craignions donc que notre présence au sein de l'organisation soit perçue comme une surveillance supplémentaire et un jugement sur les pratiques de l'organisation et de ses membres en matière de gestion des risques. Bien que l'organisation ait un statut d'institut universitaire et qu'elle soit habituée à la présence de chercheurs, nous avons bien informé les participants que le jugement ou l'évaluation ne motivaient absolument pas notre présence. Il y avait également une attention à prêter à notre empathie pour les participants.

L'empathie est d'ailleurs aussi couramment vécue par les ethnographes (Finlay, 2002; Humphreys, 2005).

Qu'il s'agisse des relations avec les patients ou intervenants, les dilemmes vécus ou encore le manque de temps et de ressources pour accomplir ce qu'ils voudraient vraiment accomplir, le journal nous a permis de comprendre que nous tentions chaque fois, avec facilité, de nous mettre à la place des participants. Ainsi, nous devions constamment nous rappeler ce que Pillow (2003 : 178, traduction libre) appelle notre « propre position » ou, en d'autres termes, nous rappeler dans quelle position nous nous trouvons vraiment à chaque étape de la recherche. Bref, l'attention à nos propres émotions tout au long de la recherche était cruciale afin de ne pas teinter nos résultats de celles-ci, tout en prêtant attention à celle des participants.

Chapitre 4 | The institutional work of hospital risk managers: democratizing and professionalizing risk management⁷

Abstract

The growing importance of risk management programs and policies in health care organizations has given rise to a new organizational figure, the risk managers. This paper seeks to better understand their role by looking at their risk work as a form of institutional work. From an inductive study of hospital risk managers in the Quebec health care sector, we provide a situated account of the risk work or ‘the effortful pattern of practices’ accomplished by hospital risk managers at the intra- and extra-organizational levels. The results show that they engage in two broader recursive forms of institutional work. At the intra-organizational level, it is by building bridges, autonomizing teams, legitimizing risk work, and pragmatizing interventions that hospital risk managers contribute to democratizing the risk management practices in their organization. At the extraorganizational level, it is by networking with colleagues, hybridizing knowledge, shaping identity, and debating solutions that they contribute to articulating a professionalization project. We argue that the recursive relationship between these two forms of institutional work, namely democratizing and professionalizing risk management, demonstrates how the risk work done at one level facilitates the risk work accomplished at the other. The paper provides three contributions. First, it opens the black box of the hospital risk managers’ roles by showing the complexity of their risk work, instead of formalizing expectations about their role in a normative way, as is generally the case. Second, this research provides evidence about how actors with limited collective power and resources such as hospital risk managers participate in disseminating risk management programs and policies. Third, the paper offers a multi-level understanding of the ways by which hospital risk managers work to institutionalize risk management program and policies. The paper ends by discussing the importance of gaining a better understanding of the risk managers’ role and their institutional work.

⁷ Labelle, V. et L. Rouleau (2017). "The Institutional Work of Hospital Risk Managers: Democratizing and Professionalizing Risk Management", *Journal of Risk Research*, vol. 20, no 8, p. 1053-1075.

Keywords: hospital risk managers; risk work; institutional work; risk management programs and policies

4.1 Introduction

Risk management as a basis for good governance in many types of organizations, including in the public sector (Horlick-Jones, 2005; Power, 2004), has given rise to new organizational roles, such as risk managers. Risk managers are responsible for the implementation of the risk management process, which is constituted of a set of formal activities related to the identification, analysis, evaluation, treatment, monitoring, and communication of risks (Standards Australia, 1999). In the health care sector, risk management is mostly concerned with safety as a specific category of risk (Macrae, 2008), and risk managers are sometimes identified as patient safety officers (e.g. Denham, 2007). Most recently, risk managers have been seen as responsible for implementing programs of integrated risk management or enterprise risk management in hospitals (Burnaby et al., 2011). In France, these risk managers have been labeled risk manager coordinators and are called upon to provide strategic, coordination, and operational support (Michel, Chablop, Verheyde et Kret, [2011] 2012). In the United States, the American Society for Health Care Risk Management refers to them as professionals. Regardless of their occupational title, status, or formal job description, there is a need to better understand what risk managers do when implementing and coordinating the risk management programs and policies. This is what this paper intends to examine.

When these ‘new’ managers are implementing risk management programs and policies, their work is enabled and constrained by prevailing organizational and institutional structures in which risk management is embedded. Therefore, instead of studying a specific role and its institutionalization process, we propose to look at hospital managers’ risk work by drawing on the institutional work literature (Lawrence et Suddaby, 2006; Lawrence et al., 2009, 2011).

This recent literature provides us with an increasing knowledge of the relationship between individuals and institutions and on how they influence each other at the organizational and field levels by using specific forms of agencies, despite being constrained by institutional forces. However, scant attention has been devoted to examining how individual actors, such as hospital risk managers, with limited collective power and resources, reflexively and continuously connect

their everyday ‘efforts’ (Lawrence et al., 2011) at the micro-level with institutional work done within a wider institutional project at the field level. Moreover, staff professionals such as risk managers have been neglected in the institutional literature (Daudigeos, 2013). Consequently, the study of the efforts of hospital risk managers to coordinate and implement risk management programs and policies is certainly relevant for enriching our knowledge about their role as well as about how intra- and extra-organizational institutional work is linked together.

The paper is based on an inductive case study of the work of risk managers to promote risk management programs and policies in Quebec hospitals. From January to June 2012, 28 hospital risk managers from different regions of Quebec were interviewed by the first author. She attended five meetings of the patient safety work group involving more than 15 hospital risk managers, each time led by the organization responsible for representing Quebec health care organizations (AQESSS). During this time, we also analyzed all the documentation exchanged between members of the patient safety work group observed and the recommendations made to the Ministry of Health and Social Services and health care organizations, and we had numerous informal conversations in different contexts with hospital risk managers and experts on specific concerns related to risk work.

Our findings extend current knowledge of the role of hospital risk managers by unveiling their agency at the organizational and institutional levels (Battilana et D'Aunno, 2009; Seo et Creed, 2002). The findings show how the work related to risk management shapes two forms of institutional work, namely democratizing and professionalizing risk work. More specifically, we find a recursive relation between these two broader forms of institutional work. While hospital risk managers contribute to the democratization of the risk management programs and policies inside the organization, they also stimulate the professionalization of risk management at the institutional level and vice versa. This movement bares an institutional dynamic that would be difficult to fully grasp without looking more closely at the effortful pattern of practices constituting these two institutional processes.

The paper is structured as follows. First, we propose to look at risk work accomplished by risk managers as a form of institutional work. Then, the research methods are introduced and the findings, presented. Finally, the paper ends by discussing the importance of gaining a better understanding of how the hospital risk managers’ role and their institutional work are interwoven.

4.2 Risk work as institutional work

Risk is a crucial subject in organizational research (Gephart et al., 2009). Its management has given rise to new risk management programs and new organizational roles about which we know very little. Although managerial literature has discussed the role of chief risk officer and risk manager in the corporate world (Aabo, Fraser et Simkins, 2005; Lam et Kawamoto, 1997; Ward, 2001) or the patient safety officer and risk manager in the health care sector

(Denham 2007; Michel et al. [2011] 2012; Miller, Miginsky et Connelly 2012; Porto 2013), their roles have been mainly described in a normative way, thus leaving little opportunity for a deep understanding of their work as risk managers.

In order to better understand the role of practitioners responsible for implementing risk management programs and policies, we draw on the notion of risk work. Building on a growing literature exploring situationally specific logics of risk reasoning, Horlick-Jones (2005, 2008) is, to our knowledge, the first author to use the concept of risk work as the purposeful formal and informal everyday risk management practices carried out by actors. His ethnographies, conducted in different public and private settings, show the political nature of such work. One of his main findings describes a risk-based approach of private corporate governance in which management used specific risk issues to achieve other corporate objectives (Horlick-Jones, 2005).

Consistent with Horlick-Jones's (2005) conclusions, Currie et al. (2009) found institutional tensions between the work of managers responsible for the implementation of risk and safety policy and the work of health care professionals. Indeed, using specific narratives, health care professionals resisted the increased surveillance by convincing other health care professionals to privilege clinical judgment over managerial control. As a result, the risk and safety policy was diverted from its regulative goal to the benefit of the professionals' identity reproduction. Other studies by Currie et al. (2008) and Waring et Currie (2009) reveal the same tension between the risk work by clinical risk managers, which is more in line with the national patient safety agenda, and the risk work of doctors, who are less aware of the agenda and more influenced by technical and experiential knowledge related to medical practice. In consequence, the knowledge

management system was either resisted or co-opted by doctors in response to the risk managers' policy enforcement.

As we can see, when accomplishing their risk work, risk managers face institutional constraints that are either related to the clinical and professional rules and power surrounding them or to the norms structuring the risk programs and policies they are implementing. Notwithstanding these institutional constraints, risk managers nevertheless act upon the social-symbolic context surrounding the risk management programs and policies they have to implement. However, we know little about the type of risk work they are doing individually and collectively to implement risk programs and policies in health care organizations. Following the turn to work (Phillips et Lawrence, 2012), we define risk work as 'the effortful pattern of practices that are accomplished in relation with other groups in order to shape the social-symbolic context in which the risk management program and policies are implemented.' Therefore, this paper goes beyond formal role description and seeks to better understand the effortful pattern of practices (or risk work) risk managers deploy when implementing risk management programs and policies despite these institutional constraints.

In order to do so, we contend that risk work accomplished by hospital risk managers is a form of 'institutional work' (Lawrence et Suddaby, 2006; Lawrence et al., 2009, 2011). According to Lawrence et al. (2011 : 52), institutional work refers to 'practices of individual and collective actors aimed at creating, maintaining, and disrupting institutions.' Institutional work researchers are looking at the complex myriad of day-to-day practices aiming at both reproducing and transforming the institutional order (Lawrence et al., 2011). As the result of compromises between divergent interests, preferences, and values, institutional work is accomplished by simultaneously coordinated and uncoordinated actions, formal and informal organizational practices and discourses aiming to ensure continuity and change.

While the literature on institutional work provides relevant insights on how to study the purposive work of hospital risk managers in relation to institutional constraints and order, this literature has until now been focused on the institutional work of professionals, elites, and experts at the field level (Lefsrud et Meyer, 2012; Paton, Hodgson et Muzio, 2013; Riaz, Buchanan et Bapuji, 2011; Suddaby et Viale, 2011). For instance, Suddaby et Viale (2011) explain how professionals play a

central role in the reconfiguration of institutions and organizational fields. Following DiMaggio et Powell (1983), they associate the social position, resources, and power of these professional groups with their ability to bring change to the field level. Institutional maintenance work by professionals and experts is also closely associated with preserving status, for example, in the case of medical professionalism (Battilana, 2011; Currie et al., 2012) or with a struggle for domination in fields through the institutionalization of various legitimating processes (David, Sine et Haveman, 2013; Greenwood, Suddaby et Hinings, 2002; Suddaby et Greenwood, 2005).

However, little has been said on the institutional work of actors who have less collective power and resources than organized professionals, elites, or experts (Lawrence et al., 2013). Hospital risk managers belong to this understudied peripheral set of actors. Unlike well-established professions in various areas, the ideas and practices of risk managers and chief risk officers have not yet been codified into a unified domain (Mikes, 2008). Consequently, they generally have an ambiguous status (Power, 2005), while they often lack legitimacy. As Daudigeos (2013 : 723) said for asserting the peripheral status of staff professionals dealing with safety in the construction industry, risk managers have to maintain organizational order and challenge it at the same time. While hospital risk managers have to implement risk management programs and policies, they are drawing on their professional and craft-like knowledge for being able to overcome the institutional constraints they face. Hospital risk managers can also be considered such peripheral actors, either because they are staff-level risk manager and have a lower hierachal position or because they have higher hierachal positions, such as clinical or quality directors, but with risk management as a duty among many others.

In the few studies that have been done on the institutional work of peripheral actors, researchers emphasize the importance of their work at the intra-organizational level and not at the field level. For instance, Reay et al. (2006) identified small wins in the form of microprocesses aimed at legitimizing the new role of nurse practitioner. Heaphy (2013) shows how patient advocates, as street-level bureaucrats, repair breaches in the taken-for-granted beliefs about the patient, family, and staff roles in hospitals. Daudigeos (2013) also explores the intraorganizational institutional work of street-level occupational safety and health managers and identifies the tactics they use to build up legitimacy and exert unobtrusive influence to promote safety inside their organization. Research on institutional work has devoted attention to this type of work either at the extra- or the

intra-organizational level, but in a somewhat disconnected manner. Yet, there is a need to look at how individual actors reflexively and continuously connect their everyday getting by' (Lawrence et al., 2011 : 57) at the micro-level with institutional work done within a wider institutional project at the field level. The exploration of the professionalization of paramedics by McCann, Granter, Hyde et Hassard (2013) constitutes a notable exception. They identify the work done at the formal, structural, and senior levels as institutional entrepreneurship while also focusing on the informal and agency street level. They show how the senior level professionalization strategy was overturned by a resisting street-level institutional work promoting a blue-collar professionalism.

As we showed previously, although the literature on institutional work has informed us thoroughly about the institutional work done by resourceful professionals, elites, and experts seeking to impose ways of doing things at the field level, there is an important gap to fill when it comes to understanding the agency of the institutional work of less-organized actors such as hospital risk managers. Moreover, there is a need to provide an integrated picture that connects the levels of analysis involved in their institutional work and what it bears in terms of underlying institutional dynamics. This paper intends to fill these gaps by proposing the following research question: when risk managers deploy their effortful practices to implement risk management programs and policies, what forms of intra- and extra-organizational institutional work are they accomplishing?

4.3 Methodology

4.3.1 Context

In Quebec, the role of hospital risk manager is mentioned, although not formally defined in Bill 113, adopted in 2002. Although responsibilities regarding risks and patient safety are identified in the Bill, it contains no clear structural or governance guidelines concerning the specific position of the risk manager. Furthermore, health care organizations are not required by the law to appoint a risk manager. Structurally, since clinical risk management was previously the responsibility of clinicians, more particularly doctors and nurses, some hospitals attribute the responsibility to the nursing department, while more and more hospitals choose to place it under a broader quality and safety department. Hence, hospital risk managers can have multiple and various professional

backgrounds, occupational titles, positions and responsibilities, fully or partially dedicated to quality and risk management.

Risk management governance in Quebec hospitals has evolved in a compartmentalized manner (patient safety, occupational safety and health, emergency measures, etc.), and very recently became embedded in hospital governance in Quebec (Pomey, Denis, Baker, Préval et Macintosh-Murray, 2008). Following international standards on risk management, Quebec hospital risk managers have recently been provided with an integrated risk management model, which a growing number of them are implementing. Until recently in Quebec, risk managers received only limited specialized academic training on risk management. They also developed what Horlick-Jones (2004 : 107) calls ‘alternative’ expertise about risk that is more ‘firmly grounded in the everyday experience and interests of patients, activists and business.’ Apart from their experience and their personal academic path, their expertise is also informed by numerous organizations promoting patient safety, such as Accreditation Canada, *Conseil Québécois d’agrément*, Canadian Patient Safety Institute, *Groupe Vigilance pour la sécurité des soins* and *Association québécoise d’établissements de santé et de services sociaux*.

This huge variety in the way the Bill is implemented contributes to obscuring the role definition of hospital risk managers in Quebec. Their role is relatively new, quite complex, and not clearly defined (Denham, 2007). This makes them a relevant group to study in terms of how their risk work accomplished in the organization contributes to shape the institutional context. In line with the work of Daudigeos (2013) on occupational safety and health managers, the hospital risk managers of this study belong to the staff professional category even though some of them have higher hierachal positions.

4.3.2 Research design and setting

Given that the work of hospital risk managers is still emerging, there was a need to use a set of real time and reflexive methods allowing us to highlight the ways they deal with the challenges associated with practices that are not completely institutionalized (Green, Li et Nohria, 2009). Our study can be described as an inductive case study (Yin, 2009) in which three main research techniques were used. First, the first author interviewed, at the organizational level, a total of 28

hospital risk managers from different regions of the province. These interviews were semi-structured, and the length varied from one to two hours. In order to preserve the anonymity of the informants, they were selected from a list provided by the organization responsible for representing Quebec health care organizations (AQESSS), featuring the names of the person responsible for risk management in every organization. Potential interviewees were theoretically selected to reflect the variety of hierarchical positions in the organization. We calculated the proportion of three hierarchical positions amongst hospital risk managers and selected a representative list of informants to contact without revealing their identity to AQESSS. Therefore, 15 staff-level risk managers and officers were interviewed, as were 7 quality directors and assistant directors (assistants to senior management) and 6 clinical directors and assistant directors.

Second, the AQESSS gave us access, at the field level, to the patient safety work group led by this organization (seven interviews from the 28 mentioned above were done with informants participating in this group). The patient safety work group had the mandate to act as a consulting resource on patient safety by contributing to the development of a safety culture, and to the development of tools, guidelines, and procedures facilitating the application of the requirements of Bill 113. This work group was formed of 15 core members from various hierarchical positions working as hospital risk managers in their organizations and was chaired by the AQESSS's principal quality and risk management advisor, who acted as our key informant throughout the study. The first author did participant observations on five of these working sessions from January to July 2012. She also attended various colloquiums attended by hospital risk managers, which kept her informed of the main issues and challenges faced by them in their daily work, but also in the development of their practices (Rouleau, de Rond et Musca, 2014). Third, we had access during this period to all the documentation exchanged between members of the patient safety work group and the recommendations made to the Ministry of Health and Social Services and health care organizations. We also had numerous informal conversations with risk managers and experts on specific concerns related to risk work. The first author also had the opportunity to attend the very first training session dealing with 'integrated risk management.' In addition, she worked on documentation research for the production of the guidelines used by an increasing number of risk managers in Quebec hospitals.

4.3.3 Data analysis

Data analysis was done recursively with the data collection in three distinctive phases. Since we did not want to limit ourselves to the usual categories of institutional work, we used grounded theory to guide the analysis (Strauss et Corbin, 1998). Our initial coding consisted in identifying relevant codes to describe the effortful practices of our informants, and we also paid attention to generate codes indicating action (Saldana, 2009). Although we found a lot of variations in the everyday risk work of our informants, we were still able to reach a certain level of saturation when we noticed that every coding could fit in one of the first-order constructs (Strauss et Corbin, 1998). We applied the same analytic strategy to all three data sources, and we constantly compared between what was observed with the ongoing analysis. The second phase consisted in generating bundles of practices, as Maguire et Hardy (2013) suggested in their study of chemical risk assessment and management processes in Canada. After examining the bundles of practices, we noticed that they formed a broader categorization, which we identified as the effortful pattern of practices related to risk work. Finally, the third phase consisted in linking and integrating these broad categories in order to clearly identify the forms of institutional work risk managers were accomplishing in their risk work. This particular phase gave us the opportunity to: (1) reflect on the specificity of this work in the context of health care risk management; and (2) reflect on our data more closely while bearing in mind the literature on extra- and intra-organizational institutional work. This allowed us to notice the recursive relationship between the two forms of institutional risk work.

4.4 Findings

This analysis shows that while the hospital risk managers implement risk management programs and policies, they perform two distinct forms of institutional work. At the intra-organizational level, they contribute to democratizing their risk work while at the extra-organizational level, they participate in the professionalization of their risk work. Before discussing the recursive relationship between these two forms of institutional work, we will present how they are accomplished (see Table 1, which illustrates the data structure of our findings).

4.4.1 Democratizing risk work

To face the institutional rules and resistance constraining the implementation of risk management programs and policies, hospital risk managers deploy effortful patterns of practices in order to ‘make everyone ... a risk manager’ (Smiechewicz, 2009). The data reveal the existence of a form of institutional work that seeks to ‘democratize’ risk management in health care organizations. By democratizing risk work, we refer to all the efforts made by hospital risk managers to subtly divert, transform, and influence organizational routines and the multifaceted knowledge clinical and non-clinical actors already possess about risk and patient safety. This form of institutional work is wrapped up in bundles of efforts which consist in building bridges, autonomizing teams, legitimizing risk work, and pragmatizing interventions.

4.4.2 Building bridges

Although hospital risk managers often have a clinical background, they assert their professional objectivity by building bridges between actors who would normally have incompatible views on risk-related matters or who would not necessarily have contact otherwise. Contrary to studies showing how hospital risk managers came to adopt the point of view of medical professionals (e.g. Currie et al., 2009; Currie et al., 2008; Waring, 2007), our results show how hospital risk managers can also bring different subgroups together, by relieving tensions between professional groups. Although hospital risk managers are often challenged by tensions between professionals such as doctors and nurses, they can also act as mediators. As one hospital risk manager explains:

Arbitration between the doctors. That I succeed in doing this with doctors ... when I tell other doctors that we did it in such-and-such specialty with these three people, that's my buy-in for the other doctors. They are amazed!

As this quote shows, the risk work of building bridges transforms risk into a powerful ‘boundary object’ (Power, 2004 : 30) around which the hospital risk manager can unite actors, such as patients, families and professionals.

Another important way of bridging points of view is promoting a local and simplified language to speak about risks and their management. Risk managers also have to bring together professionals from different backgrounds to understand normative language associated with risk management.

I'm speaking less about the whole accreditation part... for accreditation, I try to make connections with risk management. For example, there is an ORP2 that requires the teams to analyse high-risk activities. Well I try to arrange things so that when I have an accident report that pertains to a certain point, I'll tell them: 'You know, that could be your high-risk activity. Work on it and document it,' because people don't necessarily fully understand the standards yet. Accreditation is another language, so we have to help them.

Table 4.1 Hospital risk managers and their institutional work related to risk

Democratizing their risk work (intra-organizational)	
Building bridges	<ul style="list-style-type: none"> Relieving tensions amongst professional groups Encouraging clinicians to address risks outside their domain Assuring diversity in committee composition Stimulating knowledge sharing across teams Developing a common risk management language Providing common analytical tools Educating new employees about the value of guidelines Disconnecting blame and transparency
Autonomizing teams	<ul style="list-style-type: none"> Asking managers to take the lead Supporting clinicians in disclosing accidents to patients Facilitating appropriation of normative guidelines Encouraging self-auditing Identifying champions Diffusing wins Transferring knowledge
Legitimizing risk work	<ul style="list-style-type: none"> Assuring visibility Building credibility in the eyes of professionals Building trust through informal discussions Seeking support from top managers Collaborating with professionals
Pragmatizing interventions	<ul style="list-style-type: none"> Providing solutions that fit ground-level needs Advocating the practical use of legal obligations Evaluating the specific needs of different professionals Simplifying complex tools Examining facts first Seeking situated and informal accounts of problems Showing concrete results Making rounds on the floor Showing by example
Professionalizing their risk work (extra-organizational)	
Networking with colleagues	<ul style="list-style-type: none"> Attending working groups Organizing regional meetings Forming informal networks to avoid isolation Socializing newcomers Seeking and offering moral support between colleagues Participating in colloquiums

Hybridizing knowledge	<ul style="list-style-type: none"> Transferring practices through virtual communities Contributing to the risk management and safety manuals Seeking expert and academic advice on current practices Diffusing innovative ideas and practices Attending specialized and academic classes or workshops Communicating wins through formal and informal channels Adapting and developing risk management tools Sharing experiential knowledge
Shaping identity	<ul style="list-style-type: none"> Comparing job descriptions and titles Projecting role in the future Separating operational- and strategic-level discussions Asserting role complexity Bridging different aspects of the role Assessing position in structure Disconnecting present professional role from past roles
Debating solutions	<ul style="list-style-type: none"> Discussing best practices Criticizing old practices and theoretical models Discussing adverse events and sharing views on solutions Revisiting vocabulary and classifications Questioning legislative and normative guidelines Seeking ways to benchmark progress Establishing priorities

We already know that discourse provides ‘self-regulating mechanisms that enact institutions and shape individual behavior’ (Phillips et al., 2004 : 635) and hospital risk managers are always trying to find new ways of diffusing a specific language. As the following quote shows, the efforts are starting to bear fruit:

Over the years, especially in the last two years, everyone has heard about risk management. At several levels and everywhere, so people are using the term in their vocabulary. And people are all on risk management committees in their sector, so it is in their vocabulary, and people are also more aware that they are managing risks.

Building bridges between professionals with different views proves to be a major daily challenge for hospital risk managers, in part because legislative constraints associated with patient safety threaten professional autonomy (Waring, 2007). These legislative requirements also call for greater transparency (McGivern et Fischer, 2012), leading to a fear of blame (Bellandi, Albolino et Tomassini, 2007), which risk managers work hard to disconnect, as one risk manager explains:

I would say, I am always surprised when an event occurs, a mistake happened, we lose a patient who ended up dying and we learn of it a month later. I am completely shocked. I say: What? Because at first, when we started, it happened regularly. Everyone swept it under the rug. Now, we don’t think the same way, but when it happens, such-and-such manager didn’t mention it, but how can that be, she attended that training session.

As we can see, although it can hardly be done without causing frictions or even resistance, hospital risk managers, through the risk work of building bridges, act both as sensemakers and sensegivers, which is critical for being able to maneuver between competing professional rationalities.

4.4.3 Autonomizing teams

Institutional work is often done through policing and monitoring when it serves to maintain institutions (Lawrence et Suddaby, 2006). Such work can thus lead to resistance and feelings of injustice. As staff managers, hospital risk managers have to use unobtrusive influence tactics (Daudigeos, 2013) to secure the collaboration and compliance of team leaders. Consequently, they take advantage of the advisory nature of their role in order to autonomize the teams they work with. For example, they encourage self-auditing. As one risk manager explains:

I said to the girl, if you continue to do the audits for your team, they will never be responsible. So, they have to audit themselves. It is much more powerful, it's much more interesting.

As this quote shows, hospital risk managers leave monitoring to team leaders. On the one hand, this can lead to a better understanding of their own ways of doing things and to potential improvements. On the other hand, it also gives team leaders the means to withhold inconvenient information. Another example of a practice associated with the risk work of autonomizing teams is identifying champions. As the following quote shows, this practice could be seen as an informal version of audits, since it involves monitoring.

It works well and I started to see reference people among the staff and during this RM training session for the nursing staff, there are always one or two who emerge in the group and who I will see after or I'll see their unit manager; tell me, when does that person work? Like being the champion in risk management so that I can ... all the assistants as well, I know them well because I involve them too since they are the eyes of the manager, the unit manager, on the unit, because the manager manages the unit, but it is the assistant who is on the unit.

Hence, we contend this risk work first has potential transformative impact and also represents a transfer of skills and responsibilities to teams and their manager, which, in turn, can also have unintended consequences.

4.4.4 Legitimizing risk work

In response to a lack of authority and various organizational and institutional constraints, hospital risk managers try to build the legitimacy of their risk work. Furthermore, since risk management generally has to be justified (Green et al., 2009), hospital risk managers put effort into legitimizing their own presence in the organization. For example, hospital risk managers consider their collaboration with professionals challenging, but crucial. Although results show that hospital risk managers sometimes seek support from top managers to justify their recommendations to clinical managers and professionals, they rely on ‘small wins’ (Reay et al., 2006) that prove the value of their role to health professionals. One hospital risk manager illustrates this by saying the following:

I’d rather have leadership than have ... I would not want to be obliged to put a gun to anyone’s head: you must do this, or else such-and-such will happen. I prefer to get there through collaboration, through raising awareness, getting them to understand that I am not there as a figurehead and to make their managers look good.

Very much like nurse practitioners in the study by Reay et al. (2006), hospital risk managers wait for the right time and place to take advantage of opportunities to legitimize new roles and new ways of managing risk.

An interesting finding about this type of risk work is that hospital risk managers try to legitimize their risk work by collaborating with professionals as groups and by seeking support from top managers when confronted with particularly resisting individuals. Such results are consistent with the work of Daudigeos (2013), who found that staff professionals used alternative and indirect sources of power inside organizational borders. However, we add that trust-building practices are even more important to consider when studying risk and safety professionals, since silence constitutes an organizational response to fear of blame (Henriksen et Dayton, 2006).

4.4.5 Pragmatizing interventions

The risk work of ‘pragmatizing’ is, interestingly, the opposite of what institutionalists call theorization (David et al., 2013; Greenwood et al., 2002). Theorization refers to the creation of abstract categories in order to diffuse new practices, while our informants insisted upon the importance of coming back to what is happening on the field to understand the reality of hospital workers and what they really need in order to manage the everyday risks they face. Although pragmatizing could be viewed as the opposite of theorizing, it is not inconsistent with a pragmatic legitimacy (Greenwood et al., 2002). Hospital risk managers are often physically situated quite far

from everyday field action, but they find ways to make risk management more accessible and acceptable by adapting tools to the reality of different professionals and making sure that they bring concrete solutions to members of their organization.

One of the practices by which they pragmatize their interventions is by making rounds on the field to get visual cues on potential risks and confidences about safety concerns that would otherwise go under the radar. For example, this hospital risk manager explains the following:

People ask me questions about all kinds of things and I take the pulse of what is happening. I see people do their falls evaluations, I see what's happening. I ask questions ... I'm in the environment and I walk around. Sometimes I see things I don't want to see, like all the soiled equipment not in the right place; I ask when that will be taken care of.

As we can see in this quote, the risk work of pragmatizing sheds light on the informal and spontaneous aspects of risk management. It is also a way to make risk management tangible and alive by making risks physically accessible to risk managers and risk management practices concretely comprehensible by street-level workers and managers.

Furthermore, simplifying complex tools is among the most frequent risk work hospital risk managers perform in practice. Not only does it facilitate the adoption of risk management tools by a wider range of actors, but it also provides evidence of the hospital risk manager's usefulness in the eyes of others. Speaking about different tools she uses in her daily work, one hospital manager explains the following:

They are tools to facilitate disclosure and declaration. I use the tools from the AQESSS. It's a logic diagram, to simplify the incident and the accident. Checklists for summary analyses. I've done a lot of things to facilitate declaration, I've made sample declarations for falls, for drugs.

Together, these types of risk work form the broad institutional work of democratizing risk management, which is based on effortful practices that, at first glance, might seem messy, non-sequential, and disconnected in day-to-day operations. When assembled in patterns, we can see how they reinforce one another to diffuse risk management programs and policies despite strong institutional rules that can be both constraining and enabling. Hence, by democratizing risk work, hospital risk managers seek to subtly transform safety and risk management routines and knowledge different actors might already possess in order to put risk management programs and policies forward. Although promoting safety is linked to a strong 'sense of moral duty to others'

(Daudigeos, 2013 : 745), it nevertheless constitutes a way for hospital risk managers to better position themselves in the organization while contributing to artfully disseminating a new regime of knowledge (Horlick-Jones, 2005; Power, 2005).

4.5 Professionalizing risk work

The second form of institutional work that we identified in the results is ‘professionalizing risk work,’ and it is performed by hospital risk managers at the field level. Professionalizing risk work has to do with practices that shape the identities and autonomy of risk managers. Our data show that such institutional work is accomplished through four types of risk work: namely, networking with colleagues, building knowledge, shaping identity, and debating solutions.

4.5.1 Networking with colleagues

Networking with colleagues comprises practices such as participating in formal and informal gatherings where other risk managers are present. Risk managers attend regional or national meetings about quality, performance, and risk management. These gatherings can be formal and take the form of forums and colloquiums or informal get-togethers between colleagues. Exchanges via virtual platforms are also common. This networking risk work is an important way of integrating newcomers. In most cases, it cannot be performed at the intra-organizational level, since hospital risk managers are often part of a very small quality team. In small organizations, they are most likely the only ones with the title of risk manager. Consequently, they need to seek contacts outside their organization. As one informant puts it:

With our job as risk managers, we are all alone in the organization. There are no others ... I have no other colleagues who do the same type of work as I do in the organization, but in my region, yes. I have a lot of discussions with another risk manager to see ‘how do you see this?’ How do you operate for such a situation?

By getting together on special committees to exchange on risk management programs and policies and by sharing their everyday experience, hospital risk managers build the possibility for socialization and to acquire and articulate a common professional discourse. By increasing the density of their network ties, risk managers reinforce the institutionalization of risk management at the field level and their strength as a professional collective seeking recognition.

4.5.2 Hybridizing knowledge

Hybridizing knowledge risk work involves practices such as contributing to a knowledge database, consulting experts about best practices, adapting tools, and finding the best ways to implement them or sharing innovative practices with colleagues. This risk work is particularly crucial for hospital risk managers. Indeed, knowledge sharing is at the core of health care quality and safety initiatives (Currie et al., 2008; Macrae, 2008). In order to support members of their respective organizations, hospital risk managers seek to develop their risk management skills and knowledge at the field level before they can diffuse it in their organizations. Hybridizing knowledge is a constant preoccupation for hospital risk managers, since their academic path did not always involve specific training about risk management. Since many of them have a clinical background, they nevertheless already have specific knowledge on patient safety depending on their speciality. However, most of them are not always satisfied with organizational guidelines and try to read scientific literature on the best risk management practices and tools. Since they generate, diffuse, and apply knowledge, they enact different professional roles of creative, carrier, and clinical professionals simultaneously (Muzio, Brock et Suddaby, 2013). However, they emphasize the need to better assimilate current knowledge instead of false innovation, as this hospital risk manager says:

We all use tools either that we develop in our institution or that is based on another colleague's. We know that good things are being done everywhere, in other institutions, but we are not aware of them. Therefore, we often redo what was already done elsewhere and we waste a lot of time. If things were made known a bit more through very clear lines, maybe we would not be redoing everything that has already been done.

In order to solve this problem, hospital risk managers are keen to participate in colloquiums and forums where they can get information on initiatives at national and international levels in order to inspire their own practices. Apart from guidebooks published by their association (AQESSS), to which they also contribute, some also build knowledge on specific risks by consulting coroner reports, from which they draw lessons to apply to problems in their organizations. When sharing their knowledge, they often hybridize technical and everyday experience to form what Horlick-Jones (2004) calls alternative expertise on risks. Such knowledge and expertise building practices are tightly associated with professionalization (Singh et Jayanti, 2013). However, contrary to traditional professions usually seen as gatekeepers of knowledge (Paton et al., 2013), the

hybridizing knowledge risk work of hospital risk managers could be linked to a redefinition of professionalization of an expert occupation (Paton et al., 2013).

4.5.3 Shaping identity

The exchange networks we mentioned above enable hospital risk managers to enact and carve out new roles. Indeed, the risk work of shaping identity also involves social interactions with peers, but has more to do with a projective agency (Battilana et D'Aunno, 2009; Dorado, 2005) aimed at imagining and theorizing the future role of hospital risk managers. Our results show that hospital risk managers do not always agree on future orientations for their functions and that the risk work of shaping identity is mostly based on discursive constructions of professionalism.

For example, one practice associated with the risk work of shaping identity is bridging different aspects of what risk managers should do. Our observations reveal that hospital risk managers have a hard time trying to project a unified image of who they are. For instance, the confusion between patient safety manager and risk manager is accentuated by the rise of integrated risk management initiatives. The following quote illustrates the attempt of a hospital risk manager to clarify different aspects of his tasks:

For me, safety means managing risks, it culminates in recommendations that result in quality and when you have reached that stage and you do your follow-up, I think it should be the same person who is able to do the follow-up and to be sure that we've achieved quality and that we can build indicators to be certain that we are getting there. That's how I see it.

Hospital risk managers have yet to develop a strong professional identity, since it is through enactment of a particular role that they shape their identity (Chreim, Williams et Hinings, 2007). They blame this ambiguity on the lack of political will to provide an official description of their role and duties, along with professional jurisdiction. As one hospital risk manager explains:

It would be good for the job to be clearly defined. It is not one of the typical jobs in the Ministry with a job description. What does the Ministry want as a typical job for risk managers? It's not clear. And what is the level? We talk about the ISO 31000 standard, but there is no clear rule about what is expected of the network with regard to this position.

Although they wish for government authorities to make decisions about their role and functions, we found that they take advantage of the ambiguity by projecting their identity in the future. Ibarra (1999) showed how such a phenomenon created 'provisional selves' as 'temporary solutions people'

use to bridge the gap between their current capacities and self-conceptions and the representations they hold about what attitudes and behaviors are expected in the new role' (Ibarra, 1999 : 765). Indeed, one of the most frequent questions hospital risk managers voiced during collective discussions was 'What exactly is expected from us?' In directing their efforts to clarify what risk management consists of, they are shaping the scope of their collective professional project.

4.5.4 Debating solutions

The risk work of debating solutions comprises practices such as criticizing old practices and theoretical models, questioning normative and legislative guidelines or downright undermining normative requirements about risk management and safety. This form of risk work shows great reflexivity on the part of risk managers. Observations and interviews indicate that far from applying normative guidelines without questioning them, hospital risk managers criticize what they see as unreasonable demands from the Ministry of Health and Social Services regarding the Quebec national registry of incidents and accidents or regarding obsolete views on risk management and patient safety. For example, after a presentation from a representative of the Ministry of Health and Social Services at a regional table on quality regarding accident and incident guidelines, a heated debate followed. One hospital risk manager angrily undermined the theoretical basis of the guidelines:

You are complexifying the work without even giving objectives! You are handing us a cause and effect model from the 1930s. You have to stop making things up as you go along and come here with convincing data!

Regardless of the disagreement with normative guidelines, this quote illustrates how debating solutions at the field level is important in asserting a need to take the role of hospital risk managers further, but also to enact a certain amount of informal autonomy and control over practices as a group. Such autonomy is one of the characteristics of traditional professional groups that becomes the best judge of the quality of their own work (Bureau et Suquet, 2009; Currie et al., 2009). This can also hinder the control and autonomy of other professional groups that 'may have different ways of understanding and dealing with safety' (Gherardi et Nicolini, 2002 : 192) and may have different views on which solution is best.

In sum, the risk work described above forms the second broader form of the institutional work of professionalizing. Although hospital risk managers are not part of an official professional group, the risk work described above furthers a professionalization project by providing jurisdiction, control of knowledge, social identities, and autonomy (Arena et Jeppesen, 2010; Ashcraft, 2013). Power (2005) already explored professionalization and control in the case of the rise of the chief risk officer role. As we already touched upon, such efforts to gain influence can be the source of political aspects of institutional risk work. In the next section, we will propose a theoretical model explaining the recursive relationship between the institutional work of democratizing and professionalizing risk management. We then discuss limitations of our study, and we suggest further research avenues.

4.6 Discussion

This study originated from a genuine curiosity about the role of hospital risk managers. Indeed, the complexity of their role, coupled with important organizational and institutional constraints, stimulated our interest in their daily work with risk-related matters. From an inductive study of hospital risk managers in the Quebec health care sector, we document their role by providing a situated account of the effortful pattern of practices that risk managers deploy at the intra- and extra-organizational levels. Drawing on risk and institutional work literatures, we argue that hospital risk managers contribute to the institutionalization of risk management by engaging in specific types of risk work that shape two broader kinds of institutional work: namely, democratizing risk work at the intra-organizational level and professionalizing risk work at the field level.

Figure 4.1 proposes a dynamic and integrated overview of our findings and illustrates how risk work such as building bridges, autonomizing teams, legitimizing risk work, and pragmatizing interventions all contribute to making risk management available and understandable to all members of the organization. At the extraorganizational level, risk work such as networking with colleagues, hybridizing knowledge, shaping identity, and debating solutions all contribute to articulating a professionalization project.

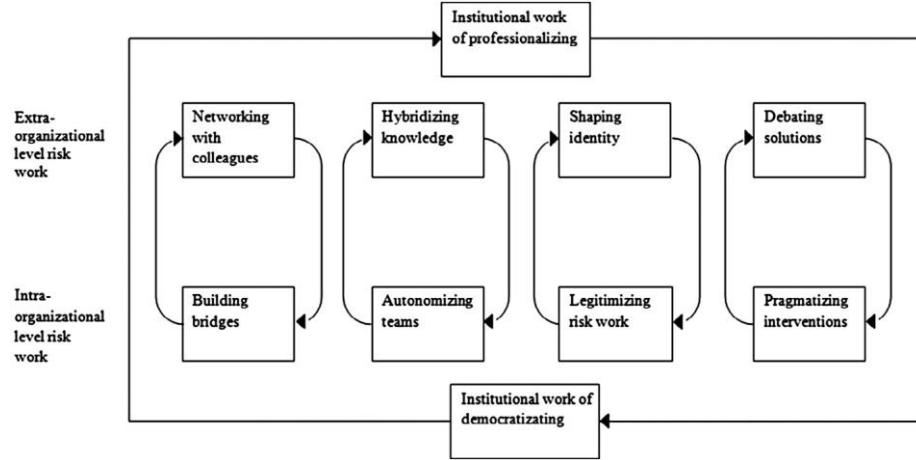


Figure 4.1 Democratizing and professionalizing risk work of hospital risk managers

Although we expected that the practices involved in efforts to institutionalize risk management would be isolated at both levels, one of the most interesting findings to discuss is their recursive relationship. At first glance, these forms of institutional work (democratizing and professionalizing risk work) might seem disconnected or even contradictory, as we present them separately in the findings section. Instead, risk work associated with democratization seems to stimulate professionalization of risk work and vice versa. For example, when risk managers engage in pragmatizing their interventions, they increase their practical knowledge of risk and safety related problems, and they find concrete solutions adapted to the reality of teams. Acting as institutional carriers (Scott, 2008 : 79), they bring that practical take on risk management to the extra-organizational level and reflexively engage in debating more theoretical solutions that further the professionalization project. In return, they go back to the intra-organizational level bearing new ideas on how to democratize risk management.

Another example connects the organizational-level risk work of legitimizing risk work and the extra-organizational risk work of shaping identity. By engaging in legitimizing risk work, hospital risk managers use social interactions to assess their position in the organization, the way others see them and what they would change about their organizational role, in order to further the individual and collective appropriation of risk management. When moving to the extra-organizational level, they bring with them these new ideas about what a hospital risk manager should be, what he/she should do and what could enable the doing, thereby shaping a new identity that furthers the

professionalization project. Moving back to the intra-organizational level, a more defined and affirmed professional identity enables them to work at making everyone a risk manager without feeling threatened by such role transferring. Following the unfolding of Figure 4.1, we argue that the recursiveness of democratizing and professionalizing risk work contributes to the institutionalization of risk management, as well as to the institutionalization of the role of risk manager, in the sense that ‘professional projects carry with them projects of institutionalization’ (Suddaby et Viale, 2011: 423). These two forms of institutional work, ‘although aimed at affecting the institutional order, represent a complex mélange of forms of agency … full of compromises, and rife with unintended consequences’ (Lawrence et al., 2011 : 52–53). Nevertheless, it is worth pointing out that the hospital risk managers’ efforts of institutional regulation underpin a subtle political dynamic. First, as we saw earlier, we cannot ignore that these efforts contribute to activating and creating multiple micro-political spaces. While trying to make health care organizations safer, hospital risk managers not only embody more democratic forms of expertise but also renew the style of control by orienting the organizational discourse about risk (Horlick-Jones, 2005; Power, 2005). This opens room for micro-political efforts from various actors, for instance in the form of whistle blowing or negotiating risk ownership to avoid blame (Labelle et Rouleau, 2017). Second, these efforts influence the valuation process that determines what is considered at risk and what is considered a threat (Boholm et Corvellec, 2011; Corvellec, 2010). Through the multiple forms of risk work they perform, hospital risk managers affect the way in which meaning and value are attributed to events and how resource technologies and knowledge are going to be used (Gherardi et Nicolini, 2002). Needless to say, this has the potential to interfere with the work of powerful intra- and extra-organizational actors, such as government agencies, professional groups, and management teams. These micro-political aspects underlying their risk work are co-constitutive of an institutional dynamic of control that needs to be acknowledged in order to fully grasp what hospital risk managers actually accomplish through their daily efforts in relation to risk. We nonetheless have to be cautious not to empirically overestimate the extent to which they can make their role influential enough to bear such control (Power, 2005).

Our findings provide three relevant contributions. First, little is known about what risk managers do when implementing and coordinating the risk management process in health care settings. Until now, their role has been mainly studied in a normative way in order to identify a set of formal expectations related to their organizational function (Aabo et al., 2005; Denham, 2007; Lam et

Kawamoto, 1997; Michel et al., [2011] 2012; Miller et al., 2012; Porto, 2013; Ward, 2001). The repertoire of their effortful practices that we built in this research helps to better understand the complexity of their risk work when they are daily managing risk. Risk management is not only a formal management system; its implementation needs to be done through a set of formal and informal practices that contribute to transforming its content in order to take into account the organizational context.

Behind what might sometimes appear as forms of resistance from the risk managers, this research shows that they reflexively face institutional constraints by transforming them in their everyday practices. In so doing, this research provides a deeper understanding of risk work (Currie et al., 2009; Horlick-Jones, 2005). These findings extend the literature on risk work showing how risk is used to achieve certain ends (Horlick-Jones, 2005, 2008). Following this stream of work, more research involving situated accounts of how risk managers in health care settings accomplish their risk work is needed in order to highlight their role specificities and better understand how they maneuver to influence routines devoted to conform to external rules.

The second contribution that this research makes is related to the lack of knowledge on how peripheral or less organized actors create and maintain institutions through their work (Lefsrud et Meyer, 2012; Paton et al., 2013; Riaz et al., 2011). While the literature on institutional work generally focuses on powerful actors, our study looks at street-level professionals by investigating how hospital risk managers are constrained by the same control mechanisms they have to implement. By documenting their risk work, we found this to be a particularly fruitful opportunity to address the paradox of embedded agency (Battilana et D'Aunno, 2009; Seo et Creed, 2002) while taking into account their constraining environment. Moreover, our research advances the work of Daudigeos (2013) by identifying two particular forms of institutional work in which less powerful actors engage, by showing how their constitutive practices are related to each other and how they carry important but subtle institutional implications. Further research should look at the experience of peripheral actors such as risk managers in order to see how they engage in and are subject to institutional work.

The third contribution is related to the fact that researchers used to look at institutional work either at the intra- or at the extra-organizational level. Our study offers a more complete picture of the

risk work associated with institutional work. We avoid the dichotomy of street-level institutional work as a mere enactment of institutional forces and field-level entrepreneurial work (McCann et al., 2013). Instead, we present a more nuanced and multi-level account of the institutional work of risk managers as mobile and reflexive institutional « carriers » (Scott, 2008 : 79). Furthermore, by highlighting the dynamic nature of institutional work done at different levels, we advance current knowledge on the ways individual and collective actors create and consolidate institutions. More research looking at institutional work related to risk management at intra- and extra-organizational levels is needed in order to better understand the multiple ways by which risk managers work at the institutionalization of risk management programs and policies.

4.7 Conclusion

Despite the contributions we described, our study presents some limitations. First of all, this research has been mainly focused on the work itself and not on the connections between risk and institutional work, and risk and institutional outcomes. By adopting a practice-based rather than an outcome-based lens (McCann et al., 2013), we have privileged one view, leaving aside the issue of whether the efforts described are successful, have no effect or have significant but unintended consequences in legitimizing a new organizational role and shaping institutions. Given that the hospital risk managers' role is emerging and unstable, we think that the need to highlight the underlying institutional dynamic in which their efforts are embedded is of prime importance if we want to help them make their efforts more relevant in their setting. Of course, we encourage further studies to focus on the connections between their effortful practices and the formal organizational principles when they implement risk management. This would provide a better understanding about why, how, and when functional and dysfunctional results occur. Second, this study is an inductive and embedded case study mainly based on interviews with risk managers in Quebec hospitals. Limited time and resources prevented us from conducting a form of organizational ethnography in order to observe risk work done at the intra-organizational level, which could weaken the internal validity of the study. Nevertheless, it provides fruitful exploratory and situated accounts of the everyday practices of hospital risk managers. While our observations cannot be generalized, we think that they might help to better understand risk work in every health care setting and society in which debates on collective and organizational representations of risk management programs and policies are ongoing. Third, although our findings could be difficult to generalize to other

industries, we can see that both risk work and institutional work conducted by hospital risk managers bears similarities with various forms of risk managers in other industries, such as chief risk officers and consultants in banking (Hall *et al.*, 2015; Mikes, 2008; Power, 2005) or in the construction industry (Daudigeos, 2013). Together, such research paves the way to develop original transectorial research related to risk management's managers and workers.

On the whole, these finding have important implications for researchers and practitioners involved in risk management in the health care sector, as the role of risk managers remains nebulous. For researchers, a relevant research avenue would be to explore motivations underlying the efforts of risk managers to institutionalize risk management practices. Overall, we believe that risk management professionals and the social practices they engage in are important but neglected research topics for organizational studies. Further work could compare the institutional work of risk managers according to different risk domains. For managers, this study paints a picture of the work done by hospital managers upon which they can reflect as part of their collective discussions about risk management. Furthermore, it reaffirms their capacity, as individuals and as a group, to transform the way risk management is done, but also to craft the professional role they intend to play for years to come. We hope our study can stimulate future discussions on these topics.

Notes

1. <http://www.ashrm.org/ashrm/about/HRM-Profession-Overview.shtml>. Accessed November 2012.
2. Organizational required practice, which are requirements found in the Accreditation Canada program.

References

- Aabo, T., J. R. S. Fraser et B. J. Simkins (2005). "The Rise and Evolution of the Chief Risk Officer: Enterprise Risk Management at Hydro One", *Journal of Applied Corporate Finance*, vol. 17, no 3, p. 62-75.
- Arena, M. et K. K. Jeppesen (2010). "The Jurisdiction of Internal Auditing and the Quest for Professionalization: The Danish Case", *International Journal of Auditing*, vol. 14, no 7, p. 111-129.
- Ashcraft, K. L. (2013). "The Glass Slipper: 'Incorporating' Occupational Identity in Management Studies", *Academy of Management Review*, vol. 38, no 1, p. 6-31.
- Battilana, J. (2011). "The Enabling Role of Social Position in Diverging from the Institutional Status Quo: Evidence from the UK National Health Service", *Organization Science*, vol. 22, no 4, p. 817-834.
- Battilana, J. et T. D'Aunno (2009). "Institutional Work and the Paradox of Embedded Agency", *Institutional Work*, T. B. Lawrence, R. Suddaby et B. Leca Ed., p. 31-58. New York, Cambridge University Press.
- Bellandi, T., S. Albolino et C. R. Tomassini (2007). "How to Create a Safety Culture in the Healthcare System: The Experience of the Tuscany Region", *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, vol. 8, no 5, p. 495-507.
- Boholm, Å. et H. Corvellec (2011). "A Relational Theory of Risk", *Journal of Risk Research*, vol. 14, no 2, p. 175-190.
- Bureau, S. et J.-B. Suquet (2009). "A Professionalization Framework to Understand the Structuring of Work", *European Management Journal*, vol. 7, no 6, p. 467-475.
- Burnaby, P., S. Hass et A. O'Reilly (2011). "Generic Health Care Hospital: The Road to an Integrated Risk Management System", *Issues in Accounting Education*, vol. 6, no 2, p. 305-319.
- Chreim, S., B. E. Williams et C. R. Hinings (2007). "Interlevel Influences on the Reconstruction of Professional Role Identity", *Academy of Management Journal*, vol. 50, no 6, p. 1515-1539.
- Corvellec, H. (2010). "Organizational Risk as It Derives from What Managers Value: A Practice-Based Approach to Risk Assessment", *Journal of Contingencies & Crisis Management*, vol. 18, no 3, p. 145-154.
- Currie, G., M. Humpreys, J. Waring et E. Rowley (2009). "Narratives of Professional Regulation and Patient Safety: The Case of Medical Devices in Anaesthetics", *Health, Risk and Society*, vol. 11, no 2, p. 117-135.
- Currie, G., A. Lockett, R. Finn, G. Martin et J. Waring (2012). "Institutional Work to Maintain Professional Power: Recreating the Model of Medical Professionalism", *Organization Studies*, vol. 33, no 7, p. 937-962.
- Currie, G., J. Waring et R. Finn (2008). "The Limits of Knowledge Management for UK Public Services Modernization: The Case of Patient Safety and Service Quality", *Public Administration*, vol. 86, no 2, p. 363-385.
- Daudigeos, T. (2013). "In Their Profession's Service: How Staff Professionals Exert Influence in Their Organization", *Journal of Management Studies*, vol. 50, no 5, p. 722-749.
- David, R. J., W. D. Sine et H. A. Haveman (2013). "Seizing Opportunity in Emerging Fields: How Institutional Entrepreneurs Legitimated the Professional Form of Management Consulting", *Organization Science*, vol. 24, no 2, p. 356-377.
- Denham, C. R. (2007). "The New Patient Safety Officer", *Journal of Patient Safety*, vol. 3, no 1, p. 43-54.

- DiMaggio, P. J. et W. W. Powell (1983). "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields", *American Sociological Review*, vol. 48, no 2, p. 147-160.
- Dorado, S. (2005). "Institutional Entrepreneurship, Partaking et Convening", *Organization Studies*, vol. 26, no 3, p. 385-414.
- Gephart, Jr., R. P., J. Van Maanen et T. Oberlechner (2009). "Organizations and Risk in Late Modernity", *Organization Studies*, vol. 30, no 2-3, p. 141-155.
- Gherardi, S. et D. Nicolini (2002). "Learning the Trade: A Culture of Safety in Practice", *Organization*, vol. 9, no 2, p. 191-223.
- Green, S., Y. Li et N. Nohria (2009). "Suspended in Self-Spun Webs of Significance: A Rhetorical Model of Institutionalization and Institutionally Embedded Agency", *Academy of Management Journal*, vol. 52, no 1, p. 11-36.
- Greenwood, R., R. Suddaby et C. R. Hinings (2002). "Theorizing Change: The Role of Professional Associations in the Transformation of Institutionalized Fields", *Academy of Management Journal*, vol. 45, no 1, p. 58-80.
- Hall, M., A. Mikes et Y. Millo (2015). "How Do Risk Managers Become Influential? A Field Study of Toolmaking in Two Financial Institutions", *Management Accounting Research*, no 26, p. 3-22.
- Heaphy, E. D. (2013). "Repairing Breaches with Rules: Maintaining Institutions in the Face of Everyday Disruptions", *Organization Science*, vol. 24, no 5, p. 1291-1315.
- Henriksen, K. et E. Dayton (2006). "Organizational Silence and Hidden Threats to Patient Safety", *Health Services Research*, vol. 41 (4p2), p. 1539-1554.
- Horlick-Jones, T. (2004). "Experts in Risk?... Do They Exist?", *Health, Risk & Society*, vol. 6, no 2, p. 107-114.
- Horlick-Jones, T. (2005). "On 'Risk Work': Professional Discourse, Accountability et Everyday Action", *Health, Risk & Society*, vol. 7, no 3, p. 293-307.
- Horlick-Jones, T. (2008). "Reasoning about Safety Management Policy in Everyday Terms: A Pilot Study in Citizen Engagement for the UK Railway Industry", *Journal of Risk Research*, vol. 11, no 6, p. 697-718.
- Ibarra, H. (1999). "Provisional Selves: Experimenting with Image and Identity in Professional Adaptation", *Administrative Science Quarterly*, vol. 44, no 4, p. 764-791.
- Labelle, V. et L. Rouleau (2016). "Exploring Risk Work in a Healthcare Setting", dans M. Power Ed., *Riskwork: Essays on the Everyday Life of Risk Management*, London, Oxford University Press.
- Lam, J. et B. Kawamoto 1997). "Emergence of the Chief Risk Officer", *Risk Management*, vol. 44, no 9, p. 30-35.
- Lawrence, T. B., B. Leca et T. Zilber. (2013). "Institutional Work: Current Research, New Directions and Overlooked Issues", *Organization Studies*, vol. 34, no 8, p. 1023-1033.
- Lawrence, T. B. et R. Suddaby (2006). "Institutions and Institutional Work" dans *The SAGE Handbook of Organization Studies*, 2nd ed., S. R. Clegg, C. Hardy, T. B. Lawrence et W. R. Nord Ed., London: Sage, p. 215-254.
- Lawrence, T. B., R. Suddaby et B. Leca (2009). "Introduction: Theorizing and Studying Institutional Work", in *Institutional Work: Actors and Agency in Institutional Studies of Organizations*, T. B. Lawrence, R. Suddaby et B. Leca Ed., Cambridge, UK: Cambridge University Press, p. 1-27.
- Lawrence, T., R. Suddaby et B. Leca (2011). "Institutional Work: Refocusing Institutional Studies of Organization", *Journal of Management Inquiry*, vol. 20, no 1, p. 52-58.

- Lefsrud, L. M. et R. E. Meyer (2012). "Science or Science Fiction? Professionals' Discursive Construction of Climate Change", *Organization Studies*, vol. 33, no 11, p. 1477-1506.
- Macrae, C. (2008). "Learning from Patient Safety Incidents: Creating Participative Risk Regulation in Healthcare", *Health, Risk & Society*, vol. 10, no 1, p. 53-67.
- Maguire, S. et C. Hardy (2013). "Organizing Processes and the Construction of Risk: A Discursive Approach", *Academy of Management Journal*, vol. 56, no 1, p. 231-255.
- McCann, L., E. Granter, P. Hyde et J. Hassard (2013). "Still Blue-Collar after All These Years? An Ethnography of the Professionalization of Emergency Ambulance Work", *Journal of Management Studies*, vol. 50, no 5, p. 750-776.
- McGivern, G. et M. D. Fischer (2012). "Reactivity and Reactions to Regulatory Transparency in Medicine, Psychotherapy and Counselling", *Social Science & Medicine*, vol. 74, no 3, p. 289-296.
- Michel, P., C. Chabloz, I. Verheyde et M. Kret (2011) (2012). "Coordonnateurs de gestion des risques associés aux soins. Résultats de l'enquête FORAP [Healthcare Risk Management Coordinator. FORAP Survey Results]", *Revue Hospitalière De France*, no 549, p. 72-75.
- Mikes, A. (2008). "Chief Risk Officers at Crunch Time: Compliance Champions or Business Partners?", *Journal of Risk Management in Financial Institutions*, vol. 2, no 1, p. 7-25.
- Miller, V. B., C. S. Miginsky et N. C. Connally (2012). "The Risk Manager's Contribution to Patient Safety and Risk Management in the Ambulatory or Physician Practice Setting", *Journal of Healthcare Risk Management*, vol. 31, no 4, p. 31-39.
- Muzio, D., D. Brock et R. Suddaby (2013). "Professions and Institutional Change: Towards an Institutionalist Sociology of the Professions", *Journal of Management Studies*, vol. 50, no 5, p. 699-721.
- Paton, S., D. Hodgson et D. Muzio (2013). "The Price of Corporate Professionalization: Analysing the Corporate Capture of Professions in the UK and the Consequences for Expert Labour", *New Technology, Work & Employment*, vol. 28, no 3, p. 227-240.
- Phillips, N. et T. B. Lawrence (2012). "The Turn to Work in Organization and Management Theory: Some Implications for Strategic Organization", *Strategic Organization*, vol. 10, no 3, p. 223-230.
- Phillips, N., T. B. Lawrence et C. Hardy (2004). "Discourse and Institutions", *Academy of Management Review*, vol. 29, no 4, p. 635-652.
- Pomey, M.-P., J.-L. Denis, G. R. Baker, J. Préval et A. Macintosh-Murray (2008). "Appendix 1: Review of the Literature on the Role of the Board in the Improvement of Quality and Safety in Healthcare Organizations", *Canadian Patient Safety Institute*. Récupéré de http://www.cphi-fcass.ca/sf-docs/default-source/commissioned-research-reports/GRossBaker_appendix_FINAL.pdf?sfvrsn=0
- Porto, G. G. (2013). "The Role of the Risk Manager in Creating Patient Safety", *Patient Safety Handbook*. 2nd ed., B. J. Youngberg Ed., Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, p. 217-224.
- Power, M. (2004). *The Risk Management of Everything: Rethinking the Politics of Uncertainty*, London, Demos, 73 p.
- Power, M. (2005). "Organizational Responses to Risk: The Rise of the Chief Risk Officer", *Organizational Encounters with Risk*, B. Hutter et M. Power Ed., Cambridge, UK, Cambridge University Press, p. 132-148.
- Reay, T., K. Golden-Biddle et K. Germann (2006). "Legitimizing a New Role: Small Wins and Microprocesses of Change", *Academy of Management Journal*, vol. 49, no 5, p. 977-998.

- Riaz, S., S. Buchanan et H. Bapuji (2011). "Institutional Work amidst the Financial Crisis: Emerging Positions of Elite Actors", *Organization*, vol. 18, no 2, p. 187-214.
- Rouleau, L., M. de Rond et G. Musca (2014). "From the Ethnographic Turn to New Forms of Organizational Ethnography", *Journal of Organizational Ethnography*, vol. 3, no 1, p. 2-9.
- Saldana, J. (2009). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. Los Angeles, CA, Sage, 223 p.
- Scott, W. R. (2008). *Institutions and Organizations – Ideas and Interests*. Los Angeles, CA, Sage, 266 p.
- Seo, M.-G. et W. E. D. Creed (2002). "Institutional Contradictions, Praxis and Institutional Change: A Dialectical Perspective", *Academy of Management Review*, vol. 27, no 2, p. 222-247.
- Singh, J. et R. K. Jayanti (2013). "When Institutional Work Backfires: Organizational Control of Professional Work in the Pharmaceutical Industry", *Journal of Management Studies*, vol. 50, no 5, p. 900-929.
- Smiechewicz, W. (2009). "ERM 2.0 Makes Everybody a Risk Manager", *Financial Executive*, vol. 25, no 3, p. 61.
- Standards Australia* (1999). Risk Management AS/NZS 4360:1999. Accessed July 15, 2012. Récupéré de http://rogaine.asn.au/aradocs/file_download/14/AS%20NZS%204360-1999%20Risk%20management.pdf
- Strauss, A. et J. Corbin (1998). *Basics of Qualitative Research*. 2nd ed. Newbury Park, CA, Sage, 312 p.
- Suddaby, R. et R. Greenwood (2005). "Rhetorical Strategies of Legitimacy", *Administrative Science Quarterly*, vol. 50, no 1, p. 35-67.
- Suddaby, R. et T. Viale (2011). "Professionals and Field-Level Change: Institutional Work and the Professional Project", *Current Sociology*, vol. 59, no 4, p. 423-442.
- Ward, S. (2001). "Exploring the Role of the Corporate Risk Manager." *Risk Management*, vol. 3, no 1, p. 7-25.
- Waring, J. (2007). "Adaptive Regulation or Governmentality: Patient Safety and the Changing Regulation of Medicine", *Sociology of Health & Illness*, vol. 29, no 2, p. 163-179.
- Waring, J. et G. Currie (2009). "Managing Expert Knowledge: Organizational Challenges and Managerial Futures for the UK Medical Profession", *Organization Studies*, vol. 30, no 7, p. 755-778.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research, Design and Methods*. 4th ed. London, Sage, 219 p.

Chapitre 5 | Doing Institutional Riskwork in a Mental Health Hospital⁸

Abstract

This article explores the efforts of various actors (clinical and non-clinical counsellors, clinical and non-clinical managers, professionals, patients and their representatives) in managing safety risks in a mental health organization. This study is based on the observation of various multi-disciplinary and multi-hierarchical committees as well as semi-structured interviews. The results show that there are four forms of ‘riskwork’: regulatory-normative, techno-scientific, political, and interpretative. These forms of riskwork are interrelated and imbricated in vectors of organizational stability and change in such a way that they resolve tension between safety and patient autonomy requirements.

5.1 Introduction

As one of the key risks faced by healthcare systems, patient safety has been the focus of a growing number of studies (Macrae, 2008). The way that this particular type of risk has been managed in healthcare organizations owes a lot to publications such as of *To Err Is Human* (Kohn et al., 1999), which increased awareness of medical errors and which has led to several forms of patient safety legislation in Western countries. This legislation resulted in the development of structures, mechanisms and particular risk management roles within, and at the interface of, healthcare organizations (Wiig et Lindøe, 2009). Furthermore, such regulations increased the active participation of diverse actors at the organizational level, such as leaders (Clarke, Lerner et Marella, 2007), board members, healthcare professionals, operational personnel, technical specialists, and line managers (Macrae, 2008), patient safety officers (Denham, 2007), and also patients (Davis, Jacklin, Sevdalis et Vincent, 2007; Hovey et al., 2010; Quirk, Lelliott et Seale, 2005). In other words, it can be said that regulatory changes at the macro level intend to make every member of

⁸ Labelle, V. et L. Rouleau (2016). "Doing Institutional Riskwork in a Mental Health Hospital", dans M. Power (Ed.), *Riskwork. Essays on the Organizational Life of Risk Management*, Oxford, Oxford University Press, p.211-231.

the healthcare organization a risk manager and a key player in risk management (Smiechewicz, 2009). However, although much has been said about knowledge management and accident reporting by healthcare professionals (Barach et Small, 2000; Currie et al., 2008; Currie et al., 2009; Waring et Currie, 2009) and the participative potential of such reporting systems (Macrae, 2008), we still know very little about the practices whereby multiple actors manage safety risks in their day-to-day work in healthcare organizations.

In order to fill this gap, we propose to follow the ‘turn to work’ in organizational and management theory (Phillips et Lawrence, 2012), to study how the work of managing risks is accomplished in the organizational daily life of a mental health hospital. This turn to work refers to ‘widespread scholarly engagement with new forms of work that involve individuals and organizations purposefully and strategically expending effort to affect their social-symbolic context’ (Phillips et Lawrence, 2012 : 223). Phillips and Lawrence’s review (2012 : 224) of various forms of work currently being studied in the literature shows that these new research streams all describe actors as they are engaged in a purposeful effort to change, model and transform some aspect of their context. This effortful work does not imply unconstrained agency, but is rather embedded in the social–symbolic structures it aims to affect.

This turn to work can be connected to the notion of ‘risk work’ as conceptualised by Horlick-Jones (2005 : 293) and described by him as ‘situationally-specific risk-related practices’. Riskwork takes place in encounters with risk (Hutter, 2005; Hutter et Power, 2005) at different levels and may involve a variety of forms of effort (Labelle et Rouleau, 2016). This chapter examines the day-to-day risk-related practices of multiple actors in a psychiatric setting in order to better understand how riskwork both contributes to, and seeks to resolve tensions between, safety and patient autonomy philosophies of care. In other words, the analysis will provide insights into the challenge of keeping everyone safe while enabling patients to make their own decisions and to be considered as teammates in the risk management process.

The chapter is organized as follows: first, we present the case study and the methodology used for gathering and analysing the data. Then, we describe the four forms of riskwork that have been identified in this research, namely techno-scientific, regulative–normative, political, and interpretative. Third, we discuss how the dynamic relationships between these different forms of

riskwork reveal the tensions between safety and patient autonomy philosophies and enable them to be collectively addressed.

5.2 Risk Management in a Quebec Healthcare Setting

The research took place in a psychiatric setting offering specialized (evaluation and treatment, hospitalization, and intensive follow-up) and ultra-specialized (services offered to people presenting complex health issues which require specific expertise) mental health services. The specificity of the case can largely be attributed to the unique place that the organization holds in Canada's history and Quebec's collective imagination. As one of the largest mental health institutions in the country, it has witnessed 140 years of mental healthcare evolution. The organization has around 400 beds inside the hospital, 1,500 places in intermediary and residential resources, and a total of 2,000 employees. Overall, it offers specialized care for 10,000 people every year.

In risk management matters, the organization is not a neophyte. Since 1992, when it became a participant in the Accreditation Canada programme, the organization has had an internal risk management policy. Nowadays, the organization's risk management structure is framed by the province's Bill 113, which, among other requirements, mandates the reporting and disclosure of incidents and accidents and the creation of a risk management committee in each healthcare organization. The bill also requires healthcare organizations to participate in the Accreditation Canada programme. Quality and safety issues are also addressed in various committees, often multidisciplinary, that allow dialogue between clinical and non-clinical advisers, clinical and nonclinical managers, clinical professionals, as well as patients and their advocates. Indeed, over the last few years, patients have been increasingly involved in their care plan, but also in the organization's projects and activities. With innovative initiatives such as the patient–partnership programme, which recognizes patients as partners in care and research, and a patient–citizenship orientation, which promotes patient autonomy, the organization is heading towards a more inclusive and open form of mental healthcare. However, this direction of change causes tension in

the way risks are managed because efforts to increase patients' autonomy often mean taking more risks for both patients and staff.

Even though the risk management activities are part of a broader integrated quality programme and are decentralized throughout the organization's quality committees, there is nevertheless a core committee, called the risk management committee, which monitors and assesses risk management efforts and coordinates risk management activities across the organization. This core team reports directly to the board and the director general. Its composition has to respect the requirements to represent employees, patients, and contractual parties. Its mandate is to develop and promote ways to: identify and analyse incident and accident risks, such as falls, medication-related events, aggression, and runaways; ensure patient safety; offer support to accident victims and their families; put in place a surveillance system and a local registry of incidents and accidents; raise awareness about risk management; and, finally, identify measures to prevent the recurrence of incidents and accidents, as well as further control measures if needed.

The unique history of the organization and the development of its risk management vision and practices, tightly coupled with its efforts towards patient autonomy, justify the choice of this unique case (Yin, 2009). Psychiatric settings provide unique challenges for engaging in risk management studies at the organizational level, since the communal nature of psychiatric wards also involves the 'need to protect vulnerable patients from other patients; patients, property, and staff from unwanted outsiders; patients from themselves; and, at times, the public from patients' (Bowers, Crowhurst, Alexander, Callaghan, Eales, Guy et al., 2002 : 428). Such a context highlights the variety of actors that take an active part in day-to-day risk management efforts, including patients who are far from being passive actors in the area of risk management on psychiatric wards (Quirk et al., 2005; Ryan, 2000).

5.3 Methods

5.3.1 Data Collection

Data were collected by the first author for a period of seventeen months, from January 2012 to May 2013. The key informant, the assistant to the director general, provided the author with an office, which she shared with the patient– partnership research team. She had the chance to visit different

care units, including seclusion rooms. In addition, she was given a tour of recent changes in the unit settings, designed to improve safety. Being ‘inside the walls’ to observe risk management practices gave her the opportunity to have numerous formal and informal conversations with staff and patients regarding the organizations’ activities. These conversations were valuable in acquiring a deeper and more comprehensive view of their involvement in the everyday life of the organization, and also for obtaining both contrasting and compatible views on safety issues and initiatives. Two sources of data collection were privileged: observations and interviews.

5.3.2 Observations

The fieldwork involved the observation of committees and work groups since risk management was decentralized and took many forms across the organization. First, committees where risk management and safety issues were a central preoccupation were selected: the risk management work group, the risk management committee and the vigilance and quality committee. In order to make sense of risk management in relation to the general orientations and activities across the organization, CEO and board of director meetings were also observed. Second, in order to include the collaborative nature of risk management in our observations, three committees working on specific types of risks were targeted, namely the seclusion and restraint protocol committee, the fall prevention committee, and the medication error prevention committee. Access to the emergency planning committee was also permitted. Third, the users’ committee and the patient-partnership committee were observed in order to understand the user’s role and the patient autonomy orientation.

Overall, more than sixty meetings were observed. During these observations, special attention was paid to interactions between actors when risks were identified (in a proactive or reactive manner), accidents reported and solutions debated. Rather than focusing solely on patient safety as a specific category of risk, we also paid attention to non-patient aspects of healthcare safety such as occupational safety, since worker and patient safety should be looked at with equal interest as key characteristics of organizational safety (Goodman, 2002). Furthermore, in mental health settings, aggression risks are quite common and they are also increasing in hospitals in general (Bowers et al., 2002). These particular risks were very frequently part of discussions about patient safety. Finally, observing these committees was crucial to our study since they revealed the rich nature of

discursive work about risks in the form of ‘producing, distributing, and consuming texts’ (Maguire et Hardy, 2013 : 232) about what is considered as a risk in the organization.

5.3.3 Interviews

Forty interviews were conducted with members of the committees observed. Committee members were chosen using a combination of two sampling strategies. First, members were chosen based on methodological groupism’ (Kaghan et Lounsbury, 2011 : 75) which targets social groups and their conventions as units of analysis. Four categories of participants were formed and represent the diversity of the committee members: clinical and non-clinical advisers (6A), clinical and non-clinical managers (22 M), five clinical professionals (5 CP), patients and their advocates (7 P). Second, committee members who participate in or seem to be fully aware of risk management discourses and guidelines were privileged. Here, the sampling strategy used is ‘milieu sampling’ in the sense that we targeted the work environment⁹ (Pires, 1997 : 32) of risk management.

5.3.4 Data Analysis

The data collected were analysed recursively in three distinct phases according to the principles proposed by grounded data analysis (Strauss et Corbin, 1998). The first phase involved hybrid coding. In this phase, we worked with *initial coding* to generate tentative and provisional themes (Saldana, 2009 : 81). We also used *process coding*, because it generates themes indicating action (Saldana, 2009 : 77). More specifically, each description of events related to everyday risk management was coded in order to identify actions. This allowed us to get a better sense of what is done when actors deal with risk in their everyday work. We also programmed our coding to give us the opportunity to compare the results between types of actors. Although we found a lot of variations in the everyday work of our informants, we were still able to reach a level of saturation when we noticed that every coding could fit in one of the first order constructs (Strauss et Corbin, 1998). The second phase consisted of generating meaningful categories of riskwork. This phase also allowed us to identify patterns between the riskwork accomplished by different types of actors. The third phase consisted of linking and integrating these categories of riskwork to show the relationships between them by comparing these categories with examples of riskwork described in

⁹ Free translation of ‘univers de travail’.

the literature. We applied the same analytic strategy to the two data sources and we applied constant comparison between what was observed and the ongoing analysis. Figure 5.1 presents our data structure.

5.3.5 Results

The data analysis reveals that clinical and non-clinical advisers, clinical and non-clinical managers, clinical professionals and patients and their advocates engage in four forms of riskwork, namely: regulative–normative, technoscientific, political, and interpretative. Each of these forms of riskwork groups a set of purposive efforts by a diversity of actors. We will now describe these forms of riskwork and provide representative quotes from the variety of actors who deal with risk in their activities. This description will help us to illustrate how each of these forms of riskwork both activate and resolve the tensions between safety and patient autonomy philosophies.

5.4 Regulative-Normative Riskwork

Regulative–normative riskwork refers to the regulation-based efforts of actors to affect the way safety risks are managed. When faced with safety risks, actors have to consider a multitude of laws, norms, rules, and guidelines. One purposive effort accomplished in this form of riskwork consists in *reducing improvisation*. As the following observation shows, improvisation is equated with a lack of skill and the answer to this problem is the enforcement of official protocols.

Clinical adviser: The problem here is falls, it seems we often just go with our feelings. People do not always apply the protocols, they don't always evaluate well. We are not being systematic enough and we absolutely must train people. There has to be systematic screening.

Manager 2: Yes and we should really involve research in this.

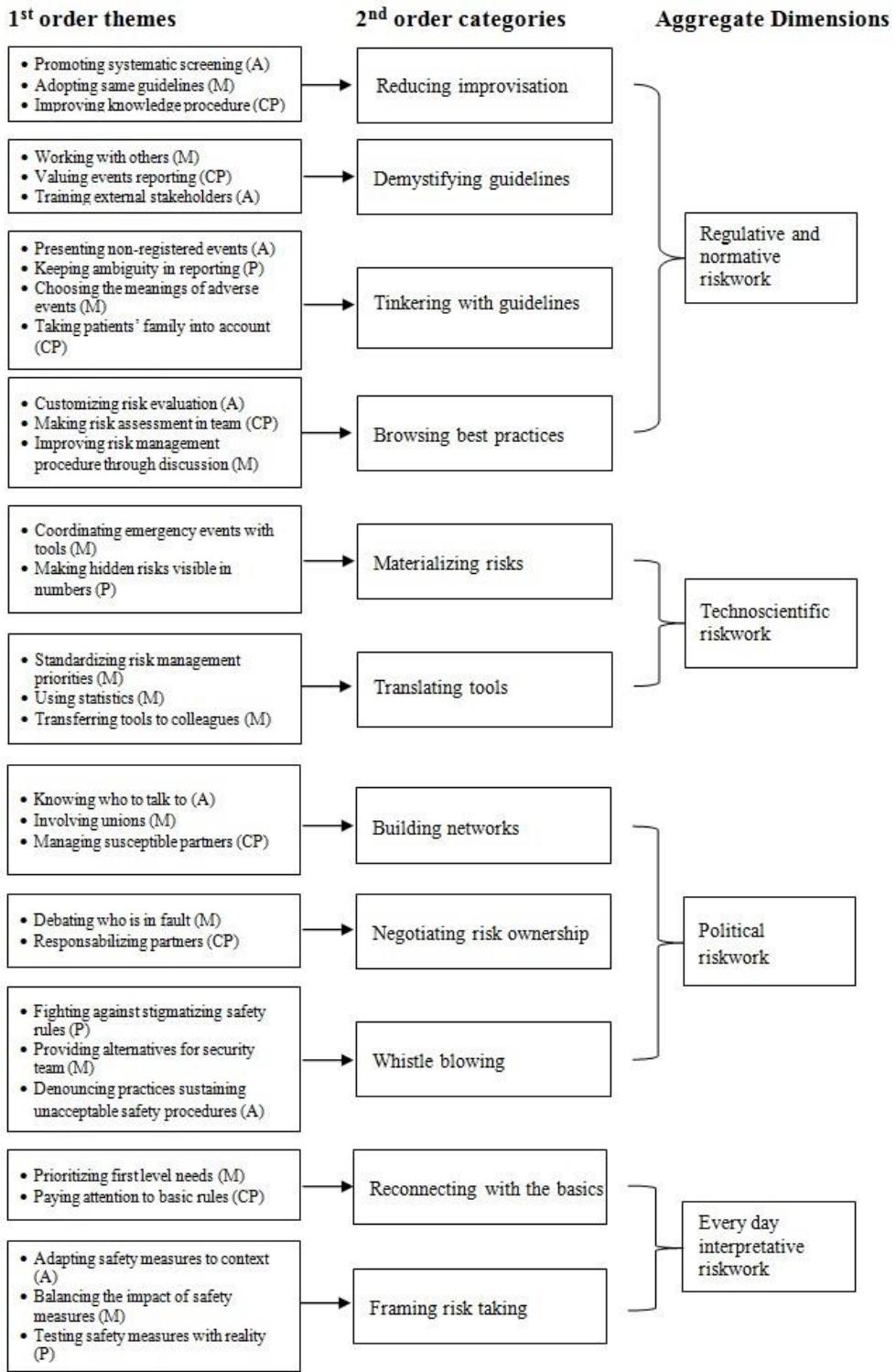


Figure 5.1 Data structure

Reducing improvisation consequently means that managing risks is not based solely on personal judgement, but does not completely discard it:

Non-clinical manager: Like everywhere else, you used to make a judgement that was less framed and structured, that was good for the most part, but it was a personal judgement on the risks, while now, everyone has the same guidelines. (interview)

The specific combination of normative elements that actors have to consider is ‘situationally-specific’ (Horlick-Jones, 2005), in the sense that a clear identification of risk jurisdiction is hard to make, even more so in the heat of an emergency situation, so regulative–normative riskwork requires patience and a long-term vision. Indeed, a second purposive effort is *demystifying guidelines*. A very large number of conversations related to the different ways in which the quantity of accident reports, which are at the core of the patient safety regulation regime, could be increased:

Clinical manager: The more time goes by, the more it’s accepted in the hospital, the more it’s clearly understood; sure there is still some minor resistance at times, but we know where it is and it has always been in the same place. By being there, being present, by having worked with managers...There has been training for reporting, the training sessions are going well and are being given more and more frequently. (interview)

The riskwork of demystifying guidelines is prompted by active or passive resistance to incident reporting. Reporting is controversial because it increases scrutiny and fear of blame (Storey et Buchanan, 2008). In contrast to the airline industry where the technology registers problems even if pilots do not report them (see Chapter 7, this volume), hospitals have to work on trust to get people to declare and generate an accurate picture of incidents and accidents. Such work is primarily (but not exclusively) done by non-clinical advisers (or risk managers), who are chiefly responsible for promoting these guidelines and who gradually establish trust, as a ‘keystone of patient safety’ (Firth-Cozens, 2004) by reminding people of the non-punitive and confidential nature of incident and accident reports. Far from trying to apply norms in a mechanical way, the actors we observed were often *tinkering with guidelines*. Surprisingly, this tinkering was done by trying to find ways to go beyond normative requirements instead of resisting them:

NON-CLINICAL ADVISER: In terms of risk management, we will look at events that are not registered (in the provincial registry of adverse events). We present them anyway.

PATIENT ADVOCATE: So there is a thin line between what is considered or not?

NON-CLINICAL MANAGER: No, no, it is very clear, but as an organization, we decided that we should look into these adverse events.

PROFESSIONAL: It is also very important for the patients' families.

(observation)

Although regulators drive local action on risks, primarily by making those risks visible to people who are obliged to act on them (Reason, 1997, in Macrae, 2008 : 64), our results showed that even the statistical representation of data was tinkered with.

We changed the national registry guidelines a little bit. In order to give an accurate view of our reality, we present data differently in terms of categories. For instance, they identify falls, medication, treatment, diagnostic tests, diet, equipment, buildings, abuse, aggression, harassment, transfusion, other and undetermined. That's what we were presenting, but there were categories that were hidden in others, like runaways and escapes. These are our top four, but they didn't stand out, so we decided to present it differently to meet our own needs. (non-clinical adviser, interview)

Another example of *tinkering with guidelines* efforts has to do with the specificities of a mental health setting. In the case of infection control and prevention, there are strict procedures to follow in case of an influenza outbreak.

But what do you do when the patient doesn't want to stay in his room? There is an influenza outbreak, but he is starting to become agitated...we won't put him in the isolation room. Maybe we will let him out for thirty or forty minutes with a mask. We have to deal with that. We don't want to put him in isolation and find out that we impacted his treatment negatively. We manage risks, but we have to be very imaginative...we didn't have procedures for mental health settings, so we built them up along the way. (interview with clinical adviser)

The procedure that is referred to in this quote was so innovative that the team was invited by their professional association to share their challenging experience and how they created a new way to manage infection risks.

Finally, regulative–normative riskwork is also accomplished by *browsing best practices* to find out how others found solutions to the same patient safety issues:

CLINICAL ADVISER: That organization does a personalized risk evaluation for every patient with their team. For instance, they decide that letting the patient keep his clothes on is an acceptable risk. [in restraint situations]

PROFESSIONAL: I find it very interesting that the team risk assessment led them to avoid restraint. (observation).

While best practices on falls risk assessment were discussed, we observed that clinical and non-clinical advisers did not see eye to eye at first in terms of risk assessment best practices for the assessment of fall risks. Although they agreed on the importance of ‘writing things down’, the non-clinical adviser was in favour of using elaborate assessment procedures and forms, while clinical advisers raised concerns about deskilling if such methods were used. In other words, intuition had to be preserved, but clear procedures were needed to keep track of the treatment and to avoid, for instance, using restraint chairs excessively.

5.5 Techno-Scientific Riskwork

As the result of modernization programmes in healthcare, risk regulations take for granted the transferability of tools and techniques from other sectors such as aviation for reporting and learning systems (Barach et Small, 2000; Helmreich et Davies, 1997; Macrae, 2008). *Techno-scientific riskwork* refers to this growing interest in technological and scientific-based ways to identify, assess, and deal with safety risks. During the fieldwork for this study, we observed frequent efforts towards *materializing risks*, in the form of graphs, tables, reports, and other visual media. As a clinical manager says: ‘We should see with statistics if there is a causal relation between the growing number of falls and the decline in the use of restraints’ (observation). This quote shows that graphs and statistics can be considered as bureaucratic ‘roadmaps’ that help to prioritize actions and projects (see Chapter 2, this volume). In order to do something about risks, actors have to represent them in a concrete way. We saw the use of such visual media multiplying almost exponentially during the fieldwork. The organization even hired a technician dedicated to producing them. Throughout the meetings, through its multiple materialized forms, risk became more than mere sensemaking, it became a boundary object (Star et Griesemer, 1989) that reconciled the efforts of actors from different backgrounds and occupational positions.

Furthermore, efforts towards *translating tools* were observed. Since tools designed for other industries are imported in the healthcare sector, actors have to find ways to adapt them to the complexity of healthcare settings that are making efforts to achieve a more integrated and

organization-wide approach to quality and risk management (Callaly et al., 2005). The following discussion on the evaluation of an event management tool illustrates such translation:

CLINICAL MANAGER: Could it be also used for clinical [purposes]? because we could use it to coordinate our activities?

NON-CLINICAL MANAGER *[about a coordinating tool for emergency events]*: At organization X, they already have it and it is possible to separate technical and clinical guard. It uses geomatics. There is a map...for instance, if a patient runs away, you could mobilize a large number of people at the same time...it would be far more efficient than a walkietalkie. (observation)

Another tool was created collaboratively with other organizations. We witnessed the presentation of the tool to the local risk managers' work table and participants agreed that the tool was impressive. An adviser suggested it would be a good idea to use it for clinical purposes:

Back then, the prioritization of projects and risk management was done solely based on people's experience. They [three other organizations] want to standardize a prioritization process using risk management for the entire region. We are a part of that and we started to use it here. We were ripe for a more formal process and there is a strong tendency toward risk management. (interview with non-clinical manager.)

This tool was originally developed for the management of risks related to the hospital's buildings. However, it was customized to include patients' needs and patient safety guidelines, as another manager involved in the project explained:

I established a risk criteria: what's the effect on the patient. For instance, I rated 1 for a loss of treatment or for the loss of life or a prolongation of treatment. A rating of 2 was the prolongation of recovery or a few injuries and so on...I also calibrated the criteria's ability to meet patient safety guidelines, which were not well adjusted at first. (interview with non-clinical manager)

These managers were able to provide the organization with a customized risk management tool that could be used for other purposes; they innovated by integrating impacts of different risks on patients; and they shared that innovation with the other organizations involved in the project.

Such efforts were made towards finding a more scientific and technological way of dealing with safety risks for the entire organization. Translating tools may seem to be similar to materializing risks in the sense that they both refer to what Power (2004 : 53-54) calls 'the ambition to measure

everything' with 'rational calculation and modelling'. While materializing risks concerns the retrospective aspect of risk management, in the form of reporting systems (Currie et al., 2008), translating tools refers to the prospective approach in which the occurrence of risk is predicted (Battles et al., 2006).

Although these tools are evaluated by various actors, non-clinical managers and advisers were most closely associated with techno-scientific riskwork, often followed by clinical managers, who tried to find ways to adapt such technologies and scientific methods to clinical activities. In sum, we can say that techno-scientific riskwork is based on more or less complex tools shared and shaped by different actors across the organization to fit specific risk management needs.

5.6 Political Riskwork

The multiplicity of rules and normative guidelines, and pressure for enforcement, lead to calls for greater transparency. Thus, regulative–normative riskwork stimulates *political riskwork*. Such work refers to interest-based motivations (Horlick-Jones, 2005) and 'political behaviors' (Currie et al., 2008 : 370) between different actors around safety risks. The literature on patient safety highlights the political aspects of risk management by focusing on knowledge management and transparency, which are both perceived as a threat to the medical professional's autonomy. Although our informants indicated that there was some resistance to knowledge sharing and transparency, and not exclusively on the part of doctors, our results show the use of purposive efforts in *building networks* in order to overcome at least part of the issue. Indeed, these efforts are made primarily by clinical and non-clinical advisers, since their interventions cut across many teams, units, and departments. To improve the management of patient safety risks, they need to know what is happening, but they are well aware that accident and incident reports don't tell the whole story, as actors also 'interact with indigenous risk practices and mentalities' (Fischer et Ferlie, 2013 : 31). They have to elaborate strategies and make allies to overcome such resistance to transparency. Since the local complaints commissioner has a legal power that advisers don't have, she was often mentioned as a valuable source of information that would be very difficult to access otherwise:

The complaints commissioner helps me a lot to know what is happening, because sometimes, people don't let me in as easily as they do her. It depends on what you're dealing with...Sometimes, things

happen and we learn about it long after...you have to know who to talk to, to get the information.
(interview with clinical adviser)

Another example involves one of the most important safety issues in mental health settings, which is the risk of aggression. Indeed, aggression could cause harm to staff as well as other patients or the patient himself. In this particular case, the lines between patient safety and occupational safety were often blurred. In order to make staff adopt a new training programme aimed at managing aggressive behaviour, the union had to be convinced, since there was resistance to abandoning the programme that was already in place:

Not everyone was happy with it. Some people didn't believe in it as much. From the start, it was important to involve our unions, [to ask] do you agree to that? We have places where we give training and we have some minor difficulties, but we know that we'll bring up these difficulties, to find solutions with our union partners. (interview with non-clinical adviser)

Since the lines were often blurred between occupational safety and patient safety, actors were forced towards *negotiating risk ownership*. Reporting of events made such political riskwork quite visible. Indeed, a single event often involved more than one department and reporting responsibilities. In addition, post event investigations were either debated or duplicated between emergency measures and risk management, or between risk management and occupational health and safety.

A further example involved two technical departments and their relation to patient safety risks. As a non-clinical manager regarding windows inspection said:

After we wash the windows, and there are a lot of them, there is a protocol to follow to ensure that security locks are put back in place afterwards. There was a bit of confrontation between technical services and hygiene and sanitation teams. Nobody wanted to be blamed for neglecting a defect during inspection. Everyone started to blame each other until we sorted things out and found common ground.
(interview with non-clinical manager)

Even the patients were called upon to *own* their risks as the following observation shows:

There is a debate on the title of the pamphlet, which is making people aware of their role in safety throughout the organization. One professional says: we have to emphasize the responsibility of the patients. They don't just have rights, they have responsibilities too. Sometimes, there are some who won't take responsibility. They act in unacceptable ways and they blame it on the illness. We really must say that they also have a responsibility in safety. (observation)

Negotiating risk ownership was always a core preoccupation when patient safety risks were addressed, because, as one informant said during a debate on medication error prevention measures: ‘but if we put too many people in charge, there is no one in charge anymore and we lose the possibility to ask for accountability’.

Finally, *whistle-blowing* became a kind of riskwork for both patients and professionals in relation to each other. Above all other issues, aggression by patients was the most controversial and politically charged of all safety risks addressed during our research. For that reason, one adviser told us: ‘In this place, restraint measures are the bonds of war.’ Indeed, requirements to decrease the use of restraints made many people uncomfortable and others truly alarmed by the fact that alternatives were safer for the patient, but more dangerous for the staff. While staff blew the whistle about the absence of panic buttons or understaffing of units, which put professionals at risk, patients and patients’ advocates were tired of hearing that patients were dangerous, violent or ‘lunatics’. An example of whistle-blowing by a patient in relation to measures taken to reduce safety risks is illustrated in the following observation:

A patient [showing a picture on a PowerPoint slide]: ‘I went to the gym [inside the hospital] and look what I saw! I was so mad! This is clearly stigmatizing, like I’m going to throw a piece of equipment at someone or something!’ The sign said that no patient would be admitted in the gym without authorization and without being accompanied by a responsible person. After she complained, the sign was immediately removed.

Such examples show that political riskwork is not performed solely by doctors or powerful actors. There is a strong collective aspect to the management of safety risks and a variety of actors are trying to serve their own interests or the interests of those they represent. Instead of binary power struggles between doctors and nurses (McDonald et al., 2005) or between managers and doctors (Currie et al., 2008), results show complex relationships revolving around the management of safety risks.

5.7 Everyday Interpretative Riskwork

Because there are always tensions between groups, actors engage in what we call *interpretative riskwork* -- i.e. efforts based on the lived experience of actors to affect the way safety risks are managed. First, we observed that actors accomplish interpretative riskwork efforts by *reconnecting with the basics*.

With the development of knowledge management systems and the increasing number of committees required by patient safety regulations, multiple actors have to debate and discuss issues that they never experienced first-hand or rarely encounter in the case of top management. Consequently, actors, including patients, put effort into sharing ‘everyday experiences’ of safety risk issues, but also into sharing how they experience the solutions put in place:

You know, the patient is thirsty...what are we doing to make sure he can go to the bathroom? There are a lot of questions, it is really interesting. For example, patients told us that when they are restrained, they lose track of time and become agitated, so they asked if it was possible to put a clock in the isolation room. While we get lost in big theories and think about complicated solutions, they really bring us back to basics. (interview with non-clinical manager)

Instead of merely stimulating knowledge about safety risks, *reconnecting with the basics* allows different participants to share how they experience safety risks and confront them.

Interpretative riskwork is also accomplished by *framing risk taking*. A recurring theme stemming from the data analysis was the importance of ‘balancing rights and risks’ (Robinson et al., 2007). During our fieldwork, we witnessed an intensification of discussions about the need to establish a new organizational culture that ceased to see patients as dangerous to themselves or others. One major initiative that raised safety concerns for both patients and staff was the unlocking of bathrooms in the common areas of the organization. During the process, top management multiplied opportunities to attach a positive connotation to this initiative. It became a strong symbol of commitment from the organization to change the way safety risks were managed. However, these efforts were not limited to rhetoric or cognitive framing. It was also about proposing a collective experience. The following discussion during a committee meeting shows that the experience with bathrooms was used to evaluate other possibilities to remove devices that were once considered important safety measures.

ADVISER: I did an investigation of the stairwells to see how the wooden boards are positioned.

I discovered that they were put there after a suicide. We are now wondering if we can remove them safely.

MANAGER: It is obvious that we have to ensure safety, but how far can we go?

PROFESSIONAL: We are not in the same context now. In the case of the bathrooms, it was a major situation, but this is not necessary.

ADVISER 2: When we unlocked the bathrooms, it went well.

PATIENT: And in the context of full citizenship, it is important not to stigmatize.

Another example is shown in the following interview. After someone committed suicide by throwing himself out of the window in another organization, a non-clinical manager mentioned a discussion during a meeting of the local risk managers' work table on whether or not all windows should be locked. Participants agreed that they were not willing to lock everything to reduce safety risks to a minimum. One participant said around this discussion:

Being in this hospital doesn't mean I'm suicidal and going to throw myself out the window. If it is not in the person's diagnosis, why would I lock all the windows with screws everywhere? It's easy to say, we lock everything...you also have to consider comfort. If I lock every window, it is going to be so hot that people will suffocate, because we don't have air conditioning. We are not in prison here...It would not make any sense to unlock access to units, but at the same time lock all the windows. (interview with non-clinical manager)

As we can see, interpretative riskwork is performed by a variety of actors and aims to shape perceptions, interpretations and values, which are all part of a broader collection of symbols built around patient safety risks. These elements are at the core of what the literature on patient safety identifies as a patient safety culture (Bagian, 2005), but a closer look at the everyday lived experience of actors gives us the opportunity to look at risk issues with fresh eyes and avoid the usual categorization of what is dangerous or what is best for the patients and staff. The specificity of psychiatric settings calls for us to pay attention to 'balancing the safety and security of patients, staff and the public, while respecting the rights and choices of individual patients' (Bowers et al., 2002, in Quirk et al., 2005 : 86), which requires going beyond establishing a safety culture. In other words, our results show that risk management is no longer about keeping patients and staff safe at all costs, but more about finding ways to humanize it. Our observations showed that interpretative riskwork was able to provide ways to do that.

5.8 Discussion and Conclusion

In this chapter, we proposed to follow the 'turn to work' (Phillips et Lawrence, 2012), to investigate how riskwork is accomplished by multiple actors. By exploring efforts related to safety risks in a psychiatric setting, we found that advisers, managers, professionals, and patients and their advocates engage in four forms of riskwork, namely: regulative–normative, techno-scientific,

political, and interpretative. Besides this general finding, five others that emerged from the analysis need to be mentioned. First, it is worth noting that even though each form of riskwork is mainly accomplished by one specific group of actors, all actors participate in every form of riskwork. For example, patients are not only involved in interpretative riskwork as might at first be assumed, they are also engaged in other forms of riskwork. By being present on different committees, they are increasingly participating in regulative–normative and techno-scientific riskwork. Like other actors present, they are socialized into using technical risk language and statistical representations of safety risks. The same can be said about non-clinical managers. While we would think that they would be more invested in techno-scientific riskwork, they also perform political and interpretative riskwork.

Second, our findings showed that these forms of riskwork are interrelated and constitute different layers of the riskwork accomplished simultaneously in organizational day-to-day risk management, even though they appear to be essentially different. For instance, regulative–normative riskwork is closely linked to techno-scientific riskwork, since safety regulations and guidelines also provide toolkits, inspired by other industries, for organizations to manage safety risks. Once actors become familiar with common tools, they find ways to further their use by a variety of departments and actors. Since regulative– normative and techno-scientific riskwork increase scrutiny and transparency, they become the grounds from which political riskwork can be performed. Interests and resistance related to safety risks are made apparent, which in turn become the basis for interpretative riskwork, because actors have to find common ground from which to manage safety risks despite these tensions.

Third, our analysis revealed that the riskwork we identified as interpretative seems to be the most neglected one in the literature to date. In patient safety literature, participation in reporting systems seems to be one of the main roads to patient safety. Our data showed on the one hand that the knowledge, transparency and circulation of safety information put forward by such systems can also be achieved by other means, such as forums where actors can share stories and opinions about how the management of safety risks impacts their everyday life in the organization. On the other hand, our data showed that efforts towards safety are not incompatible with new ways of managing safety risk. As the results demonstrated, interpretative riskwork goes beyond mere political interests to propose a mosaic of what form and level of risks actors are willing to take and which

safety measures correspond to their beliefs and values. In other words, feeling safe and actually being safe can be made compatible with feeling and being considered as an active partner in risk management decisions.

Fourth, the fine-grained analysis of these data helped us to see clearly how each form of riskwork is embedded in what we will call here ‘carriers’ of stability and change at the organizational level. For instance, routines seem to play an important role in the production and reproduction of regulative – normative riskwork. Our results showed that this form of riskwork aims to transform tacit ways to manage safety risks into an explicit and repetitive form of best practice. However, our data also pointed to the fact that this approach cannot altogether override improvisation and situated judgement. In fact, we could say that regulative–normative riskwork calls for the reflexive, rather than automatic, embedding of rules in routines. Indeed, (echoing Chapter 12, this volume), we contend that: ‘In order to close the expectations gap, risk managers need first and foremost commitment from others in the organization to accept a relevant and situationally contingent version of risk management, tailored to their needs.’ If actors are expected to comply, they need to feel that the guidelines they apply reflect their needs, but also their values and philosophy regarding risks.

Tools, equipment, and technologies are of prime importance in technoscientific riskwork. More than insignificant objects, their meanings can vary across time and space, as Scott (2008) would have said for institutional carriers. When accident statistics are presented to different groups, they carry different meanings dependent on which question is asked at the exact moment a particular group consults them. The same can be said of elaborate calculative tools, which, as we saw, are translated by users. Such tools can be seen as impregnated with ‘an institutional residue that shapes how artifacts are constructed, used and understood’ (Kaghan et Lounsbury, 2013), and therefore, become ‘an occasion for structuration’ (Scott, 2008 : 145).

Regarding political riskwork, we showed that social connections between organizational actors could be collaborative or confrontational and that alliances are crucial. For example, advisers might only have the power to make recommendations and have to associate with actors who can provide them with the information they need. Building informal networks can also help to avoid the worst

effects of ‘crowding out’ by techno-scientific artefacts, such as risk maps (see Chapter 2, this volume).

Interpretative riskwork is symbolic, in part involving work to ‘cast issues in a particular light and suggest possible ways to respond to these issues’ (Campbell, 2005 : 48-9, in Scott, 2008 : 141). Our results revealed how a simple clock as a temporal device could both make the restraint experience easier for patients and show a non-clinical manager that preventing the escalation of possibly dangerous behaviour could be simpler than he thought. We also showed how symbols of the mental health stigma, such as security devices and locks, were used to provide a new way of managing safety risks. In fact, we could say that different forms of riskwork also constitute ‘practices of valuation’ (see Chapter 5, this volume) by putting forward specific and often competing sets of values every time risks are discussed or acted upon. In this way, members of the organizations are able to tackle the tensions arising when efforts towards patient safety threaten patient autonomy and vice versa.

Fifth, these results allowed us to propose a model for explaining how riskwork contributes to activate and resolve the tensions between safety and patient autonomy requirements that are made explicit and are addressed collectively. As shown in Figure 5.2, different actors conduct different forms of riskwork, although as we already mentioned, each form of riskwork is not performed exclusively by just one group of actors. As we explained, clinical and non-clinical advisers, along with clinical and non-clinical managers are more invested in regulative–normative and techno-scientific riskwork. As carriers of these forms of riskwork, routines and tools provide common ways to manage safety risks, but also provide actors with a more formalized and codified way to know and assess safety risks before making a decision about the level of risk they are ready to tolerate for themselves and the patients. Here, local references are created, as well as a collective memory about the way things should be done, regardless of actors’ compliance with regulatory requirements.

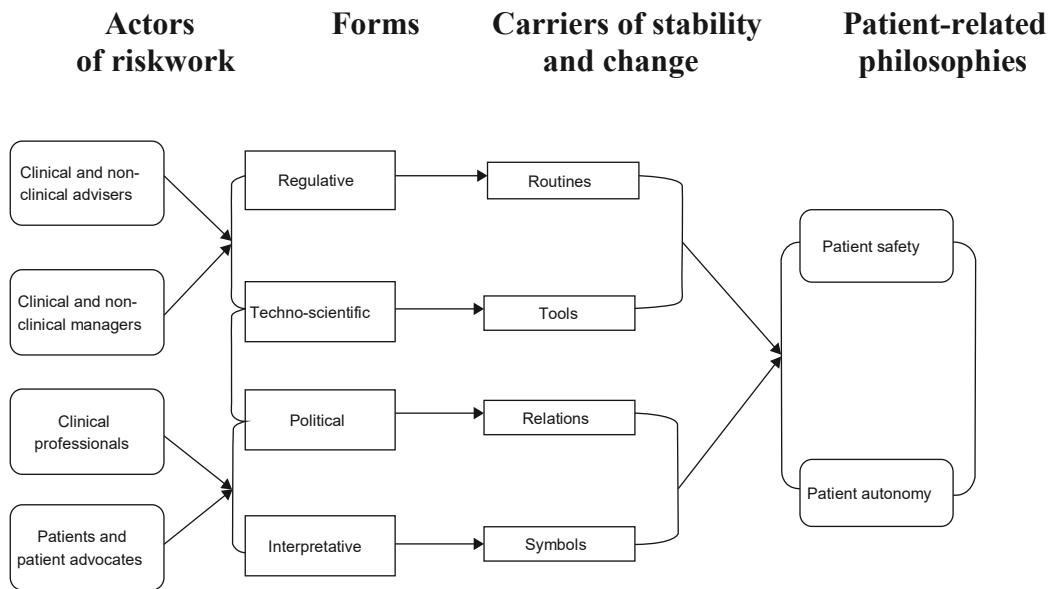


Figure 5.2 Forms of riskwork and the tensions between patient safety and patient autonomy philosophies

Clinical professionals, and patients and their advocates, who are mainly but, as mentioned, not exclusively, accomplishing political and interpretative riskwork through relationships and symbols, are confronting values, experiences, and perceptions about managing safety risks. These forms of riskwork embody the means for staff to express their need to feel safe when accomplishing their daily tasks while also providing the means for patients to express their need to feel empowered. The relationships built and the symbols constructed, enable actors to deal with issues related to patient autonomy and to the way safety risks are managed.

It is through this dynamic between these different forms of riskwork that the tensions between safety and patient autonomy philosophies are made explicit and collectively addressed. Consequently, these riskwork efforts, through their respective carriers of stability and change, provide the opportunity to uncover slightly problematic situations regarding safety risks, but also unacceptable situations, such as abuse or unaddressed threats. Riskworkers can then have a say about the kind of organization they want to work and live in according to ‘what is held as of value and why’ (see Chapter 5, this volume).

Moreover, it is through these forms of riskwork that the blending of seemingly conflicting philosophies of patient safety and patient autonomy is carried out in the day-to-day work of these actors. Indeed, when routines and technologies are inadequate to address the conflicting philosophies, relationships and symbols are drawn upon. In turn, when relationships and symbols are utilized, routines and tools are often translated in accordance with available resources. Put differently, we suggest that when advisers, professionals, managers, and patients perform one form of riskwork or another, they also activate or resolve the tensions between the two philosophies underlying the risk management in this psychiatric setting.

The theoretical model advanced in this chapter shows how riskwork can reconcile the philosophy of safety and patient autonomy inside the organization. In short, the efforts of managers, advisers, professionals, and patients and their advocates are more than a mere change in managing risk culture; they also contribute to organizational change. We suggest that these forms of riskwork might also be a powerful trigger for the diffusion of innovation at the field level. By uncovering tensions between safety requirements and the specific needs of patients, but also by adapting risk management to the daily challenges faced by the actors, these forms of riskwork help us to rethink the needs of mental health and long-term care settings in terms of resources that increase quality of life, instead of trying to eliminate dangers at all costs.

References

- Bagian, J. P. (2005). "Patient Safety: What Is Really at Issue? ", *Frontiers of Health Services Management*, vol. 22, no 1, p. 3-16.
- Barach, P. et S. D. Small (2000). "Reporting and Preventing Medical Mishaps: Lessons from Non-medical Near Miss Reporting Systems", *BMJ: British Medical Journal*, vol. 320, no 7237, p. 759-763.
- Battles, J., N. Dixon, R. Borotkanics, B. Rabin-Fastmen et H. Kaplan (2006). "Sensemaking of Patient Safety Risks and Hazards", *Health Research and Educational Trust*, vol. 41, no 4, p. 1555-1575.
- Bowers, L., N. Crowhurst, J. Alexander, P. Callaghan, S. Eales, S. Guy *et al* (2002). "Safety and Security Policies on Psychiatric Acute Admission Wards: Results from a London-wide Survey", *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 9, no 4, p. 427-433.
- Callaly, T., D. Arya et H. Minas (2005). "Quality, Risk Management and Governance in Mental Health: An Overview", *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, vol. 13, no 1, p. 16-20.
- Campbell, J. L. (2005). "Where Do We Stand? Common Mechanisms in Organizations and Social Movements Research", dans G. F. Davis, D. McAdam, W. Richard Scott et M. Zald (Eds), *Social Movements and Organization Theory* New York: Cambridge University Press, p. 41-58.
- Clarke, J. R., J. C. Lerner et W. Marella, (2007). "The Role for Leaders of Health Care Organizations in Patient Safety", *American Journal of Medical Quality*, vol. 22, no 5, p. 311-318.
- Davis, R. E., R. Jacklin, N. Sevdalis et C. A. Vincent (2007). "Patient Involvement in Patient Safety: What Factors Influence Patient Participation and Engagement?", *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, vol. 10, no 3, p. 259-267.
- Denham, C. R. (2007). "The New Patient Safety Officer: A Lifeline for Patients, a Life Jacket for CEOs". *Journal of Patient Safety*, vol. 3, no 1, p. 43-54.
- Firth-Cozens, J. (2004). "Organizational Trust: The Keystone to Patient Safety", *Quality and Safety in Health Care*, no 13, p. 56-61.
- Fischer, M. D. et E. Ferlie (2013). "Resisting Hybridisation between Modes of Clinical Risk Management: Contradiction, Contest, and the Production of Intractable Conflict", *Accounting, Organizations & Society*, vol. 38, no 1 p. 30-49.
- Goodman, G. R. (2002). "Safety Throughout the Hospital", *Health Forum Journal*, vol. 45, no 3, p. 6.
- Helmreich, R. L. et J. M. Davies (1997). "Anaesthetic Simulation and Lessons to Be Learned from Aviation", *Canadian Journal of Anaesthesia*, vol. 44, no 9, p. 907-912.
- Horlick-Jones, T. (2005). "On Risk Work: Professional Discourse, Accountability, and Everyday Action", *Health, Risk & Society*, vol. 7, no 3, p. 293-307.
- Hovey, R. B., A. Morck, S. Nettleton, S. Robin, D. Bullis, A. Findlay *et al* (2010). "Partners in Our Care: Patient Safety from a Patient Perspective", *Quality & Safety in Health Care*, vol. 19, no 6, p. e59.
- Hutter, B. (2005). "Ways of Seeing: Understandings of Risk in Organizational Settings", dans B. Hutter et M. Power (Eds), *Organizational Encounters with Risk*, Cambridge: Cambridge University Press, p. 67-91.

- Hutter, B. et M. Power (2005). "Organizational Encounters with Risk: An Introduction", dans Hutter, B. et Power, M. (Eds), *Organizational Encounters with Risk*, Cambridge: Cambridge University Press, p. 1-32.
- Kaghan, W. et M. Lounsbury (2011). "Institutions and Work". *Journal of Management Inquiry*, no 20, p. 73-81.
- Kaghan, W. N. et M. Lounsbury (2013). "Artifacts, Articulation Work, and Institutional Residue", dans A. Rafaeli et M. Pratt (Eds), *Artifacts and Organizations: Beyond Mere Symbolism*, Mahwah, NJ: Psychology Press, p. 259-278.
- Kohn, L. T., J. M. Corrigan et M. S. Donaldson (1999). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC, National Academy Press, p. 312.
- Labelle, V. et L. Rouleau (2017). "The Institutional Work of Hospital Risk Managers: Democratizing and Professionalizing Risk Management", *Journal of Risk Research*, Published online, DOI: 10.1080/13669877.2016.1147488.
- Labelle, V. et L. Rouleau (2016). "Doing Institutional Riskwork in a Mental Health Hospital", dans M. Power (Ed.), *Riskwork. Essays on the Organizational Life of Risk Management*, Oxford, Oxford University Press, p.211-231.
- McDonald, R., J. Waring et S. Harrison (2005). "Balancing Risk, That Is My Life: The Politics of Risk in a Hospital Operating Theatre Department", *Health, Risk & Society*, vol. 7, no 4, p. 397-411.
- Macrae, C. (2008). "Learning from Patient Safety Incidents: Creating Participative Risk Regulation in Healthcare", *Health, Risk & Society*, vol. 10, no. 1, p. 53-67.
- Maguire, S. et C. Hardy (2013). "Organizing Processes and the Construction of Risk: A Discursive Approach", *Academy of Management Review*, vol. 56, no 1, p. 231-255.
- Phillips, N. et T. B. Lawrence (2012). "The Turn to Work in Organization and Management Theory: Some Implications for Strategic Organization", *Strategic Organization*, vol. 10, no 3, p. 223-230.
- Pires, A. (1997). « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », dans J. Poupart, L-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (Éds), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville : Gaëtan Morin, p. 113-169.
- Power, M. (2004). *The Risk Management of Everything: Rethinking the Politics of Uncertainty*. London, Demos, 73 p.
- Quirk, A., P. Lelliott et C. Seale (2005). "Risk Management by Patients on Psychiatric Wards in London: An Ethnographic Study", *Health, Risk & Society*, vol. 7, no 1, p. 85.
- Reason, J. T. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*, Aldershot, Ashgate, 272 p.
- Robinson, L., D. Hutchings, L. Corner, T. Finch, J. Hughes, K. Brittain *et al* (2007). "Balancing Rights and Risks: Conflicting Perspectives in the Management of Wandering in Dementia", *Health, Risk & Society*, vol. 9, no 4, p. 389-406.
- Ryan, T. (2000). "Exploring the Risk Management Strategies of Mental Health Service Users", *Health, Risk & Society*, vol. 2, no 3, p. 267-282.
- Saldaña, J. (2009). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. Los Angeles, CA, Sage, 223 p.
- Scott, W. R. (2008). *Institutions and Organizations—Ideas and Interests*. Los Angeles, CA, Sage, 266 p.
- Smiechewicz, W. (2009). "ERM 2.0 Makes Everybody a Risk Manager", *Financial Executive*, vol. 25, no 3, p. 61.

- Star, S. et J. Griesemer (1989). "Institutional Ecology, Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology 1907-1939", *Social Studies of Science*, vol. 19, no. 3, p. 387-420.
- Storey, J. et D. Buchanan (2008). "Healthcare Governance and Organizational Barriers to Learning from Mistakes", *Journal of Health Organization and Management*, vol. 22, no 6, p. 642-651.
- Strauss, A. et J. Corbin (1998). *Basics of Qualitative Research*. 2nd edition. Thousand Oaks, CA, Sage, 312 p.
- Waring, J. et G. Currie (2009). "Managing Expert Knowledge: Organizational Challenges and Managerial Futures for the UK Medical Profession", *Organization Studies*, vol. 30, no. 7, p. 755-778.
- Wiig, S. et P. H. Lindøe (2009). "Patient Safety in the Interface between Hospital and Risk Regulator", *Journal of Risk Research*, vol. 12, no 3, p. 411-426.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research, Design and Methods*, 4th edition. Thousand Oaks, CA, Sage, 219 p.

Chapitre 6 | When your ‘values become your destiny’¹⁰: Institutional biographies of mental health riskworkers

Véronique Labelle and Linda Rouleau

Abstract

The burgeoning literature on riskwork generally shows that such work is accomplished through a wide variety of formal and informal roles as well as practices and strategies that call for expert and craft competencies. To better understand how riskworkers develop the ability to combine these roles, this paper focuses on “institutional riskwork biographies” of mental health workers. Drawing on semi-structured interviews conducted during an ethnographic study of a mental health hospital, we examine riskworkers’ career paths, accomplishments, and the institutional forces that constrain and enable their day-to-day management of safety risks. The paper presents three composite institutional biographies of riskworkers constructed on the basis of 40 semi-structured interviews. The biographies show that showing that they bridge their expert and craft competencies through three different ways of valuing and experiencing riskwork: by valuing relationships when they experience dilemmas; by valuing standards when they experience ambiguity; and by valuing autonomy when they experience vulnerability. The paper concludes by proposing the idea of an “action scheme” as a set of practical skills that are at the heart of riskworkers’ ability to conduct riskwork, and by discussing the importance of intersubjective areas for the development of their ability to conduct riskwork in complex institutional environments.

Keywords: riskwork, institutional riskwork biographies, valuation; experiences; action scheme, intersubjective area, mental health riskworkers

¹⁰ An extract from the following quote by Mohandas Karamchand Gandhi, Indian political and spiritual leader (1869–1948): “Your beliefs become your thoughts. Your thoughts become your words. Your words become your actions. Your actions become your habits. Your habits become your values. Your values become your destiny”

6.1 Introduction

Introducing the notion of ‘riskwork’, Power (2016) followed the ‘turn to work’ (Barley et Kunda, 2001; Phillips et Lawrence, 2012) in management and organization theory research in order to describe risk research interested in discovering what managers, professionals, and workers do when they manage risk in their day-to-day work. This emerging research agenda, which draws on earlier risk-related research, has shown that the roles, discourses, practices, tools, and norms related to risk management are not always about simply managing risks (French, 2005; Horlick-Jones, Rosenhead, Georgiou, Ravetzd et Löfstedte, 2001; Horlick-Jones, 2005a, 2005b), nor is such management completely independent from day-to-day managerial or work practices (Boholm *et al.*, 2012; Corvellec, 2009, 2010; Gherardi et Nicolini, 2000a). This article explores how individual actors acquire the ability to move between formal and informal risk management practices to navigate contexts where the day-to-day work of professionals in public and private sectors is increasingly framed by institutional risk management pressures (Horlick-Jones, 2005a; Power, 1999, 2004, 2005, 2007). To date, most riskwork research has concentrated on the variety of formal and informal roles as well as practices and strategies actors perform in the management of risks that require expert and craft competencies (Boholm *et al.*, 2012; Daudigeos, 2013; Kemshall, 2000). In the present study, we adopt a complementary point of view to examine how individual actors dealing with risk issues in their day-to-day work lives (whom we refer to in this study as riskworkers) come to develop the craft-like abilities required to deal with the formal and informal aspects of risk management.

To study the development of riskworkers’ ability to combine expert and craft competencies over time, we rely on biographical research, specifically biographical approaches to risk (Zinn, 2004, 2005, 2010a, 2010b, 2013) and institutions (Creed *et al.*, 2010; Lawrence *et al.*, 2011; Suddaby, Viale et Gendron, 2016; Zilber, 2009). While the former has mainly focused on individual tolerance of risk and uncertainty, the latter has sought to understand the impact of the emergence, maintenance, and disruption of institutions on individuals. In this paper, we combine both approaches in order to assemble “institutional riskwork biographies.” We define these biographies as the individual and collective worker histories of daily riskwork experiences that structure—and are structured by—risk management programs and policies. In putting these biographies together, we are less interested in examining how riskworkers contribute to creating, maintaining, and

disrupting risk management; rather, we are more interested in exploring how riskworkers' ability to combine expert and craft competencies is institutionally structured over time.

Drawing on 40 semi-structured interviews conducted during an ethnographic case study of a mental health hospital, we examine the career paths, accomplishments, and institutional forces that constrain and enable the riskwork of mental health workers. The individual cases were sampled from committees where risk management and safety issues were a central preoccupation and involved four categories of workers: clinical and non-clinical advisors; clinical and non-clinical managers; clinical professionals; patients and their advocates. In these interviews, participants were asked to narrate how they became riskworkers. Based on Gherardi's (2008: 11, free translation) notion of a fictional "composite worker" resulting from the synthesis of data from multiple interviews, the present study presents three such composite narratives supported by ethnographic data collected from diverse interviews with individual riskworkers.

The three fictional "institutional riskwork biographies" show that their ability to combine expert and craft competencies over time in carrying out riskwork is rooted in the interplay of their values and significant experiences with risk. More specifically, our findings highlight three different ways that riskworkers value and experience riskwork: by valuing relationships when they experience dilemmas; by valuing standards when they experience ambiguity; and by valuing autonomy when they experience vulnerability. It is through these value-experience combinations that the set of practical skills that are at the heart of their ability to conduct riskwork is constituted over time. We suggest that these value-experience combinations are developed in intersubjective areas and that they act as an "action scheme" in structuring riskworkers' ability to conduct riskwork in complex institutional environments.

The present research contributes to the understanding of riskwork in three main ways. First, it focuses on individual riskworkers' personal and career paths and the most significant elements that have influenced riskworkers' ability to conduct riskwork. Second, it demonstrates how specific combinations of these elements, including values and lived experiences of risk, frame riskworkers' contributions and accomplishments in risk management. Third, it looks closely at the institutional pressures that have shaped how riskworkers deal with risk issues over time, showing how these pressures have constrained and enabled riskwork.

The paper begins with a review of literature on riskwork and then examines biographical approaches to risk and institutional work. The findings present three riskwork “institutional biographies.” The paper concludes by discussing how riskworkers construct their ability to bridge expert and craft competencies and by discussing the contributions to the literature on riskwork and related biographical approaches.

6.2 Riskwork

Power (2016) presents riskwork as an emergent concept that refers to cross-disciplinary empirical studies exploring what exactly people do when they try to manage risk in their day-to-day work. It entails decoupling risk management practices from theories of risk management, which consequently redefines the “boundaries and nature of risk management theory and practice” (Corvellec, 2009, p. 285). It also implies paying attention to more mundane forms of effortful work that take place at different levels (Labelle et Rouleau, 2017). It is also important to remember that risk management is embedded in managerial and work practices (Boholm et al., 2012; Corvellec, 2009, 2010; Gherardi et Nicolini, 2000a).

Although research on riskwork is still emerging, we can already identify three different sets of studies concerned with the day-to-day accomplishments of riskwork. While some studies focus on issues related to the expertise and roles of riskworkers, other studies emphasize the activities, efforts, or practices performed by riskworkers in their day-to-day management of risk. Another stream of research examines the strategies of different groups for dealing with macro institutional techniques and discourses on risk within organizations.

The first set of studies examines the emerging and evolving roles that follow from the rise of risk-based regulations and risk management techniques and discourses. These studies aim to better understand how these roles become legitimized. The roles of safety officers (Beaumont, Leopold et Coyle, 1982), inspectors (Hutter, 2001), and chief risk officers in the corporate world (Power, 2005) have been described as unstable and fragile. Furthermore, studies have shown that day-to-day effortful work is required to promote and legitimize the ideas that these roles bear. For example, Smets et al. (2015) have shown that risk experts must draw from different sources of legitimacy, authority, and identity in order to navigate the institutional complexities they have to deal with in

their day-to-day work. This is particularly true in the case of hybrid professionals and managers in the healthcare sector, who are caught between the managerial and clinical demands that underlie their knowledge brokering practices (Burgess et Currie, 2013; Currie et al., 2015; Waring et al., 2013).

Other studies have shown that efforts to circulate and produce knowledge in the form of tool production and implementation are at the center of the work, identity, and influence of hybrid professionals (Hall et al., 2015), particularly when they join forces with other hybrid professionals to promote particular frameworks (Demortain, 2016; Hayne et Free, 2014). This is not to say that technical and calculative practices and rationales are the sole basis of their legitimacy and influence. Legitimacy also depends the ability of hybrid professionals to participate in strategic decisions (Mikes, 2008) to engage in ‘envisionment practices’ based on experience and intuition (Mikes, 2011) and to shape the definition and perception of their roles through sensemaking efforts (Zhivitskaya et Power, 2016) and informal networks (Mikes, 2016). Staff-level professionals, such as safety and risk officers, also rely on their interpersonal skills and professional experience in the form of internal and external networking and subtle influence strategies (Daudigeos, 2013; Palermo, 2014) and ‘issue selling practices’ (Mayer, 2016).

This set of studies shows how emergent roles in risk management are difficult to define and require actors to engage in various legitimating practices as they constantly have to mediate between the way techniques of risk management are going to be adopted in organizations and the way their work is perceived. In fact, riskworkers are ‘hybrid experts’ as they have to shape their roles through expertise, as well as craft knowledge and competencies. Moreover, this expertise is generally acquired through socialization processes within a community of practice, whereas risk management is often accomplished outside the formal techniques and vocabularies related to risk (Gherardi et Nicolini, 2000a, 2002).

A second set of studies on riskwork builds on these ideas and mainly focuses on describing sets of situated, discursive, and material risk-related practices put into practice by these ‘hybrid experts’. One group of studies in this set looks at discursive practices and the skillful construction of risk, whether as an organizing process, for instance through ‘normalizing’ and ‘problematizing’ sets of practices (Maguire et Hardy, 2009, 2013, 2016), or through ‘risk talk’ in lay-expert relationships.

More specifically, studies conducted in medical contexts have shown that such risk talk entails a hybrid expertise in the form of rhetorical practices, such as ‘describing frightening scenarios’ and ‘individualizing information’ (Linell, Adelwärd, Sachs, Bredmar et Lindstedt, 2002) or ‘recontextualising risks’ and ‘simplifying calculations’ (Hoffmann et al., 2003). Other researchers have shown that discursive and sensemaking practices linked to risk talk (Adelwärd et Sachs, 2003) are rooted in a display of professional and experiential expertise (Candlin et Candlin, 2002; Candlin, 2002), but also in a display of affective components that can reveal empathy (Wood *et al.*, 2003). These affective components are revealed as well when professionals are faced with the limits of their own expertise, for instance through the practice of ‘objectifying and subjecting’ the medically dreadful situations they experience through narratives (Iedema, Jorm et Lum, 2009).

Other studies focusing on riskwork practices have paid particular attention to the use of risk mapping and identification tools. These authors adopt a perspective similar to a performative approach to risk (Healy, 2004) and have shown how ‘codifying’ and ‘formalizing’ risk management practices in visual representations (Hall et Fernando, 2016) have ‘underlining reassurance’, ‘agenda setting’ and ‘alignment’ bases of practices (Jordan *et al.*, 2013; Jørgensen et Jordan, 2016). The participants in these studies also perform riskwork through practices such as ‘physicalizing’, ‘locating’, ‘enumerating’, ‘analyzing’, and ‘selecting’ (Jarzabkowski, Spee et Smets, 2013). Practices of ‘technicalizing’ and ‘contextualizing’ have also been described (Jarzabkowski, Bednarek et Spee, 2015), as well as practices of constructing spaces for strategic opportunities (Jarzabkowski et al., 2015). Of course, such practices require actors to artfully make use of formal tools representing risks, for instance by performing hand-made representations of risk appetites to reveal risk preferences (Varga, 2016). Instead of relying on reductive formal tools, participants can also draw on gut feelings and intuition (Godin, 2004) as well as situated improvising (Czarniawska, 2010).

Thus, far from producing only objective risk calculations, risk discourses and technologies are used as an ongoing informal collective reconstruction of the risks faced by individual and collective actors (Tekathen et Dechow, 2013). For instance, Iedema and Carroll (2011) have shown how clinicians have been able to develop collective reflexivity from ‘mapping’, ‘visualizing’, and ‘typologizing’ care routes to go beyond formal rules and procedures in error prevention and learning. In sum, actors take an active part in the circulation and translation of knowledge and

expertise about risk through normative texts, technologies, and tools (Gherardi et Nicolini, 2000b), which constitute ‘techniques of representation’ (Kalthoff, 2005, p. 90). By highlighting a variety of discursive and material practices related to risk and risk management, these studies show how riskwork is performed by moving in and out of repertoires of actions and bringing solutions that are rooted in experience and intuition, while also by mobilizing formal and informal expertise and competencies (Boholm et al., 2012; Kemshall, 2000).

A third set of riskwork-related research focuses on the collective strategies and efforts of different organizational groups in dealing with emerging and constraining risk management programs and policies. These authors have tried to show the perverse effects of the ‘risk management of everything’ (Power, 2004) and the micro-political relations that take place in reaction to the disciplinary effect of the technical discourse of risk (Horlick-Jones, 2003). For instance, these studies have focused on slips between formal and informal risk-related practices and the way they are accounted for (French, 2005; Horlick-Jones et al., 2001; Horlick-Jones, 2005a, 2005b). These authors show how formal risk discourses and techniques can be artfully manipulated to serve hidden agendas that reflect managerial assumptions (Waring, 2009) and further organizational legitimacy (Nicolini, Waring et Mengis, 2011), which prompt actors to work at maintaining formal risk management practices, even when these produce undesired outcomes and aberrations (Gendron et al., 2015).

For instance, researchers have shown how certain groups, such as doctors, defend their autonomy and identity, which can be threatened by increased managerial control over risk and safety management (Waring et Currie, 2009). Indeed, patient safety policies impose a certain orthodoxy about safety on doctors (McDonald et al., 2006), extending the influence of managers over them. This leads doctors to justify their rejection of guidelines and to reaffirm their professional identity by claiming that a skilled doctor does not need guidelines (McDonald et al., 2006). They also justify their own risk management procedures and reporting systems informally by sharing knowledge among themselves instead of participating in the organization’s reporting system (Currie et al., 2008), seeking to maintain their power by a "theorizing focused upon ‘risk’" (Currie et al., 2012, p. 958) or ‘adaptive regulation’ (Waring, 2007). Fischer and Ferlie (2013) offer a particularly interesting example of this type of resistance by showing how increasing rule-based clinical risk management practices which threaten the autonomy of both professionals and patients can be met

with disrupting informal risk practices (Fischer et Ferlie, 2013; Fischer et McGivern, 2016). In other words, actors engage in “practices of determining what gets to count as a risk, how such risks should properly be managed, and how to account for what they did” (Dixon-Woods *et al.*, 2009, p. 364). This third set of riskwork research provides valuable insights into the political dynamics of control and resistance involved in the management of risks. These studies also highlight the fact that diverse riskworker groups display effortful formal and informal strategies when performing riskwork. These political strategies are developed in order to resist constraining risk management techniques and discourses or to justify hidden agendas based on them. According to Hardy and Maguire (2016), such resistance may also very well stimulate organizing “carried out in the name of risk” (p. 95).

Riskwork research has until now focused on efforts deployed by riskworkers in order to legitimize and define their roles. It has also focused on the discursive and material practices through which riskworkers perform riskwork in their day-to-day management of risks, and on the political strategies deployed in the face of institutional constraints related to risk management. These roles, effortful practices, and political strategies are all the result of both expert and situated knowledge as well as formal and informal practices and strategies. Put differently, the research surveyed above shows that riskworkers are champions for combining contradictory domains of action. However, we do not know enough about how riskworkers develop their ability to do so. Hence, our research question is as follows: How do riskworkers develop their ability to combine expert and craft competencies? To answer this question, we examine ‘institutional riskwork biographies’ of mental health workers.

6.3 Institutional riskwork biographies of mental health workers

The notion of institutional riskwork biographies emerges from a combination of two biographical approaches. The call for a turn to biographical approaches by Zinn (2004, 2005, 2010a, 2010b, 2013) seeks to acknowledge the complexity of individual subject experiences in relation to risk. Biographies of risk more generally have already received attention of social theorists who have linked these to the place of actors in society and the risks they live with as a reflexive process (Beck, 1992; Tulloch et Lupton, 2002, 2003). Authors using biographical approaches to risk have mainly studied the experiences and coping behaviors of people living with risks and how these

have altered their life paths (e.g., Burchardt, 2010; Bond, Brough, Spurling et Hayman, 2012; Kelly, 2007; Lee, 2008) or created uncertainty related to employment (Apitzsch, 2010; Schäfer, 2010; Reiter, 2010). Biographical approaches to risk have also been used to better understand risk taking trajectories, for instance in the case soldiers (Zinn, 2010) and aid workers (Roth, 2015). Henwood *et al.* (2010) and Pidgeon, Henwood, Parkhill, Venables and Simmons (2008) explored the narratives of what they call ‘risk-biography intersections’ to study specific aspects of biographies associated with particular risk issues, highlighting the diversity of perceptions and actions around risks. Although these studies provide useful insight into biographies as a way of more deeply understanding the nature of risk, they mainly focus on individual tolerance to risk and uncertainty.

In institutional theory, biographical approaches have been used to provide a more complex view of subjects in relation to the institutions in which they are embedded. Lawrence *et al.* (2011) define “institutional biography” as “the exploration of specific individuals in relation to the institutions that structured their lives and that they worked to create, maintain, or disrupt” (p. 55). Despite recent calls to build on such a notion (Dorado, 2013; Pernkopf-Konhäusner, 2014; Voronov et Yorks, 2015), few empirical studies have done this, except for those that focus on particularly important individuals in institutional creation (Fligstein, 1997; Kisfalvi et Maguire, 2011; Mutch, 2007; Lawrence et Dover, 2015) or on members of specific groups in relation to field-level institutional change (Delbridge et Edwards, 2013; Maguire, Hardy et Lawrence, 2004). Recently however, Suddaby *et al.* (2016) assembled institutional biographies of 164 executives to show how social skills and positions are linked to different types of reflexivity and how this reflexivity contributes to institutional change.

While the first set of studies described above emphasizes the personal qualities and life stories of particular people, the second set provides retrospective and strategic explanations of field-level institutional change. Two exceptions to these biographical approaches are provided by Creed *et al.* (2010), who paid less attention to strategic endeavours and more to lived experiences, including highly emotional experiences of institutional contradictions, which led individual actors to view themselves as agents of change and act accordingly. Zilber (2009), for her part, has shown how organizational members use meta-narratives to reproduce a certain institutional order through storytelling.

In our research, we combine biographical approaches to risk and institutional biographies in order to analyze rich accounts of the way people working with risk on a daily basis are both constrained and enabled by the institutional contexts in which risk is managed. In doing this, we put together what we call institutional riskwork biographies, which we define as individual and collective worker histories of daily riskwork experiences that structure—and are structured by—risk management programs and policies.

6.4 Context and sampling

To put these institutional riskwork biographies together, we drew on interviews with individuals in a psychiatric unit offering specialized and ultra-specialized mental health services. The specificity of the case study can be attributed to the organization's long history and early interest in risk management and quality initiatives. Besides having put in place risk management procedures and structures before the institutional mandatory requirements related to the province's Bill 113, the organization designed and implemented a patient-partnership program and a patient-citizenship orientation. The unique history of the organization, as well as its risk management vision and practices, coupled with its efforts towards patient autonomy and integration, justify the choice of such a setting to target individual cases for our study (Yin, 2009).

Data was collected by the first author from January 2012 to May 2013. To assemble institutional biographies of riskworkers in order to investigate how they develop their ability to move between formal and informal ways of managing risks, we needed to look into the lives of a variety of actors (Lawrence et al., 2011). We thus used a ‘milieu sampling’, meaning we targeted workers in their common work environments¹¹ (Pires, 1997, p. 32). Thus individual cases were sampled from committees where risk management and safety issues were a central concern, such as the organization's risk management work group, its risk management committee, and its vigilance and quality committees. We also sampled data from committees working on specific types of risk, such as the seclusion and restraint protocol committee, the fall prevention committee, the medication error prevention committee, and the emergency planning committee. The users' committee and the patient-partnership committee were also included in the sampling strategy in order to better

¹¹ Free translation of ‘univers de travail’

understand safety and quality issues from their perspective. As well, we had the chance to attend some CEO and board meetings related to risk management and safety issues.

6.4.1 Data collection

Forty interviews were conducted with members of the committees mentioned above. Four categories of participants were selected, representing the diversity found on the committees: clinical and non clinical advisors (6); clinical and non clinical managers (22); clinical professionals (5); and patients and their advocates (7). The sampling of 40 participants from a total of 70 members ensured a diversity in the sample, and it helped us pay attention to actors involved in both formal and informal risk management.

Data was collected through semi-structured interviews “to focus the interview responses towards a specific research topic” (Zinn, 2010b, p. 8). The semi-structured-interviews were a mix of practice narratives (Rouleau, 2010) and phenomenological narratives, without any strict chronological order (Balleux, 2007). They lasted two hours on average. In the interviews, we asked participants to elaborate on specific turning points in their personal and professional lives in relation to the management of safety risks. We also asked participants about their encounters with organizational and institutional requirements related to the management of risks; this was to capture the “complex, reflexive, and recursive relationship they expose between an individual and a set of institutions” (Lawrence et al., 2011, p. 55).

Although interviews were our primary source of data, we also took notes during committee meetings, since these meetings represented instances of the institutionalization of risk management practices and tools (Hall et al., 2015; Hayne et Free, 2014), where learning occurs in the form of communities of practice (Gherardi et Nicolini 2000a, 2002). These instances also allowed us to observe a diversity of actors sharing painful experiences related to safety risks (Fischer et McGivern, 2016; Iedema, Grant et Jorm, 2006; Iedema et al., 2009; Waring, 2009), and these acted as a socialization process, giving actors institutional and technical vocabularies (Corvellec, 2009; Schildt et al., 2011) about risks and risk management. In total, 60 committee meetings were observed. This also allowed us to see a variety of riskworkers in action and provided a way of

contextualizing individual biographies. Whereas interviews provided insight into specific subject experiences, notes from meetings provided context and allowed us to triangulate our data.

6.4.2 Data analysis

Since we define institutional riskwork biographies as individual and collective worker histories of daily riskwork experiences that structure—and are structured by—risk management programs and policies, we needed an analytical framework that could capture individual as well as collective biographical accounts of riskwork. Consequently, we drew on Gherardi (2008), who introduced the fictional character of M. Rossi as a way of analyzing the collective representation of a situated activity. This ‘composite worker’ resulted from cognitive maps assembled from twenty interviews, where participants were asked to describe their daily work. By using the idea of a fictional ‘composite riskworker’ for building our riskwork institutional biographies, we avoid methodological individualism by creating aggregate riskwork paths starting from individual ones and thus create a ‘collective study of their lives’ (Stone 1971, p. 46, cited in Suddaby et al., 2016, p. 6). Fictional character construction is also valuable for protecting the anonymity of participants, which can be difficult with traditional biographical methods based on real riskworkers.

In the analysis of our data, we followed four steps. The first step was dedicated to rewriting each interview transcript as an individual riskwork narrative that corresponded to a synthesized phenomenological narrative (Balleux, 2007; Paillé et Muchielli, 2003), which paid attention to crucial events in actors’ professional trajectories (Balleux, 2007) and personal lives in relation to risk. In other words, these are similar to ‘risk-biography intersections’ (Pidgeon et al., 2008; Henwood et al., 2010), in that they isolate important moments where specific aspects of people’s biographies are associated with a particular risk issue. In the context of our study, we paid special attention to the safety risks participants had to deal with in their day-to-day work and how they dealt with these across their career paths. However, instead of focusing solely on personal life stories, we focused mostly on professional aspects of an actor’s biography and aspects of their personal lives that affected their professional and organizational management of risk. For instance, elements of the general life story of participants, such as their cultural background, religious affiliation, or family status were not considered important, unless the participants referred to these as important in the development of their riskwork.

The second step was coding the narratives in order to constitute individual profiles. We started with attribute coding (Saldaña, 2009, p. 56) and isolated professional, academic, and structural elements for each participant as well as their socialization instances. We then focused on what participants found to be the most important issues in conducting riskwork by coding imperatives related to their riskwork (Saldaña, 2009). For example, when a participant described a situation where a safety risk was being managed, we noted what was identified as important in that moment—whether it was making sure the patient was safe, meeting specific norms, preserving reputation or transparency. Since institutional biographies are meant to study the lives and work of actors (Lawrence et al., 2011) who see themselves as agents of change and act accordingly (Creed et al., 2010), we also coded what riskworkers achieved as a result of their efforts, whether this was on their own or as a member of a team. Completing the loop of the recursive relationship between individuals and a set of institutions (Lawrence et al., 2011, p. 55), we identified changes riskworkers experienced, and we identified what was important to them in terms of being enabled and constrained institutionally. For instance, when a participant identified a change in his or her way of conducting risk management, we identified what was identified as the source of change (in the form of legislation, norms, tools, lived experience of existing requirements, etc.).

The third step was to compare the separate profiles according to their differences and similarities. We compared them, category by category, until we could identify emerging and differentiated riskwork collective profiles. During this step, we noticed a strong connection between imperatives or what was important for them and the way they experienced crucial events. Indeed, while looking closer at the relationship between what could be called their ‘valuation practices’, to use the term of Boholm and Corvellec (2016), and the way they experienced crucial events, we observed that even though they contrasted with each other, they combined together to shape the core of their riskwork. Starting from there, we identified three different ways that riskworkers value and experience riskwork.

The fourth step consisted in reconstructing narratives that offered a rich account of the development of participants’ abilities to move between formal and informal practices in their day-to-day management of risk according to the three ways of valuing and experiencing riskwork. This step also required us to go back to the first step of the analysis in order to stay close to participants’ lived experiences and to keep chronological coherence by supporting institutional riskwork

biographies with individual examples in the form of quotes taken from individual riskwork narratives.

In the same way that Gherardi's use of M. Rossi allowed her to isolate and describe 'the being at work'¹² (Gherardi, 2008, p. 20), the building of our fictional institutional riskwork biographies isolate and describe the process of becoming an expert and craft competent riskworker capable of facing complex institutional arrangements. Since participants were mainly recruited because of their involvement in quality and safety related initiatives in the organization, these fictional biographies can be considered ideal-types; they do not pretend to represent a fixed career path or specific chronological development. In the next section, we narrate the institutional biographies of three fictional health workers named Lisa, David, and Peter.

6.5 Findings¹³

Our results show that mental health riskworkers construct their ability to bridge formal and informal roles, practices, and strategies through three different ways of valuing and experiencing riskwork: by valuing relationships while experiencing dilemmas (Lisa); by valuing standards while experiencing ambiguity (David); and by valuing autonomy while experiencing vulnerability (Peter). After presenting the institutional riskwork biographies of Lisa, David, and Peter, we will offer a brief analysis of these in light of our research question. We will also explain how these biographies relate to each other and offer a rich understanding of riskworkers' lived experiences.

6.5.1 Lisa: Valuing relationships while experiencing dilemmas

Lisa became interested in mental health during her studies and wanted to work in that area. After she graduated, she began working in a mental health organization. This was in the 1980s. Her internships confirmed her love of working with mental health patients and in mental health settings. Apart from her clinical background and studies, her first patients led her to strongly value trusting patient-clinician relationships, even though she considered patients to be vulnerable individuals who required protection from themselves and their environments. The extensive mentoring she

¹² Free translation of 'l'être au travail' Gherardi (2008, p. 20).

¹³ The number of years of experience of the fictional riskworkers correspond to the numbers of years of experience of the participants with the most experience.

received over the years and the help from her peers and supervisors were helpful when it came to dealing with dilemmas related to safety risks that called for difficult decisions, such as whether to let patients walk around despite high risks of them falling down.

Concerning the preventive measures she took in her day-to-day work, she could also count on written material regarding specific clinical and organizational practices. However, common sense played a bigger part at the beginning of her career, when she first encountered safety risk issues. Although safety risks were a constant preoccupation of hers, they were not talked about in a particularly technical or formal way at that time. When she started working, she relied on existing guidelines, but she took more experienced colleagues and their craft knowledge as her source of information when she encountered safety risks in her daily work. Colleagues who had been working in the mental health unit longer also knew the patients better and could tell her about patient habits, preferences, and, most importantly, what could trigger risky situations. She did know, after all, that being a nurse in a mental health facility could be ‘perilous work’ (Kindy, Petersen et Parkhurst, 2005). Nonetheless, Lisa recalls how back then, establishing deeper relationships with patients was easier because the duration of an inpatient’s stay used to be longer and staff turnover was much lower.

Relying on trusting relationships with patients and her teammates was crucial for Lisa because applying what she learned in school could prove to be fairly more complicated in reality, and she needed more experienced colleagues to support her. Furthermore, although everyone was concerned with safety, accidents would often go under the radar, which put a strain on trusting relationships with patients and their families:

It was not very popular and people were saying they were going to get blamed. Some professionals were not in favor. They opposed because they didn’t want to facilitate disclosures. (...) but it’s more and more accepted and there were training sessions on declarations. (Participant 7)

Although she saw improvements in transparency, Lisa recognized that a lack of transparency had not vanished completely, and she knew about units more reluctant to be completed transparent about their practices and issues. Indeed, she recognized that applying every requirement related to safety was more complicated in real day-to-day work contexts.

Since managing risk also meant reducing risk as much as possible for patients, Lisa developed various strategies through trial and error, while also integrating a ‘risk-taking approach’ (Davis, 1996). Of course, the well-being of patients was a core motivation, but so were stress and the fear of doing something wrong and having to account for it in front of her superiors. Indeed, reducing risk at all cost called for measures that raised questions about control, which presented stressful decision making. Her approach to risk changed quite drastically following a pivotal experience:

We come to be so afraid, we’re afraid of being blamed. But if it was our life, we would like to live it and not be tied down to a chair in case something happened. It’s about changing that look on things. That particular patient, I remember, he had a private service day and night. He was wearing a hockey helmet with a visor, because he had an accident falling off the window ledge. It was terribly hot, he had his glasses on, his helmet and someone who was watching over him constantly. All of a sudden, it’s like I had a revelation that it didn’t make any sense, that we had to do something. We couldn’t give him such a miserable life. We began to take off the visor, only the visor. It was also about making it acceptable by the rest of the team (...) He started from nothing, but now [after a series of gradual actions] he reintegrated community and it’s going very well. It took two years. (Participant 25)

This experience encouraged her to question her own approach to risks, but also that of the organization. This shows how a fear of making mistakes in a context of increasing audit processes (Guénin-Paracini, Malsch et Marché-Paillé, 2014) could be transformed into ‘felt shame’ (Creed *et al.*, 2014). Fear arising from have shown. Lisa’s close relationship with patients and their families, in conjunction with her superiors’ support, gave her the space to take risks, which could also be considered a sign of expertise arising from tacit knowledge and experience.

With colleagues she met when she worked at another mental health hospital, she developed best practices reference guides on various subjects, such as suicide, falls, and medication risk management. This, too, was inspired by difficult situations she witnessed.

In risk prevention, we told ourselves that we would put suicide risks in shared rooms. Staff are watching, but also the other patient in the room. I saw someone taking his own life in front of someone else. Not here, we put two patients in the same room. We take advantage of a downside of the situation of putting two patients in one room and add value with a surveillance that is not formal. (Participant 14)

Over the years, frameworks and guidelines became increasingly available, and legislative changes were also transforming the way safety risks were managed throughout the organization. By then, she had become involved in small team committees and had several short training sessions on

quality and safety risk management. It was important for her to share the experiences she had had over the years, but she also wanted to master the increasingly complex ramifications of quality and risk management. But when she became manager, she knew she could have a more important impact:

I had an experience where my father was a victim of medical error. It changed my life completely and I became in charge of a unit shortly after. The first thing I had in mind was where I had an impact on quality of services and safety. I could have an impact on teams and make things evolve. (Participant 19)

From there, Lisa's enthusiasm did not go unnoticed, and she was invited to act as an advisor on a few quality and risk management committees. Although at first she thought it would be time consuming, she also knew it would give her the chance to work on issues that were important to her and her team. This also gave her the chance to be part of discussions and to elaborate various guidelines as local versions of legislative requirements, for instance on patient restraints. Having access to these meetings and board meetings also meant having more influence on decisions about priorities and resource allocation, which often lead her to take part in difficult decisions:

When we have an event like the suicide that happened and that we see that we would have to make modifications to every unit, but we don't have enough resources. We chose to do it in units where risk was higher, but obviously, we are always saying to ourselves that we always have to evaluate risk in light of the resources available and accept to live with a certain level of risk. (Participant 1)

Lisa struggled with some long discussions and debates about how to best comply with complex quality and safety norms. The organization's structure also made it difficult to have access or share initiatives and information between administrative entities, despite efforts that were done to conform to integrated risk management principles.

Although, Lisa became an expert on quality and safety norms by getting involved in different committees over time, the dilemmas that were inherent in taking these risks informed her ability to improvise and put usual ways of doing things into question. Of course, Lisa could rely on existing normative specificities adapted to mental health settings, but she sometimes needed to breach protocols, and she did not have formal ways of accounting for these breaches. This motivated her to participate in the elaboration of guidelines justifying necessary breaches to existing protocols. This gave her the chance to re-establish a balance between the close relationships she had with

patients at the beginning of her career. For her, guidelines were a way of making room for improvisation with innovative or alternative safety measures. In other words, Lisa needed room for improvisation in order to keep balancing rights, autonomy and risks related to patients.

Another challenge that grew for Lisa over time was the pressure of a clientele that presented increasingly complex issues, while budget cuts imposed by the government also multiplied.

We can't hide that on units, we are now stuck with overflow and overcapacity problems. We have people that have behavior problems and important aggression issues along with drug problems. (Participant 40)

In spite of this, Lisa was quite interested in presentations of statistics on incidents and accidents that showed how solutions could impact accident reports over time, which provided new ways of understanding risks and discussing them with colleagues. This gave her the chance to visualize problematic areas, and she could discuss these issues with other subcommittees that were working on specific risks, such as those related to medication, infections, or falls. Representing accidents visually was reassuring for her and her team.

Although she saw the steps above as improvements, she still emphasized the importance of relying on relationships with patients and her clinical experience. In fact, we could say that Lisa combined measurement with 'envisionment practices' based on experience and intuition (Mikes, 2008, 2011). Furthermore, Lisa's constant search for loopholes was not linked to some attempt to resist managerial authority; it stemmed rather from valuing the well being of patients. In fact, seeing how she was able to improve the lives of patients and make important contributions by formalizing and sharing her successes became her highest professional and personal achievements.

In the last few years, patients were invited to participate in committees, and although Lisa thought she knew a lot about what they were going through because of her professional experience with them, she still found their interventions moving:

Hearing how they lived through it. They told us about their experience with isolation and restraining. A lot of times, we don't have that perspective, of how they lived it. It's deeply moving. Although we say that they're psychotic, they remember. They don't remember everything, but you know... Anyways, some of these situations have been really hurtful to them and also for their families, to see them in restraints. (Participant 24)

Hearing the Director General's wishes to push forward the patient-citizenship agenda, which promoted patient's autonomy, Lisa felt she had already been on board for quite some time. However, she observed that the message was not always well received by her colleagues or staff. On the one hand, some felt their care for patients was put into question, while others felt like their own security would be threatened by measures that were multiplying, such as giving access to patients to spaces previously restricted to staff. Although Lisa believed herself to be already quite aware of patient realities, hearing about their experiences through committees first-hand confirmed the value of her efforts. She already had close relationships with patients, but she nonetheless also experienced the exchanges in a more powerful way.

When she was tasked with developing guidelines for an infection prevention initiative, her frame of reference in adapting legislative requirements to a psychiatric unit was limited. In doing this, she relied on her previous experience in protecting staff and patients:

I was looking at what was happening during the first six months. The advantage is that I've been here for a long time. I was also able to look at what was already there. And when you write a procedure, putting people around the table and see ok, I have such and such person. I knew whom to get... I also had to take into account the specificities of psychiatry. What do we do if the patient doesn't want to stay in his room? You know, influenza... he's beginning to enter a decompensation phase and we won't put him in an isolation room. Maybe we will let him go out for 30-40 minutes with a mask. We adjusted along the way. (Participant 35)

Lisa was particularly proud of sharing her solutions to dilemmas with her colleagues in the organization, but also with colleagues from her professional association that turned to her for ways of dealing with similar situations. The most challenging situations she experienced proved to be the most helpful in going further and providing patients with the best compromises possible in order to keep them safe, ensure their quality of life, while also keeping staff safe and complying with legislations and best practices. The dilemmas Lisa faced were not solely related to her clinical role; they were also linked to her enforcement role, much like street-level bureaucrats (Lipsky, 2010). As Lisa's institutional riskwork biography shows, she developed her ability to conduct riskwork mostly by valuing relationships, especially those with patients, while experiencing a range of dilemmas.

6.5.2 David: Valuing standards while experiencing ambiguity

David's institutional riskwork biography shows how riskworkers acquire the ability to conduct riskwork despite being embedded in complex institutional arrangements, mostly by valuing standards while experiencing ambiguity. For David, the issue of risk management was not limited to his career path, as he recalled dealing with risk issues early in his life. His interest in investigating potentially dangerous situations was present way before his current professional situation and responsibilities. In fact, his family life and values played an important role in the development of his general frame of thinking and acting regarding risks. His parents' professional situation and their stories about safety provided him not only with a way of determining what a risk was, but also with a way of investigating a risky situation. In fact, much like Lisa, he recalled performing risk management before he could even put a label on it:

I was doing risk management when I was young. I was raised on a farm and my father was very serious about it. That's what we were doing with everything that was mechanical. For the animals, to prevent them from being hurt. It was my first encounter with risk management. When I would start the equipment, I would make sure I didn't have my shirt or pants in the way. (...) The chain for cleaning the cows, you put manure there, but if your foot gets in there, you're done and if you fall, the cows can also fall onto you. We also did a lot of quality management with milk. We did a lot, like hand washing, disinfection, making sure the bacteriology test was the best to get the most money and keep grade 1. We had to be clean, so quality and risk management were a part of my life early on. (Participant 23)

As we can see, despite not always knowing about specific techniques or having a theoretical vocabulary, David soon developed an interest in the formal aspects of risk management as a way of reducing ambiguity and uncertainty.

Although he grew up with ideas about safety and risk management and touched upon some aspects of it in his studies, his first job in a mental health hospital twenty-four years ago gave him a different perspective. He did not have much of a frame of reference at the time for managing day-to-day risks, and common sense was often the way to go, for instance with the dosage of chemical products or emergency situations. This is how things were done, but he was not all that comfortable with approximations and found it important to know the best way to avoid ambiguity. Although guidelines were being set up by the government, for instance in the case of infections prevention, he found it happened after things had already gone wrong and people got hurt:

Following that concertation table, these meetings, documents began to come out, amongst others, the guidelines in sanitation and hygiene...there were like 5 ministry documents that were issued by the Ministry of health and social services and that became our framework in our everyday activities. (Participant 34)

His personal interest in scientific studies and methods helped him research specific issues and organize information about risk and safety in a more formal manner. However, when he read the coroner's report that led to new prevention guidelines, it struck him to see how people's lives were on the line when things were not done according to strict standards and procedures. From that moment, he took it upon himself to be at the forefront of any technique or information that could help him manage risks in his work. He did this by attending training sessions on various subjects, but mostly by reading about possible solutions to situations he had to deal with in his day-to-day work. Not having an adequate frame of reference about certain important safety issues became unacceptable to him, making him anxious enough to lose sleep. Rather than let this undermine him, David developed a better frame of reference and acquired more technical skills and formal knowledge about managing safety risks, such that this became a core component of his professional identity.

Although he had previously worked in a physical care hospital, the psychiatric hospital setting was at first very challenging for him. In fact, a short but intense emotional experience led him to take a more human look at risk management:

In my studies, it was all about technical aspects. Here, you are confronted with the human aspect and it is a risk (...). The first time I saw a patient in a decompensation phase, reality struck me in the face. People were telling me that one particular patient required 3 or 4 people to be able to carry him to an isolation room (...) and then I saw it (...) seeing the isolation room, the door closing and everything. It's very impressive, it leaves a powerful impression. (Participant 22)

Following this event, he became more aware of the thin line separating risks linked to patient safety and risks linked to staff safety. As in Lisa's case, technical knowledge of safety risks preceded actual experiences of them, such as hearing about aggressions or seeing a patient in crisis. Such events positioned the patient as a source of danger to David and his colleagues. To avoid the stress-inducing uncertainty of what could go wrong in such cases, valuing conformity to risk management standards to prevent adverse events became crucial to him in order to ensure safety. In other words, while Lisa needed room for improvisation in the face of ever growing standards and requirements, David needed standards in order to reduce ambiguity.

David was quite enthusiastic about a new training program related to patient aggression management offered across the organization, because it provided him with new tools to deal with situations where patients and staff were both in vulnerable positions. The increased complexity surrounding risk management became even more clear when he was promoted to a managerial position in 2010. By then, David could turn to numerous norms, guidelines, and laws that he and his colleagues in every department had to comply with. He witnessed a growing number of norms and guidelines about emergency measures, infection prevention, sanitation and hygiene, information management, etc.

As a manager, David had to enforce overall compliance with quality and risk management plans and guidelines. In other words, improvising in the face of ambiguity was no longer an option for him or for the staff working under his supervision. Identifying risks, evaluating their severity, and coming up with detailed plans to prevent their occurrence was an exercise he needed to perform in conformity with other organizations. The importance of preparing for adverse eventualities finds echo in what Jarzabkowski et al. (2013) calls ‘abstraction’, “in which the practices involved in using material artifacts each unfolds at a further level of abstraction from the physical risk” (p. 50). Such processes allowed him to legitimate issues and validate decisions through risk management mechanisms. Hence, David already had the craft competence to make accurate projections about safety risks to reduce uncertainty in the form of ‘well-rehearsed improvisation’ instead of formal planning or complete improvisation (Czarniawska, 2010). He also developed his ability to better represent the organization’s interests both inside and outside the organization with the help of formal risk management tools. In other words, he developed his ability to conduct ‘boundary-work’ (Mikes, 2011).

Through the years, David became involved in a growing number of committees that addressed diverse risk issues related to different responsibilities. At first, as a staff member, he became aware of the formal ways of speaking about risks by listening to various presentations. As a manager, he learned about various risk management tools and techniques by attending committees in the organization and within his professional network. Through exchanges with colleagues and seeing what was done elsewhere, he became aware of what worked, but also of what could be improved.

Everyone has experienced various difficulties (...) so, as you go, you listen to others and can better identify where the flaws are in your own organization and the strategic elements you need

to work on. You need to develop proper procedures and be sure that if a disaster happens, you can respond in a timely manner. (Participant 8)

However, David became frustrated with the massive budget cuts that occurred in the last few years across the healthcare sector. Priorities have been multiplying because of patients' needs, but also because of legislative and normative requirements. He was getting better at identifying risks, but implementing solutions became challenging, because solutions required budgets and his priorities were not the same as those of his colleagues, the organization, or even the government. This prompted him to pursue a quest for more management tools and methods to tackle these challenges.

David also found it difficult that departments often worked in isolation about risk management. To cope with this, he designed a framework that could help prioritize risks and actions, but also that could delineate better immutability and coordination. This integrated risk management framework was increasingly used by other hospitals across the province. He was conscious that, although it was an interesting way of working on risk management, this framework was also demanding as it has to be on top of every other requirement. Nevertheless, he took this experience as an opportunity to better understand what others were doing in terms of risk management and how it could benefit his own work. Indeed, one of his other main challenges was the increase of demands for him to be on committees by the organization's initiative, but also as legislative obligations:

In the last few years, in risk management, we had people choking from restraints, people who hanged themselves with these restraints, while it was supposed to keep them safe. It became their death sentence. In consequence, there was provincial guidelines, coroner reports and others. (Participant 22)

Although he did not experience these as directly as Lisa, hearing about these kinds of events always reminded him of the importance of keeping up with knowledge about guidelines and new ways of managing risks. However, working with others to implement best risk management practices, he learned early on as a manager that everyone has their own ideas and that he needed to find ways of integrating these ideas. At the same time, he struggled to comply with increasing norms that were becoming overwhelming. For instance, the gradual opening up of access to patients to previously restricted areas proved to be challenging in terms of risk prevention. Frustrated not to be on top of things, and having seen interesting risk management initiatives in other organizations, he wanted to go further than what was proposed in terms of risk management. He saw an opportunity to do this by contributing to the improvement and adaptation of an existing risk management model:

Before 2011, it was done based on experience. In December 2011, there was a presentation at the DST (technical services directors). They were trying to standardize a priority approach based on risk. In February, we began the implementation here. In 2012, we had identified our categories and attributed them a score (...) it doesn't change the planning I was doing with X. In fact, we get similar results, but people a more comfortable to defend that. (...) Now, I'm more legitimate to say: I need 2 million here because it's red and very important. We said it before, but... (Participant 16)

In sum, the technique was used to support existing agendas and maintain organizational legitimacy, so defending risk management credibility itself also became important and facilitated 'slippages' (Horlick-Jones, 2005a) between formal and informal risk management when needed. In other words, risk management and its standards themselves became highly valued objects that needed to be maintained. In return, it also gave him the opportunity to sharing new ways of managing risks with other organizations.

Although thinking about patients had always been important for David in his thinking about risk management, actually integrating patients in the process of risk management was new to him. Having seen patients in crisis over the years and having heard stories about serious aggression incidents toward staff, he had mixed feelings at first about including them in committee discussions about risk:

It happened in units where people from the team asked for the towel [to cover part of the patient's face] and the nurse said no. The situation almost turned bad with the patient. We're talking about biting, spitting, but also keeping the head safe. We can control someone without obstructing his breathing. But now, a committee had been formed. We are going to innovate with that, but, we talk among ourselves (...) everyone uses it, but everyone says it's not ethical. (Participant 11)

Having worked in the unit for years, David of course knew that these were isolated incidents, but still he did not believe that patients had much to contribute to discussions of managing such risks. When the general management began to promote patient citizenship a few years ago, he felt pressured to include them in committees as equal participants. At first, he thought he would not be able to speak up freely in meetings. He felt there were already too many people giving their advice about everything and that listening to patient interventions would only slow things down. As months passed, meeting after meeting, David heard patients telling stories about their personal experiences of safety measures. Although he knew that certain measures must have felt pretty uncomfortable for patients, he was surprised to learn that a lot of crisis situations escalated due to communication problems and that sometimes solutions could be simpler than first imagined. Since

he never communicated with patients that much in his day-to-day work, unlike Lisa, he had never really heard their point of view. In fact, as he imagined himself being put in restraints, some of their suggestions became obviously relevant:

What I call the great minds have been speaking for half an hour at the meeting table and they bring up great theories and study references. (...) but what he [the patient] proposes, I can do that today. (...). It gives a very human but realistic vision of things, of what we do in mechanical ways in a given situation. It's been like that for twenty years. I tie you down without any questions and I come back in an half an hour. You know, the patient is thirsty and what do we do to make sure he can go to the bathroom? (Participant 8)

Interventions from patients were pivotal in David's vision of his own way of managing safety risks, but also his colleagues and the organization's way of doing things. Participating in debates on these contentious questions opened up a collective dialogue that kept him reflecting on attitudes and practices that he would not necessarily have questioned before.

David's institutional riskwork biography shows that he used tools strategically to justify certain decisions, but it also demonstrates that the interests of many actors are taken into account by riskworkers. David's case illustrates how committees, formed in part as the result of guidelines requiring specific representation quotas, played an important role in that matter. Although increasingly diversified and interdisciplinary, these committees constitute a challenge for riskworkers, since everyone around the table can voice their opinion on which risks should be managed. Yet hearing about patient experiences with safety measures also provides another way of understanding safety risk management practices. Through these experiences, David understood that his own words and behaviors could be a potential threat in the organizational and institutional management of safety risk issues. Today, he is proud of his accomplishments and those of his colleagues in providing the organization and patients with high quality and safety. However, he is conscious that a lot still remains to be done in terms of developing effective risk management tools and methods. Despite budget and time constraints as well as compliance challenges, he values his investment in risk management more than ever.

6.5.3 Peter: Valuing autonomy while experiencing vulnerability

Whereas Lisa's and David's ability to bridge craft and expert competencies are embedded in their career paths, Peter's ability is based rather on his experience as an advocate in the management of

risk in the mental health hospital where our study was based. Hospitalized twenty-five years ago for the first time, he had an intimate experience of mental health care organizations. Although he vaguely knew that safety risk norms existed in general from previous different work environments, he did not look into them further when he was hospitalized. Nevertheless, over time, he developed some ideas about what could be done to improve things that he found were not in the best interest of patients, such as, for example, the way they were talked to by staff. After a long stay at the hospital a few years ago, he was invited to participate in a focus-group related to quality improvement in the units. The focus group included professionals, and it gave him the opportunity to share his ideas and feelings about life in the unit. It also gave him a chance to hear about staff experiences, which did not often happen:

I'm going to take nurses as examples. Nurses have a lot of paperwork to do and that keeps them from being with patients. They have less time and they also suffer from that. They would like to spend more time with them. (Participant 29)

This helped him understand how changes related to safety bothered some staff members as much as him. In that experience, he found the motivation to become involved in other committees, but he soon noticed that not everyone in the organization was interested in what he had to say:

I was invited to participate in a meeting with people that don't have mental health problems and they didn't want me there. This happened when I first came in. X told me one time: I would have invited you, but in the end, they preferred you didn't attend. (Participant 31)

Although Peter first felt diminished by that attitude, it motivated him to make things change. He always recognized all that the staff did for him over time, but he could not ignore that a lot of work still had to be done. He then became increasingly involved in the user's committee and quickly gained a more general understanding of rights, quality, and safety issues across the organization, in both its internal and external resources. He met with people who, without having had a mental health problem, shared the same sense of injustice, which stemmed from being close to a patient or from working on the issues closely. He also enjoyed presentations from professionals explaining their work about different subjects, such as available resources, activities, and opportunities for involvement. He became aware of larger issues through exchanges with other patients about personal experiences in relation to hospitalization and recovery. In the process, his involvement became less about his own experience and more about the bigger picture.

I find there is a lack of interest, even more so for those who are not even in external resources, that are now alone and have to go to their appointment with their psychiatrists, I find we give up on them too quickly. It's not ill intentions, there were budget cuts and it's difficult to follow everyone, but we rely too much on the fact that we give them their autonomy, they have to live in the ordinary world, but we forget that they are sometimes deprived, without families or spouse and when they're alone in their small apartment, it doesn't work anymore. (...) the organization sees it as a success because he was reinserted in society, but I think that's where risk management can be improved. (Participant 12)

Peter's first experience of safety risk issues and his subsequent involvement in safety risk committees stemmed from experiences he felt were unfair and detrimental. Experiences of being in extremely vulnerable situations as a patient or as a relative or as an advocate are at the core of Peter's ability to move between formal and informal safety risk management.

Since his involvement was beginning to be noticed by different key actors he was invited to join the organization's administration board and had the opportunity to hear about the overall situation of the hospital. He also heard about questions and interventions from different groups, including union representatives and members. It was also the first time he saw statistics about accidents and the first time he heard about quality and risk management norms. Although such information was not all that interesting to him at first, it was handy when he was later invited to participate in committees working specifically on quality and risk management issues. Of course, he was aware that some of these invitations came from the fact that the government required a specific composition of some committees, but he really felt he could bring something to the table.

I've experienced isolations and restraints many times when I was younger and because of that, I told myself I would go there. At first, I was more emotional, on all committees in the beginning, we tend to be more emotional, in my experience at least... It's like you want to settle scores, but it changes with time. I've lived it, so I can contribute to their understanding, I can understand too and I've explained how a person could feel in that situation. (Participant 27)

The occasionally painful experiences he had and the 'felt shame' (Creed et al., 2014) of being constrained and vulnerable when hospitalized led him to view the hospital staff as potential threats to his well being, which made his involvement in risk management initiatives more vindictive than Lisa's and David's. However, we can see that valuing equal treatment from staff was a way for Peter to build his 'relational legitimacy' as a riskworker (Daudigeos, 2013; Hall et al., 2015).

After receiving training in order to provide support and help to patients on different accounts he also became involved in associations and events related to patient rights and patient partnership. Over time, he came to use a normative and technical vocabulary more frequently and gained confidence in his ability to ask questions and bring up issues.

When we looked at schemas, it turns in my head and I see the categories. All the things I have seen in my years of treatment here go through my head. I can see what it's about and at the same time, there are things that are not talked about and that are not reported. The category 'others' is considered less important, but I believe it's neglected and it's the most important one. (participant 27)

However, long discussions about norms could take up time he thought could be better used to discuss issues affecting patients:

When we talk about quality accreditation, it becomes almost political. Then, we no longer give our attention to case studies because you have to settle things on some norm and when it's the year of accreditation, we talk about it even more. (Participant 3)

Although Peter acquired progressively 'institutionalized vocabularies' (Schildt et al., 2011, p. 82) about safety and its management, he did not have as much prior formal or informal knowledge about these issues as Lisa and Peter had. He also did not have to comply with the same plethora of institutional requirements as his commitment was mainly based on his valuation and defense of patients' rights. Hence, his socialization process was particularly challenging. Since time and resources are scarce, the expert language used by other members during meetings could not always be explained to him and he generally had to rely on his everyday life experiences and encouragement from others to "illustrate these experiences with anecdotes" (Horlick-Jones, 2008, p. 703). This is mainly how he was able to participate in the ongoing collective sense-making of safety risks issues. Therefore, his participation in committees played an important role as he could not count on an expert discourse and nor on some power position as Lisa and Peter could. However, we can see that he nevertheless gained influence by reframing key discussions about risks and making them about what was really experienced by patients when safety measures were applied. Put differently, Peter's direct experience allowed him to performed a more interpretative riskwork (Labelle et Rouleau, 2016).

Over time, Peter became more motivated than ever to participate in the ongoing work regarding quality and safety as well as the specific question of patient integration and other issues related to

patients. Since he observed many changes in the hospital, including the rise of patient partnership and citizenship, he was confident that progress in that sense was possible, even though it was not always well understood:

I think it's too bad because I'm not sure the person that's going to participate is going to feel that she contributes. Sometimes, it's too administrative. It's like you put a patient there to legitimize a committee and we indulge because it's trendy. (Participant 2)

Peter knew that some people were not comfortable having him around the table, but with time and with the help of members of the administration that already knew him, he felt more and more accepted as an equal, rather than an outsider who was there to make trouble. Through his personal experiences of having been hospitalized and by speaking with a wide diversity of professionals formally and informally, he helped staff and professionals realize how the application of safety measures could have serious implications for patient autonomy. Over the years, he also had the opportunity to hear how staff and professionals could feel about these initiatives, such as the progressive unlocking of previously restricted areas of the hospital. Although he did not always agree with their points of view, he recognized the importance of open discussion in order to change things for the better—not just for patients but also for staff and professionals. It would seriously anger him to hear that some of them still considered patients as threats when they were supposed to be cared for. When he heard stories about challenges staff faced when a patient was in crisis, for instance, he knew it was not always easy for them, but he never accepted views that stigmatized the patients and never would. Hearing the experiences of staff and professionals allowed him to grasp the complex and emotional events they go through in managing safety risks. This gave him the motivation to continue his journey advocating for patients and sharing what was achieved with as much staff and professionals as possible.

As Peter's institutional riskwork biography reveals, it was his personal experiences that gave him the ability to share an unusual point of view on safety risk issues. Peter's ability to question characterizations of risk stemmed from his experience of being hospitalized and his advocacy on behalf of all patients. Rather than making risks visible by 'abstraction' or 'substitution' (Jarzabkowski et al., 2013), Peter incarnated them. Bringing a different point of view to the table and seeing that his point of view contributed to changing the way safety risks are managed contributed to reshaping the way he experienced his vulnerability as a patient.

6.6 Discussion

In putting together what we have called institutional riskwork biographies, our study shows that the skilful comings and goings between formal and informal risk management practices are rooted in an interplay between valuation and significant experiences with risk issues that occurs in three different ways: by valuing relationships and experiencing dilemmas; by valuing standards and experiencing ambiguity; and by valuing autonomy and experiencing vulnerability. These biographies have revealed two significant commonalities. First, they lead us to propose the idea of an ‘action scheme’ as a set of practical skills at the core of riskworkers’ ability to conduct riskwork. Second, it appears that riskworkers’ participation in diverse intersubjective areas plays a crucial role in the development of actors’ ability to conduct riskwork in complex institutional environments.

The institutional riskwork biographies of Lisa, David, and Peter suggest that riskworkers develop a more or less explicit ‘action scheme’ or pattern of action over time that structures their riskwork. This ‘action scheme’ is based on an interplay between what riskworkers value and what they experience. As we saw, Lisa’s story reveals the institutional complexity of dealing with dilemmas when fulfilling the role of managing risks. Through her riskwork she had often been stuck between managerial and clinical demands, but her clinical background gave her legitimacy as a riskworker (Burgess et Currie, 2013; Currie et al., 2015; Waring et al., 2013). She maintained this sense of legitimacy by always relying on her good relationships with different stakeholders. It is precisely because she experienced difficult dilemmas that she was able to develop ‘envisionment practices’ (Mikes, 2011). She was able to influence these practices because of her involvement in informal networks (Mikes, 2016), relational skills (Palermo, 2014), and her affective commitment with stakeholders (Mikes, 2016). The involvement with others in dealing with dilemmas over the years constituted her action scheme, and this is where the practical skills reside that are at the core of her ability to conduct riskwork.

David’s profile showed a very different action scheme, one that is closer to the action scheme of a medical professional. His biography revealed a strong valuation for standards as his accomplishments were mainly linked to codifying and formalizing risk management practices in order to deal with ambiguity related to the affective side of riskwork. Since he was uncomfortable

with the ambiguity he faced early in his career, he made sure to develop tools that could reassure him and others (Jordan et al., 2013; Jørgensen et Jordan, 2016). Valuing material practices of standardizing riskwork tools and frameworks enabled David to connect with other members of the organization, since maps and other visual risk artefacts allows collective reflexivity about the way things are done (Iedema et Carroll, 2011). Nonetheless, David's action scheme based on risk representation practices (Jarzabkowski et al., 2013; Jarzabkowski et al., 2015) was central in terms of riskwork resource solicitation and attribution.

Peter's profile also presented a specific 'action scheme' for dealing with riskwork, one characteristic of riskwork protagonists who lack of power. His deep experiences of vulnerability were at the basis of his participation in safety risk discussions and initiatives, while his valuing of autonomy informed his desire to know more about what he saw and heard in risk related meetings. By progressively acquiring a risk management vocabulary, he gained confidence and came to value autonomy, which enabled him to raise questions about aberrations and vulnerabilities. In contrast with Peter's active involvement with tools, systems, and processes turned out to be the best way for him to cope with his vulnerability as a patient. However, in contrast with what Gendron et al. (2015) found in their research, Peter's involvement with tools, systems and processes did not stop him from criticizing the organization. While some professionals, such as doctors, can see their autonomy threatened by managerial control related to safety risk management, which can make them respond with resistance (McDonald et al., 2006; Waring et Currie, 2009), Peter's quest for autonomy, both for himself and his patients, was accomplished not only through resistance (Currie et al., 2008; Waring, 2007) but also through allies in his professional sphere (Fischer et Ferlie, 2013; Fischer et McGivern, 2016). Moreover, Peter's profile illustrates how his socialization process enabled him to move between formal and informal risk management.

The notion of an action scheme is not a new one. It was introduced by Piaget (1971) to refer to what is transposable, generalizable, or differentiable in an action from one situation to another. The three profiles described above show a clear continuity in what riskworkers value and experience when performing riskwork over time. In Piaget's conception, action schemes are a set of practical skills that transform and that are more or less adaptable to many situations. In management literature, when the notion of schemas is used, it generally refers to stable mental structures that allow an automatic or routine action in similar situations (Sontag, 2002). The notion of action

scheme that we propose here differs in that it refers to a set of practical skills rather than to cognitive structures. Put differently, the action schemes of mental health workers mobilize their practical knowledge, enabling them to interpret situations and take actions suited to the circumstances and contexts in which they work. Beyond the institutional discourse of risk management, riskworkers have specific ways of doing things that developed out of their capacity to mediate between their values and experiences. These action schemes, to some extent, constitute a ‘practical riskwork theory-in-action’ (Rae, 2004), which evolves over time through experience and is at the core of their ability to conduct riskwork.

The three profiles reveal the crucial role played by participation in intersubjective areas in the development of riskworkers’ ability to conduct riskwork. Indeed, our results show that riskworkers’ participation in different committees and forums where safety risk issues were discussed was key to their ability to conduct riskwork over time. In these ‘spaces’, they were able to share their personal experiences, but also to hear how others experienced the same situations. Having the opportunity to take each other’s places (Duranti, 2010, p. 7), while confronting what they value personally and collectively, they intersubjectively construct their ability to conduct riskwork. These intersubjective areas appear to be more than what Iedema and Carroll (2011) characterize as reflexive areas to improve safety practices; we argue that riskworker participation in such spaces promotes the formation of a common world, which is made possible by actors putting themselves in the shoes of other people (Duranti 2010). In this sense, these intersubjective areas also give riskworkers a way of going beyond the political nature of riskwork (Horlick-Jones, 2005a; Power, 2016) in order to reconnect with a more embodied and human way of looking at common challenges pertaining to safety risk issues. More than simple strategic spaces that allow for opportunities (Jarzabkowski et al., 2015), these spaces, we contend, act as a catalyst to change the collective lived experience of safety risk issues, which enable riskworkers to accomplish a variety of formal and informal roles, as well as practices and strategies, that call for expert and craft competencies.

Contributions. Our study makes three important contributions. First, we contribute to literature on riskwork by offering an exploration of risk-related practices that is also rooted in lived experiences. Indeed, studies on riskwork have thus far said little about the roots individual capacities to navigate skilfully between formal and informal practices. Studying riskwork by looking at riskworkers’

roles, practices, and political strategies without a deeper understanding of how they develop their ability to conduct riskwork constitutes an important gap. What is not clear in the literature and what our research sheds light on is that risk management roles, practices, and strategies are not only linked to formal or craft levels of competency. Having lived, seen, felt, in other words experienced rather than simply cognitively processed dilemmas, ambiguity or vulnerability enabled riskworkers' professional legitimacy. Such professional legitimacy is less about gaining power or diffusing knowledge and practices than about finding solutions for others and transforming both professionals and patient's lived experience.

Our second contribution relates to the emerging risk biography literature. Our study builds on earlier studies that have explored the lives of people living with risk in their everyday personal lives, (Apitzsch, 2010; Bond et al., 2012; Burchardt, 2010; Kelly, 2007; Lee, 2008; Henwood et al., 2010; Pidgeon et al., 2008; Schäfer, 2010; Reiter, 2010; Roth, 2015; Zinn, 2010a) by showing how riskworkers in their day-to-day work contribute to purposefully transforming the socio-symbolic contexts in which they experience and manage risks. By paying closer attention to riskworkers' professional encounters with risk and their relation to important aspects of their individual biographies as they are enabled and constrained by institutional forces, we were able to get a better understanding of riskworkers' relationship with risk management. Although Roth's (2015) study of aid work represents a noticeable effort to pay attention to riskworkers' professional encounters with risk, we suggest rich institutional riskwork biographies of various types of riskworkers could represent a fruitful area of research for both risk biography and riskwork literatures.

Third, the specific biographical method we developed also contributes to institutional work literature. Through our data analysis that was inspired by Gherardi (2008), we were able to show how embeddedness in complex institutional arrangements shaped the more formal aspect of risk management of individuals and collective riskworkers. Guidelines and committees, gave David, Lisa and Peter numerous opportunities to develop informal practices that allowed them to influence the socio-symbolic context in which risk management efforts are deployed both inside and outside their organization (Labelle et Rouleau, 2017), for instance through their accomplishments. Hence, we build on the work of Creed et al. (2010), Lawrence et al. (2011), Suddaby et al. (2016), and Zilber (2009) and we present an alternative to the emphasis on personal qualities and individual

life stories (e.g., Fligstein, 1997; Kisfalvi et Maguire, 2011; Mutch, 2007; Lawrence et Dover, 2015). We also present an alternative to retrospective and strategic explanations of field-level institutional change (e.g. Delbridge et Edwards, 2013; Maguire et al., 2004; Rao, Monin et Durand, 2003).

6.7 Conclusion

Drawing on semi-structured interviews with riskworkers conducted during an ethnographic case study at a mental health hospital, we examined the career paths, accomplishments, and institutional forces that constrain and enable riskworkers' daily management of safety risks. The reconstruction of three institutional riskwork biographies has allowed us to provide an original picture of the development of the ability to conduct riskwork that complements the literature describing the roles, practices, and strategies accomplished by riskworkers. This research has proposed some relevant theoretical and methodological implications for advancing research on riskwork.

Our study does have certain limitations. The most important one stems from our choice to focus primarily on the professional and organizational aspects of riskworker biographies. This has meant that some aspects of the personal lives of participants that could have played an important role in the development of their ability to conduct riskwork could have been overlooked. Furthermore, since our methodology did not include a systematic mapping of every institutional and organizational norm, rule, and regulative text, we were not able to provide a more detailed picture of institutional constraints and enablers involved in riskwork. Finally, although we made sure to develop a method that helped us capture the collective aspect of riskwork, the generalizability of our results would still be limited to similar work roles and environments.

Our findings suggest that further research on riskwork should pay more attention to notions of 'action schemes' and intersubjective areas in order to deepen understanding of riskwork. To do so, we suggest that the concept of place, as used by Lawrence and Dover (2015), could be an interesting start. Their exploration of the links between place and institutional work could well be applied to the links between specific places in which riskwork is performed, such as hospitals and their symbolically charged material configurations. More research on riskworkers and their motivations in conducting riskwork also needs to be developed. Such research would benefit from combining

biographical approaches, whether individual or institutional, with other forms of narratives, such as the critical incident method (see Butterfield, Borgen, Amundson et Maglio, 2005 for a review). This would help capture more details about the significant experiences of actors, which seems to be central in the development of their ‘action scheme’.

References

- Adelswärd, V. et L. Sachs (2003). "The Messenger's Dilemmas – Giving and Getting Information in Genealogical Mapping for Hereditary Cancer", *Health, Risk & Society* vol. 5, no 2, p. 125-138.
- Apitzsch, B. (2010). "Informal Networks and Risk Coping Strategies in Temporary Organizations: The Case of Media Production in Germany", *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, vol. 11, no 1.
- Balleux, A. (2007). « Le récit phénoménologique : étape marquante dans l’analyse des données ». *Recherches qualitatives – Hors-Série*. Récupéré de http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v3/Balleux-FINAL2.pdf
- Barley, S. et G. Kunda (2001). "Bringing Work Back In", *Organization Science*, vol. 12, no 1, p. 76-95.
- Beaumont, P. B., J. W. Leopold et J. R. Coyle (1982). "The Safety Officer: An Emerging Management Role?", *Personnel Review*, vol. 11, no 2, p. 35-38.
- Beck, U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. London, Sage Publications, 272 p.
- Boholm, Å. et H. Corvellec (2011). "A Relational Theory of Risk", *Journal of Risk Research*, vol. 14, no 2, p. 175-190.
- Boholm, Å., H. Corvellec et M. Karlsson (2012). "The Practice of Risk Governance: Lessons from the Field", *Journal of Risk Research*, vol. 15, no 1, p. 1-20.
- Boholm, Å. et H. Corvellec (2016). "The Role of Valuation Practices for Risk Identification", dans M. Power (Ed.), *Riskwork. Essays on the Organizational Life of Risk Management*, Oxford, Oxford University Press, p. 110-129.
- Bond, C., M. Brough, G. Spurling et N. Hayman (2012). "It Had to Be My Choice. Indigenous Smoking Cessation and Negotiations of Risk, Resistance and Resilience", *Health, Risk & Society*, vol. 14, no 6, p. 565-581.
- Burchardt, M. (2010). "Life in Brackets: Biographical Uncertainties of HIV-Positive Women in South Africa", *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, vol. 11, no 1.
- Burgess, N. et G. Currie (2013). "The Knowledge Brokering Role of the Hybrid Middle Level Manager: The Case of Healthcare", *British Journal of Management*, vol. 24, no S1, p. S132-S142.
- Butterfield, L. D., W. A. Borgen, N. E. Amundson et A.-S. T. Maglio (2005). "Fifty Years of the Critical Incident Technique: 1954-2004 and Beyond", *Qualitative Research*, vol. 5, no 4, p. 475-497.
- Candlin, C. N. et S. Candlin (2002). "Discourse, Expertise, and the Management of Risk in Health Care Settings", *Research on Language and Social Interaction*, vol. 35, no 2, p. 115-137.
- Candlin, S. (2002). "Taking Risks: An Indicator of Expertise?", *Research on Language and Social Interaction*, vol. 35, no 2, p. 173-193.

- Corvellec, H. (2009). "The Practice of Risk Management: Silence is Not Absence", *Risk Management*, vol. 11, nos 3/4, p. 285-304.
- Corvellec, H. (2010). "Organizational Risk as it Derives from What Managers Value: A Practice-Based Approach to Risk Assessment", *Journal of Contingencies & Crisis Management*, vol. 18, no 3, p. 145-154.
- Currie, G., N. Burgess et J. C. Hayton, (2015). "HR Practices and Knowledge Brokering by Hybrid Middle Managers in Hospital Settings: The Influence of Professional Hierarchy", *Human Resource Management*, vol. 54, no 5, p. 793-812.
- Currie, G., A. Lockett, R. Finn, G. Martin et J. Waring (2012). "Institutional Work to Maintain Professional Power: Recreating the Model of Medical Professionalism", *Organization Studies*, vol. 33, no 7, p. 937-962.
- Creed, W. E. D., R. Dejordy et J. Lok (2010). "Being the Change: Resolving Institutional Contradiction Through Identity Work", *Academy of Management Journal*, vol. 53, no 6, p. 1336-1364.
- Creed, W. E. D., B. A. Hudson, G. A. Okhuysen et K. Smith-Crowe (2014). "Swimming in a Sea of Shame: Incorporating Emotion into Explanations of Institutional Reproduction and Change", *Academy of Management Review*, vol. 39, no 3, p. 275-301.
- Czarniawska, B. (2009). "Conclusions: Plans or Well-Practiced Improvisations", dans B. Czarniawska (Ed.), *Organizing in the Face of Risk and Threat* Cheltenham: Edward Elgar Pub, p. 166-196.
- Daudigeos, T. (2013). "In Their Profession's Service: How Staff Professionals Exert Influence in Their Organization", *Journal of Management Studies*, vol. 50, no 5, p. 722-749.
- Davis, A. (1996). "Risk Work and Mental Health", dans H. Kemshall et J. Pritchard (Eds.), *Good Practice in Risk Assessment and Risk Management 1*, London; Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers, p. 109.
- Delbridge, R. et T. Edwards (2013). "Inhabiting Institutions: Critical Realist Refinements to Understanding Institutional Complexity and Change", *Organization Studies*, vol. 34, no 7, p. 927-947.
- Demortain, D. (2016). "The Work of Making Risk Frameworks", dans M. Power (Ed.), *Riskwork. Essays on the Organizational Life of Risk Management*, Oxford, Oxford University Press, p. 26-49.
- Dixon-Woods, M., A. Suokas, E. Pitchforth et C. Tarrant (2009). "An ethnographic study of classifying and accounting for risk at the sharp end of medical wards", *Social Science & Medicine*, vol. 69, no 3, p. 362-369.
- Duranti, A. (2010). "Husserl, Intersubjectivity and Anthropology", *Anthropological Theory*, vol. 10, no 1, p. 1-20.
- Dorado, S. (2013). "Small Groups as Context for Institutional Entrepreneurship: An Exploration of the Emergence of Commercial Microfinance in Bolivia", *Organization Studies*, vol. 34, no 4, p. 533-557.
- Fischer, M. D. et E. Ferlie (2013). "Resisting Hybridisation Between Modes of Clinical Risk Management: Contradiction, Contest, and the Production of Intractable Conflict", *Accounting, Organizations & Society*, vol. 38, no 1, p. 30-49.
- Fischer, M. D. et G. McGivern (2016). "Affective Overflows in Clinical Riskwork", dans M. Power (Ed.), *Riskwork. Essays on the Organizational Life of Risk Management*, Oxford, Oxford University Press, p. 232-252.
- Fligstein, N. (1997). "Social Skill and Institutional Theory", *American Behavioral Scientist*, vol. 40, no 4, p. 397-405.

- French, B. (2005). "Evidence-Based Practice and The Management of Risk in Nursing", *Health, Risk & Society*, vol. 7, no 2, p. 177-192.
- Gendron, Y., M. Brivot et H. Guénin-Paracini (2015). "The Construction of Risk Management Credibility within Corporate Boardrooms", *European Accounting Review* Forthcoming. Récupéré de <http://ssrn.com/abstract=2618638>.
- Gephart, R. P. J. (1993). "The Textual Approach: Risk and blame in Disaster Sensemaking", *Academy of Management Journal*, vol. 36, no 6, p. 1465-1514.
- Gherardi, S. (2008). « Aujourd'hui les plaques sont molles ! Savoir situé et ambiguïté dans une communauté de pratiques », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 2, no 1, p. 3-35.
- Gherardi, S. et D. Nicolini (2000a). "The Organizational Learning of Safety in Communities of Practice", *Journal of Management Inquiry*, vol. 9, no 1, p. 7-18.
- Gherardi, S. et D. Nicolini (2000b). "To Transfer is to Transform: The Circulation of Safety Knowledge", *Organization*, vol. 7, no 2, p. 329-348.
- Gherardi, S. et D. Nicolini (2002). "Learning the Trade: A Culture of Safety in Practice", *Organization*, vol. 9, no 2, p. 191-223.
- Godin, P. M. (2004). "You Don't Tick Boxes on a Form: A Study of How Community Mental Health Nurses Assess and Manage Risk", *Health, Risk & Society*, vol. 6, no 4, p. 347-360.
- Guénin-Paracini, H., B. Malsch et A. Marché-Paillé (2014). "Fear and Risk in the Audit Process", *Accounting, Organizations & Society*, vol. 39, no 4, p. 264-288.
- Hall, M., A. Mikes et Y. Millo (2015). "How Do Risk Managers Become Influential? A Field Study of Toolmaking in Two Financial Institutions", *Management Accounting Research*, no 26, p. 3-22.
- Hall, M. et R. Fernando (2016). "Beyond the Headlines: Day-To-Day Practices of Risk Measurement and Management in a Non-Governmental Organization", dans M. Power (Ed.), *Riskwork. Essays on the Organizational Life of Risk Management*, Oxford, Oxford University Press, p. 72-90.
- Hardy, C. et S. Maguire (2016). "Organizing Risk: Discourse, Power and 'Riskification'", *Academy of Management Review*, vol. 41, no 1, p. 80-108.
- Hayne, C. et C. Free (2014). "Hybridized Professional Groups and Institutional Work: Coso and the Rise of Enterprise Risk Management", *Accounting, Organizations and Society*, vol. 39, no 5, p. 309-330.
- Healy, S. (2004). "A 'Post-Foundational' Interpretation of Risk: Risk as Performance", *Journal of Risk Research*, vol. 7, no 3, p. 277-296.
- Henwood, K., N. Pidgeon, K. Parkhill et P. Simmons (2010). "Researching Risk: Narrative, Biography, Subjectivity", *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, vol. 11, no 1.
- Hutter, B. 2001. *Regulation and Risk: Occupational Health and Safety on the Railways*, Oxford, Oxford University Press, 356 p.
- Hoffmann, M., P. Linell, L. Lindh-Åstrand et K. Kjellgren (2003). "Risk Talk: Rhetorical Strategies in Consultations on Hormone Replacement Therapy", *Health, Risk & Society*, vol. 5, no 2, p. 139-154.
- Horlick-Jones, T., J. Rosenhead, I. Georgiou, J. Ravetzd et R. Löfstedte (2001). "Decision Support for Organisational Risk Management by Problem Structuring", *Health, Risk & Society*, vol. 3, no 2, p. 141-165.
- Horlick-Jones, T. (2003). "Managing Risk and Contingency: Interaction and Accounting Behaviour", *Health, Risk & Society*, vol. 5, no 2, p. 221-228.

- Horlick-Jones, T. (2004). "Experts in Risk?... Do They Exist?", *Health, Risk & Society*, vol. 6, no 2, p. 107-114.
- Horlick-Jones, T. (2008). "Reasoning About Safety Management Policy in Everyday Terms: A Pilot Study in Citizen Engagement for the UK Railway Industry", *Journal of Risk Research*, vol. 11, no 6, p. 697-718.
- Horlick-Jones, T. (2005a). "On 'risk work': Professional Discourse, Accountability and Everyday Action", *Health, Risk & Society*, vol. 7, no 3, p. 293-307.
- Horlick-Jones, T. (2005b). "Informal Logics of Risk: Contingency and Modes of Practical Reasoning", *Journal of Risk Research*, vol. 8, no 3, p. 253-272.
- Hutter, B. (2001). *Regulation and Risk: Occupational Health and Safety on the Railways*, Oxford, Oxford University Press, 376 p.
- Iedema, F. A., S. Grant et C. Jorm (2006). "Narrativizing Errors of Care: Critical Incident Reporting in Clinical Practice", *Social Science & Medicine*, vol. 62, no 1, p. 134-144.
- Iedema, R., C. Jorm et M. Lum (2009). "Affect is Central to Patient Safety: The Horror Stories of Young Anaesthetists", *Social Science & Medicine*, vol. 69, no 12, p. 1750-1756.
- Iedema, R. et K. Carroll (2011). "The 'Clinicalist' Institutionalizing Reflexive Space to Realize Safety and Flexible Systematization in Health Care", *Journal of Organizational Change Management*, vol. 24, no 2, p. 175-190.
- Jarzabkowski, P., G. Burke et P. Spee (2015). "Constructing Spaces for Strategic Work: A Multimodal Perspective", *British Journal of Management*, tome 26 (S1), p. S26-S47.
- Jarzabkowski, P., P. Spee et M. Smets (2013). "Material Artefacts: Practices for Doing Strategy with Stuff", *European Management Journal*, vol. 31, no 1, p. 41-54.
- Jarzabkowski, P., R. Bednarek et P. Spee (2015). *Making a Market for Acts of God: The Practice of Risk-Trading in the Global Reinsurance Industry*, Oxford, Oxford University Press, 256 p.
- Jordan, S., L. Jørgensen et H. Mitterhofer (2013). "Performing Risk and the Project: Risk Maps as Mediating Instruments", *Management Accounting Research*, vol. 24, no 2, p. 156-174.
- Jørgensen, L. et S. Jordan (2016). "Risk Mapping – Day-To-Day Riskwork in Inter-Organizational Project Management", dans M. Power (Ed.), *Riskwork. Essays on the Organizational Life of Risk Management*, Oxford, Oxford University Press, p. 50-71
- Kalthoff, H. (2005). "Practices of Calculation: Economic Representations and Risk Management", *Theory, Culture & Society*, vol. 22, no 2, p. 69-97.
- Kelly, P. (2007). "Governing Individualized Risk Biographies: New Class Intellectuals and the Problem of Youth at Risk", *British Journal of Sociology of Education*, vol. 28, no 1, p. 39-53.
- Kemshall, H. (2000). "Conflicting Knowledges on Risk: The Case of Risk Knowledge in the Probation Service", *Health, Risk & Society*, vol. 2, no 2, p. 143-158.
- Kindy, D., S. Petersen et D. Parkhurst (2005). "Perilous Work: Nurses' Experiences in Psychiatric Units with High Risks of Assault", *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 19, no 4, p. 169-175.
- Kisfalvi, V. et S. Maguire (2011). "On the Nature of Institutional Entrepreneurs: Insights from the Life of Rachel Carson", *Journal of Management Inquiry*, vol. 20, no 2, p. 152.
- Labelle, V. et L. Rouleau (2017). "The Institutional Work of Hospital Risk Managers: Democratizing and Professionalizing Risk Management", *Journal of Risk Research*, vol. 20, no 8, p. 1053-1075.
- Lawrence, T. B. et G. Dover (2015). "Place and Institutional Work", *Administrative Science Quarterly*, vol. 60, no 3, p. 371-410.
- Lawrence, T., R. Suddaby et B. Leca (2011). "Institutional Work: Refocusing Institutional Studies of Organization", *Journal of Management Inquiry*, vol. 20, no 1, p. 52-58.

- Lee, E. (2008). "Living with Risk in the Age of 'Intensive Motherhood': Maternal Identity and Infant Feeding", *Health, Risk & Society*, vol. 10, no 5, p. 467-477.
- Linell, P., V. Adelwärd, L. Sachs, M. Bredmar et U. Lindstedt (2002). "Expert Talk in Medical Contexts: Explicit and Implicit Orientation to Risks", *Research on Language and Social Interaction*, vol. 35, no 2, p. 195-218.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level Bureaucracy – Dilemmas of the Individuals in Public Services*. New York, Russell Sage Foundation, 2nd ed., 300 p.
- Maguire, S. et C. Hardy (2009). "Discourse and Deinstitutionalization: The Decline of DDT", *Academy of Management Journal*, vol. 52, no 1, p. 148-178.
- Maguire, S. et C. Hardy (2013). "Organizing Processes and the Construction of Risk: A Discursive Approach", *Academy of Management Journal*, vol. 56, no 1, p. 231-55.
- Maguire, S. et C. Hardy (2016). "Riskwork : Three scenarios from a Study of Industrial Chemicals in Canada", dans M. Power (Ed.), *Riskwork. Essays on the Organizational Life of Risk Management*, Oxford, Oxford University Press, p. 130-149.
- Maguire, S. et C. Hardy et T. B. Lawrence (2004). "Institutional Entrepreneurship in Emerging Fields: HIV/AIDS Treatment Advocacy in Canada", *Academy of Management Journal*, vol. 47, no 5, p. 657-679.
- Mayer, J. C. (2016). « Influencer l'attention des décideurs : Les pratiques d'"issue-selling" des risk managers », *Revue Française de Gestion*, vol. 42, no 255, p. 75-88.
- McDonald, R., J. Waring et S. Harrison (2006). "Rules, Safety and The Narrativisation of Identity: A Hospital Operating Theatre Case Study", *Sociology of Health & Illness*, vol. 28, no 2, p. 178-202.
- Mikes, A. (2008). "Chief Risk Officers at Crunch Time: Compliance Champions or Business Partners?", *Journal of Risk Management in Financial Institutions*, vol. 2, no 1, p. 7-25.
- Mikes, A. (2011). "From Counting Risk to Making Risk Count: Boundary-Work in Risk Management", *Accounting, Organizations and Society*, vol. 36, no 4-5, p. 226-245.
- Mikes, A. (2016). "The Triumph of the Humble Chief Risk Officer", dans M. Power (Ed.), *Riskwork. Essays on the Organizational Life of Risk Management* Oxford, Oxford University Press, p. 253-273.
- Mutch, A. (2007). "Reflexivity and the Institutional Entrepreneur: A Historical Exploration", *Organization Studies*, vol. 28, no 7, p. 1123-1140.
- Nicolini, D., J. Waring et J. Mengis (2011). "Policy and Practice in the Use of Root Cause Analysis to Investigate Clinical Adverse Events: Mind the gap", *Social Science & Medicine*, vol. 73, no 2, p. 217-225.
- Pailhé, P. et A. Mucchielli (2005). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, Armand Colin, 211 p.
- Palermo, T. (2014). "Accountability and Expertise in Public Sector Risk Management: A Case Study", *Financial Accountability & Management*, vol. 30, no 3, p. 322-341.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3rd ed.). Thousand Oaks; London, Sage, 688 p.
- Pernkopf-Konhäusner, K. (2014). "The Competent Actor: Bridging Institutional Logics and French Pragmatist Sociology", *Journal of Management Inquiry*, vol. 23, no 3, p. 333-337.
- Piaget, J. (1971). *Biology and Knowledge: An Essay on the Relations Between Organic Regulations and Cognitive Processes*. Chicago, Chicago University Press, 391 p.
- Pidgeon, N. F., K. L. Henwood, K. A. Parkhill, D. Venables et P. Simmons (2008). "Living with Nuclear Power in Britain: A Mixed Methods Study", *School of Psychology*, Cardiff University. Récupéré de <http://www.kent.ac.uk/scarr/SCARRNuclearReportPidgeonet alFINAL3.pdf>.

- Pires, A. (1997). « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », dans J. Poupart, L.-H. Groulx, R. Mayer, J. P. Delauriers, A. Laperrière et A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin, p. 113-169.
- Phillips, N. et T. B. Lawrence (2012). "The Turn to Work in Organization and Management Theory: Some Implications for Strategic Organization", *Strategic Organization*, vol. 10, no 3, p. 223-230.
- Power, M. (1999). *The Audit Society: Rituals of Verification*. 2nd Ed. Oxford, Oxford University Press, 208 p.
- Power, M. (2004). *The Risk Management of Everything: Rethinking the Politics of Uncertainty*. London, Demos, 73 p.
- Power, M. (2005). "Organizational Responses to Risk: The Rise of the Chief Risk Officer", dans B. Hutter et M. Power (Eds.), *Organizational Encounters with Risk*, Cambridge: Cambridge University Press, p. 132-148.
- Power, M. (2007). *Organized Uncertainty: Designing a World of Risk Management*. Oxford, Oxford University Press, 268 p.
- Power, M. (2016). *Riskwork. Essays on The Organizational Life of Risk Management*. Oxford, Oxford University Press, 307 p.
- Reiter, H. (2010). "Context, Experience, Expectation, and Action – Towards an Empirically Grounded, General Model for Analyzing Biographical Uncertainty", *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, vol. 11, no 1.
- Rae, D. (2004). "Practical Theories from Entrepreneurs' Stories: Discursive Approaches to Entrepreneurial Learning", *Journal of Small Business and Enterprise Development*, Vol. 11, no 2, p. 195-202.
- Rao, H., P. Monin et R. Durand (2003). "Institutional Change in Toque Ville: Nouvelle Cuisine as an Identity Movement in French Gastronomy", *American Journal of Sociology*, vol. 108, no 4, p. 795-843.
- Roth, S. (2015). "Aid Work as Edgework – Voluntary Risk-taking and Security in Humanitarian Assistance, Development and Human Rights Work", *Journal of Risk Research*, vol. 18, no 2, p. 139-155.
- Rouleau, L. (2010). "Studying Strategizing Through Narratives of Practice", dans D. Golsorkhi, L. Rouleau, D. Seidl et E. Vaara (Eds.), *Cambridge Handbook of Strategy as Practice*, Cambridge: Cambridge University Press, p. 258-270.
- Saldaña, J. (2009). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*, Los Angeles, Sage, 223 p.
- Schildt, H. A., S. Mantere et E. Vaara (2011). "Reasonability and the Linguistic Division of Labor in Institutional Work", *Journal of Management Inquiry*, vol. 20, no 1, p. 82.
- Schäfer, N. (2010). "The Spatial Dimension of Risk: Young People's Perceptions of the Risks and Uncertainties of Growing Up in Rural East Germany", *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, vol. 11, no 1.
- Smets, M., P. Jarzabkowski, G. T. Burke et P. Spee (2015). "Reinsurance Trading in Lloyd's of London: Balancing Conflicting-Yet-Complementary Logics in Practice", *Academy of Management Journal*, vol. 58, no 3, p. 932-970.
- Sontag, M. (2002). « Le schéma d'action : outil de figuration des représentations dans l'analyse des pratiques professionnelles », *Revue Française de Pédagogie*, no 138, p. 29-38.
- Stone, L. (1971). "Prosopography", *Daedalus*, vol. 100, no 1, p. 46-79.

- Suddaby, R., T. Viale et Y. Gendron (2016). "Reflexivity: The Role of Embedded Social Position and Entrepreneurial Social Skill in Processes of Field Level Change", *Research in Organizational Behavior*. vol. 36, P. 225-245.
- Tekathen, M. et N. Dechow (2013). "Enterprise Risk Management and Continuous Re-Alignment in the Pursuit of Accountability: A German Case", *Management Accounting Research*, vol. 24, no 2, p. 100-121.
- Tulloch, J. et D. Lupton (2002). "Consuming Risk, Consuming Science: The Case of GM Foods", *Journal of Consumer Culture*, vol. 2, no 3, p. 55-85, 363-383.
- Tulloch, J. et D. Lupton (2003). *Risk and Everyday Life*. London, Sage Publications, 140 p.
- Vaughan, D. (1996). *The Challenger Launch Decision: Risky Technology, Culture and Deviance at NASA*. Chicago, University of Chicago Press, 620 p.
- Vargha, Z. (2016). "Conversation Stoppers: Constructing Consumer Attitudes to Risk in UK Wealth Management", dans M. Power (Ed.), *Riskwork. Essays on the Organizational Life of Risk Management*, Oxford, Oxford University Press, p. 172-192.
- Voronov, M. et L. Yorks (2015). "Did You Notice That?" Theorizing Differences in the Capacity to Apprehend Institutional Contradictions", *Academy of Management Review*, vol.40 , no 4, p. 563-586.
- Waring, J. (2007). "Adaptive Regulation or Governmentality: Patient Safety and the Changing Regulation of Medicine", *Sociology of Health & Illness*, vol. 29, no 2, p. 163-179.
- Waring, J. (2009). "Constructing and Re-Constructing Narratives of Patient Safety", *Social Science & Medicine*, vol. 69, no 12, p. 1722-1731.
- Waring, J. et G. Currie (2009). "Managing Expert Knowledge: Organizational Challenges and Managerial Futures for the UK Medical Profession", *Organization Studies*, vol. 30, no 7, p. 755-778.
- Waring, J., G. Currie, A. Crompton et S. Bishop (2013). "An Exploratory Study of Knowledge Brokering in Hospital Settings: Facilitating Knowledge Sharing and Learning for Patient Safety?", *Social Science & Medicine*, no 98, p. 79-86.
- Weick, K. et K. Roberts (1993). "Collective Mind in Organizations: Heedful Interrelating on Flight Decks", *Administrative Science Quarterly*, vol. 38, no 3, p. 357-381.
- Weick, K. E. (1993). "The Collapse of Sensemaking in Organizations: The Mann Gulch Disaster", *Administrative Science Quarterly*, vol. 38, no 4, p. 628-652.
- Wood, F., L. Prior et J. Gray (2003). "Translations of Risk: Decision Making in a Cancer Genetics Service", *Health, Risk & Society*, vol. 5, no 2, p. 185-198.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research, Design and Methods*, Fourth Edition. London, Sage, 219 p.
- Zhivitskaya, M. et M. Power (2016). "The Work of Risk Oversight", *Riskwork. Essays on the Organizational Life of Risk Management*, edited by M. Power, Oxford, Oxford University Press, p 91-109.
- Zilber, T. B. (2009). "Institutional maintenance as narrative acts. Institutional Work – Actors and Agency in Institutional Studies of Organizations", T. B. Lawrence, R. Suddaby et B. Leca, New York, Cambridge University Press, p. 205-235.
- Zinn, J. O. (2004). "Health, Risk and Uncertainty in the Life Course: A Typology of Biographical Certainty Constructions", *Social Theory & Health*, vol. 2, no 3, p. 199-221.
- Zinn, J. O. (2005). "The Biographical Approach: A Better Way to Understand Behaviour in Health and Illness", *Health, Risk & Society*, vol. 7, no 1, p. 1-9.
- Zinn, J. O. (2010a). "The Biographical Management of Risk and Uncertainty – British Veterans", *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, vol. 11, no 1.

Zinn, J. O. (2010b). "Biography, Risk and Uncertainty – Is there Common Ground for Biographical Research and Risk Research?", *Forum Qualitative Sozialforschung /Forum: Qualitative Social Research*, vol. 11, no 1, art 15.

Zinn, J. O. (2013). "Risk, Social Inclusion and the Life Course – Review of Developments in Policy and Research", *Social Policy and Society*, vol. 12, no 2, p. 319-333.

Appendix A - Individual riskwork narrative

Participant 24

X has a bachelor's degree in nursing and a master's degree in public administration. She came to the mental health unit somewhat by accident, but soon realized she was at the right place and developed a passion for it. She started working at a different mental health organization X years ago before taking on a position as program manager X years ago. Over the years, she had several different functions, such as nurse, chief assistant, and program manager. During her X years in the unit as a nurse, she did not hear much about risk management, at least not in these terms. Discussions about risks happened between team members about clinical issues. It was more about common sense and that was the way it was managed when something happened. Things were mostly taken care of inside the team and fewer people were aware of what had happened. Paradoxically, when accidents happened, there was extensive investigation at the clinical level and she found they often tried too much to reach risk 0, which led to clinical and organizational measures she did not necessarily agree with:

It's like it was less permissive and at the same time, measures were less structured by guidelines.

Disclosure of accidents was also something she does not recall hearing much about in those days. It was not that events were covered up, but families were not always informed about these situations. By the time it became mandatory to declare accidents, X had already become a manager and had not only had to comply with new guidelines, but also reinforce them, which was a challenge, because she was becoming used to them at the same time as everyone else. Although X already gave importance to transparency, it became a priority when she saw how much it helped build a trusting relationship with patients and their families, which is especially crucial when working with patients with intellectual disabilities. Her contact with families and their discussions about complex situations were core elements of risk management to her.

When it was very serious, we would call families, but we didn't go that far in disclosure. Now, they even have seats on different committees.

X saw committees multiply, much of which were multidisciplinary and became involved in quite a number of them. She saw a number of tools developed in order to communicate information about risks, such as fall prevention checklists and statistical presentations of events. When she was in charge, she tried to insure that she could bring floor staff around the table, but it proved difficult in

part because of limited resources. This was important in managing safety risks in order for X to stay in touch with what was really happening on the floor:

We have a vison, but they have a floor vision. I was on the floor once, but it was a long time ago and the clientele is changing. It's much more heavy than it was and missions also changed. It's not like before, when groups used to be less uniform and when clients were easier. Now, when only have difficult cases and their reality is not easy. We know it's important that they become involve in these committees, to be sensitized and see the value of the meetings.

Over time, she became involved in a growing number of committees where quality and safety were discussed, especially while preparing for quality certification and it even became what took most of her time. Risk management, programs, isolation and restraint measures and fall prevention have been adding up in the last few years, which gave her the opportunity to look into specific issues in a deeper way. For instance, since she arrived in the current organization, there wasn't any derogation guideline in situations in which the protocol could not be applied. Since she faced situations where the strict application of protocol could escalate an already risky situation, she needed to find a way of getting around these constraints.

Here, in the protocol, patients can't go in isolations in clothes, they have to wear an hospital gown, but my clientele doesn't understand that and I don't want to create another situation. (...) also, using alternative measures to isolation or restraints (...) It can be little things, but everything is declared now. It was a long process, something I brought from another organization where everyone signs for a derogation. Everything is transparent, everything is said on the committee.

X had the chance to count on the support of open-minded superiors in order to initiate changes, but also floor staff, who had to adjust to important changes over the years, like letting patient's door unlocked that was previously on 24 hours watch, improving the unit's setting in order to adjust and alarms to avoid bed restraints:

Now the door is always unlocked and nothing happened. It began with small 30 minutes' periods. When the team sees these wins, we tell them: look, it's because of your work. It changes their mentality. They've known the patient like that and think he is going to be that way forever, but he also changes.

X knows and understands that it's frightening to take such risks or to remain completely transparent because she also spent years working more directly with patients and lived through emotionally charged situations, but these situations, as well as participation on

concertation tables also gave her the means to be creative about solutions to the evolution of the way safety risks are managed:

We have been working on a framework on sexuality (...) we had situations where the staff didn't know what to do. An example is a client that uses objects on himself. They don't have anything and they will use anything, such as a remote control, but it causes wounds. What do we do with that?

Nonetheless, the increasing presence of patients on committees confirmed even more that her efforts to change how risk were managed were not in vain:

Hearing how they lived through it. They told us about their experience with isolation and restraining. A lot of times, we don't have that perspective, of how they lived it. It's deeply moving. Although we say that they're psychotic, they remember. They don't remember everything, but you know... Anyways, some of these situations have been really hurtful to them and also for their families, to see them in restraints.

Although patient consent and autonomy were always important to her, she also became increasingly concerned with supporting staff through the challenges that inevitably come with these changes. In the future, she wants to develop post-event debriefs even more and find ways to support staff who live with a lot of stress, especially while working with aggressive patients.

Appendix B - Individual riskwork profile

Participant	24
Structural profile	<ul style="list-style-type: none"> - Degree in nursing. - Degree in administration. - X years in mental health setting. - X years as a nurse. - X years as a manager.
First contacts with risk management	<ul style="list-style-type: none"> - Inside clinical team, through investigations.
Socialization instances	<ul style="list-style-type: none"> - Primary source was the team. - Risk management, programs, isolation and restraint measures and falls prevention. - Increased involvement when manager. - Concertation tables. - Visits to leading organizations.
Crucial events	<ul style="list-style-type: none"> - Contact and discussions with families. - Difficult decisions where patient's safety, autonomy as well as staff safety all have to be considered. - Witness of positive changes in the lives of patients. - Hearing patients recount their personal experiences with safety measures on committees.
Imperatives	<ul style="list-style-type: none"> - Transparency. - Justify resources attribution, but also derogation from protocols. - Trusting relationship with patients and families. - Support from superiors. - Bring floor staff around the table (keep contact with reality). - Accidents review. - Patient wellbeing instead of strict application of protocol. - Take staff fear and stress into consideration.
Lived changes	<ul style="list-style-type: none"> - Common sense was used to manage everyday risks and events. - Events discussed between members of the team. - Fewer people were aware of what had happened. - Families were not always informed about these situations.

	<ul style="list-style-type: none"> - Extensive investigation at the clinical level and risk 0 attitude. - Reluctance about divulgation of accidents. - Multiplication of quality and risk management committees. - Mandatory divulgation, declaration and quality certification. - Development of tools, such as frameworks and checklists. - Statistical presentation of events. - Derogations are transparent, everything is said on the committee. - More complex clientele.
Accomplishments	<ul style="list-style-type: none"> - Protocol derogation guidelines and their diffusion. - Alternative measures to isolation or restraints. - Framework on patient safety and efforts towards diffusion. - Adaptation of physical environment in units.

Appendix C – *Riskwork* collective profile

Structural profile	Technical and managerial background, training and position. X of experience in mental health organizations.
First contact with risk management	Dealing with risk issues early in his life. Early interest for investigating potentially dangerous situations. Hearing stories from family members. Risk management was performed before calling it that. Common sense was more involved at first Approximate ways of dealing with safety risks.
Crucial events	Lacking clear guidance on how to prevent undesirable events related to safety. Un-comfortability with approximations. Reading eye opening coroner reports. Anxiety from uncertainty in risky situations. Seeing patient in crisis. Hearing about aggressions and accidents. Hearing about patient's experiences on committees put habitual ways of doing things into question.
Imperatives	Reduction of ambiguity Technical skills and formal knowledge about how to manage safety risks. Projection. Uniformity. Justification of resources attribution Integrated vision of risk management. Credibility of risk management Patient integration in risk management tools and models. Staff's safety.
Lived changes	Concertation tables, reports and normative guidelines related to infection prevention, patient safety, occupational safety, civil security, etc. New training plan to deal with patient aggression potential. Unlocking of restricted areas. Procedures uniformity across organizations Budget cuts. Progressive inclusion of patients in administrative process.
Socialization	Family (storytelling) Team (how things are done here) Professional network (how things are done elsewhere) Concertation and working tables (common solutions) Quality and risk management committees (debates about solutions, procedures, hearing about staff and patient's experiences of safety measures).
Accomplishments	Contributing to improve and adapt risk management models and procedures locally and diffusing them at the field level. Standardize emergency and risk management procedures. Share successful procedures and protocols at the field level.

Chapitre 7 | Discussion

Introduction

Le présent chapitre a pour objectif d'effectuer un retour sur les trois articles présentés. Il s'agit donc de prendre un certain recul afin de proposer une vision intégrée des résultats obtenus par rapport au travail du risque dans le cadre de nos recherches et de souligner les liens et les contrastes qui en émergent. Nous procéderons ensuite à une réflexion sur les aspects positifs entourant l'engagement des individus dans les institutions qu'ils « habitent ».

Notre thèse avait pour ambition de mieux comprendre les pratiques sociales mises en œuvre par les acteurs dans leur gestion quotidienne des risques. Les trois articles traitent de cette question à l'aide de la perspective du travail institutionnel, mais s'attardent à trois aspects différents. Rappelons que le premier article s'intéressait plus particulièrement aux pratiques mises en œuvre à l'intérieur et à l'extérieur de leur organisation. Dans le deuxième article, les pratiques sociales entourant la gestion des risques étaient toujours au cœur de notre étude, mais la mise en tension des logiques institutionnelles qu'implique ce travail a aussi été étudiée de plus près. Pour sa part, le troisième article permet de prendre un certain recul face à ces pratiques et s'attarde plutôt à la manière dont les acteurs ont pu développer les compétences qui sous-tendent ces pratiques sociales. Ainsi, il ne s'agissait pas d'étudier des pratiques professionnelles ou techniques, mais bien de contribuer à offrir un portrait riche et diversifié de ce que font les acteurs en réalité lorsqu'ils sont confrontés à ce qu'ils identifient comme étant des risques.

Par ailleurs, nous rappelons que, puisque la gestion des risques est en situation de faible niveau d'institutionnalisation (Power, 2005), la perspective du travail institutionnel était tout indiquée afin d'étudier le travail du risque. En effet, l'attention portée par le travail institutionnel au niveau micro, mais toujours en lien avec le contexte institutionnel plus large, de même que la flexibilité offerte par le concept de travail du risque nous a permis de donner sens à ce que font les acteurs malgré la grande complexité de la gestion quotidienne des risques.

Le schéma qui suit offre une intégration des éléments théoriques, méthodologiques et empiriques liant les trois articles qui composent cette thèse. La présentation schématique de ces éléments permet de mieux les interrelier et de discuter de nos contributions de manière cohérente tout en rappelant au lecteur notre démarche globale de recherche. Chacun des cadres est relié au cœur de notre question de recherche principale, soit : comment les travailleurs des organisations de soins de santé façonnent-ils la gestion des risques dans leur travail quotidien? Nous allons ensuite traiter plus en détail des résultats de notre étude et effectuer un retour sur la littérature utilisée dans la construction de notre cadre théorique.

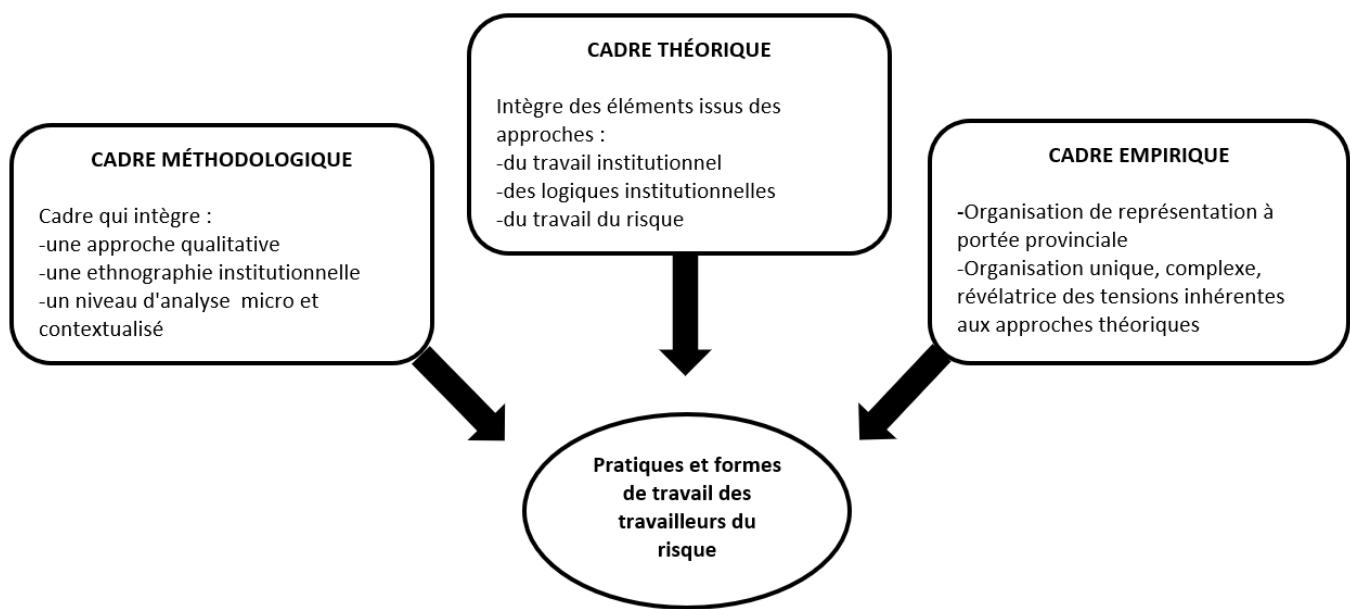


Figure 7.1 Démarche de la thèse

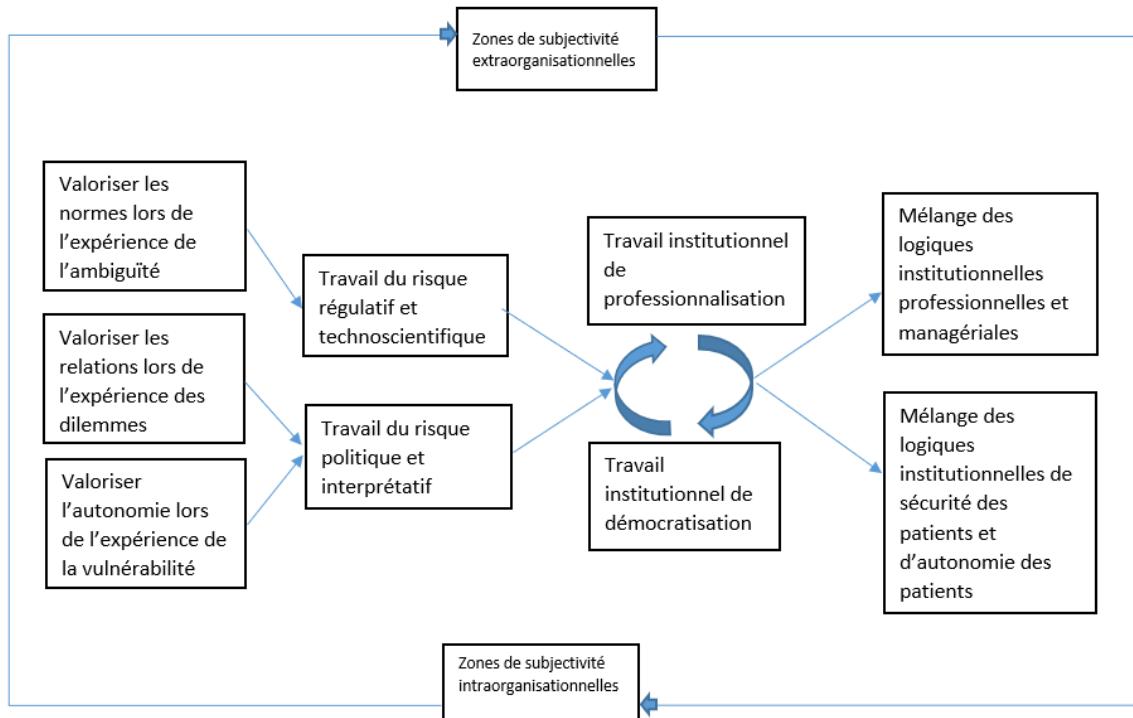


Figure 7.2 Schéma intégrateur : le travail institutionnel du risque

Bien que la mise en relation de nos résultats pour chacun des trois articles constitue en elle-même une contribution importante de notre recherche, nos trois articles ont apporté des éléments de contribution à la fois à la littérature sur le travail institutionnel et à la littérature sur le travail du risque. Dans la figure ci-haut, nous présentons le modèle théorique du travail institutionnel du risque, qui découle de la mise en commun de nos trois articles. Après avoir résumé les trois articles, nous allons suivre la logique de notre schéma afin de mieux positionner nos contributions.

Avec le premier article, nous avons voulu mieux comprendre ce que font en réalité les gestionnaires de risques en santé lorsqu'ils mettent en œuvre les politiques et les programmes de sécurité de gestion des risques. Nous avons pu démontrer qu'ils s'engagent dans deux formes récursives de travail institutionnel, soit la démocratisation (au niveau intra-organisationnel) et la professionnalisation (au niveau extra-organisationnel), qui sont chacune constituées de formes spécifiques de travail du risque. Il s'agit de jeter des ponts, favoriser l'autonomie des équipes, entériner le travail du risque et fonder les interventions sur l'action pour le travail et de réseauter entre collègues, rendre les connaissances hybrides, façonner les identités et discuter des solutions pour le niveau extra-organisationnel.

Avec le deuxième article, nous avions pour objectif de mieux comprendre ce que font les *travailleurs du risque* dans les organisations de soins de santé lorsqu'ils rencontrent des situations à risque dans leur vie organisationnelle de tous les jours. À l'aide de nos données, nous avons pu montrer comment ces acteurs mettent en œuvre quatre grandes catégories de travail du risque, soit : travail du risque régulatif-normatif, travail du risque technoscientifique, travail du risque politique et travail du risque interprétatif. Nous avons aussi montré comment ces formes de travail du risque, accomplies de manière plus marquée par certaines catégories d'acteurs cliniques et non cliniques, sans être exclusives, sont liées à des « transmetteurs » (Scott, 2008 : 79, traduction libre) précis. Ainsi, alors que le travail du risque régulatif est lié aux routines et que le travail du risque technoscientifique est lié aux outils, le travail du risque politique est lié aux relations et le travail du risque de type interprétatif est lié aux symboles. Finalement, nous avons montré que la mise en œuvre de ces formes de travail du risque provoque une mise en tension des philosophies de sécurité et d'autonomie des patients, mais aussi à leur hybridation sous forme d'assemblage en tant que logiques institutionnelles.

Enfin, le troisième article avait pour objectif de mieux comprendre ce que les deux premiers mettent en relief, soit la capacité des travailleurs du risque à mettre en œuvre les compétences à la fois expertes et artisanales que nécessite le travail du risque. À l'aide de la reconstruction narrative de trois biographies institutionnelles de travail du risque ou *institutional riskwork biographies*, nous avons montré qu'ils développent cette capacité à l'aide de trois différentes combinaisons de valorisation et d'expérience : valoriser les relations lors de l'expérience de dilemmes, valoriser les normes lors de l'expérience de l'ambiguïté, et valoriser l'autonomie lors de l'expérience de la vulnérabilité.

Mis en relation, ces articles contribuent plus particulièrement aux travaux qui se sont intéressés au travail du risque dans une perspective de travail institutionnel (Currie *et al.*, 2012; Daudigeos, 2013; Hayne et Free, 2014; Palermo, 2014) et de complexité institutionnelle (Smets *et al.*, 2015). En d'autres termes, dans son ensemble, notre recherche contribue à enrichir les travaux qui se sont intéressés à la manière dont les acteurs collectifs et individuels créent, maintiennent et déstabilisent la gestion des risques dans leurs efforts quotidiens. Nous allons donc positionner nos contributions face à ces articles, mais aussi en mobilisant la littérature plus large sur le travail du risque, ainsi que celle sur le travail institutionnel.

7.1 Travail du risque et expérience

Tel que nous l'avons vu à travers les trois articles, le travail du risque ne peut se réduire à une pratique experte ou professionnelle ou encore à un processus de travail précis à déployer. Rappelons que le travail du risque ne peut être considéré comme un ensemble de pratiques et d'efforts complètement séparé des activités de gestion et du travail de tous les jours (Boholm *et al.*, 2012; Corvellec, 2009, 2010; Gherardi et Nicolini, 2000a). Ainsi, plutôt que de nous intéresser uniquement aux pratiques de manière isolée, nous avons intégré dans notre analyse ce que Gherardi (2008 : 20) appelle « l'être au travail ». Pour bien comprendre le travail du risque, il faut donc aussi s'intéresser à la façon dont agissent les travailleurs du risque et à ce qu'ils sont. Ici, nous ne faisons pas référence à leur essence, mais à leur expérience individuelle et collective des contraintes et opportunités liées à leur gestion quotidienne des risques.

Par exemple, les travaux de Boholm et Corvellec (2009; 2010; 2011; 2016) nous ont montré comment le travail du risque n'a pas besoin d'être nommé et formel afin d'être mis en œuvre et que les valeurs en forment la base. De plus, ces auteurs ne font pas référence aux valeurs strictement individuelles, mais plutôt à ce qui est valorisé par les organisations. La première partie de notre modèle théorique ne se réduit donc pas à la dimension individuelle de la valorisation, mais reconnaît que les orientations de l'organisation jouent aussi un rôle important dans l'expérience des individus et dans les pratiques qui en découlent. En ce sens, notre étude va encore plus loin, puisqu'elle intègre les dimensions individuelles, organisationnelles et institutionnelles. Ainsi, lorsqu'ils construisent leurs habiletés hybrides expertes et artisanales à travers les trois différentes combinaisons d'expérience et de valorisation identifiées (valoriser les relations lors de l'expérience de dilemmes, valoriser les normes lors de l'expérience de l'ambiguïté, et valoriser l'autonomie lors de l'expérience de la vulnérabilité), l'influence de l'expérience des réalités organisationnelles et institutionnelles est aussi explicitée. Notre étude vient donc intégrer les motivations des travailleurs du risque mentionnés plus haut avec différents aspects de l'expérience vécue du travail du risque.

Puisque nous avons utilisé une approche d'ethnographie institutionnelle, nous avons pu mettre en lumière la manière dont les acteurs vivent les contraintes institutionnelles liées à la gestion des risques et à la sécurité. Puis, nous avons aussi pu voir comment ils peuvent agir sur ces mêmes contraintes. En effet, les travaux utilisant l'ethnographie institutionnelle offrent une vision quelque

peu contraignante des discours institutionnels, mais à la suite d'Horlick-Jones (2005a, 2005b), notre étude démontre que ces discours ne sont pas tout-puissants. De plus, contrairement aux travaux qui insistent sur les effets pervers et les stratégies de détournement de la gestion des risques qui la renforce en retour (French, 2005; Gendron *et al.*, 2015; Horlick-Jones *et al.*, 2001; Horlick-Jones, 2005a et 2005b; Waring, 2009), notre étude présente le travail du risque de manière plus nuancée et offre une vision plus variée des pratiques formelles et informelles entourant la gestion des risques.

Ainsi, tel que le montre notre schéma théorique, la valorisation des standards et l'expérience de l'ambiguïté sont davantage liées au travail du risque régulatif et technoscientifique. La littérature se concentre, par exemple, sur les stratégies qui s'appuient sur le discours expert et normatif pour justifier certaines pratiques intéressées. La littérature a notamment révélé comment les médecins récupèrent les discours managériaux entourant la sécurité des patients pour soutenir leur propre agenda (p. ex., Currie *et al.*, 2008; McDonald *et al.*, 2006). Or, notre étude montre que ces stratégies ne visent pas uniquement le maintien d'un statut professionnel ou le détournement de certains règlements afin de défendre des intérêts. En effet, l'ambiguïté vécue par les travailleurs du risque ainsi que la valorisation des standards qu'ils ont développé dans le cadre de leur parcours professionnel permettent de dépasser une conception intéressée du travail du risque. Nous avons vu comment les acteurs se servent des normes et législations pour diminuer l'ambiguïté qu'ils ont à affronter dans leurs activités quotidiennes de gestion des risques. De plus, nos résultats montrent que le travail du risque de type régulatif et technoscientifique stimule effectivement le renforcement des pratiques de gestion des risques. Par contre, plutôt que de servir les intérêts d'un groupe de professionnels au détriment d'un autre, ce travail du risque permet plutôt une adaptation des discours et pratiques de gestion des risques à la réalité terrain et aux difficultés vécues par différents groupes au sein des organisations.

Toutefois, notre étude a aussi mis en lumière certains rapports de pouvoir qui sont inhérents au travail du risque. En effet, notre schéma théorique montre aussi comment sont liées la valorisation des relations et l'expérience des dilemmes et la valorisation de l'autonomie et l'expérience de la vulnérabilité aux formes de travail du risque interprétatif et politique. Comme nous l'avons vu, la littérature sur le travail du risque a révélé des luttes de pouvoir, par exemple celle des médecins pour contrer une vision conservatrice de la sécurité des patients (p. ex., McDonald *et al.*, 2006).

Par contre, certains ont souligné comment ces acteurs, apparemment tout-puissants et intéressés à préserver leur réputation et leur statut, vivent tout de même une vulnérabilité à travers leur gestion des risques (Fischer et McGivern, 2016; Iedema *et al.*, 2006; Iedema *et al.*, 2009; Waring, 2009).

À la suite de Fischer et Ferlie (2013), notre étude souligne qu'au-delà d'une dichotomie entre ceux qui ont du pouvoir et ceux qui en ont moins, l'expérience commune et partagée de certains obstacles ou réussites peut faire évoluer à la fois les relations de pouvoir et l'expérience vécue des travailleurs du risque. Notre étude démontre aussi que cette hybridité intègre en plus la dimension expérientielle et interprétative, celle des professionnels et gestionnaires, autant que celle des patients. Cet aspect du travail du risque est démontré, entre autres, par l'utilisation de l'intuition (Godin, 2004), par une intégration du profil des clients dans les représentations visuelles de la tolérance au risque (Vargha, 2016) ou par les rôles des patients joués dans la gestion des risques (Quirk *et al.*, 2005; Ryan, 2000). Ainsi, cette dimension n'est pas le propre des cliniciens ou des experts-profanes tels que les patients. En continuité avec les résultats de ces auteurs, nos résultats révèlent un type de travail du risque plutôt interprétatif, qui vient apporter les nuances nécessaires aux formes de travail du risque plus technoscientifiques et régulatives.

Pour leur part, Fischer et Ferlie (2013) ont constaté la montée de certaines pratiques en réaction à un système de gestion des risques plus formel et imposé de l'extérieur. Leur étude montre à quel point les relations entre les patients et l'équipe soignante étaient menacées par le manque de flexibilité d'un cadre imposé et trop rigide. Cette même mise en danger relationnelle a été soulignée par Vargha (2016), en lien avec les méthodes d'évaluation de l'appétit du risque financier des clients d'institutions financières. En ce qui concerne nos résultats, nous n'avons pas noté de séparation nette entre certaines pratiques incompatibles ou pratiques indigènes (Fischer et Ferlie, 2013 : 31). Nos résultats montrent plutôt la mise en place de pratiques pouvant sembler indigènes (Fischer et Ferlie, 2013 : 31) à première vue, mais qui favorisent l'émergence d'une démarche commune de gestion des risques. Or, cette démarche commune s'effectue à travers une oscillation constante entre les obstacles vécus quotidiennement et les adaptations qui en découlent. Dans le cas des formes de travail du risque politique et interprétative, les rapports de pouvoir restent présents et sont dévoilés à travers diverses interactions. Toutefois, pour ce qui est des relations et des symboles, les rapports de pouvoir sont constamment remis en cause. De manière évidente,

notre étude ne réfute pas que ces rapports de pouvoir existent bel et bien, mais elle en offre une vision plus nuancée en laissant la place aux pratiques des acteurs moins puissants.

Par exemple, nous avons montré comment, à travers le travail du risque de type politique, certaines situations problématiques sont révélées et débattues ouvertement. Il s'agit donc moins de tactiques voilées ou de récupération que de pratiques situées dont la mise en œuvre est rendue possible grâce à la dynamique entre les expériences et la valorisation à travers le temps. Ainsi, cette dynamique entre la valorisation de l'autonomie et les relations et l'expérience de la vulnérabilité et des dilemmes rend également possible le travail du risque interprétatif. Au début de cette thèse, nous avons mentionné comment l'approche cognitive a produit de nombreux travaux sur le risque et sa gestion. Or, le travail du risque interprétatif ne se réduit pas à une conception cognitive se limitant à la manière dont les acteurs perçoivent ou classifient les risques. Il ne s'agit pas non plus d'une mise en sens, mais bien de pratiques formelles et informelles liées à l'expérience vécue et à son déploiement à travers les activités de gestion des risques. Comme le montre l'esquisse d'agenda de recherche proposée par Power (2016), cet aspect du travail du risque aurait avantage à être exploré.

7.2 Travail du risque, expertise et professions

Les formes de travail du risque sur lesquelles nous venons d'effectuer un retour sont liées, comme le montre notre schéma intégrateur, à la récursivité entre deux formes de travail institutionnel, soit la professionnalisation et la démocratisation. Nous rappelons que nous avons utilisé la première forme de travail institutionnel (professionnalisation) pour désigner les pratiques visant à façonner l'identité et l'autonomie des gestionnaires de risques. En ce qui concerne la deuxième forme de travail institutionnel (démocratisation), nous l'avons utilisée pour décrire les efforts déployés par les gestionnaires de risques pour transformer, influencer et détourner les routines organisationnelles, ainsi que les connaissances diverses que les acteurs cliniques et non cliniques possèdent relativement à la sécurité et la gestion des risques.

Bien que ces deux formes de travail institutionnel soient plus liées aux gestionnaires de risques dans notre étude, nous les incluons dans notre schéma général, puisque l'ensemble des travailleurs du risque de notre étude partagent aussi, sous une forme ou une autre, des responsabilités en

matière de gestion des risques. Ainsi, lorsque nous faisons référence à la professionnalisation, nous ne faisons pas référence à un processus d'institutionnalisation d'une profession, mais plutôt aux pratiques des acteurs pour faire de leur gestion des risques une activité plus formelle, experte et légitime. Comme nous l'avons montré, peu importe leur appartenance professionnelle de base, les travailleurs du risque mettent en œuvre un travail institutionnel de professionnalisation, qui s'effectue principalement au plan extraorganisationnel, au niveau du champ institutionnel, puisque c'est à ce niveau qu'apparaissent des échanges et une mise en commun des efforts conduits à l'intérieur des organisations. Daudigeos (2013) a noté que, par leurs contacts externes, les professionnels en santé et sécurité au travail étaient en contact avec un grand nombre d'acteurs, ce qui leur permet, par exemple, d'être au courant des innovations et des améliorations à apporter dans leurs organisations respectives. Nos résultats globaux démontrent aussi l'importance de ce type de réseautage, mais étendent ces pratiques à l'ensemble des travailleurs du risque que nous avons étudié; ils démontrent également comment ces derniers intègrent leurs innovations dans les procédures existantes et en partagent la mise en œuvre avec des groupes hybrides à l'extérieur de leur organisation. Comme nous l'avons vu, ces efforts entretiennent une relation récursive avec le travail de démocratisation, puisqu'ils se renforcent constamment mutuellement. Or, nous avons souligné que ce travail ne va pas sans difficulté.

En effet, notre étude confirme empiriquement certains points de l'analyse de Power (2005) au sujet des officiers de la gestion des risques. La discussion de Power ne s'est pas limitée à un seul type d'officier, mais inclut plusieurs professionnels de la gestion des risques dans divers secteurs, tels que les agents principaux de gestion des risques ou encore les agents de gestion des risques. Selon l'auteur, ce rôle est souvent ambigu, manque de légitimité et demeure conditionné par les cadres législatifs dans lesquels ils s'inscrivent. Selon le mode d'organisation et de gouvernance en matière de gestion des risques, divers acteurs à travers les organisations remplissent aussi divers aspects du rôle de gestionnaire de risques (Hardy et Maguire, 2016). Hardy et Maguire (2016) et Power (2005) relèvent le lien entre ces rôles et leur potentiel à être utilisés pour faire porter le blâme lorsque les risques se matérialisent. La littérature portant sur le travail du risque et le travail institutionnel a ainsi mis en lumière la position précaire de ce type d'acteurs, en plus de mettre de l'avant l'identité professionnelle, de même que l'influence relative des travailleurs du risque.

Par exemple, Currie *et al.* (2012) ont montré comment certains acteurs, tels que les médecins, étaient en mesure de récupérer le travail du risque des acteurs moins puissants afin de maintenir leur statut professionnel intact face aux nouveaux types d'experts des risques avec qui ils devaient collaborer. Leur travail institutionnel a donc consisté à maintenir leur autonomie et leur position favorable, alors que les efforts des gestionnaires et des infirmières en matière de gestion des risques ont graduellement été associés à ceux des médecins. Puisque les nouveaux rôles porteurs d'une expertise en gestion des risques sont perçus comme une menace à l'autonomie professionnelle (McDonald *et al.*, 2006; Waring et Currie, 2009; Currie *et al.*, 2008), le travail institutionnel des professionnels contraints de se soustraire à une approche managériale de la gestion des risques vise à maintenir un contrôle sur la manière dont seront gérés les risques et par qui ils le seront (Currie *et al.*, 2012). Ces études montrent bien la façon dont certains groupes de professionnels sentent leur autonomie menacée par les gestionnaires de risques, ces groupes adoptant une vision très binaire et se concentrant sur la résistance des médecins, qui jouissent d'un pouvoir important dans leurs organisations et dans le système de santé. Le travail de professionnalisation que nous avons identifié nous permet d'aller plus loin, en montrant qu'il ne s'agit pas de définir le travail de gestion des risques, l'identité et les pratiques connexes en opposition à divers groupes.

Les travaux sur le travail du risque sont en accord avec ceux portant sur la capacité des individus à agir sur les institutions. Ces travaux ont montré que la capacité des individus à agir sur les institutions est liée, entre autres, à leur position et à leurs habiletés sociales (Battilana, 2011; Suddaby *et al.*, 2016). Notre étude va plus loin et expose que le positionnement et les habiletés sociales des travailleurs du risque, de même que leurs pratiques situées, sont affectés par le caractère hybride de leur rôle en matière de gestion des risques. Notre revue de littérature sur le travail du risque nous a montré comment l'expertise globale des travailleurs du risque est hybride, car ils doivent toujours à la fois mobiliser des compétences artisanales, ou *craft-like*, de même que des compétences expertes. C'est par ailleurs grâce à ces compétences hybrides que les travailleurs du risque sont en mesure de participer de manière plus active aux initiatives de gestion des risques.

Alors que certains auteurs ont montré l'importance de la position sociale dans la conduite du travail du risque (Burgess et Currie, 2013; McGivern, Currie, Ferlie, Fitzgerald et Waring, 2015; Waring *et al.*, 2013), notre étude montre que les travailleurs du risque n'adoptent pas toujours ce que Daudigeos (2013, p. 724, traduction libre) appelle des « tactiques non intrusives » pour faire

circuler des pratiques liées à la sécurité. Par leur profil, leur identité et leur rôle hybride (souvent à la fois clinique et managérial), nous avons vu qu'ils coconstruisent plutôt les pratiques qui sous-tendent le travail du risque avec les acteurs qu'ils doivent conseiller ou avec lesquels ils travaillent sur certaines questions liées à la gestion des risques.

Ce travail institutionnel collaboratif au sein de groupes hybrides de professionnels du risque a été étudié par Hayne et Free (2014), qui ont montré comment il a mené à la diffusion de la gestion des risques d'entreprise en tant que standard de gestion des risques dans les organisations. Les auteurs ont dévoilé comment le travail autour de ce standard a été tour à tour un travail de déstabilisation des anciennes pratiques, un travail de création de nouvelles ainsi qu'un travail de maintien de ces pratiques. Ce travail a été rendu possible par la mise en commun des efforts de professionnels de différents horizons, sous la forme du COSO¹⁴, et mettant en commun leur expertise en comptabilité et en gestion des risques. Nos résultats montrent aussi l'importance de ce type de groupes hybrides dans la diffusion et l'adoption des innovations en matière de gestion des risques. Nous avons toutefois explicité la complexité et les relations dynamiques entre le développement des experts mettant en place de type de cadre et le développement des habiletés requises afin de le diffuser.

Malgré tout, la question de la crédibilité et de la légitimité professionnelle des travailleurs du risque ayant des rôles hybrides ou des rôles de gestionnaires de risque reste importante. D'ailleurs, Burgess et Currie (2013), McGivern *et al.*, (2015) et Waring *et al.* (2013) ont souligné l'importance de la crédibilité et de la légitimité pour les rôles hybrides. De leur côté, Daudigeos (2013), Hall *et al.* (2015), Mikes (2011) et Palermo (2014) ont noté l'importance de la crédibilité et de la légitimité plus particulièrement pour les rôles de gestionnaires des risques. Cette littérature met en lumière, à la suite de Power (2007), le fait que les travailleurs du risque mettent de l'avant une expertise à la fois relationnelle et technique. Comme nous l'avons déjà mentionné, leur pouvoir restreint et l'aspect « champions de la conformité » (Mikes, 2008 : 14, traduction libre) de leur rôle requiert ces deux expertises.

Toutefois, contrairement à cette littérature qui insiste davantage sur les pratiques d'influence, notre recherche met aussi et davantage en lumière l'humilité des travailleurs du risque, ou, dans les mots

¹⁴ Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission.

de Mikes (2016 : 253, traduction libre), « la gloire de l'humble APGR¹⁵ ». En cela, le travail de démocratisation que nous avons identifié se rapproche davantage des conclusions de Mikes (2016), qui a noté le succès plus marqué d'un gestionnaire de risques qui n'imposait pas ses outils et pratiques aux organisations. Ce travail implique donc de faire circuler les connaissances en matière de gestion des risques à travers, par exemple, des textes et des discours (Maguire et Hardy, 2009), mais il requiert aussi une compréhension profonde des besoins sur le terrain et une proximité avec les membres de l'organisation. Comme le font d'ailleurs remarquer Cloutier *et al.*, (2016) au sujet du travail institutionnel des gestionnaires pendant l'implémentation d'une réforme dans le secteur public, le travail institutionnel de type relationnel est particulièrement important en contexte pluraliste. Les auteurs rappellent en effet que, pour atteindre les objectifs fixés, les efforts doivent être collectifs. Notre étude reflète bien l'importance de cet aspect relationnel, tout en mettant en lumière le fait que, bien que l'objectif puisse être commun, les manières de l'atteindre sont inévitablement source de tensions. D'un point de vue de travail institutionnel, cela implique que les travailleurs du risque facilitent le changement (Palermo, 2014). Comme le souligne l'auteur, le profil professionnel des travailleurs du risque joue aussi un rôle dans cette capacité à favoriser le changement. Notre utilisation de l'approche biographique a par ailleurs pu démontrer comment cette capacité se développe et comment les travailleurs du risque peuvent devenir à la fois des experts techniques et des agents de changements capables d'agir sur la manière dont la gestion des risques se façonne au niveau institutionnel et la façon dont elle se met en œuvre au quotidien. En cela, nous avons pu présenter les travailleurs du risque de manière plus complexe et riche que la littérature sur le travail institutionnel et les professions en général, qui soulignent par exemple des efforts soutenus afin d'atteindre ou de garder un certain statut et une légitimité au sein du champ institutionnel (Currie *et al.*, 2012; Greenwood *et al.*, 2002; Lefsrud et Meyer, 2012; Reay *et al.*, 2006; Suddaby et Greenwood, 2005).

Par ailleurs, nos résultats montrent une somme d'efforts qui ne relève pas tout à fait d'une entreprise cohérente, intentionnelle et diffusée de manière organisée. Ces efforts relèvent plutôt d'improvisations de la part d'acteurs de divers horizons, qui doivent assumer plusieurs rôles à la fois, dont un rôle d'expert de la gestion des risques. Toutefois, nos résultats viennent nuancer ceux de Wright, Zammuto et Liesch (2015) qui ont identifié les conflits entre les valeurs partagées et

¹⁵ agent principal de gestion des risques.

les pratiques organisationnelles comme point de départ du travail institutionnel. Nous avons en effet démontré que, bien que des différences existent parmi certains groupes de travailleurs du risque, les valeurs partagées ainsi que les situations conflictuelles ne sont pas seulement limitées par le rôle professionnel, mais aussi par les particularités de la situation rencontrée.

De plus, notre recherche montre bien que des efforts doivent être déployés pour faciliter le changement en partant d'abord de ce qui fonctionne déjà. En effet, la dynamique récursive entre la professionnalisation et la démocratisation stimule l'institutionnalisation de la gestion des risques, mais implique aussi le maintien des acquis en la matière. Plutôt que de parler de « préservation institutionnelle » (Hirsch et Bermiss, 2009 : 262, traduction libre) à travers la conservation de certaines normes, nous pourrions plutôt rapprocher ce maintien d'un travail de « renforcement » (Marti et Mair, 2009 : 105, traduction libre). En effet, puisque la gestion des risques n'est pas si fortement institutionnalisée (Power, 2005) et que plusieurs rituels ne sont pas établis depuis longtemps (Dacin, Munir et Tracey, 2010), nos résultats ne reflètent pas le travail de réparation associé au maintien institutionnel (Heaphy, 2013; Lok et de Rond, 2013). Nos résultats diffèrent de ces travaux, qui supposent un faible niveau de conscience des acteurs ainsi qu'une capacité limitée à agir sur les institutions. Nos résultats contrastent aussi avec les travaux, majoritaires, présentant des acteurs puissants qui posent des gestes très intéressés pour maintenir leurs positions et privilégiés (p. ex., Currie *et al.*, 2012).

À ce sujet, nous pouvons effectuer un bref retour sur la question d'intentionnalité liée aux efforts fournis au sein du travail institutionnel. Dans leur définition initiale, Lawrence et Suddaby (2006 : 215, traduction libre) ont offert la définition suivante du travail institutionnel : « Les actions posées intentionnellement par des personnes et des organisations pour créer, maintenir et déstabiliser les institutions ». Puis, dans leur ouvrage de 2009 (p. 13), Lawrence *et al.* ont apporté une nuance entre deux approches du rôle d'intentionnalité. Les auteurs décrivent une première approche qui définit le travail institutionnel comme un travail fortement stimulé par l'impact institutionnel qu'il pourrait avoir. Cette approche décrirait donc les efforts des acteurs en vue d'avoir un effet sur les institutions et ferait de l'intentionnalité une composante particulièrement importante du travail institutionnel. La deuxième approche décrite par les auteurs implique la prise en compte de l'ensemble des actions humaines pouvant affecter les institutions. Dans ce dernier cas, l'intentionnalité n'a plus la même importance et reflète une manière plus conservatrice de

considérer le lien entre les actions et les institutions. Du même souffle, la notion d'effort est aussi discutée par les auteurs et considérée comme cruciale pour les chercheurs qui s'intéressent davantage au travail institutionnel plutôt qu'aux institutions comme point de départ. Puis, dans un texte de 2011 (p. 52, traduction libre), qui concerne l'agenda de recherche du travail institutionnel, Lawrence *et al.* en offrent la définition suivante : « Les pratiques des personnes et des groupes visant à créer, maintenir et déstabiliser les institutions ». Ainsi, les notions d'intentionnalité et d'efforts sont encore décrites comme des points de départ du travail institutionnel reliés à des objectifs. À la lumière de nos résultats, nous pouvons dire que nous avons contribué à donner une conception nuancée du travail institutionnel et contribué au débat sur « le paradoxe de l'agentivité incorporée » (Battilana et D'Aunno, 2009 : 32; Seo et Creed, 2002). En effet, nous avons pu constater que le travail accompli par les travailleurs du risque représente à la fois des efforts plus ou moins conscients, mais aussi le fait qu'ils sont capables d'avoir une certaine réflexivité par rapport à leur propre imbrication institutionnelle (Lawrence *et al.*, 2011 : 55). Même si cette capacité est le plus souvent associée aux entrepreneurs institutionnels et liée à la capacité d'identifier les contraintes et opportunités du champ institutionnel (Mutch, 2007; Suddaby *et al.*, 2016), la dynamique qui existe entre le travail de professionnalisation et de démocratisation exige la capacité des travailleurs du risque à identifier ces occasions aussi dans leurs activités quotidiennes et dans les possibilités offertes dans l'environnement institutionnel. Un bon exemple que nous avons pu constater à travers les trois articles de notre étude est la recherche active de perfectionnement professionnel des travailleurs du risque en réaction à des situations pour lesquelles une expertise artisanale ne suffit plus.

7.3 Logiques institutionnelles

Au regard de la relation dynamique entre les pratiques de professionnalisation et de démocratisation, notre schéma théorique montre ensuite que cette dynamique vient stimuler le mélange de logiques institutionnelles pouvant a priori paraître contradictoires ou incompatibles. Bien que les logiques institutionnelles ne constituent pas l'accent théorique premier de notre étude, elles constituent néanmoins une part importante de notre schéma rattaché au travail institutionnel des travailleurs du risque. À la suite de Zilber (2013), qui note les avantages de combiner les approches du travail institutionnel et des logiques institutionnelles, nous avons pu constater combien les deux sont liées. C'est au moyen de leurs pratiques quotidiennes de travail du risque et

de leur travail institutionnel que les travailleurs du risque peuvent aussi gérer les tensions qui existent d'abord entre la logique de sécurité des patients et celle d'autonomie des patients et, ensuite, entre les logiques professionnelles et managériales. Dans le domaine de la santé, Dunn et Jones (2010) ont bien montré comment la logique scientifique et la logique de soins centrée sur les patients se sont intégrées à la profession médicale à travers l'évolution de l'éducation médicale. Bien que notre étude ne se concentre pas sur l'évolution des logiques à travers le temps, nous avons pu montrer comment les logiques que nous avons identifiées sont constamment mobilisées et transformées dans les efforts que déploient les acteurs pour maintenir une gestion des risques répondant à des exigences à la fois institutionnelles, organisationnelles et professionnelles.

En cela, notre étude n'est pas incompatible avec les travaux qui identifient la collaboration et les résultats de type « petites victoires » (Reay *et al.*, 2006 : 977, traduction libre), particulièrement en ce qui a trait aux professions dans le domaine de la santé (Dunn et Jones, 2010; Randall et Munro, 2010; Reay et Hinings, 2005; Reay *et al.*, 2006; Reay et Hinings, 2009; Goodrick et Reay, 2010; Goodrick et Reay, 2011; Reay, Goodrick et Hinings, 2016). Toutefois, le fait d'avoir prêté une attention plus particulière au travail des acteurs dès le départ plutôt qu'à l'évolution des logiques à l'œuvre nous a permis d'éviter d'associer des logiques à des acteurs précis de manière très catégorique. Bien qu'il puisse être teinté d'intérêts ou conduit de manière à perturber l'ordre établi, le travail du risque reste néanmoins un ensemble de pratiques situées. Les logiques en tension se configurent donc différemment selon les situations plutôt que seulement par la voie de, par exemple, la mise en œuvre d'un projet de professionnalisation ou de transformation identitaire. Les logiques ne sont pas données, mais plutôt construites et interprétées au niveau local par divers acteurs (Currie et Spyridonidis, 2016).

En effet, nous savons que les logiques ne sont pas fixées de manière précise (McPherson et Sauder, 2013) et qu'elles sont mobilisées par des acteurs compétents (Pernkopf-Konhäusner, 2014) comme des ressources particulières pouvant être mobilisées (Jarzabkowski, Smets, Bednarek, Burke et Spee, 2013) dans leur travail quotidien. La compétence de ces acteurs passe par leur capacité à transformer les tensions en opportunité. Par exemple, Smets *et al.*, (2012) ont développé le tout premier modèle de niveaux d'analyse multiples mettant en relation les logiques institutionnelles, les organisations et les pratiques. Leur modèle identifie des « collisions de pratiques locales » Smets *et al.*, (2012 : 887, traduction libre) découlant des logiques institutionnelles provenant du

champ institutionnel; leurs résultats montrent comment ces collisions provoquent des crises et une urgence d'agir, qui à leur tour mènent à un changement mis en œuvre à partir de la pratique. En situation de complexité institutionnelle, les acteurs seraient en mesure de mettre en relation certaines logiques selon diverses formes d'agentivité (Smets et Jarzabkowski, 2013). Aussi, la notion d'« ambidextérité institutionnelle » a été utilisée (Jarzabkowski *et al.*, 2013: 37, traduction libre) pour référer à la capacité des acteurs à passer d'une logique à l'autre selon la situation. Cette capacité à faire tenir en équilibre des logiques institutionnelles contradictoires a par ailleurs été étudiée chez les travailleurs du risque du domaine des assurances et est considérée comme une pratique institutionnalisée en soi (Smets *et al.*, 2015).

À la suite de ces travaux, nous reconnaissions la compétence des acteurs pour gérer les logiques contradictoires et complémentaires de manière située. Toutefois, plutôt que de considérer la reconfiguration intentionnelle des logiques comme étant à la base du travail institutionnel (Smets et Jarzabkowski, 2013), notre modèle montre que c'est par le canal du travail institutionnel et, donc, de la dynamique entre les travaux de professionnalisation et de démocratisation, que les acteurs peuvent faire fructifier leurs efforts dans le champ institutionnel. Ainsi, nos résultats viennent enrichir ceux de Gawer et Phillips (2013) qui, adoptant un niveau d'analyse plus organisationnel, ont montré que le travail institutionnel des organisations s'effectue à travers les efforts impliqués dans le travail pour influencer les logiques institutionnelles et en réponse aux changements dans les dynamiques entre ces logiques. Le niveau d'analyse individuel que nous avons adopté nous a permis de mieux saisir la diversité des formes de travail liées aux logiques en tension de manière située.

Ce même niveau, aussi combiné à une approche de la pratique, a en effet permis à Smets et Jarzabkowski (2013 : 1304, traduction libre) d'affirmer que « la majorité des individus ne peut être considérée comme des entrepreneurs institutionnels, mais comme des personnes effectuant un travail pratique pour faire ce qu'il y a à faire. » Or, nous croyons que cette approche, bien que porteuse, masque une certaine fluctuation possible de l'intentionnalité liée au travail institutionnel. Dans notre étude, les acteurs vivent bel et bien ces tensions entre les logiques au quotidien et posent des actions pour gérer les tensions. Smets *et al.*, (2012 : 894) affirment qu'en situation de changement, il n'y a pas de temps pour un soutien quelconque des autorités institutionnelles et que l'improvisation se justifie normativement de manière émergente. Tout au long de notre étude, nous

avons en effet pu constater qu'un certain travail du risque s'effectue à l'encontre des prescriptions ou pour pallier un manque de prescription. Toutefois, nos résultats diffèrent de ceux de ces auteurs, qui évacuent la nature politique de ces adaptations rendues nécessaires par la praxis. En effet, une seule situation problématique peut impliquer plusieurs acteurs ayant différentes positions sociales et étant plus ou moins institutionnellement imbriqués. Or, les travaux d'Horlick-Jones (2005a, 2005b) ont bien montré comment les professionnels sont maintenant de plus en plus encadrés par les discours de gestion des risques, et qu'ils y réagissent et les utilisent aussi dans leur travail quotidien pour justifier leurs actions. Ainsi, nous avons vu que des pratiques de négociation ou de dénonciation sont parfois mises en œuvre afin d'aller de l'avant.

La littérature se concentre encore trop sur un ou deux types d'acteurs répondant à des logiques précises et impliqués dans une lutte pour imposer la logique qui leur confère le plus d'avantages. McPherson et Sauder (2013 : 180, traduction libre) évoquent même les « logiques détournées », qui consistent à s'approprier une logique appartenant à un autre groupe. Or, en ce qui a trait au lien entre le travail institutionnel et les efforts pour gérer les logiques contradictoires, nos résultats viennent appuyer ceux de Reay et Hinings (2009), qui soulignent qu'il n'est pas nécessaire de développer une identité commune pour atteindre des objectifs communs ou encore de s'approprier les logiques d'autres groupes. Reay et Hinings (2009 : 631, traduction libre) parlent en effet de « collaboration pragmatique » pour désigner le travail de certains acteurs qui ne voient aucune autre avenue pour atteindre certains objectifs, ce qui permet de maintenir les logiques en équilibre, sans que les identités soient altérées. Toutefois, nous avons pu voir que, bien qu'une identité strictement professionnelle ne soit pas nécessaire aux travailleurs du risque pour bien réconcilier les logiques contradictoires, une certaine identité d'expert est mise en œuvre de manière ponctuelle dans leurs efforts entourant la gestion des risques. En effet, puisque les travailleurs du risque s'approprient les cadres, des outils et des normes de la gestion des risques et qu'ils y apportent des modifications dans leurs efforts individuels et collectifs au sein de l'organisation et dans le cadre institutionnel, ils mettent de l'avant une certaine identité experte en gestion des risques en plus de leurs expertises professionnelles respectives. Ils sont ainsi dégagés ponctuellement des logiques strictement professionnelles et sont plus en mesure de gérer les tensions entre la sécurité des patients et leur autonomie, ainsi qu'entre les exigences professionnelles et managériales liées à la gestion des risques. Comme nous l'avons montré, cela ne signifie pas que les tensions n'existent plus ou que le travail du risque n'ébranle pas l'une ou l'autre de ces logiques. Après tout, le travail

institutionnel peut lui-même être considéré comme l'« utilisation créative des contradictions » (Hargrave et Van de Ven, 2009 : 129, traduction libre).

Bref, comme le montre notre schéma, c'est à travers la relation récursive entre le travail de professionnalisation et de démocratisation que peut se mettre en œuvre le mélange des logiques de sécurité des patients et de leur autonomie, ainsi que le mélange des logiques professionnelles et managériales. Précisons tout de même que notre étude n'avait pas pour objectif d'analyser une réussite de manière rétrospective. En effet, le mélange des logiques ne représente pas un processus linéaire, mais bien une série d'efforts et d'essais-erreurs. Ainsi, les « petites victoires » (Reay *et al.*, 2006 : 977) côtoient de petites défaites de manière imprévisible.

7.4 Zones d'intersubjectivité

Finalement, notre schéma présente le déploiement de l'ensemble de ses composantes dans ce que nous avons appelé des espaces. Nous savions que le travail du risque peut se déployer dans des « espaces réflexifs » (Iedema et Carroll, 2011 : 185, traduction libre) ou des « espaces stratégiques » (Jarzabkowski *et al.*, 2015 : 185, traduction libre) et que le travail institutionnel a récemment été étudié en relation avec l'importance de certains endroits géographiques précis (Lawrence et Dover, 2015), nos résultats ont exposé une facette supplémentaire de la notion d'espace. Les différents espaces au sein desquels les travailleurs du risque ont déployé leurs efforts se sont avérés particulièrement importants dans leur capacité à conduire différentes formes de travail du risque et de travail institutionnel.

En effet, au-delà de l'aspect réseautage, nous avons montré comment les travailleurs du risque, portés par une gouvernance de plus en plus complexe, se rassemblent dans ce que nous avons identifié comme étant des zones d'intersubjectivité, où ils contribuent à définir les pratiques, cadres et normes de gestion des risques, en plus de leur rôle. Les travaux sur les travailleurs du risque insistent beaucoup sur la légitimation par la création et la diffusion d'outils (Hayne et Free, 2014; Mikes, 2008; Hall *et al.*, 2015) ainsi que le réseautage (Daudigeos, 2013; Palermo, 2014) comme facteurs importants dans leur capacité d'influence et de diffusion des pratiques de gestion des risques. Bien que nous ayons reconnu l'importance de cet aspect, notre recherche va plus loin en mettant en relation divers types de travailleurs du risque qui déplacent diverses formes de travail

du risque et qui contribuent au façonnement de la gestion des risques malgré les contraintes institutionnelles qui y sont inhérentes.

Ainsi, nous soulignons les zones d'intersubjectivité compatibles avec, par exemple, les conclusions de Randall et Munro (2010 : 38) qui ont relevé l'importance des forums sociaux dans l'ébranlement de certaines barrières professionnelles en santé. C'est à travers de tels forums, rassemblant des professionnels médicaux et volontaires, que ces derniers ont pu partager leurs expériences avec les patients, faire l'expérience de certains cadres et faire naître une collaboration là où la compétition prévalait entre des logiques apparemment irréconciliables. Ces espaces, qui sont aussi liés à la gouvernance organisationnelle, permettent donc, comme l'a déjà noté Jarzabkowski *et al.*, (2009 : 311, traduction libre), un « ajustement mutuel » de la part des acteurs répondant à des logiques différentes.

Nos résultats se rapprochent de ceux de Randall et Munro (2010) et de leurs cadres et les enrichissent en offrant une vision plus complexe qui intègre plusieurs espaces et plusieurs acteurs en interaction. Pour cela, nous avons mobilisé la conception husserlienne de ces espaces, qui permet une incursion dans ce que les autres font et ressentent, tout en conservant son identité propre.

Le mélange des logiques de sécurité et d'autonomie des patients, de même que celui des logiques professionnelles et managériales en tant que « constellation de logiques institutionnelles (Goodrick et Reay : 2011 : 372, traduction libre) s'effectue donc dans ces espaces distribués dans l'organisation, mais aussi au niveau du champ institutionnel. Puisque les travailleurs du risque portent souvent plusieurs chapeaux à la fois, la gestion des risques étant une de leurs préoccupations parmi d'autres, l'imbrication des ces espaces permet, d'un côté, de faire l'expérience de l'impasse à partir d'une position professionnelle ou occupationnelle puis, de l'autre, de trouver des bases communes permettant l'action en tant que travailleur du risque. Notre étude a montré que ces espaces peuvent être plus étroitement liés à la gouvernance et posséder un pouvoir de consolidation plus puissant du travail institutionnel, tels que les comités et tables de travail intra- et extra-organisationnelles. Toutefois, nous avons vu que certains espaces possèdent aussi une charge symbolique plus importante, qui renforce certaines expériences vécues autour du travail du risque, par exemple, le cas des espaces ou des portes verrouillées qui, depuis longtemps,

ne le sont plus. Ces aspects matériels et symboliques des espaces deviennent des aspects importants du travail institutionnel des travailleurs du risque.

Le schéma intégrateur montre que ces espaces sont présents autant au niveau intra- qu'extra-organisationnel, et qu'ils englobent l'ensemble des autres éléments. En effet, nous avons vu que ces espaces se sont avérés importants dans le parcours des travailleurs du risque, entre autres pour leur socialisation au regard de la gestion des risques. C'est aussi dans ces espaces que se déploient les diverses formes de travail du risque, qui sont porteuses d'intentionnalité et qui forment le travail institutionnel dans lequel les logiques institutionnelles pourront être mélangées.

Conclusion (limites et implications)

Nous avons rédigé cette thèse à partir de prémisses s'appuyant sur l'importance grandissante qu'occupe la gestion des risques dans les activités quotidiennes des travailleurs dans plusieurs domaines, dont celui de la santé. Ensuite, nous avons identifié le besoin de mieux comprendre comment ces acteurs s'approprient la gestion des risques en tant que reflet des discours institutionnels, mais aussi des valeurs et des expériences des acteurs qui la mettent en œuvre. Puis, nous avons souligné l'importance, dans une perspective de travail institutionnel, de tenir compte des acteurs moins puissants et de leurs efforts, qu'ils atteignent ou non leur objectif, pour façonner la gestion des risques. À travers l'étude des pratiques formelles et informelles de gestion des risques menée par plusieurs types d'acteurs, dont les gestionnaires cliniques et non cliniques, les conseillers cliniques et non cliniques, les professionnels, ainsi que les patients et leurs représentants, notre thèse a permis de mieux intégrer les pratiques de tous les jours entourant la gestion des risques, les logiques en tension qui les traversent ainsi que les efforts déployés à divers niveaux pour façonner une gestion des risques adaptée non seulement aux exigences institutionnelles et aux contingences des situations, mais aussi aux expériences et valeurs individuelles.

Rappelons qu'au niveau théorique, notre étude contribue d'abord à la littérature sur le travail du risque en offrant une observation empirique de types et de formes du travail du risque qui traversent différents domaines (cliniques et non cliniques). Ensuite, notre étude contribue à la littérature institutionnelle, particulièrement liée au travail institutionnel et, par extension, aux logiques institutionnelles. En effet, nous avons montré l'engagement et la genèse de cet engagement de divers types d'acteurs (plus ou moins imbriqués dans la gestion formelle des risques et possédant divers degrés d'influence) dans des types et des formes de travail du risque particuliers et le lien qui les unit.

D'un point de vue méthodologique, l'ethnographie institutionnelle nous a permis de garder en tête le fait que la gestion des risques quotidienne des travailleurs du risque se vit à travers le prisme de multiples discours pouvant servir de cadre pour l'action, mais qui peuvent aussi représenter une source de souffrance. Concilier des discours décalés de la réalité du terrain ou parfois carrément

contradictoires, nous l'avons vu, offre pourtant des opportunités d'innovation et d'adaptation. Notre étude présente l'avantage d'avoir intégré différentes catégories d'acteurs et d'avoir prêté attention à leurs interactions sans nécessairement occulter ou présumer les relations de pouvoir qu'ils entretiennent. En cela, le choix de l'ethnographie institutionnelle s'est avéré pertinent dans la mesure où les acteurs eux-mêmes participent à l'élaboration des discours sur la gestion des risques.

Le cas empirique sur lequel se base notre étude se démarque aussi par sa richesse et sa complexité. Le cas de la gestion des risques dans les organisations de soins de santé au Québec était en fait tout à fait indiqué pour mettre à l'épreuve l'agenda de recherche du travail du risque, tel que proposé par Power (2016). En effet, notre modèle de recherche nous a permis de mieux explorer le travail des travailleurs du risque sur plus d'un aspect (intra- et extra-organisationnel, individuel et collectif). Or, certains des choix que nous avons faits, tels que l'observation de comités, bien qu'ils nous aient permis de capter la nature interactionnelle du travail du risque (Power, 2016) et qu'ils aient rendu plus visibles les discours institutionnels sur la gestion des risques, présentent aussi des limitations. Puisque les comités sont nombreux dans les organisations de soins de santé, nous avons fait référence aux activités des travailleurs du risque sur ces comités comme faisant partie de leur travail de tous les jours. Bien qu'ils représentent une partie importante du travail des travailleurs du risque, ils ne représentent toutefois pas la totalité de leur travail de tous les jours au regard de la gestion des risques. Ainsi, nous n'avons pas observé la totalité du quotidien des participants en matière de gestion des risques, mais nous avons pallié cette limitation en couvrant les autres facettes de leur gestion quotidienne des risques à l'aide des entrevues en profondeur menées avec eux.

Toujours en matière de cas, la diversité des acteurs et de leurs activités en matière de gestion des risques a pu permettre d'utiliser le concept de travail du risque de manière porteuse et d'éviter d'établir des frontières trop étanches entre les activités de gestion des risques des différents travailleurs du risque. Toutefois, le fait d'avoir opté pour une inclusion plus large des acteurs et de leurs activités de gestion des risques a rendu plus ardue la définition des frontières de ce qui représente ce que Miles et Huberman (1994 : 26) appellent le cœur de l'étude. Selon ces auteurs, un des défis consiste à prendre des décisions sur ce qu'il est pertinent de regarder. Or, notre cas empirique nous a permis de rendre perméables les frontières de certains domaines de gestion des risques rarement mis en commun de ce type d'études, par exemple la gestion des risques liée aux

bâtiments et la gestion des risques liée aux activités cliniques. Comme nous l'avons souligné dans notre introduction, cela répond aux appels récents d'offrir une vision de la gestion des risques qui transcende les frontières disciplinaires (Horlick-Jones et Sime, 2004; McQuaid, 1998).

Du point de vue de la théorie institutionnelle, et plus particulièrement de celui du travail institutionnel, le cas empirique choisi était tout indiqué pour colmater la brèche laissée par les travaux ne mettant pas assez en relief l'importance des liens entre les efforts quotidiens des acteurs et la genèse des expériences personnelles et professionnelles. Une fois de plus, la diversité de profils des participants offre une vision du travail institutionnel ancré dans l'expérience collective et individuelle d'opportunités et de contraintes pouvant mener au façonnement d'un contexte institutionnel. Rappelons que les activités de gestion des risques sont particulièrement intéressantes d'un point de vue institutionnel, étant donné l'importance qu'elles prennent dans plusieurs secteurs depuis les dernières années (Power, 2005). Des recherches futures devraient adopter des méthodologies comparatives afin de mieux comprendre comment divers profils d'acteurs façonnent les risques et leur gestion.

Notre recherche s'est limitée à la gestion des risques en santé et nous a donné l'opportunité d'articuler les relations entre les efforts des acteurs et la gestion des risques, notamment à l'aide de biographies individuelles. Les données recueillies au cours de la présente recherche nous ont donc permis d'explorer la nature politique du travail du risque. Toutefois, outre la subversion et la récupération possible de la gestion des risques, comme démontré par certains auteurs (p. ex., Horlick-Jones, 2005), l'utilisation de certaines théories, telles que celle des mouvements sociaux, combinée à l'utilisation de l'approche biographique, aurait pu en dévoiler encore plus les potentialités émancipatrices de la gestion des risques sur le plan organisationnel. Des recherches futures devraient proposer des travaux sur cette question.

Notre thèse comporte aussi certaines implications pour la pratique. L'implication la plus importante constitue la portée réflexive de notre étude. En effet, notre premier article présente une gestion des risques qui dépasse la mise en œuvre d'une activité normative, planifiée et codifiée à l'intérieur des organisations. Cet article offre d'abord aux gestionnaires de risques la possibilité de réfléchir à la manière dont ils souhaitent se définir, à l'intérieur des paramètres institutionnels et organisationnels au sein desquels ils évoluent. De plus, nous avons pu voir que, malgré les

nombreux défis auxquels ils font face et leur pouvoir limité, les gestionnaires de risques peuvent contribuer à façonner la gestion des risques de manière à la rendre à la fois plus raffinée et accessible. La reconnaissance de cette influence potentielle pourrait, par exemple, permettre d'éviter un certain cynisme par rapport à la marge de manœuvre dégagée par l'engagement dans divers types d'efforts. Notre deuxième article nous donne aussi de bons indices quant aux possibilités pour une diversité d'acteurs de s'engager dans les initiatives de gestion des risques, tout en sachant que les efforts entrepris s'inscrivent dans un ensemble de pratiques diverses et interconnectées. Puisqu'il est possible de s'engager dans plus d'une forme de travail du risque à la fois, un plan de développement pourrait être mis en place par l'organisation en vue de favoriser une diversité dans l'engagement dans certains types de travail du risque et ainsi assurer un équilibre entre la sécurité des patients et leur autonomie. Enfin, les implications pratiques des résultats de notre troisième et dernier article concernent l'adaptation et l'intégration de telles reconstitutions narratives dans les activités de gestion des risques au quotidien afin de stimuler l'hybridation des compétences expertes et artisanales des travailleurs des organisations de santé mentale.

À la fin, notre étude offre des contributions et des pistes de réflexion importantes pour le développement de l'approche du travail institutionnel, plus particulièrement en matière de récursivité entre professionnalisation et démocratisation. Ces pistes de réflexion viennent aussi enrichir l'approche émergente du travail du risque, notamment en ce qui a trait aux dynamiques qui relient les différents types de pratiques mises en œuvre par divers types d'acteurs pour façonner une gestion des risques à la fois experte et artisanale et agissant comme levier pour résoudre les défis quotidiens et complexes entourant entre autres les risques liés à la sécurité.

Bibliographie

- Adler, P. et P. Adler (1987). « Everyday life sociology », *Annual Review of Sociology*, vol. 13, p. 217-235.
- Alaszewski, A. et A. Burgess (2007). « Risk, time and reason », *Health, Risk & Society*, vol. 9, no 4, p. 349-358.
- Barach, P. et S. D. Small (2000). « Reporting and preventing medical mishaps: Lessons from non-medical near miss reporting systems », *BMJ: British Medical Journal*, vol. 320, p. 759-763.
- Battilana, J. (2011). « The enabling role of social position in diverging from the institutional status quo: Evidence from the UK National Health Service », *Organization Science*, vol. 22, no 4, p. 817-834.
- Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*, Thousand Oaks, Sage, 272 p.
- Beck, U. et B. Holzer (2007). « Organizations in world risk society », dans C. M. Pearson, C. Roux-Dufort et J. A. Clair (dir.), *International handbook of organizational crisis management*, Thousand Oaks, Sage, p. 3-24.
- Bjerregaard, T. (2011). « Studying institutional work in organizations: Uses and implications of ethnographic methodologies », *Journal of Organizational Change Management*, vol. 24, no 1, p. 51-64.
- Boholm, Å. (2003). « The cultural nature of risk: Can there be an anthropology of uncertainty? », *Ethnos*, vol. 68, no 2, p. 159-178.
- Boholm, M., N. Möller et S. O. Hansson (2016). « The concepts of risk, safety, and security: Applications in everyday language », *Risk Analysis*, vol. 36, no 2, p. 320-338.
- Boxenbaum, E. et J. S. Pedersen (2009). « Scandinavian institutionalism—A case of institutional work », dans T. B. Lawrence, R. Suddaby et B. Leca (dir.), *Institutional work: Actors and agency in institutional studies of organizations*, New York, Cambridge University Press, p. 178-204.
- Brannick, T. et D. Coghlan (2006). « Reflexivity in management and business research: What do we mean? », *Irish Journal of Management*, vol. 27, no 2, p. 143-160.
- Campbell, M. L. (1998). « Institutional ethnography and experience as data », *Qualitative Sociology*, vol. 21, no 1, p. 55-73.
- Castel, R. (1991). « From dangerousness to risk », dans G. Burchell, C. Gordon et P. Miller (dir.), *The Foucault effect. Studies in governmentality*, Chicago, The University of Chicago Press, p. 281-298.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal – CHUM (2004). *Glossaire canadien sur la prestation sécuritaire des soins et services au patient*, Montréal, CHUM.

Cienfuegos Spikin, I. (2013). « Risk management theory: The integrated perspective and its application in the public sector », *Estado, Gobierno, Gestión Pública*, no 21, p. 89-126. Récupéré de <http://www.revistaestudiotributarios.uchile.cl/index.php/REGP/article/viewFile/29402/31180>

Clark, C. E. et S. Newell (2013). « Masquerading in the U.S. capital markets: The dark side of maintaining an institution », *Business & Society Review*, vol. 118, no 1, p. 105-134.

Cloutier, C., J.-L. Denis, A. Langley et L. Lamothe (2016). « Agency at the managerial interface: Public sector reform as institutional work », *Journal of Public Administration Research & Theory*, vol. 26, no 2, p. 259-276.

Cornia, A., K. Dressel et P. Pfeil (2016). « Risk cultures and dominant approaches towards disasters in seven European countries », *Journal of Risk Research*, vol. 19, no 3, p. 288-304.

Creed, W. E. D., M. A. Scully et J. R. Austin (2002). « Clothes make the person? The tailoring of legitimating accounts and the social construction of identity », *Organization Science*, vol. 13, no 5, p. 475-496.

Cronenwett, J. et al. (1985). « Actuarial analysis of variables associated with rupture of small abdominal aortic aneurysms », *Surgery*, vol. 98, no 3, p. 472-483.

Currie, G. et D. Spyridonidis (2016). « Interpretation of multiple institutional logics on the ground: Actors' position, their agency and situational constraints in professionalized contexts », *Organization Studies*, vol. 37, no 1, p. 77-97.

Dacin, T., K. Munir et P. Tracey (2010). « Formal dining at Cambridge Colleges: Linking ritual performance and institutional maintenance », *Academy of Management Journal*, vol. 56, no 1, p. 1393-1418.

DeJoy, D. M. (1994). « Managing safety in the workplace: An attribution theory analysis and model », *Journal of Safety Research*, vol. 25, no 1, p. 3-17.

Denis, J.-L., A. Langley et L. Cazale (1996). « Leadership and strategic change under ambiguity », *Organization Studies*, vol. 17, no 4, p. 673-699.

Denzin, N. (2001). *Interpretive interactionism*, Londres, Sage, 187 p.

DeVault, M. L. (2006). « Introduction: What is institutional ethnography? », *Social Problems*, vol. 53, no 3, p. 294-298.

DeVault, M. L. et L. McCoy (2006). « Institutional ethnography: Using interviews to investigate ruling relations », dans D. E. Smith (dir.), *Institutional ethnography as practice*, Lanham, Rowman and Littlefield Publishers, p. 15-44.

- Deveau, J. L. (2009). « Examining the institutional ethnographer's toolkit », *Socialist Studies / Études socialistes*, vol. 4, no 2, p. 1-19.
- Devereux, G. (2014 [1967]). *From anxiety to method in the behavioral sciences*, 2^e éd., Paris et La Haye, Mouton & Co., 398 p.
- Dingwall, R. (1999). « Risk society: The cult of theory and the millennium? », *Social Policy & Administration*, vol. 33, no 4, p. 474-491.
- Dionne, G. (2013). « Risk management: History, definition, and critique », *Risk Management and Insurance Review*, vol. 16, no 2, p. 147-166.
- Douglas, M. (1992). *Risk and blame: Essays in cultural theory*, Londres, Routledge, 323 p.
- Douglas, M. (2002 [1966]). *Purity and danger: An analysis of concepts of pollution and taboo*, Londres, Routledge, 193 p.
- Douglas, M. et A. B. Wildavsky (1982). *Risk and culture: An essay on the selection of technical and environmental dangers*, Berkeley, University of California Press, 224 p.
- Elliott, A. (2002). « Beck's sociology of risk: A critical assessment », *Sociology*, vol. 36, no 2, p. 293-315.
- Emirbayer, M. et A. Mische (1998). « What is agency? », *The American Journal of Sociology*, vol. 103, no 4, p. 962-1023.
- Etherington, K. (2004). *Becoming a reflexive researcher: Using our selves in research*, Londres, Jessica Kingsley Publishers, 284 p.
- Finlay, L. (2002). « “Outing” the researcher: The provenance, process, and practice of reflexivity », *Qualitative Health Research*, vol. 12, no 4, p. 531-545.
- Foucault, M. (1991). « Governmentality », dans G. Burchell, C. Gordon et P. Miller (dir.), *The Foucault effect. Studies in governmentality*, Chicago, The University of Chicago Press, p. 87-104.
- Gawer, A. et N. Phillips (2013). « Institutional work as logics shift: The case of Intel's transformation to platform leader », *Organization Studies*, vol. 34, no 8, p. 1035-1071.
- Gephart, R. P. J. (1993). « The textual approach: Risk and blame in disaster sensemaking », *Academy of Management Journal*, vol. 36, no 6, p. 1171-1669.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*, Californie, University of California Press, 402 p.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity*, Cambridge, Polity Press, 256 p.
- Goodman, G. R. (2002). « Safety throughout the hospital », *Health Forum Journal*, vol. 45, no 3, p. 6.

Goodrick, E. et T. Reay (2010). « Florence Nightingale endures: Legitimizing a new professional role identity », *Journal of Management Studies*, vol. 47, no 1, p. 55-84.

Goodrick, E. et T. Reay (2011). « Constellations of institutional logics: Changes in the professional work of pharmacists », *Work & Occupations*, vol. 38, no 3, p. 372-416.

Gouvernement du Québec (2002). *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. 71. Récupéré de <https://www.canlii.org/fr/qc/legis/loisa/lq-2002-c-71/derniere/lq-2002-c-71.html>

Greenwood, R. et C. R. Hinings (1996). « Understanding radical organizational change: Bringing together the old and the new institutionalism », *Academy of Management Review*, vol. 21, no 4, p. 1022-1054.

Greenwood, R., A. M. Diaz, S. X. Li et J. C. Lorente (2010). « The multiplicity of institutional logics and the heterogeneity of organizational responses », *Organization Science*, vol. 21, no 2, p. 521-539.

Greenwood, R., M. Raynard, F. Kodeih, E. R. Micelotta et M. Lounsbury (2011). « Institutional complexity and organizational responses », *Academy of Management Annals*, vol. 5, no 1, p. 317-371.

Hammersley, M. et P. Atkinson (2007). *Ethnography: Principles in practice*, Londres, Routledge, 275 p.

Hargrave, T. J. et A. H. Van de Ven (2009). « Institutional work as the creative embrace of contradiction », dans T. B. Lawrence, R. Suddaby et B. Leca (dir.), *Institutional work: Actors and agency in institutional studies of organizations*, New York, Cambridge University Press, p. 120-140.

Harris, M. J., J. Stinson et W. G. Landis (2017). « A Bayesian approach to integrated ecological and human health risk assessment for the South River, Virginia mercury-contaminated site », *Risk Analysis: An International Journal*, vol. 37, no 7, p. 1341-1357.

Helmreich, R. L. et J. M. Davies (1997). « Anaesthetic simulation and lessons to be learned from aviation », *Canadian Journal of Anaesthesia*, vol. 44, no 9, p. 907-912.

Hirsch, P. M. et S. Bermiss (2009). « Institutional “dirty work”: Preserving institutions through strategic decoupling », dans T. B. Lawrence, R. Suddaby et B. Leca (dir.), *Institutional work: Actors and agency in institutional studies of organizations*, New York, Cambridge University Press, p. 262-283.

Hood, C. et H. Rothstein (2001). « Risk regulation under pressure: Problem solving or blame shifting? », *Administration & Society*, vol. 33, no 1, p. 21.

Horlick-Jones, T. (2003). « Managing risk and contingency: interaction and accounting behaviour », *Health, Risk & Society*, vol. 5, no 2, p. 221.

- Horlick-Jones, T. et J. Sime (2004). « Living on the border: Knowledge, risk and transdisciplinarity », *Futures*, vol. 36, no 4, p. 441-456.
- Horlick-Jones, T., J. Walls et J. Kitzinger (2007). « Bricolage in action: learning about, making sense of, and discussing, issues about genetically modified crops and food », *Health, Risk & Society*, vol. 9, no 1, p. 83-103.
- Horlick-Jones, T., J. Rosenhead, I. Georgiou, J. Ravetzd et R. Löfstedte (2001). « Decision support for organizational risk management by problem structuring », *Health, Risk & Society*, vol. 3, no 2, p. 141-165.
- Huberman, A. M. et B. M. Miles (1991). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*, Bruxelles, De Boeck Université, 480 p.
- Huby, G., J. Harries et S. Grant (2011). « Contributions of ethnography to the study of public services management », *Public Management Review*, vol. 13, no 2, p. 209-225.
- Humphreys, M. (2005). « Getting personal: Reflexivity and autoethnographic vignettes », *Qualitative Inquiry*, vol. 11, no 6, p. 840-860.
- Jarzabkowski, P., J. Matthiesen et A. Van de Ven (2009). « Doing which work? A practice approach to institutional pluralism », dans T. B. Lawrence, R. Suddaby et B. Leca (dir.), *Institutional work: Actors and agency in institutional studies of organizations*, New York, Cambridge University Press, p. 284-316.
- Jarzabkowski, P., M. Smets, R. Bednarek, G. Burke et P. Spee (2013). « Institutional ambidexterity: Leveraging institutional complexity in practice », *Research in the Sociology of Organizations*, vol. 39B (« Institutional logics in action, part B », M. Lounsbury et E. Boxenbaum [dir.]), p. 37-61.
- Jauho, M. (2016). « “Give people work, and the blood pressure will sink”: Lay engagement with cardiovascular risk factors in North Karelia in the 1970s », *Health, Risk & Society*, vol. 18, no 1-2, p. 21-37.
- Kaas, R., M. Goovaerts, J. Dhaene et M. Denuit (2008). *Modern actuarial risk theory: Using R*, 2^e éd., New York, Springer, 382 p.
- Kahneman, D., P. Slovic et A. Tversky (dir.) (1982). *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*, New York, Cambridge University Press, 555 p.
- Kemshall, H. (1998). *Risk in probation practice*, Aldershot, Ashgate, 362 p.
- Kemshall, H. (2000). « Conflicting knowledge on risk: The case of risk knowledge in the probation service », *Health, Risk & Society*, vol. 2, no 2, p. 143-158.
- Kemshall, H. et J. Pritchard (dir.) (1996). *Good practice in risk assessment and risk management 1*, Londres, Jessica Kingsley Publishers, 224 p.

- Kenworthy, N. J. (2012). « Asylum's asylum: Undocumented immigrants, belonging, and the space of exception at a state psychiatric center », *Human Organization*, vol. 71, no 2, p. 123-134.
- Kisfalvi, V. (2006). « Subjectivity and emotions as sources of insight in an ethnographic case study: A tale of the field », *M@n@gement*, vol. 9, no 3, p. 109-127.
- Labelle, V. et L. Rouleau (2016). « Doing institutional riskwork in a mental health hospital », dans M. Power (dir.), *Riskwork. Essays on the organizational life of risk management*, Oxford, Oxford University Press, p. 211-231.
- Labelle, V. et L. Rouleau (2017). « The institutional work of hospital risk managers: Democratizing and professionalizing risk management », *Journal of Risk Research*, vol. 20, no 8, p. 1053-1075.
- Langley, A. (1999). « Strategies for theorizing from process data », *Academy of Management Review*, vol. 24, no 4, p. 691-710.
- Langley, A. et I. Royer (2006). « Perspectives on doing case study research in organizations », *M@n@gement*, vol. 9, no 3, p. 73-86.
- Lash, S. (2000). « Risk culture in Barbara Adam », dans U. Beck et J. van Loon (dir.), *The risk society and beyond: Critical issues for social theory*, Londres, Sage, p. 47-62.
- Lerner, J. S. et D. Keltner (2001). « Fear, anger, and risk », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 81, no 1, p. 146-159.
- Lin, Y.-K., H. Chen, R. A. Brown, S.-H. Li et H.-J. Yang (2017). « Healthcare predictive analytics for risk profiling in chronic care: A Bayesian multitask learning approach », *MIS Quarterly*, vol. 41, no 2, p. 473-495.
- Lincoln, Y. S. et E. G. Guba (1985). *Naturalistic inquiry*, Beverley Hills, Sage, 416 p.
- Luhmann, N. (1990). « Technology, environment, and social risk: A systems perspective », *Industrial Crisis Quarterly*, vol. 4, p. 223-231.
- Lupton, D. (1999). « Introduction: Risk and sociocultural theory », dans D. Lupton (dir.), *Risk and sociocultural theory: New directions and perspectives*, New York, Cambridge University Press, p. 1-11.
- Luxon, N. (2004). « Truthfulness, risk, and trust in the late lectures of Michel Foucault », *Inquiry*, vol. 47, no 5, p. 464-489.
- Maguire, S. et C. Hardy (2009). « Discourse and deinstitutionalization: The decline of DDT », *Academy of Management Journal*, vol. 52, no 1, p. 148-178.
- Maguire, S. et C. Hardy (2013). "Organizing Processes and the Construction of Risk: A Discursive Approach", *Academy of Management Journal*, vol. 56, no 1, p. 231-255.

March, J. G. et Z. Shapira (1987). « Managerial perspectives on risk and risk taking », *Management Science*, vol. 33, no 11, p. 1404-1418.

Marti, I. et J. Mair (2009). « Bringing change into the lives of the poor: Entrepreneurship outside traditional boundaries », dans T. B. Lawrence, R. Suddaby et B. Leca (dir.), *Institutional work : Actors and agency in institutional studies of organizations*, New York, Cambridge University Press, p. 92-119.

McGivern, G., G. Currie, E. Ferlie, L. Fitzgerald et J. Waring (2015). « Hybrid manager-professionals' identity work: The maintenance and hybridization of medical professionalism in managerial contexts », *Public Administration*, vol. 93, no 2, p. 412-432.

McPherson, C. M. et M. Sauder (2013). « Logics in action: Managing institutional complexity in a drug court », *Administrative Science Quarterly*, vol. 58, no 2, p. 165-196.

McQuaid, J. (1998). « Guest editorial: The future of risk research », *Journal of Risk Research*, vol. 1, no 1, p. 3-6.

Miles, M. B. et A. M. Huberman (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*, 2^e éd., Thousand Oaks, Sage, 338 p.

Möller, N. (2012). « The concepts of risk and safety », dans S. Roeser, R. Hillerbrand, P. Sandin et M. Peterson (dir.), *Handbook of risk theory : Epistemology, decision theory, ethics, and social implications of risk*, Dordrecht et New York, Springer, 1187 p.

Mykhalovskiy, E. (2001). « Troubled hearts, care pathways and hospital restructuring: Exploring health services research as active knowledge », *Studies in Cultures, Organizations and Societies*, vol. 7, no 2, p. 269-296.

Napier, J. et B. J. Youngberg (2011). « Risk management and patient safety: The synergy and the tension », dans B. J. Youngberg (dir.), *Principles of risk management and patient safety*, Sudbury, Jones & Bartlett Learning, p. 3-11.

Nichols, E. et A. Wildavsky (1992). « Learning and nuclear safety: New reactors and US regulation », *Nuclear Engineering and Design*, vol. 137, no 2, p. 163-170.

Oliver, C. (1991). « Strategic responses to institutional processes », *Academy of Management Review*, vol. 16, no 1, p. 145-179.

Oltedal, S., B.-E. Moen, H. Klempe et T. Rundmo (2004). *Explaining risk perception. An evaluation of cultural theory*, Trondheim, Rotunde, 60 p.

Paillé, P. et A. Mucchielli (2005). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, 211 p.

Paté-Cornell, M. E. (1986). « Probability and uncertainty in nuclear safety decisions », *Nuclear Engineering and Design*, vol. 93, no 2-3, p. 319-327.

- Patriotta, G., J.-P. Gond et F. Schultz (2011). « Maintaining legitimacy: Controversies, orders of worth, and public justifications », *Journal of Management Studies*, vol. 48, no 8, p. 1804-1836.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*, 3^e éd., Thousand Oaks, Sage, 598 p.
- Peton, H. (2011). « Organisation frontière et maintien institutionnel. Le cas du Comité permanent amiante en France », *Revue française de gestion*, vol. 8, no 217, p. 117-135.
- Pidgeon, N., C. Hood, D. Jones, B. Turner et R. Gibson (1992). « Risk perception », dans The Royal Society (dir.), *Risk: Analysis, perception and management*, Londres, The Royal Society, p. 89-134
- Pillow, W. (2003). « Confession, catharsis, or cure? Rethinking the uses of reflexivity as methodological power in qualitative research », *International Journal of Qualitative Studies in Education*, vol. 16, no 2, p. 175-196.
- Pires, A. (1997). « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », dans J. Poupart *et al.* (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, p. 113-169.
- Power, M. (1999). *The audit society: Rituals of verification*, Oxford, Oxford University Press, 183 p.
- Power, M. (2004). *The risk management of everything: Rethinking the politics of uncertainty*, Londres, Demos, 73 p.
- Power, M. (2007). *Organized uncertainty: Designing a world of risk management*, Oxford, Oxford University Press, 248 p.
- Power, M. (2009). « The risk management of nothing », *Accounting, Organizations and Society*, vol. 34, no 6-7, p. 849-855.
- Power, M. (2012). « The managerialization of security », dans K. S. Helgesson et U. Mört (dir.), *Securitization, accountability and risk management: Transforming the public security domain*, New York, Routledge, p. 70-87.
- Power, M. (2016). *Riskwork. Essays on the Organizational Life of Risk Management*, edited by M. Power, Oxford, Oxford University Press. 307 p.
- Power, M., T. Scheytt, K. Soini et K. Sahlin (2009). « Reputational risk as a logic of organizing in late modernity », *Organization Studies*, vol. 30, no 2-3, p. 301-324.
- Pronovost, P. J. *et al.* (2006). « Creating high reliability in health care organizations », *Health Research and Educational Trust*, vol. 41, no 4, p. 1599-1617.

- Purdy, G. (2010). « ISO 31000:2009—Setting a new standard for risk management », *Risk Analysis*, vol. 30, no 6, p. 881-886.
- Quinn Trank, C. et M. Washington (2009). « Maintaining an institution in a contested organization field: The work of the AACSB and its constituents », dans T. B. Lawrence, R. Suddaby et B. Leca (dir.), *Institutional work: Actors and agency in institutional studies of organizations*, New York, Cambridge University Press, p. 236-261.
- Quinsey, V. L., M. E. Rice et G. T. Harris (1995). « Actuarial prediction of sexual recidivism », *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 10, no 1, p. 85-105.
- Rankin, J. (2001). « Texts in action: How nurses are doing the fiscal work of health care reform », *Studies in Cultures, Organizations and Societies*, vol. 7, no 2, p. 251-267.
- Reay, T. et C. R. Hinings (2009). « Managing the rivalry of competing institutional logics », *Organization Studies*, vol. 30, no 6, p. 629-652.
- Reay, T., E. Goodrick et B. Hinings (2016). « Institutionalization and professionalization », dans F. Ewan, K. Montgomery et A. R. Pedersen (dir.), *The Oxford handbook of health care management*, Oxford, Oxford University Press, p. 25-44.
- Rothstein, H., M. Huber et G. Gaskell (2006). « A theory of risk colonization: The spiralling regulatory logics of societal and institutional risk », *Economy & Society*, vol. 35, no 1, p. 91-112.
- Saarela, O. et E. Arjas (2015). « Non-parametric Bayesian hazard regression for chronic disease risk assessment », *Scandinavian Journal of Statistics*, vol. 42, no 2, p. 609-626.
- Schatzki, T. R. (2001). « Introduction: Practice theory », dans T. R. Schatzki, K. Knorr-Cetina et E. Savigny (dir.), *The practice turn in contemporary theory*, New York, Routledge, p. 1-14.
- Scott, W. R. et J. W. Meyer (1994). « Environmental linkages and organizational complexity: Public and private schools », dans W. R. Scott, J. W. Meyer *et al.*, *Institutional environments and organizations. Structural complexity and individualism*, Thousand Oaks, Sage, p. 137-159.
- Scott, W. R., R. Martin, P. J. Mendel et C. A. Caronna (2000). *Institutional change and healthcare organizations*, Chicago, The University of Chicago Press, 427 p.
- Seo, M.-G. et W. E. D. Creed (2002). « Institutional contradictions, praxis, and institutional change: A dialectical perspective », *Academy of Management Review*, vol. 27, no 2, p. 222-247.
- Shannon, H. S., J. Mayr et T. Haines (1997). « Overview of the relationship between organizational and workplace factors and injury rates », *Safety Science*, vol. 26, no 3, p. 201-217.

- Slager, R., J.-P. Gond et J. Moon (2012). « Standardization as institutional work: The regulatory power of a responsible investment standard », *Organization Studies*, vol. 33, no 5-6, p. 763-790.
- Slovic, P. (1987, 17 avril). « Perception of risk », *Science*, vol. 236, no 4799, p. 280-285.
- Slovic, P. et E. Peters (2006). « Risk perception and affect », *Current Directions in Psychological Science*, vol. 15, no 6, p. 322-325.
- Slovic, P., M. L. Finucane, E. Peters et D. G. MacGregor (2004). « Risk as analysis and risk as feelings: Some thoughts about affect, reason, risk, and rationality », *Risk Analysis: An International Journal*, vol. 24, no 2, p. 311-322.
- Smets, M. and P. Jarzabkowski (2013). « Reconstructing institutional complexity in practice: A relational model of institutional work and complexity. » *Human Relations* vol. 66, no 10, 1279-1309.
- Smets, M., P. Jarzabkowski, G. T. Burke et P. Spee (2015). "Reinsurance Trading in Lloyd's of London: Balancing Conflicting-Yet-Complementary Logics in Practice", *Academy of Management Journal*, vol. 58, no 3, p. 932-970.
- Smets, M., T. Morris et R. Greenwood (2012). « From practice to field: A multilevel model of practice-driven institutional change », *Academy of Management Journal*, vol. 55, no 4, p. 877-904.
- Smith, B. A. (1999). « Ethical and methodologic benefits of using a reflexive journal in hermeneutic-phenomenologic research », *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 31, no 4, p. 359-363.
- Smith, D. E. (2002). « Institutional ethnography », dans T. May (dir.), *Qualitative research in action*, Londres, Sage, p. 17-52.
- Smith, D. E. (2005). *Institutional ethnography: A sociology for people*, Oxford, Rowman Altamira, 272 p.
- Tamuz, M. et E. J. Thomas (2006). « Classifying and interpreting threats to patient safety in hospitals: insights from aviation », *Journal of Organizational Behavior*, vol. 27, no 7, p. 919-940.
- Tansey, J. et T. O'Riordan (1999). « Cultural theory and risk: a review », *Health, Risk & Society*, vol. 1, no 1, p. 71-90.
- Thornton, P. et W. Ocasio (1999). « Institutional logics and the historical contingency of power in organizations: Executive succession in the higher education publishing industry, 1958-1990 », *American Journal of Sociology*, vol. 105, no 3, p. 801-843.

- Thornton, P. H. et W. Ocasio (2008). « Institutional logics », dans R. Greenwood, C. Oliver, R. Suddaby et K. Sahlin (dir.), *The Sage handbook of organizational institutionalism*, Los Angeles, Sage Publications, p. 1-46.
- Thornton, P. H., W. Ocasio et M. Lounsbury (2012). *The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure and process*, Oxford, Oxford University Press, 234 p.
- Townley, B. (2002). « The role of competing rationalities in institutional change », *Academy of Management Journal*, vol. 45, no 1, p. 163-179.
- Voronov, M. et R. Vince (2012). « Integrating emotions into the analysis of institutional work », *Academy of Management Review*, vol. 37, no 1, p. 58-81.
- Warner, J. et J. Gabe (2004). « Risk and liminality in mental health social work », *Health, Risk & Society*, vol. 6, no 4, p. 387-399.
- Whiteman, G., T. Müller et J. M. Johnson (2009). « Strong emotions at work », *Qualitative Research in Organizations and Management*, vol. 4, no 1, p. 46-61.
- Wiig, S. et P. H. Lindøe (2009). « Patient safety in the interface between hospital and risk regulator », *Journal of Risk Research*, vol. 12, no 3, p. 411-426.
- Willmott, H. (2010). « Institutional work for what? Problems and prospects of institutional theory », *Journal of Management Inquiry*, vol. 20, no 1, p. 67-72.
- Wright, A., R. Zammuto et P. Liesch (2015). « Maintaining the values of a profession: Institutional work and moral emotions in the emergency department », *Academy of Management Journal*, vol. 60, no 1, p. 200-237.
- Zhang, J., Â. P. Teixeira, C. Guedes Soares, X. Yan et K. Liu (2016). « Maritime transportation risk assessment of Tianjin port with Bayesian belief networks », *Risk Analysis: An International Journal*, vol. 36, no 6, p. 1171-1187.
- Zilber, T. B. (2009). « Institutional maintenance as narrative acts », dans T. B. Lawrence, R. Suddaby et B. Leca (dir.), *Institutional work: Actors and agency in institutional studies of organizations*, New York, Cambridge University Press, p. 205-235.
- Zilber, T. B. (2013). « Institutional logics and institutional work: Should they be agreed? », *Research in the Sociology of Organizations*, vol. 39A (« Institutional logics in action, part A », M. Lounsbury et E. Boxenbaum [dir.]), p. 77-96.

