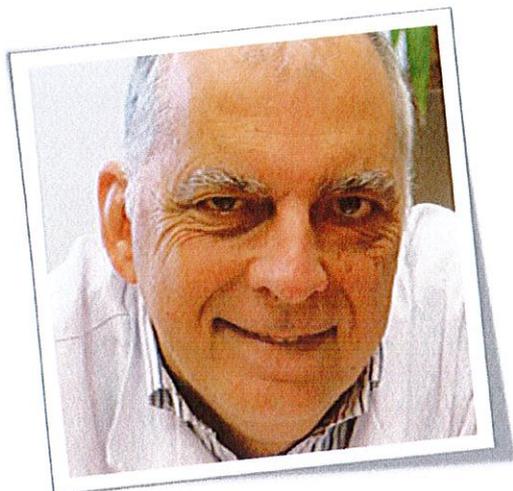


**Mardi 25 février 2020**

**18h00 - 20h00**

**AgroParisTech**



**Philippe COLOMBAT**

Cancérologue, professeur en hématologie au  
CHRU de Tours, Président de l'Observatoire  
national de la QVT des professionnels de santé

## **Comment produire santé et qualité de vie au travail dans un hôpital ?**

Une démarche, des résultats étonnants. Et des freins...

**Dossier Documentaire**

**- 118 pages -**

Le Dossier Documentaire de l'UODC

**Comment produire santé et qualité de vie au travail au hôpital ?**  
Une démarche, des résultats étonnants. Et des freins...

**Sommaire**

- **Autour de Philippe Colombat**..... pp. 04-42
  - Présentation de Philippe Colombat  
*Ministère des Solidarités et de la Santé* (<https://solidarites-sante.gouv.fr>), 1 p.
  - Philippe Colombat ou l'itinéraire d'un médecin engagé  
Le Mag de l'INPH n° 9 (pp.12-18), *INPH* ([www.intersyndicat-des-praticiens-hospitaliers.com](http://www.intersyndicat-des-praticiens-hospitaliers.com)), 2016, 7 p.
  - Observatoire de la qualité de vie au travail : bilan 1. Rencontre avec Philippe Colombat  
*Afsos* ([www.afsos.org](http://www.afsos.org)), 2019, 4 p.
  - La démarche participative, une réponse à la souffrance des soignants  
Colombat Philippe et Fouquereau Evelyne, *The Conversation* (<http://theconversation.com>), 2020, 4 p.
  - La démarche participative, un enjeu pour le système de soins ?  
Colombat Philippe et alii, *Risques & Qualité* Vol. 15 n° 1 (pp. 35-39), *Health & Co* ([www.hygienes.net](http://www.hygienes.net)), 2018, 5 p.
  - Impact de la démarche participative sur la qualité de vie au travail des soignants  
Colombat Philippe et Fouquereau Evelyne, *ResearchGate* ([www.researchgate.net](http://www.researchgate.net)), 2015, 9 p.
  - La démarche participative dans les soins  
Colombat Philippe et alii, *Revue Gestions Hospitalières* n° 534 (pp.151-157), *ResearchGate* ([www.researchgate.net](http://www.researchgate.net)), 2015, 8 p.
  
- **Produire santé et qualité de vie au travail : les pratiques et les effets**..... pp. 43-111
  - Santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la fonction publique : un devoir, une urgence, une chance  
Lecocq Charlotte, Coton Pascale et Verdier Jean-François, *Ministère des Solidarités et de la Santé* (<https://solidarites-sante.gouv.fr>), 2019, 8 p.  
*Sommaire* (pp. 18-19), *Introduction* (p. 20), *Illustration des pratiques inspirantes dans la fonction publique hospitalière* (pp. 53-56)
  - Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée  
Lecocq Charlotte, Dupuis Bruno et Forest Henri, *Ministère des Solidarités et de la Santé* (<https://solidarites-sante.gouv.fr>), 2018, 8 p.  
*Sommaire* (pp. 25-28), *Parti-pris et méthodologie participative de la mission* (pp. 29-31), *Des innovations et des pratiques inspirantes* (pp. 122-127)
  - Réhabiliter la dispute professionnelle  
Clot Yves, *École de Paris du management* ([www.ecole.org](http://www.ecole.org)), 2013, 11 p.
  - Travail et santé : la nécessaire évolution du management vers le « réel »  
Suarez-Thomas Sabine, *Revue Gérer et comprendre* n° 122 (pp. 43-52), *Cairn Info* ([www.cairn.info](http://www.cairn.info)), 2015, 11 p.
  - Optimiser le bien-être au travail et la performance globale : enjeux et perspectives  
Bachelard Olivier, *Revue Regard* n° 51 (pp. 169-179), *Cairn Info* ([www.cairn.info](http://www.cairn.info)), 2017, 12 p.
  - Le management en santé au service de la qualité de vie au travail des professionnels  
Haliday Héloïse, *Revue Éthique et santé* n° 15 (pp. 118-124), *ResearchGate* ([www.researchgate.net](http://www.researchgate.net)), 2018, 8 p.
  - Les Ateliers de réflexion sur le travail. Un exemple d'innovation managériale  
Benchérif Nacéra, *Revue Gestions Hospitalières* n° 573, *Gestions Hospitalières* (<http://gestions-hospitalieres.fr>), 2018, 4 p.

▪ **Six vidéos de l'UODC sur les liens entre collectif de travail, qualité du travail et santé -**  
**www.uodc.fr..... pp. 112-118**

**1 - Mettre en débat la qualité du travail dans les entreprises. Pour l'institution d'une coopération conflictuelle**

**Clot Yves, VC n°230, 2018**

**2 - Les apprentissages informels au cœur des métiers. Ce que nous apprend le monde infirmier**

**Muller Anne, VC n°205, 2016**

**3 - Comment faire travailler ensemble des musiciens pour produire une œuvre ? Le métier de chef d'orchestre**

**Sené Samuel, VC n°202, 2016**

**4 - Souffrance au travail, RPS, épuisement. L'état des lieux, les ressources pour agir**

**Pezé Marie, VC n°187, 2015**

**5 - Comment faire travailler ensemble des personnes pour produire une œuvre ? De la vie dans le travail !**

**Mnouchkine Ariane, VC n°178, 2015**

**6 - Transformer la pression sur les cadres de proximité. L'expérience des cadres de santé**

**Bourret Paule, VC n°152, 2013**

Le Dossier Documentaire de l'UODC

**Comment produire santé et qualité de vie au travail au hôpital ?**  
Une démarche, des résultats étonnants. Et des freins...

**- Partie I -**

- **Autour de Philippe Colombat**..... pp. 04-42
- Présentation de Philippe Colombat  
*Ministère des Solidarités et de la Santé* (<https://solidarites-sante.gouv.fr>), 1 p.
  - Philippe Colombat ou l'itinéraire d'un médecin engagé  
Le Mag de l'INPH n° 9 (pp.12-18), *INPH* ([www.intersyndicat-des-praticiens-hospitaliers.com](http://www.intersyndicat-des-praticiens-hospitaliers.com)), 2016, 7 p.
  - Observatoire de la qualité de vie au travail : bilan 1. Rencontre avec Philippe Colombat  
*Afsos* ([www.afsos.org](http://www.afsos.org)), 2019, 4 p.
  - La démarche participative, une réponse à la souffrance des soignants  
Colombat Philippe et Fouquereau Evelyne, *The Conversation* (<http://theconversation.com>), 2020, 4 p.
  - La démarche participative, un enjeu pour le système de soins ?  
Colombat Philippe et alii, *Risques & Qualité* Vol. 15 n° 1 (pp. 35-39), *Health & Co* ([www.hygienes.net](http://www.hygienes.net)), 2018, 5 p.
  - Impact de la démarche participative sur la qualité de vie au travail des soignants  
Colombat Philippe et Fouquereau Evelyne, *ResearchGate* ([www.researchgate.net](http://www.researchgate.net)), 2015, 9 p.
  - La démarche participative dans les soins  
Colombat Philippe et alii, *Revue Gestions Hospitalières* n° 534 (pp.151-157), *ResearchGate* ([www.researchgate.net](http://www.researchgate.net)), 2015, 8 p.

## CV du président et des membres de l'observatoire

Professeur Philippe Colombat, chef du pôle cancérologie-urologie du CHRU de Tours



Professeur en Hématologie au CHU de TOURS depuis 1989 où il a exercé en qualité de chef de service du service d'Hématologie de 1990 à 2011 et du service d'Oncopédiatrie de 2003 à 2011. Chef du pôle de Cancérologie-Urologie depuis 2011.

Sa carrière a été très liée aux constats de terrains liés à l'Hématologie

- Par son engagement dans la recherche tant au niveau de la recherche clinique : secrétaire (1995-1999) puis président (1999-2003) du Groupe Ouest-Est Leucémies Aigües-Maladies du Sangs (GOELAMS), que de la recherche fondamentale (responsable d'une UPRES-EA « Cellules hématopoïétiques, hémostase et greffe » de 1996 à 2003
- Par son engagement dans le domaine des soins palliatifs tant au niveau local et régional (création de l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Tours en 1998 ; création du réseau régional de soins palliatifs en 2001 ; création de l'unité de soins palliatifs de LUYNES en 2006 et responsable du D.I.U. d'accompagnement et de soins palliatifs depuis 1994) que national (créateur et responsable du collège des enseignants en soins palliatifs 1999-2007 ; fondateur (2006) puis responsable (2007-2011) du D.E.S.C. médecine de la douleur et de soins palliatifs
- Par sa préoccupation dans la prise en charge de la souffrance des soignants ayant conduit à la création en 1992 du groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en hématologie (GRASPH) devenu après 3 changements de nom, l'association francophone des soins oncologiques de support en 2008.



# MANAGEMENT PHILIPPE COLOMBAT OU L'ITINÉRAIRE



**Philippe Colombat**  
Professeur en Hématologie  
Chef du pôle Cancérologie  
au CHU de Tours

*“ L’approche globale du soin se veut d’abord une attention envers autrui dans la globalité perçue de son existence. Elle est un appel à la rencontre et non au pouvoir. ” (1)*

Le 22 septembre 2016, Philippe COLOMBAT a reçu le trophée de l'innovation managériale de la chaire de l'École supérieure des sciences économiques et commerciales (Essec) "conduite du changement". Pour « une démarche participative reposant sur des temps d'écoute et d'échanges qui soutiennent la motivation des membres de son équipe soignante et participent à faire converger avec méthode les expressions individuelles des soignants vers les choix collectifs du service ». C'est la première fois qu'un établissement hospitalier se voyait décerner ce prix.

Cette distinction qui sonne comme un oxymore d'un point de vue déontologique (comment : on associe soin et commerce ?) couronne en fait 25 ans de défense acharnée d'une vision du soin avant tout humaine, et, d'ailleurs, exclusivement humaine.



# PARTICIPATIF

## D'UN MÉDECIN ENGAGÉ

### DISCOURS DE PHILIPPE COLOMBAT LORS DE LA REMISE DU TROPHÉE

« Il était une fois en 1990 des soignants qui se sont dits ce n'est pas possible que l'on continue comme cela. On ne tient plus compte des patients, on ne tient plus compte des soignants : que peut-on faire ? Et donc ces soignants ont inventé un modèle de terrain que l'on appelle maintenant la démarche

participative qui repose sur les staffs, la démarche projet, les formations internes pluriprofessionnelles et le soutien aux équipes. Puis nous avons créé une association (NDLR : GRASPH : groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en hématologie), nous avons fait des congrès, nous avons fait des formations, et nous avons vu que globalement cela marchait, que **tout le monde avait envie de la mettre en place... mais que personne n'avait envie de la faire.**

Donc la deuxième étape, ce fut un lobbying politique avec la société française d'accompagnement des soins palliatifs et nous avons réussi à faire sortir des circulaires ministérielles en 2002, 2004 et 2008 et c'est devenu

une mesure d'accréditation des établissements en 2008 et c'est pour cela que c'est obligatoire dans tous les services de soins depuis 2008 pour les patients le plus en souffrance qui sont les patients en soins palliatifs.

La troisième étape commence en 2004 : j'ai quitté mon équipe (de recherche) d'hématologie fondamentale pour devenir chercheur en psychologie du travail et nous avons publié sur le lien entre notre démarche participative, la qualité de vie au travail et très récemment la qualité de prise en charge du patient, une première étude mondiale en oncopédiatrie.

Je voudrais terminer par la phrase que nous avons fait nôtre « le progrès est l'accomplissement des utopies » ; nous avons vraiment l'impression d'être dans ce modèle là depuis 25 ans. »

### Philippe Colombat, qu'est-ce que le management participatif ?

C'est le moyen que nous avons trouvé pour répondre à la nécessité d'être mieux en tant que soignant afin de mieux communiquer avec le malade et ses proches.

Trouver une réponse à cette situation s'est imposée d'emblée, dès que j'ai débuté mon exercice hospitalier. J'ai été nommé interne en 1975, à une époque où l'hématologie n'existait pas en tant que spécialité individualisée. J'ai découvert des soignants souvent épuisés par la prise en charge des patients en fin de vie - complexe - et l'accompagnement des malades graves - nécessitant écoute et empathie -.

Très vite je me suis engagé dans le milieu associatif des soins palliatifs (GRASPH : groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en hématologie) et rapidement il nous est apparu que cela requerrait la mise en place d'une dynamique participative prenant en compte les difficultés des soignants. La finalité du management de ces équipes devait dès lors être double : assurer une meilleure prise en charge globale des patients et des proches et l'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants... C'est à partir de ce constat

que s'est peu à peu développée la démarche participative. Ce fut un chemin long, jalonné de textes réglementaires (2) (3) organisant les soins palliatifs, éclairé par le rapport de Marie de Hennezel (2003) (4) et qui a finalement abouti en 2008 à la mesure 13a du manuel d'accréditation des établissements de la Haute Autorité de Santé (HAS), mesure qui exige la mise en place de la démarche participative dans les services ayant des soins palliatifs (5).

## Et en pratique ?

En pratique, le management participatif repose sur deux principes - la démarche projet et la création d'espaces d'échanges au sein de l'équipe - et quatre outils managériaux - des staffs pluriprofessionnels, une démarche projet avec des groupes de travail pour discuter de propositions, des soutiens aux équipes de manière ponctuelle lors de situation de crise et des formations internes au service.

### A La démarche projet a pour but d'établir le bilan des besoins

Elle consiste, à partir d'un dysfonctionnement ou d'un besoin, en la mise en place d'un groupe de travail incluant toutes les catégories socio-professionnelles qui fera des propositions d'amélioration, élaborées et validées de manière consensuelle. Ces propositions seront ensuite mises en application puis réactualisées. Pour aboutir, cette démarche requiert d'être intégrée dans les pro-

jets institutionnels (et donc que des instances de la direction y soient impliquées), de recueillir l'adhésion du binôme chef de service/cadre de santé ou des responsables équivalents (permettant par exemple de dégager du temps pour les soignants et que la place de chacun dans les réunions soit respectée) et d'instaurer au sein de l'équipe un mode de communication basé sur

des rapports non hiérarchiques et le respect de l'autre. Les responsables des groupes de travail ne sont pas obligatoirement les supérieurs hiérarchiques mais des soignants reconnus par l'équipe et de catégories socio-professionnelles différentes.

Cette démarche permet la reconnaissance, la valorisation et la responsabilisation des soignants.

### B Les espaces de parole sont des espaces d'échanges entre soignants centrés sur le patient

Ils se déclinent en staffs pluriprofessionnels, staffs de relecture de cas cliniques ou de cas éthiques, revues de morbi-mortalité, comités de retour d'expérience. Ils facilitent la pratique quotidienne par le partage des valeurs.

1. **Les plus importants sont les staffs pluriprofessionnels** où tous les soignants du service, quelles que soient leurs qualifications, et les professionnels de soins de support, sont présents. La finalité de ces staffs est de proposer un projet de soins et un projet de vie adaptés à partir des besoins identifiés du patient par les différents soignants. Ils abordent également les décisions éthiques.

Ces staffs ont plusieurs spécificités :

☒ Ils sont pluriprofessionnels et non

seulement pluridisciplinaires (où toutes les personnes présentes appartiennent à une discipline : la cancérologie). Alors que les staffs pluridisciplinaires sont des lieux d'expertise technique mono-disciplinaire permettant de parfaire et d'homogénéiser les propositions thérapeutiques en se référant aux données actualisées des connaissances médicales, les réunions pluriprofessionnelles permettent d'offrir un espace d'analyse globale des situations et de délibération éthique.

☒ Un ordre de parole y est institué pour que chaque soignant puisse s'exprimer : aide-soignante, infirmière, médecin, professionnel des soins de support ayant rencontré le patient ou les proches, afin d'avoir vraiment les regards croisés des différents soignants sur le patient pris en charge.

2. **Les staffs de relecture de cas cliniques ou de cas éthiques** sont des analyses a posteriori de la prise en charge et des lieux de proposition d'améliorations.

3. **Enfin, les revues de morbi-mortalité (RMM) et les comités de retour d'expériences (Crex).** Ces méthodes ne sont pas propres à la démarche participative ; elles sont proposées par la HAS pour mettre en œuvre les démarches de qualité et de gestion des risques. Cependant, elles contribuent au développement de la démarche participative car elles font appel à la contribution partagée dans une même unité de lieu, de professionnels ayant eu une implication dans les parcours de prises en charge analysés.

### C Les formations internes pluri-professionnelles

Permettent de former l'ensemble de l'équipe sur des sujets choisis par elle. Les soignants disposent de temps de discussion favorisant l'échange et la prise de parole par

ceux qui ne s'expriment pas habituellement. Elles renforcent la construction identitaire d'une équipe impliquée dans une même prestation de soins. Elles sont source

d'apprentissage médicotechnique, mais aussi de progression dans la connaissance des autres soignants. Elles sont enfin un lieu d'apprentissage à la prise de parole.

### D Le soutien aux équipes

Ces réunions sont organisées ponctuellement lorsque surgit une crise (« staffs de debriefing »). Elles se déroulent en présence d'un psy-

chothérapeute extérieur au service. Elles ouvrent la possibilité aux soignants de s'exprimer, de dire la difficulté de la situation,

vécue, de la déchiffrer et de proposer des solutions d'adaptation.

Ces quatre outils managériaux sont tous ancrés dans la création d'espaces d'échanges avec des objectifs différents mais avec un effet com-

mun : l'optimisation du besoin de reconnaissance, de la communication et de la collaboration au sein de l'équipe. Ils mettent en place un

leadership transformationnel porté par une justice procédurale.

## La démarche participative a-t-elle tenu ses promesses vis-à-vis des patients ?

Depuis l'article de Vahey et al. (2004) (6), nous savions qu'il existe une meilleure satisfaction des soins de la part des patients dans les unités avec un effectif adéquat, un bon soutien de l'administration et de bonnes relations entre médecins et infirmiers.

Dans un travail récent (à paraître) nous avons voulu évaluer l'impact de la démarche participative sur les patients. Nous avons travaillé avec 440 patients qui étaient hospitalisés dans 25 centres spécialisés en oncologie pédiatrique depuis plus de 48 heures. Nous avons proposé lors de l'entrée et de la sortie du service un questionnaire aux enfants > 12 ans ou rempli par les parents quand < 12 ans ; les questions portaient notamment sur le contact avec soignants du service et les soins incluant des données de satisfaction (amélioration état de santé perçue, satisfaction de la vie en générale).

Nous avons ainsi montré qu'il existait une relation entre mise à disposition de l'équipe de certains outils

de la démarche participative et la satisfaction des patients. Ainsi la possibilité pour les soignants d'assister à des staffs est liée à la satisfaction des patients vis-à-vis des soignants et l'opportunité pour les soignants de bénéficier de réunions de soutien aux équipes est liée avec la satisfaction des patients vis-à-vis de l'information et de la communication avec les soignants.

En oncologie pédiatrique, il existe donc une association entre démarche participative perçue par les soignants et satisfaction des patients.

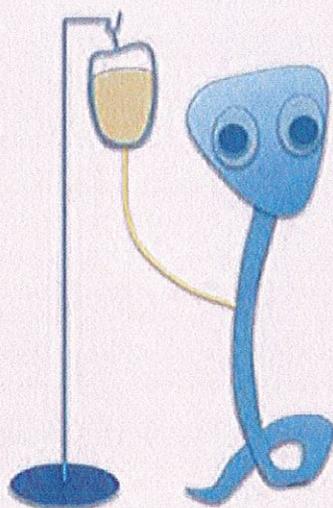
La prise en charge globale du patient (psychologique et sociale et la prise en compte des proches ou du projet de vie des patients) en phase palliative requiert pour son élaboration de se baser sur les besoins, le désir et les demandes des patients et des proches. Ces deux temps de définition personnalisée des besoins, des désirs et d'élaboration ne peuvent se faire sans un temps d'échange et sans les regards croi-

sés des différents professionnels de santé prenant en charge les patients et les proches.

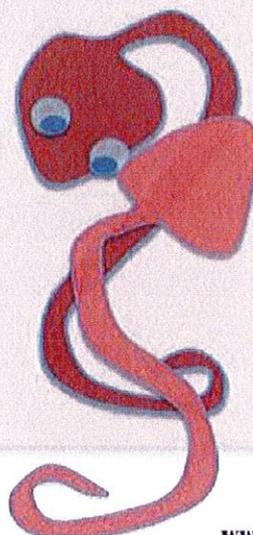
De même, au moment de l'annonce aux patients et aux proches (d'un diagnostic, d'une rechute ou d'une aggravation) le médecin sera d'autant plus en adéquation avec la réalité et l'individualité du patient qu'il connaîtra son histoire et celle de ses proches, sa perception de son état et son état d'esprit. C'est là que le temps d'échange entre le médecin et l'équipe en préalable au temps d'information du médecin au patient prend tout son sens.

« Nous ne redisons jamais assez l'impossibilité de répondre aux besoins des patients sans ces regards croisés, le contenu des confidences des patients et des proches étant très différent d'un professionnel de santé à l'autre ; seule la confrontation permet de mieux les cerner » (12).

« L'approche globale du soin se veut d'abord une attention envers autrui dans la globalité perçue de son existence. Elle est un appel à la rencontre et non au pouvoir ».



JE T'entends  
parce qu' IL a besoin de NOUS



## La démarche participative est-elle un plus pour les soignants ?

En 2004, notre groupe a obtenu un financement (PHRC) pour étudier la relation entre un management participatif et la qualité de vie au travail des soignants de services d'onco-hématologie. : 574 infirmières et aides-soignantes ont été incluses dans cette étude (8). Les résultats montrent une relation entre, d'une part (la reconnaissance au travail, la formation, la collaboration au sein de l'équipe, la présence de staffs pluriprofessionnels) et d'autre part la qualité de vie au travail. La QVT est liée d'une façon prioritaire au besoin de reconnaissance.

En 2009, un deuxième PHRC centré sur l'impact des composantes du management du cadre de santé a montré que le leadership transformationnel (management responsabilisant les agents) induit une meilleure qualité de vie au travail et un meilleur engagement dans le travail des soignants grâce à un renforce-

ment des sentiments de justice organisationnelle. De plus, la perception de justice dans les procédures mises en place (justice procédurale) et le soutien à l'autonomie du cadre de santé améliorent la satisfaction des besoins psychologiques des soignants (ils se perçoivent plus autonomes, plus compétents, et entretiennent de meilleures relations interpersonnelles avec leurs collègues) ainsi que le soutien organisationnel perçu par les soignants. Il en résulte une meilleure satisfaction au travail, et un renforcement de l'identification au service (9).

Dans une autre étude publiée en 2009 (10), nous avons montré que les difficultés des médecins à annoncer la maladie grave sont liées à leur disponibilité et à leur représentation de la maladie grave et de la mort. Par l'amélioration de la QVT, nous pouvons agir sur leur disponibilité et par cela même sur

la qualité de l'écoute et de l'accompagnement, et donc, là aussi, sur la qualité de la prise en charge globale.

Enfin, dans un travail récent (à paraître) nous avons évalué l'impact de la démarche participative sur les soignants, tous les soignants (médecins, puéricultrices, infirmières, auxiliaires de puéricultures, aides soignantes). Il s'avère que la démarche participative améliore la QVT, la satisfaction au travail et l'engagement au travail.

Le fonctionnement des équipes (collaboration, réunion interdisciplinaires, communication) est donc un élément important de la QVT comme dimension sociale.

Pour les soignants, c'est un management responsabilisant et permettant de développer leur autonomie dans leur domaine de compétence.

## Mais nous sommes en des temps extraordinairement contraints sur le plan budgétaire et la démarche participative requiert du temps...

Il est vrai que nous avons face à nous des institutions structurées par trois axes : scientifique et technique, médico-financier et organisationnel. Le premier axe est celui des médecins et soignants, le deuxième axe est celui de l'administration avec la quantification des actes de soins et de traitements (PMSI, T2A) ; mû par une nécessaire (dans la logique qui lui est imposée) productivité, il pousse les équipes à limiter les durées d'hospitalisation. Le temps d'échange entre les soignants hospitaliers et les soignés est en conséquence diminué dans cette évolution. A cela s'ajoute le troisième axe, organisationnel, structuré par les circulaires, les décrets, les lois, les procédures d'accréditation des hôpitaux et occupant un grand nombre d'administratifs et de soignants, dans multiples comités transversaux dans la mise en œuvre de ces directives tutélaires.

Les soignants impliqués s'éloignent de fait des activités cliniques directes au service du patient.

Cependant, d'une part, ces mêmes structures sont impliquées dans la promotion des droits des patients, identifiés comme utilisateurs ou clients. D'autre part, la démarche participative n'est pas un obstacle à une prise en charge du patient compatible avec les impératifs budgétaires. Bien au contraire.

Dans notre étude publiée en 2013 (9), nous avons montré que le leadership transformationnel (management développant la responsabilisation des soignants) entraînait également une amélioration de la performance au travail (9). Cela est en accord avec les données publiées antérieures (11) concernant des hôpitaux où était développé un management basé sur la responsabilisation et l'auto-

nomisation des soignants dans leur domaine de compétence. Dans ces hôpitaux, l'incidence des accidents iatrogènes et de la mortalité dans les services de chirurgie est diminuée (effet positif sur la qualité de la prise en charge du patient) tout comme l'absentéisme et le turnover des soignants (indicateurs de risques psycho-sociaux des soignants), mais également les coûts de fonctionnement. Ajoutons à cela que les hôpitaux entrant dans ce modèle de management développé en Belgique, aux États-Unis, au Canada et dans les pays scandinaves sont nommés magnet hospitals (« hôpitaux aimants ») car sont des hôpitaux qui attirent les personnels soignants.

En cette période de pénurie et de perte d'attractivité de soignants, cet élément a son importance.



## Comment ce mode de fonctionnement s'est-il mis en place en pratique ? Avez-vous rencontré des difficultés particulières ?

Au début, nous avions le concept, nous l'avons mis en pratique sur un mode intuitif et empirique ; puis nous avons commencé à écrire pour décrire ce que nous faisons ; à partir de 2009, nous avons conceptualisé.

Les difficultés qui ont surgi ont été (et restent) multiples : malgré l'obligation faite par les textes législatifs nous savons que seuls 30 % environ des services suivent les recommandations.

Nous avons vu à quel point il était important qu'au cours des staffs

pluriprofessionnels chaque catégorie socioprofessionnelle puisse s'exprimer. Or, cette qualité d'échange et la qualité d'élaboration de projet dépendent des qualités de manager du médecin et du cadre qui animent la réunion. La place donnée à la parole de chacun, par l'écoute et la prise en compte lors de l'élaboration du projet est primordiale pour aller au plus près des besoins et désirs du patient. De même, le projet de prise en charge globale des patients en situation complexe doit être validé par consensus de l'équipe.

Les résistances apparaissent à tous les niveaux : du fait de la formation des RH, de celle des médecins (qui en fait n'en ont pas) et aussi des représentations du pouvoir de chacun. Si l'on veut être synthétique, les principaux obstacles naissent de cadres trop directifs, qui ne laissent pas d'espace d'expression aux soignants - et de managers médicaux qui voient dans le management partagé une division de leur « pouvoir ».

## Pensez-vous que ce modèle, développé pour les soins palliatifs et de support puisse être généralisé ?

Oui, sans aucune hésitation possible. Il a d'ailleurs déjà été « testé » dans d'autres spécialités. Ainsi, en psychiatrie, sur une population de 84 infirmiers, nous avons montré qu'en association avec la mémoire transactive, le management participatif, par le renforcement du support organisationnel et de la perception de la justice organisationnelle interfère sur la QVT (13).

Il a également été testé hors du milieu de la santé au sein de la police et dans les PME et les grandes entreprises. A mon sens, la démarche participative est un modèle sociétal de la prévention de la souffrance.

Mais revenons à l'hôpital : la démarche participative peut s'appliquer dans toutes les spécialités prenant en charge les maladies chroniques en situation complexe,

car les regards croisés sont indispensables à une meilleure information, à l'élaboration d'un projet de soins personnalisé et à la décision éthique. Concernant les soignants, les espaces de paroles, et tout particulièrement les staffs, améliorent la qualité de vie au travail et en conséquence la qualité des soins. Il faut donc généraliser les staffs à la prise en charge de la maladie chronique,

quel qu'en soit le stade, et non plus les réserver aux patients en soins palliatifs.

Il faut aussi former les managers à cette autre vision de la gestion d'équipes et de partage des savoirs et compétences, qui nécessite, entre autres, une implication dans la participation et l'animation des espaces d'échange, un respect quotidien de la règle des 3 « R » (reconnaissance/respect/responsabilisation)...

Cela nécessite donc une formation des médecins, des cadres, mais aussi des directeurs d'établissement au management participatif et au travail en pluriprofessionnalité, tant dans la formation initiale qu'en formation continue, en insistant sur l'importance de la pluriprofessionnalité dans ces formations

Nous avons mis en place ce type de formation à TOURS sous forme de

master 2 (sous l'égide de 3 UFRs : médecine, droit, et psychologie sociale du travail), à l'IAE (Institut de l'administration des entreprises) de l'université François Rabelais TOURS ([http://qualite-vie-travail.univ-tours.fr/formation/master-2-management-des-equipes-sante-et-qualite-de-vie-au-travail-506278.kjsp?RH=ACCUEIL\\_FR](http://qualite-vie-travail.univ-tours.fr/formation/master-2-management-des-equipes-sante-et-qualite-de-vie-au-travail-506278.kjsp?RH=ACCUEIL_FR)).

**“ Trop souvent l'administration imagine que réformer, c'est essentiellement créer des structures ou renouveler des procédures [...]. Cette conception conservatrice du changement peut au mieux modifier les modèles mais ne transforme pas les pratiques managériales durablement. Sans objectifs partagés, sans communication dense, et sans coconstruction collective, les effets attendus des réformes sont rarement atteints. ”**

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) Donatien Mallet Valérie Duchêne, Professeur Philippe Colombat et « Globalité et médecine moderne », Laennec 2008/2 (Tome 56), p. 35-49.
- (2) Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.
- (3) Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.
- (4) Mission « Fin de vie et accompagnement », Marie de Hennezel, octobre 2003. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000617.pdf>
- (5) HAS, Recommandations pour les critères d'accréditation des établissements pour la V 2010, 2008.
- (6) Med Care. 2004 Feb;42(2 Suppl):II57-66. Nurse burnout and patient satisfaction.
- (7) Vahey DC1, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D.
- (8) Pronost A.M., Le Gouge A., Leboul D., Gardembas-Pain M., Berthou C., Giraudeau B., Fouquereau E. & Colombat P. (2012), Relationship between the characteristics of onco-hematology services providing palliative care and the socio-demographic characteristics of caregivers using health indicators: social support, perceived stress, coping strategies, qualities of work life. Supportive Care in Cancer, 20 (3), 607-614.
- (9) N. Gillet, Ph. Colombat, E. Michinov, A.-M. Pronost, E. Fouquereau, "Procedural justice, supervisor autonomy support, work satisfaction, organizational identification and job performance: the mediating rôle of need satisfaction and perceived organizational support, Journal Advanced Nursing 2013 (on line).
- (10) A. Perrain, I. Kousignian, S. Dauchy, P. Duponchel, J.-Y. Cahn, Ph. Colombat, « Les difficultés d'annoncer la maladie grave pour les hématologistes français », Hématologie, 2009, 15, 161-167.
- (11) E. West, "Management matters: the link between hospital organisation and quality of patient care", Quality in Health Care, 2001; 10: 40-48.
- (12) Ph Colombat and all, « la démarche participative dans les soins », Gestions Hospitalières n° 534 - mars 2014.
- (13) Brunault P., Fouquereau E., Colombat P., Fernandez A., Gillet N., Camus V., Gaillard P. Démarche participative et qualité de vie au travail de personnels soignants en psychiatrie. In DESRUMAUX P, VONTHRON AM, POHL S (Eds) 2011. Qualité de vie, risques et santé au travail. Paris : L'Harmattan.

# Observatoire de la qualité de vie au travail : bilan de l'an 1

Partager

Rédigé le Mardi 5 Novembre 2019 à 11:52

**Professeur d'hématologie au CHRU de Tours, le Professeur Philippe Colombat a successivement dirigé les services d'hématologie et d'oncopédiatrie, ainsi que le pôle de cancérologie-urologie. Ses travaux en faveur d'une meilleure prise en charge de la souffrance des soignants(1) ont conduit le Ministère des Solidarités et de la Santé à nommer ce chantre du management participatif à la présidence de l'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social. Rencontre.**



le Professeur Philippe Colombat, président de l'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social

**Dans quel contexte avez-vous été amené à vous intéresser à la qualité de vie au travail des professionnels de santé ?**

**Pr Philippe Colombat :** Tout commence en 1989, à ma prise de poste en tant que chef du service d'hématologie clinique au CHRU de Tours : j'y ai fait le constat de la souffrance des soignants et de ses répercussions sur la prise en charge des patients en soins palliatifs. Mon équipe et moi-même avons alors développé un modèle de management participatif reposant sur quatre piliers : les staffs pluri-professionnels pour favoriser les échanges entre les équipes et mieux identifier les besoins des patients, la démarche projet pour rechercher des solutions collectives en cas de difficultés, les formations internes aux services et le soutien aux équipes. Nous avons ensuite créé le Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en hématologie (GRASPH) – devenu en 2008 l'Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS) –, pour formaliser et surtout faire connaître ce nouveau concept. Mais, malgré notre participation à des congrès et l'organisation de formations, la dynamique ne prenait pas : nos interlocuteurs étaient globalement intéressés mais, dans les faits, personne n'avait véritablement envie de se lancer.

**Vous n'en avez pas moins réussi, puisque votre modèle est désormais obligatoire pour les patients en soins palliatifs.**

**Pr Philippe Colombat :** En 1998, j'ai rejoint la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) alors présidée par le Docteur Daniel d'Hérouville, qui a fortement participé à la diffusion de notre modèle de management participatif auprès des décideurs politiques et des tutelles. Cette mobilisation a été payante : la circulaire du 19 février 2002 a officialisé le concept de démarche palliative, tandis que celle du 9 juin 2004 l'a imposé dans tous les services de soins pour les patients palliatifs. En 2008, elle est devenue l'un des critères prioritaires d'accréditation des établissements de santé (mesure 13a), pour tous les services de soins et toutes les structures médico-sociales accueillant des patients en situation palliative. Malheureusement, bien qu'obligatoire, sa mise en place est loin d'avoir été généralisée.

**Vous avez entre-temps initié l'étape suivante. Pouvez-vous nous en parler ?**

**Pr Philippe Colombat :** En 2008, j'ai quitté mon équipe de recherche en hématologie fondamentale pour devenir chercheur en psychologie du travail et des organisations à l'Université de Tours. Mon équipe et moi-même avons ainsi pu démontrer que le modèle né dans le service d'hématologie clinique du CHRU de Tours avait un impact positif sur la qualité de vie au travail. L'an dernier, nous avons également démontré son lien avec la qualité des soins. Il s'agissait là d'une première mondiale : aucune autre publication ne s'était intéressée à cette corrélation à l'échelle d'un service de soins. Seule une étude américaine avait précédemment été publiée sur le lien entre qualité de vie au travail et qualité de la prise en charge, mais elle se basait sur un modèle organisationnel plus large, celui de l'établissement de santé. Notre approche relève, elle, du management de proximité ; nous sommes en effet convaincus que c'est à ce niveau que tout se joue.

**Vos travaux ont en tous cas retenu l'attention des pouvoirs publics : en 2018, vous êtes nommé à la présidence de l'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social.**

**Pr Philippe Colombat :** Créé le 2 juillet 2018 par la Ministre des Solidarités et de la Santé, cet Observatoire est l'une des trois composantes de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de

vie au travail (QVT) des professionnels de santé, avec les travaux de médiation portés par Édouard Couty, et la mission nationale confiée à Magali Eymery. Il dispose de trois missions principales : recueillir des données quantitatives et qualitatives en matière de qualité de vie au travail, élaborer des préconisations et recommandations pratiques, et organiser un colloque annuel.

### **Un an plus tard, où en est cet Observatoire ?**

**Pr Philippe Colombat :** Le bilan est globalement positif. Le recueil de données s'est matérialisé dès janvier 2019 par la création d'un site Internet, régulièrement mis à jour et qui se veut le plus pragmatique possible. On y trouve des documents de référence, par exemple des textes réglementaires, des rapports, des enquêtes, une revue de la littérature ou des publications institutionnelles. Mais aussi des ressources pratiques, comme des guides, des outils méthodologiques et des référentiels et préconisations. Sans oublier les retours d'expérience et témoignages de terrain, riches d'enseignements pour tous ceux souhaitant s'engager dans une démarche QVT !

### **Justement, quels projets ont plus particulièrement retenu votre attention ?**

**Pr Philippe Colombat :** Je citerai notamment le programme OpTEAMisme, mis en œuvre dans une unité de 60 lits USLD/EHPAD au sein du CH de Châteaubriant-Nozay-Pouancé. Les résultats parlent d'eux-mêmes : en 2015, le taux d'absentéisme pouvait atteindre 33%, avec des professionnels décrivant une perte de sens et des difficultés à trouver de la motivation au travail. Cette situation n'était pas sans impacts sur la qualité de la prise en charge, puisque le taux d'occupation peinait à dépasser les 80%. En agissant sur cinq leviers forts de la qualité de vie au travail – santé/bien-être/sécurité, nouvelles pratiques managériales, reconnaissance de la performance au travail, attention portée à l'environnement professionnel, perspectives d'avenir –, l'absentéisme n'était plus que de 5 à 8% en 2018 pour un taux d'ETP constant, alors même que l'occupation des lits atteignait les 100% ! Le secteur sanitaire n'est pas en reste : au CH de Valenciennes, la décentralisation de la gestion des risques psycho-sociaux auprès des pôles d'activités – ce fameux management de proximité évoqué précédemment – a permis de mettre en place des plans d'action au plus près du terrain, en lien avec les organisations du travail spécifiques à chaque pôle.

### **Quid de votre deuxième mission, à savoir la production de recommandations pratiques et de préconisations ?**

**Pr Philippe Colombat :** Le champ couvert par l'Observatoire est extrêmement large, puisqu'il concerne l'ensemble des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social, quels que soient leur statut, profession ou mode d'exercice, incluant les étudiants en santé. Il nous est donc difficile de couvrir d'emblée l'ensemble des enjeux et avons retenu quatre premières thématiques, sur lesquelles se penchent aujourd'hui des groupes de travail associant experts et professionnels de terrain : QVT et nouvelles technologies ; QVT et préservation des collectifs de travail ; QVT et restructurations ; QVT, qualité des soins et des accompagnements. L'objectif est d'aboutir à des préconisations concrètes, qui seront discutées lors du colloque du 29 novembre prochain – dont l'organisation fait partie intégrante de nos missions. Une fois validées par l'Observatoire, elles seront mises en ligne au premier trimestre 2020. Nous sélectionnerons ensuite d'autres thématiques sur lesquelles travaillerons de nouveaux groupes participatifs, pour couvrir progressivement les différentes problématiques QVT dans les

secteurs sanitaire et médico-social.

**Vous qui travaillez sur la QVT depuis près de trois décennies, quels principaux enjeux identifiez-vous à la lumière des tensions qui agitent aujourd'hui les établissements de santé – crise des EHPAD en 2018, des urgences en 2019, etc. ?**

**Pr Philippe Colombat :** Il faut en premier lieu adresser la QVT sous tous ses champs, ainsi que l'a justement noté la Fédération Hospitalière de France (FHF) dans son rapport « QVT : les actions à partager, les engagements attendus »(2). Les auteurs avaient identifié trois niveaux sur lesquels il faut agir : le service de soins, pour autonomiser les équipes et les rendre actrices de leur environnement ; la gouvernance, pour faire de la QVT une priorité de la politique de gestion des ressources humaines ; et le niveau institutionnel, pour la mise en cohérence de la QVT avec la politique nationale – j'en ajouterai un quatrième, le niveau individuel, qui s'articule autour d'actions de prévention et de formation. En tout état de cause, la QVT impose de disposer d'espaces d'échanges pluri-professionnels, et donc d'une charge de travail qui permette de les mettre en place, pour s'inscrire dans une démarche participative portée par une collaboration en bonne intelligence entre les médecins et cadres de santé. Pour en revenir aux tensions au sein des EHPAD et des services d'urgences, celles-ci relèvent à mon sens d'une problématique commune : nous avons changé les métiers sans faire évoluer les moyens mis à disposition des professionnels sur le terrain.

**Que préconisez-vous ?**

**Pr Philippe Colombat :** Il est nécessaire de développer des outils qui permettent d'évaluer la charge de travail au sein des services et établissements, afin de mieux la répartir entre les forces vives – puisque ces structures fonctionnent à moyens contraints. Ces outils pourraient s'adosser aux indicateurs dont nous disposons déjà pour évaluer la qualité de vie au travail. Il faudrait également repenser la gouvernance des établissements de santé, en favorisant les approches ascendantes, ou « bottom-up ». Mais il s'agit d'une véritable révolution culturelle, qui impose de questionner la formation des managers de santé. C'est d'ailleurs là l'un de nos axes de réflexion majeurs : nous nous attachons à étudier toutes les pistes pour faire bouger les lignes et faire de la QVT une réalité quotidienne.

Pour découvrir le site de l'Observatoire : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-et-travail/observatoireQVT>

*1 - En 2016, le Pr Colombat a notamment obtenu le Trophée de l'innovation managériale dans la catégorie « conduite du changement », remis par la Chaire de l'ESSEC.*

*2 - <https://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Amelioration-des-conditions-de-travail/Rapport-FHF-sur-la-QVT-les-actions-a-partager-les-engagements-attendus>*

# THE CONVERSATION

L'expertise universitaire, l'exigence journalistique



La démarche participative influence positivement l'engagement des soignants et leur satisfaction au travail. Shutterstock

## La démarche participative, une réponse à la souffrance des soignants

9 janvier 2020, 00:17 CET

Les soignants travaillant dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux vont mal, comme en témoigne l'actualité des derniers mois. Selon l'enquête DARES 2017, la fonction publique hospitalière est de loin la fonction publique la plus concernée par les risques psychosociaux.

Les causes de l'épuisement professionnel des soignants sont multiples. Le type de travail (métier, spécialité, horaires de travail) et la charge de travail jouent un rôle important, de même que l'existence de conflits au sein de l'équipe. De nombreuses études ont également révélé que le management de proximité (cadres de santé et chefs de service) et l'organisation du travail étaient des éléments cruciaux pour expliquer cet épuisement professionnel.

Pour améliorer la qualité de vie au travail ainsi que la qualité des soins, nous présentons ici un modèle efficace pour les organisations de santé, la démarche participative. Obligatoire en France depuis 2004, il est encore malheureusement peu mis en place.

**Diminuer la souffrance des soignants pour améliorer la qualité de prise en charge**

### Auteurs



**Philippe Colombat**

Psychologie du travail, Université de Tours



**Evelyne Fouquereau**

Professeure des Universités, Université de Tours

Au début des années 1990, prenant acte de la fréquence de la souffrance des personnels qui exerçaient dans leur discipline, des soignants en hématologie ont conçu un nouveau modèle organisationnel. Regroupés au sein de l'association GRASPH (Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en hématologie), ils ont proposé un nouveau mode de fonctionnement au niveau des services. En diminuant la souffrance des soignants et donc en améliorant leur qualité de vie au travail, cette organisation visait à optimiser la qualité de prise en charge des patients et de leurs proches.

Ce modèle est devenu obligatoire en France en juin 2004, suite à la circulaire ministérielle « Guide de la mise en place de la démarche palliative en établissements » dans tous les services de soins et à domicile pour la prise en charge des patients en soins palliatifs. En 2010, il a été intégré dans le manuel de certification des établissements de santé de la Haute Autorité de Santé (HAS) sous le terme de démarche palliative, qui vise à la prise en charge des patients en soins palliatifs dans tous les services de soins, les Ehpad et à domicile.

Le modèle organisationnel de la démarche participative repose sur la création d'outils de partage. Ceux-ci associent des espaces d'échanges, où tous les membres de l'équipe soignante sont présents, et des groupes de travail destinés à la mise en place d'une démarche projet.

## **Associer espaces d'échanges et groupes de travail pluriprofessionnels**

Le modèle de la démarche participative repose sur quatre types d'espaces d'échanges :

- Des formations internes aux équipes : les sujets traités doivent répondre aux attentes des soignants. Outre l'atteinte d'un niveau de formation homogène, ces formations permettent de créer un collectif de travail, grâce aux échanges qu'elles induisent. Elles constituent une opportunité de s'exprimer pour ceux qui ne prennent pas régulièrement la parole.
- Des staffs pluriprofessionnels : organisés au niveau de chaque unité de soins, ils permettent d'établir un projet de prise en charge personnalisé fondé sur les besoins des patients et de leurs proches. Ils sont importants non seulement dans le cas de situations complexes, mais aussi lorsqu'il s'agit de prendre des décisions ayant trait à l'éthique. L'ordre de prise de parole est essentiel. Dans le référentiel que nous proposons ici, l'aide-soignant-e parle en premier, posant les problèmes et présentant le patient. Ensuite s'expriment l'infirmière, le ou la psychologue et les autres intervenant-e-s de soins de support éventuels, puis le ou la médecin, et enfin, les étudiant-e-s.
- Des réunions de soutien aux équipes : elles peuvent être mises en place en cas de vécu de situations difficiles ou de crise. Ponctuelles (staffs de débriefing), elles se tiennent en présence d'un-e psychothérapeute extérieur-e au service, qui permet aux soignants de s'exprimer sur leur ressenti.
- Des espaces d'échanges pour les managers : indispensables à la réussite de ce modèle organisationnel, ils regroupent tous les médecins et cadres de santé du service. Ils permettent de résoudre les problèmes relevant du « top management (fonctionnement médical, recrutements,

prévisions ou réorientations d'activités...), et, si le besoin est exprimé, de mettre en place une formation des managers. Grâce à ces espaces d'échange, le rôle de chacun dans la prise de décision est établi, une culture « participative » est inculquée et le management est homogénéisé, ce qui se répercute au quotidien dans l'attitude de chaque manager vis-à-vis de l'équipe..

Complément de ces espaces d'échange, la démarche projet constitue un élément majeur de la démarche participative. Elle consiste à mettre en place des groupes de travail pluriprofessionnels, chargés de proposer des pistes de réflexion et de faire des propositions d'amélioration. Elle peut être mise en place de deux façons différentes.

La première consiste à créer des groupes de travail ponctuels soit à partir de problématiques ou de fonctionnement « de terrain », soit à partir de l'application d'« obligations institutionnelles » : procédures, législation, arrivée de nouveaux protocoles ou de nouvelles technologies, etc. La seconde façon de procéder consiste à entreprendre une démarche globale, sous forme d'un projet de service. Celui-ci consiste à recenser les points à améliorer dans le fonctionnement de l'équipe et la prise en charge globale des patients et de leurs proches, puis à faire formuler des propositions par des groupes de travail autonomes, avant enfin de les soumettre à la validation de l'ensemble de l'équipe.

Les impacts de cette approche participative sur la qualité de vie au travail et la qualité des soins ont été testés dans une étude réalisée dans 25 des 30 centres d'oncopédiatrie français. Au total, 510 questionnaires soignants et 440 questionnaires patients ont été collectés.

### **Des améliorations démontrées, pour les soignants et les patients**

Ces travaux ont consisté à tester l'impact des quatre facteurs organisationnels et managériaux les plus déterminants dans la qualité de vie au travail :

- le leadership transformationnel (manager exemplaire, exerçant un encadrement individualisé, incitant les soignants à se prendre en charge et ayant un comportement visionnaire et des attentes élevées) ;
- le soutien organisationnel perçu (perception par le personnel soignant du soutien du manager et de l'organisation de santé) ;
- la justice organisationnelle (perception d'être traité avec justice par le manager au niveau relationnel, ainsi qu'en matière de répartition des tâches et des récompenses au sein de l'équipe) ;
- le soutien à l'autonomie du manager (perception par les soignants que leur manager les laisse libres de leurs décisions et responsables de leurs comportements).

Au-delà de ces facteurs, l'étude a également évalué l'impact de la démarche participative sur la qualité de vie au travail, la satisfaction au travail et l'engagement au travail.

Les résultats montrent que la mise en place de la démarche participative est étroitement corrélée aux

quatre facteurs managériaux décrits précédemment. Ils révèlent également que la mise en place de cette démarche est liée à une amélioration de la santé globale des soignants ainsi que de leur qualité de vie au travail, dans ses dimensions psychologiques, sociales, culturelles et physiques.

Si les quatre composantes analysées (formation interne, staffs pluriprofessionnels, soutien aux équipes et démarche projet) apparaissent jouer un rôle, la démarche projet et les staffs pluriprofessionnels sont les deux composantes qui impactent le plus la qualité de vie au travail. En outre, la démarche participative influence également de manière positive l'engagement au travail des soignants, et leur satisfaction au travail.

Ces améliorations vécues par les soignants se répercutent également sur les patients. En effet, lorsqu'on interroge ces derniers, il apparaît que trois des composantes de la démarche participative ont un impact sur la qualité des soins évaluée par les patients. Les staffs pluriprofessionnels influencent la satisfaction globale vis-à-vis des soignants, le soutien aux équipes améliore la satisfaction vis-à-vis de l'information et de la communication des soignants, et enfin la formation permet d'améliorer la satisfaction des patients vis-à-vis de la communication.

## **Les conditions de réussite**

À notre connaissance, la démarche participative est le seul modèle organisationnel de service de soins, publié, qui ait montré un impact sur la qualité des soins évaluée par les patients. Permettant d'établir un plan personnalisé de prise en charge globale, cette approche est indispensable pour améliorer la situation des patients atteints de maladie chronique, en gériatrie, en psychiatrie ou dans le domaine du handicap. La réussite de sa mise en place dépend cependant de certaines conditions non liées à l'organisation.

En premier lieu, les divers membres de l'équipe doivent partager les mêmes valeurs concernant le soin, faire montre d'une bonne cohésion et être capables de communiquer correctement les uns avec les autres. Second point important : une attention particulière doit être portée à la qualité des espaces d'échanges. En particulier, la bonne conduite des réunions participatives nécessite de respecter des règles strictes d'animation, basées sur la technique des « trois tours de table » : le premier permet à chacun-e de partager son analyse du problème ; durant le second, chacun-e propose des solutions ; enfin le dernier tour de table est consacré à la recherche d'un consensus, qui sera validé par le manager.

Ce qui nous amène à la dernière condition requise pour la réussite de la démarche participative : la qualité du leadership. Pour s'assurer qu'elle est suffisante, il conviendrait d'envisager une formation obligatoire au management pour tous les médecins, les cadres de santé et les directeurs d'établissements de santé ou médicosociaux.

Enfin, il est aussi nécessaire d'élaborer un outil visant à promouvoir la démarche participative, utilisable par les directions des services de soins, des pôles ou des établissements pour sensibiliser les équipes.

# La démarche participative, un enjeu pour le système de soins?

**Philippe Colombat<sup>1</sup>, Julien Lejeune<sup>2</sup>, Hélène Coillot<sup>2</sup>, Séverine Chevallier<sup>2</sup>, Évelyne Fouquereau<sup>2</sup>**

1- Service d'hématologie, centre hospitalier universitaire (CHU) Bretonneau, Tours

2- Équipe d'accueil 2114 « Psychologie des âges de la vie et adaptation », département de Psychologie, unité d'unité de formation et de recherche Arts et Sciences humaines, université Tours

✉ **Pr Philippe Colombat** – Service d'hématologie – CHU Bretonneau – 2 bis, boulevard Tonnellé – 37044 Tours Cedex – E-mail : philippe.colombat@univ-tours.fr

Le modèle organisationnel de la démarche participative (DP) a été conçu, au début des années quatre-vingt-dix, par un groupe de soignants en hématologie regroupé dans une association, le Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en hématologie (Grasph), devenu plus tard Grasspho, et actuellement Association francophone des soins oncologiques de support (Afsos), sur le constat de la fréquence de la souffrance des soignants en hématologie.

L'objectif était de proposer un modèle de fonctionnement au niveau des services, qui puisse, en diminuant la souffrance des soignants et donc en améliorant leur qualité de vie au travail (QVT), optimiser la qualité de prise en charge des patients et de leurs proches.

Ce modèle est devenu obligatoire dans tous les services de soins pour la prise en charge des patients en soins palliatifs, depuis la circulaire ministérielle de juin 2004 et son *Guide de la mise en place de la démarche palliative en établissements*, sous le terme de « démarche palliative » (« asseoir et développer

les soins palliatifs » dans tous les services (et à domicile) en facilitant la prise en charge des patients en fin de vie et de leurs proches par la « mise en place d'une dynamique participative prenant en compte les difficultés des soignants » [1,2]. Dans la version (V) 2010 de la Haute Autorité de santé (HAS), la mesure 13a du manuel de certification des établissements de santé, qui exige la mise en place de la démarche palliative dans les services de soins des établissements de santé de court, moyen et long séjour et dans les établissements médicosociaux (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Ehpad]), constitue l'une des cinq mesures prioritaires de ce manuel [3]. Il insiste notamment sur l'importance des *staffs* pluriprofessionnels, d'un plan de prise en charge personnalisé pour les patients, et du soutien aux équipes.

Après avoir détaillé le modèle de la DP, nous développerons les résultats actuels de nos études, qui démontrent son impact sur la QVT des soignants, mais également sur la qualité des soins.

## Résumé

La démarche participative, modèle organisationnel, est obligatoire en France pour la prise en charge des patients en soins palliatifs depuis la circulaire de juin 2004 à ce sujet, et est un critère prioritaire de la Haute Autorité de santé pour l'accréditation des établissements de santé depuis 2010. Ce modèle comprend quatre composantes : la formation interne, le soutien aux équipes, les *staffs* pluriprofessionnels et la démarche projet. Nous présentons les résultats de nos études en cancérologie, qui se sont penchées sur les relations entre ce modèle organisationnel et d'autres facteurs managériaux, intégrant d'une part la qualité de vie au travail des soignants, et d'autre part la qualité de prise en charge des patients.

**Mots-clés :** Management – Organisation des Soins – Qualité de vie au travail – Qualité des soins – Formation continue – Démarche participative.

## Abstract

### *Is participative decision-making a challenge for healthcare systems?*

*Participative management has become a mandatory organisational model in France for the care of patients in palliative units since the June-2004 circular. It has also been a priority criterion for Health Authorities assessing healthcare facilities for accreditation since 2010. This model includes four components: in-house training, team support, multidisciplinary meetings and the project approach.*

*We present the results of our oncology studies which investigated relationships between the organisational model and other managerial factors, including the quality of working life of carers and the quality of patient care.*

**Keywords:** Management – Organisation of Care – Quality of working Life – Patient Care Quality – Ongoing Training – Participative Decision-making.

### Le modèle organisationnel de la démarche participative [4]

Ce modèle repose en premier lieu sur la *mise en place d'espaces d'échanges* au niveau des services de soins, dont trois types sont mis en exergue :

■ *Les staffs cliniques pluriprofessionnels* sont des réunions interdisciplinaires de discussions de cas de malades, pilier essentiel d'une DP. Il s'agit de réunir, chaque semaine, les différents professionnels s'occupant d'un patient, pour parvenir ensemble, à partir des besoins de ce dernier et de ses proches, à élaborer un projet de santé et un projet de vie personnalisés.

■ *Les formations internes aux services*, concernant toutes les catégories socioprofessionnelles, qui permettent d'une part aux équipes de se connaître et d'aider à la prise de parole de certains, et d'autre part de transmettre un message commun pour partager des connaissances.

■ *Le soutien aux équipes* en cas de vécu de situations difficiles ou de crise, sous forme de réunions ponctuelles (*staffs* de débriefing), en présence d'un psychothérapeute extérieur au service. Ces réunions permettent aux soignants de s'exprimer, de parler de la difficulté, de déchiffrer la situation vécue et de proposer des solutions d'adaptation. Ce soutien peut également revêtir la forme de groupes de parole ou de soutien informel dit « soutien de couloir ».

D'autres espaces d'échanges pour les équipes peuvent également exister au niveau des services : relectures de cas cliniques ou de cas éthiques à partir d'expériences vécues, qui ont l'avantage de faire progresser le savoir-faire des soignants, mais qui ont l'inconvénient de ne pas être prospectives ; réunions morbimortalité (RMM), comités de retour d'expériences (Crex), tous centrés sur les patients, réunions d'organisation de services...

Il faut par contre qu'il s'agisse de vrais espaces d'échanges, permettant à chacun de s'exprimer. Cette qualité d'échange et la qualité d'élaboration de projet dépendent des qualités du manager qui anime la réunion. C'est pourquoi, notamment dans les *staffs* pluriprofessionnels, nous insistons beaucoup sur l'ordre de prise de parole et nous préconisons que l'aide-soignante, l'infirmière et les professionnels de soins de support puissent s'exprimer avant les médecins présents. La chronologie de la réunion doit être toujours la même : tour de table pour le recueil des informations, synthèse des informations, tour de table des propositions, synthèse des propositions, discussion pour rechercher la meilleure des propositions, puis décision.

La deuxième composante de la démarche participative est la *démarche projet* qui consiste, à partir d'un dysfonctionnement ou d'une volonté d'amélioration, à mettre en place des *groupes de travail*, afin de dégager des propositions qui seront discutées. Ces groupes de travail favorisent l'autonomie des soignants. Il peut

s'agir d'une démarche ponctuelle à partir d'un problème précis, ou d'une démarche globale sous forme d'un projet de service.

Par rapport au modèle initial, nous insistons maintenant sur l'importance d'une cinquième composante, qui est la mise en place de *réunions régulières des managers des services de soins* (médecins et cadres de santé), pour les prises de décision organisationnelles. En effet, nous nous sommes rendu compte que seul ce type de réunion permettait l'acquisition par les différents managers de valeurs et de pratiques managériales communes.

### L'impact de la démarche participative sur la qualité de vie au travail

La QVT apparaît liée à de nombreux facteurs, détaillés dans un référentiel [5] :

- le type de travail : métier, spécialité (type de patients pris en charge, nombre de décès, risques d'erreurs), horaires, travail de nuit, etc. ;
- la charge de travail, en sachant que son rôle varie beaucoup en fonction : des études (qui ont des résultats contradictoires), du métier étudié, et du mode d'exercice ;
- les conflits interpersonnels, en insistant tout particulièrement sur la gestion des personnalités difficiles à l'origine de conflits et de clans au sein des équipes ;
- les facteurs managériaux apparaissent primordiaux, en insistant notamment sur les besoins de reconnaissance et d'autonomie (se traduisant notamment par une implication dans l'organisation, un management personnalisé, un soutien aux équipes), la communication et la collaboration au sein des équipes [6], ainsi qu'une justice dans l'organisation ;
- les facteurs organisationnels : nous reviendrons sur le modèle organisationnel global qu'est la DP et nous insisterons sur certains points précis dans l'organisation qui influencent la QVT des soignants (la définition des rôles, des tâches et des missions de chacun, les interruptions des tâches, la justice du planning, la durée et l'organisation des transmissions). Sur ce dernier point, nous avons démontré que des transmissions d'une durée inférieure à 30 minutes diminuaient le soutien social perçu au sein de l'équipe [7].

Les données de la littérature sur les relations entre facteurs managériaux et organisationnels et souffrance au travail et plus récemment QVT, notamment les publications relatives aux *magnets hospitals*<sup>1</sup> [8,9], nous ont amenés à évaluer les relations entre notre modèle et la QVT et plus récemment ses relations avec la qualité des soins.

■ En 2004, notre première étude, financée dans le cadre d'un programme hospitalier de recherche cli-

1- Voir l'article de P. François et al. p. ... et celui de C. Kornig et al. p. ... dans ce numéro.

nique (PHRC), s'est intéressée aux facteurs influant sur la QVT des soignants de services d'oncopathologie du Cancéropôle Grand Ouest [7].

L'échelle de QVT utilisée était celle élaborée par Elizur et Shye [10]. 574 infirmières et aides-soignantes ont participé à cette étude. L'échantillon était composé de 52,4 % d'infirmières et de 47,6 % d'aides-soignantes. La population était jeune, comme c'est souvent le cas dans les services de cancérologie, avec 66,5 % des soignants ayant moins de 40 ans et 80 % ayant moins de dix ans d'ancienneté. 79,9 % avaient fait le choix de travailler en oncologie et 21,9 % souhaitaient changer de service.

Les résultats des facteurs corrélés à la QVT sont détaillés en Tableau 1. On constate, qu'en dehors du manque de temps et de la prise en compte des besoins des patients et des proches, la reconnaissance au travail, la formation, la qualité de la collaboration et de la communication au sein de l'équipe, la présence de *staffs* pluriprofessionnels sont également des facteurs influençant la QVT.

■ En 2009, un deuxième PHRC a permis d'étudier l'impact du management du cadre de santé. Nous avons montré que le *leadership transformationnel* (management responsabilisant les agents) entraîne une meilleure QVT et un meilleur engagement dans le travail des soignants, grâce à un renforcement du sentiment de justice organisationnelle [11]. Par ailleurs, la justice procédurale (perception de justice dans les procédures mises en place), et le soutien à l'autonomie du cadre de santé améliorent la satisfaction des besoins psychologiques (c'est-à-dire que les salariés se sentent plus autonomes et plus compétents, et entretiennent de meilleures relations interpersonnelles avec leurs collègues), et le soutien organisationnel perçu par les soignants. Cela entraîne ensuite une meilleure satisfaction au travail, un renforcement de l'identification au service et une amélioration de la performance au travail [12].

Très récemment, dans une étude encore en cours de publication, nous avons étudié l'impact de la DP et

de ses composantes (formation interne, *staffs* pluriprofessionnels, soutien aux équipes, démarche projet) d'une part sur la QVT des soignants en oncopédiatrie, et d'autre part sur la qualité de prise en charge des enfants. À notre connaissance, il s'agit de la première étude mondiale ayant étudié sur un grand échantillon la QVT des soignants, la qualité de prise en charge des enfants en oncopédiatrie, ainsi que les déterminants managériaux et organisationnels de celles-ci. Les questionnaires que nous avons utilisés sont l'échelle d'Elizur et Shye [10] pour la QVT, l'*Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) [13] pour l'engagement au travail, et une échelle de Likert graduée de 1 à 5 pour l'indice de satisfaction au travail et la qualité des soins perçue par l'équipe.

Cinq-cent-dix soignants de 25 des 30 centres d'oncologie pédiatrique française ont participé à cette étude. Il existe une relation significative entre la DP et la QVT des soignants, tant au niveau santé globale ( $p < 10^{-9}$ ) qu'au niveau de la QVT psychologique ( $p < 10^{-10}$ ), sociale ( $p < 10^{-4}$ ), culturelle ( $p < 10^{-9}$ ) et physique ( $p < 0,05$ ). Ces quatre composantes analysées séparément apparaissent jouer un rôle dans cette relation DP-QVT : la formation ( $p < 0,001$ ), les *staffs* ( $p < 10^{-4}$ ), la démarche projet ( $p < 10^{-4}$ ) et le soutien aux équipes ( $p < 0,01$ ).

La DP influence également de manière positive l'engagement au travail des soignants ( $p < 10^{-3}$ ), et leur satisfaction au travail ( $p < 10^{-3}$ ). La démarche projet et les *staffs* apparaissent ainsi être les composantes de la DP influant le plus sur les marqueurs d'impact de la QVT étudiés, notamment sur celui concernant la satisfaction des soignants vis-à-vis de la qualité des soins.

### L'impact de la démarche participative sur la qualité des soins

Si les données de la littérature sur les facteurs organisationnels et managériaux impactant la QVT des soignants sont relativement nombreuses, celles traitant de l'influence de ces facteurs sur la qualité des soins le sont beaucoup moins, en sachant que selon les études, la qualité des soins peut être évaluée par les soignants ou les patients eux-mêmes.

Nous rappellerons en premier lieu le document très complet rédigé par Ghadi et son équipe [14]. Par ailleurs, Vahey et al. [15] ont rapporté une étude simultanée auprès de 820 infirmières et de 621 patients de 40 unités de soins américaines : les patients pris en charge dans les unités décrites par les infirmières comme ayant un effectif adéquat, un bon soutien de l'administration, et de bonnes relations entre médecins et infirmiers, ont été plus du double de ceux des autres unités à déclarer une haute satisfaction des soins. Friese et Manojlovich [16] ont, quant à eux, analysé les perceptions des infirmiers sur leurs relations avec les médecins dans le contexte de l'oncologie ambulatoire : les résultats ont montré que de

**Tableau 1 – Facteurs influençant la qualité de vie au travail dans des services d'oncopathologie adulte.**

Variables	Qualité de vie au travail	P
Manque de reconnaissance	-0,32	< 0,001
Manque de temps	-0,27	0,001
Mauvaise prise en compte des besoins des patients	-0,21	0,002
Mauvaise prise en compte des besoins des proches	-0,21	0,001
Manque de formation	-0,18	0,003
Manque de collaboration	-0,16	0,008
Aucune réunion interdisciplinaire	-0,15	0,034
Manque de communication	-0,12	0,038

bonnes relations entre les médecins et les infirmiers étaient positivement associées à la qualité des soins délivrés aux patients. Nous terminerons par le modèle managérial des *magnet hospitals* qui, notamment, améliore la satisfaction des patients vis-à-vis de la qualité des soins, et diminue la morbidité et la mortalité dans les services de chirurgie, témoignant de l'efficacité de ce type de management [8,9].

Notre modèle, qui repose sur la création d'espaces d'échanges centrés sur les patients et sur une démarche projet, également tournée vers l'amélioration de la prise en charge des patients et de leurs proches, a pour finalité l'*amélioration du travail en équipe*, en travaillant sur la communication et la collaboration au sein de celle-ci, notamment en développant un partage de valeurs communes, un respect et une reconnaissance de l'autre. Nous insistons particulièrement sur les *staffs pluriprofessionnels* au sein de ce modèle, qui permettent, par une meilleure évaluation des besoins des patients et de leurs proches grâce aux regards croisés des soignants, de proposer aux patients hospitalisés un projet personnalisé de prise en charge globale (projet personnalisé de santé), une information plus adaptée aux attentes, mais aussi une prise de décision éthique par la recherche collégiale d'un consensus.

Dans l'étude précédemment citée, en cours de publication, et concernant l'oncologie pédiatrique, nous avons également testé l'impact du modèle organisationnel de la DP sur la satisfaction de la qualité des soins évaluée par les soignants, et sur la qualité de prise en charge des enfants étudiées via le questionnaire « Saphora médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) »<sup>2</sup> (le plus utilisé en France) [17]; celui-ci étant rempli par les enfants âgés de 12 ans et plus et par les parents pour les enfants de moins de 12 ans.

L'analyse de ces questionnaires montre qu'il existe une relation très significative entre la DP et la qualité des soins évaluée par les soignants ( $p < 10^{-6}$ ). Pour l'évaluation de la qualité de prise en charge des enfants, les questionnaires concernant 440 d'entre eux ont pu être collectés (142 questionnaires remplis par les enfants et 298 questionnaires remplis par les parents). Si l'on constate une bonne corrélation entre l'évaluation par les soignants de la qualité de prise en charge et celle réalisée par les parents ( $p < 0,01$ ), on retrouve une mauvaise corrélation avec celle effectuée par les enfants ( $p = 0,33$ ). Cela peut-être s'expliquer en partie par le fait que le questionnaire Saphora-MCO est conçu pour être utilisé en médecine adulte.

Dans notre étude, certaines composantes de la DP influencent positivement certains aspects de la qualité de prise en charge des enfants : les *staffs pluriprofessionnels* ont une influence positive sur la satisfaction des enfants et des parents vis-à-vis de l'attitude

des soignants ( $p < 0,01$ ), et la composante « soutien aux équipes » a une influence positive sur la qualité de la communication avec les personnels de santé ( $p < 0,001$ ).

### La démarche participative : modèle organisationnel en lien avec certaines pratiques managériales

Cette étude récente en cours de publication a également examiné l'influence de plusieurs facteurs managériaux sur la QVT des soignants et sur la qualité de prise en charge des enfants : le leadership transformationnel évalué par sept items de l'échelle développée par Carless, Wearing et Mann [18], la justice organisationnelle [19], le soutien organisationnel perçu, évalué par la version courte de l'échelle développée par Eisenberger [20], le soutien à l'autonomie [21], et la satisfaction des besoins psychologiques [22].

Il apparaît une corrélation entre tous ces facteurs managériaux et la DP et ses quatre composantes (Tableau II). Après régression multiple, la Démarche Participative, les *staffs pluriprofessionnels* et la composante « formation », apparaissent corrélés au soutien organisationnel perçu et à la justice organisationnelle. Il en est de même pour la démarche projet qui apparaît de plus corrélée à la satisfaction des besoins psychologiques. Le soutien aux équipes apparaît uniquement en relation avec le SOP.

Il existe donc une relation très forte au sein des services entre la mise en place d'une organisation basée sur la DP et les pratiques managériales des responsables des services, notamment des cadres de santé. L'interrogation inhérente à ce constat est la suivante : est-ce l'existence de ce type d'organisation qui modifie les pratiques managériales dans le sens du leadership transformationnel et/ou qui attire les managers adeptes de cette technique, ou est-ce un management de ce type qui aboutit à la mise en place d'une organisation basée sur la DP ? Il sera sans doute nécessaire d'essayer d'y répondre dans les prochaines études, en sachant que la méthodologie apparaît complexe.

### Conclusion

La DP est un modèle organisationnel qui influe positivement sur la QVT des soignants mais également sur la qualité de prise en charge des patients.

Si elle est actuellement légalement obligatoire pour

Tableau II – Facteurs managériaux en lien avec la DP globale.

Facteur	r	p
Soutien organisationnel perçu*	0,414	$< 10^{-21}$
Leadership transformationnel	0,324	$< 10^{-12}$
Justice organisationnelle*	0,408	$< 10^{-20}$
Soutien à l'autonomie	0,323	$< 10^{-12}$
Satisfaction des besoins psychologiques	0,279	$< 10^{-9}$

\*Facteur significatif en analyse de régression multiple.

2- Voir l'article de Faget M. et al. p. ... dans ce numéro.

la prise en charge des patients en soins palliatifs, elle constitue aussi une recommandation de nombreuses sociétés savantes en dehors de ce contexte. En effet, seuls les *staffs* pluriprofessionnels permettent d'établir un plan personnalisé de santé pour les patients et de prendre les décisions éthiques liées au soin ; aussi la DP apparaît nécessaire pour la prise en charge de tout patient présentant une maladie chronique en situation complexe.

Notre étude récente démontre une relation très forte entre son existence au sein des services et les pratiques des managers de la santé dans les services. Pour diffuser ce modèle organisationnel, il faut donc promouvoir la formation à la DP des managers de la santé, que sont les médecins, les cadres de santé mais également les directeurs d'établissements, à la fois en formation initiale mais également en formation continue.

### Remerciements

Nous remercions les organismes et structures qui ont soutenu ces études: le ministère de la Santé, la Ligue contre le cancer, la Fondation de France et l'association Cancérologie du Centre.

### Références

- 1- CIRCULAIRE DHOS/02 N° 2004-257 DU 9 JUIN 2004 relative à la diffusion du guide pour l'élaboration du dossier de demande de lits identifiés en soins palliatifs. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS). Ministère de la Santé et de la protection sociale. Accessible à : <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-28/a0282079.htm> (Consulté le 01-02-2018).
- 2- DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS (DHOS). Guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements. Ministère de la Santé et de la Protection sociale, avril 2004. 32 p. Accessible à : [http://www.sfap.org/system/files/guide\\_bonnes\\_pratiques\\_soins\\_pal\\_ministere.pdf](http://www.sfap.org/system/files/guide_bonnes_pratiques_soins_pal_ministere.pdf) (Consulté le 06-02-2018).
- 3- DIRECTION DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Haute Autorité de santé, juin 2009. 100 p. Accessible à : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217\\_manuel\\_v2010\\_nouvelle\\_maquette.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf) (Consulté le 01-02-2018).
- 4- COLOMBAT P. Qualité de vie au travail et management participatif. Paris: Lamarre, « Cadres de santé », 2012. 217 p.
- 5- ASSOCIATION FRANCOPHONE DES SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT. Fiches référentiels : Syndrome d'épuisement professionnel des soignants – Seps [internet]. 12 décembre 2014. Accessible à : <http://www.afsos.org/fiche-referentiel/syndrome-depuisement-professionnel-soignants-seps/> (Consulté le 01-02-2018).
- 6- CUMMINGS G, OLSON K, HAYDUK L, ET AL. The relationship between nursing leadership and nurses' job satisfaction in Canadian oncology work environments. *J. Nurs Manag* 2008; 5: 508-518.
- 7- PRONOST AM, LE GOUGE A, LÉBOUL D, ET AL. Relationship between the characteristics of onco-haematology services providing palliative care and the socio-demographic

characteristics of caregivers using health indicators: social support, perceived stress, coping strategies, quality of work life. *Support Care Canc* 2012; 3: 607-614.

8- WEST E. Management matters: the link between hospital organization and quality of patient care. *BMJ Quality & Safety* 2001; 1: 40-48.

9- WARREN N, HODGSON M, CRAIG L, ET AL. Employee Working Conditions and Healthcare System Performance: the Veterans Health Administration Experience. *J Occup Environ Med* 2007; 4: 417-429.

10- ELIZUR D, SHYE S. Quality of work and its relation to quality of life. *Appl Psychol* 1990; 3: 275-291.

11- GILLET N, FOUQUEREAU E, BONNAUD-ANTIGNAC A, ET AL. The mediating role of organizational justice in the relationship between transformational leadership and nurses' quality of work life: A cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2013; 10: 1359-1367.

12- GILLET N, COLOMBAT P, MICHINOV E, ET AL. Procedural justice, supervisor autonomy support, work satisfaction, organizational identification and job performance: the mediating role of need satisfaction and perceived organizational support. *J Adv Nurs* 2013; 11: 2560-2571.

13- ZECCA G, GYÖRKÖS C, BECKER J, ET AL. Validation of the French Utrecht Work Engagement Scale and its relationship with personality traits and impulsivity. *Eur Rev Appl Psychol* 2015; 1: 19-28.

14- KORNIG C, LEVET P, GHADI V. Revue de littérature, qualité de vie au travail et qualité des soins. Haute Autorité de santé, 2016. 54 p. Accessible à : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue\\_de\\_litterature\\_qualite\\_de\\_vie\\_au\\_travail.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf) (Consulté le 01-02-2018).

15- VAHEY DC, ALKEN LH, SMANE DM, ET AL. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med care* 2004; 2(Suppl): I157-I166. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2904602/> (Consulté le 01-02-2018).

16- FRIESE CR, MANOJLOVICH M. Nurse-physician relationship in ambulatory oncology settings. *J Nurs Scholarsh* 2012; 3: 268-275.

17- SALOMON L, GASQUET I, MESBAH M, RAVAUD P. Construction of a scale measuring patient's opinion on quality. *Int J Qual Health Care* 1999; 6: 507-527.

18- CARLESS SA, WEARING AJ, MANN L. A short measure of transformational leadership. *J Bus Psychol* 2000; 3: 389-405.

19- NIEHOFF BP, MOORMAN RH. Justice as a mediator of the relationship between methods of monitoring and organizational citizenship behavior. *Acad Manage J* 1993; 3: 527-556.

20- EISENBERGER R, HUNTINGTON R, HUTCHINSON S, SOWA D. Perceived organizational Support. *J Appl Psychol* 1986; 3: 500-507.

21- HAGGER MS, CHATZISARANTIS NLD, HEIN V, ET AL. The perceived autonomy support scale for exercise settings (PASSES): Development, validity, and cross-cultural invariance in young people. *Psychol Sport Exerc* 2007; 5: 632-653.

22- VAN DEN BROECK A, VANSTEENKISTE M, DE WITTE H, ET AL. Capturing autonomy, competence, and relatedness at work: Construction and initial validation of the Work-Related Basic Need Satisfaction Scale. *J Occup Organ Psychol* 2010; 4: 981-1002.

**Confit potentiel d'intérêts:** aucun.

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/281776441>

# Impact de la démarche participative sur la qualité de vie au travail des soignants

Article · September 2015

CITATIONS

0

READS

192

2 authors, including:



Fouquereau Evelyne  
University of Tours

97 PUBLICATIONS 1,001 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

[PROJECT](#) Quality of life at work View project

[PROJECT](#) Workers'Retirement decision process View project

# SANTE ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Ph Colombat\*, E Fouquereau\*\*

\*\* Professeure en Psychologie – Université François Rabelais - Tours

## I- INTRODUCTION

La santé au travail a connu plusieurs définitions au cours du temps. Le contexte du travail ne peut la dissocier de la définition de la santé. Nous rappellerons celle de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en 1986 (Charte d'Ottawa) : « la santé est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part évoluer avec son milieu ou s'adapter à celui-ci ». La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non pas comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et individuelles ainsi que sur les capacités physiques.

L'étude de la santé au travail s'inscrit dans le champ conceptuel plus large de la qualité de vie au travail. Cette dernière est communément définie comme le niveau d'efficacité personnelle perçue par les personnes dans les quatre domaines de leur activité professionnelle : physique, psychologique, social et culturel (Elizur & Shye, 1990).

Au-delà de ces précisions conceptuelles, le comité mixte de l'OMS et de l'OIT (Organisation Internationale du Travail) définit ainsi en 1996 la santé au travail : « la santé au travail s'articule autour de trois objectifs distincts : 1) présentation et promotion de la santé du travailleur et de sa capacité au travail, 2) amélioration du milieu de travail et du travail, qui doivent être rendus favorables à la sécurité et à la santé ; et 3) élaboration d'une organisation et d'une culture de travail qui développent la santé et la sécurité au travail. Cette culture s'exprime, en pratique, dans les systèmes de gestion du personnel, les principes de participation, les politiques de formation et la gestion de la qualité.

Par ailleurs la qualité de vie au travail est définie comme le niveau d'efficacité personnelle perçue par les personnes dans les quatre domaines de leur activité professionnelle : physique, psychologique, social et culturel.

## II – CONTEXTE LEGISLATIF

La santé est devenue au cours de ces dernières années, une préoccupation des ministères du travail et de la santé. En effet, au niveau international, selon l’OMS, les problèmes de santé psychologique au travail sont en hausse et la dépression sera en 2020 la seconde cause d’invalidité dans le monde. Elle estime que le stress au travail entraîne des dépenses de l’ordre de 20 milliards d’euros par année. Face à de tels constats, les juristes ont été invités par différentes instances à développer ces dernières années un arsenal protecteur, visant à promouvoir un droit à la santé et à la sécurité des travailleurs.

En France, la « prévention des risques psychosociaux (RPS) (notion apparue à la fin du 20<sup>ème</sup> siècle) en entreprise s’inscrit dans le cadre de la prévention des risques professionnels, défini par l’article 1021-1 du Code du travail ». L’employeur a l’obligation d’assurer la sécurité et la santé physique et mentale des salariés. Les RPS sont conceptualisés dans ce cadre comme les éléments qui portent atteinte à l’intégrité physique et la santé mentale des salariés au sein de leur environnement professionnel. Ces risques peuvent recouvrir différentes formes : souvent réduits au stress, on citera le harcèlement, l’épuisement professionnel et la violence au travail.

Dans le monde de la santé, l’étude financée par la Commission européenne et PRESST NEXT, réalisée fin 2002 début 2003 a montré que l’épuisement professionnel était globalement plus élevé chez les soignants français en comparaison aux autres pays européens étudiés (18 à 45% des infirmières présenteraient un niveau élevé d’épuisement professionnel).

Ces constats ont amené la Haute Autorité de Santé à mettre en place dès 2010 une réflexion sur la santé au travail au sein de son département afin d’améliorer la qualité et la sécurité des soins. Dans la V2014, la qualité de vie au travail est l’un des 20 thématiques d’accréditation des établissements de santé.

Nous ciblerons notre propos sur la santé psychologique au travail.

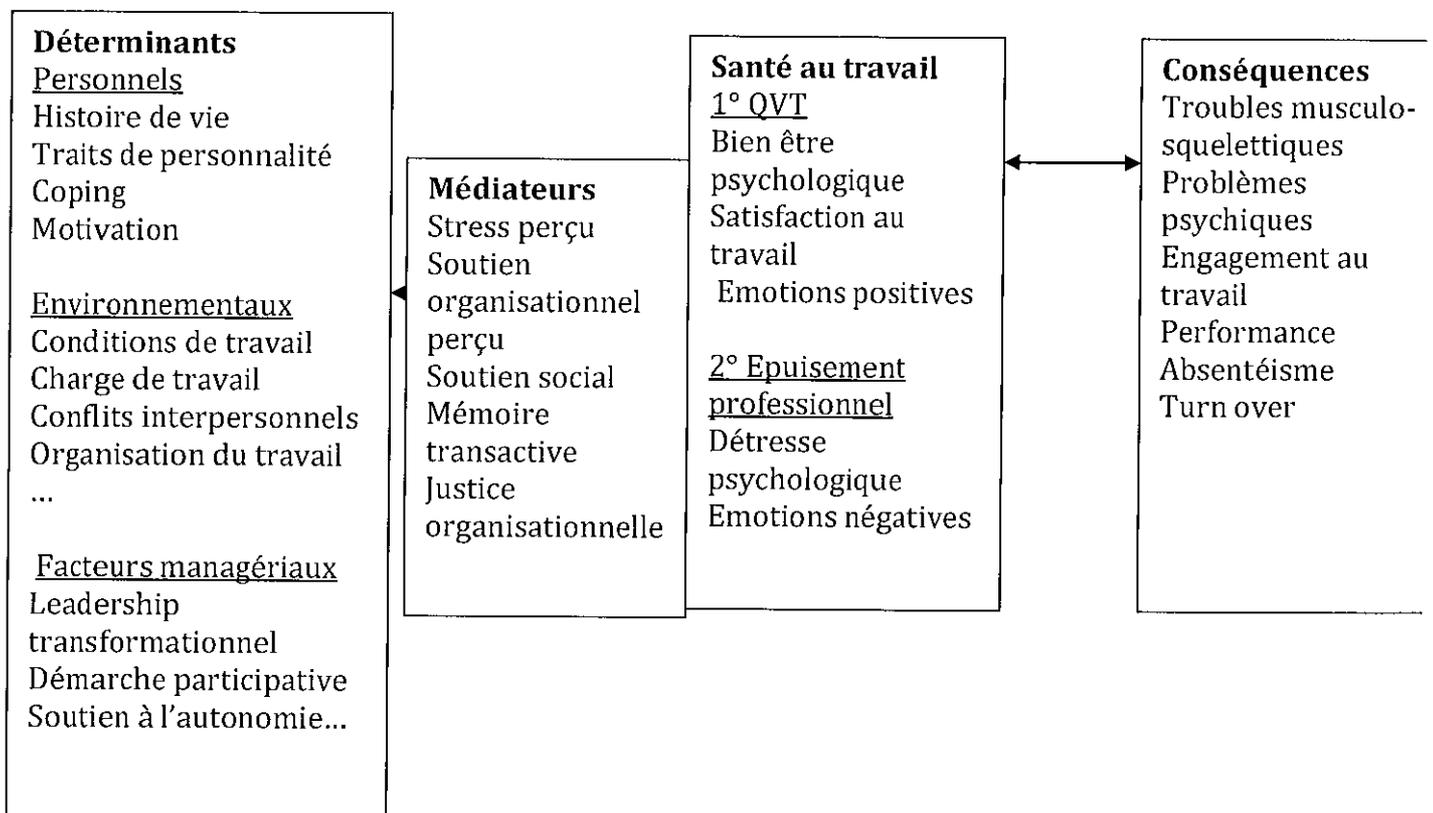
## III – LES MODELES ET LES DETERMINANTS DE LA SANTE PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL

De nombreux facteurs et de nombreuses modélisations ont été proposées comme déterminants de la santé psychologique au travail. Nous en citerons deux :

. celle de l'Agence Nationale d'Amélioration des conditions de travail qui décrit 4 facteurs : les valeurs et exigences du salarié, les contraintes liées aux relations, les impératifs de la réalisation du travail et le changement du travail et de l'environnement.

. celle du rapport Gollac en 2011 qui regroupe les risques psychosociaux à partir des données de la littérature en six axes : l'intensité et le temps de travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie insuffisante, la mauvaise qualité des rapports sociaux, les conflits de valeurs et l'insécurité de la situation de travail.

Nous ne reviendrons pas sur le modèle de l'Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS) développé dans le numéro précédent mais nous voudrions insister sur le modèle général explicatif à l'origine de nos recherches sans vouloir être exhaustif sur les indicateurs.



Concernant les facteurs managériaux, beaucoup d'autres indicateurs peuvent être utilisés :

- leadership éthique
- justice organisationnelle (distributive, procédurale, interactionnelle)
- comportements contrôlants.

## IV La démarche participative dans les soins

Nous venons de voir l'importance du management et de ses composantes dans la qualité de vie au travail.

Des exemples dans le monde de l'entreprise :

- Prêter une attention particulière aux travailleurs (« effet Hawthorne » (1927\_1932)) augmente la productivité plus encore que les incitations financières et l'amélioration des conditions de travail.
- En 2010, le rapport Lachmann, Penicaud, Larese sur le bien-être et l'efficacité au travail précise que « les dirigeants doivent se préoccuper des questions de santé au même titre que les enjeux économiques car ce sont les salariés qui font la performance »

Dans les années 90, un groupe pluriprofessionnel de soignants en Hématologie crée une association, le Groupe de Réflexion sur l'Accompagnement et les Soins Palliatifs en Hématologie (le GRASPH) qui décrit un modèle de management participatif d'équipe pour mieux prendre en charge les patients en soins palliatifs en diminuant la souffrance des soignants ; il s'agit de la « démarche palliative ».

Le modèle repose alors sur l'association obligatoire de 4 éléments dont 3 concernent la création d'espaces d'échanges au sein des services de soins :

### 1° La formation interne aux équipes

Ces formations permettent de former l'ensemble de l'équipe sur des sujets choisis par celle-ci, répondant ainsi aux besoins des professionnels. Outre l'avantage d'une formation homogène, elles offrent aux soignants l'occasion d'échanger au cours des temps de discussion et à ceux qui ne prennent pas souvent la parole la possibilité de s'exprimer. Elle favorise en outre les relations interprofessionnelles dans un contexte de construction identitaire d'une équipe qui produit une même prestation de soins.

### 2° Les staffs pluriprofessionnels +++

Ce sont les espaces d'échanges les plus importants auxquels participent tous les soignants du service quelles que soient leurs qualifications ainsi que les professionnels des soins de support. Ils permettent, à partir des besoins identifiés du patient par les différents soignants, de proposer un projet de soins et un projet de vie adaptés. Ils offrent également l'opportunité d'aborder les décisions éthiques. Nous préconisons d'instituer un ordre de parole pour que chaque soignant puisse s'exprimer : aide-soignante, infirmière, médecin, professionnel des soins de support ayant rencontré le patient ou les proches, afin d'avoir vraiment les regards croisés des différents soignants sur le patient pris en charge.

### 3° Le soutien aux équipes

Il s'agit de l'organisation de réunions ponctuelles (« staffs de debriefing ») en situation de crise en présence d'un psychothérapeute extérieur au service. Ces réunions permettent aux

soignants de s'exprimer, de parler de la difficulté de la situation vécue, de déchiffrer la situation et de proposer des solutions d'adaptation

Depuis 1990, d'autres espaces d'échanges ont été rendus obligatoires : les RMM (Réunions Morbi-Mortalité) et les CREX (Comités de Retour d'Expériences). Mais d'autres types de moments d'échanges au sein des équipes peuvent être mis en place : réunions de services, très utiles pour l'information des équipes et l'organisation du service, réunions de relecture de cas cliniques ou de cas éthiques.

Dans tous les cas, nous insisterons particulièrement sur la nécessité d'instaurer des réunions régulières entre les managers du service (médecins et cadres de santé) pour favoriser la prise de décisions en commun et faciliter l'homogénéité du management, indispensable pour ce type de management.

- Le quatrième est la démarche projet

Dans la circulaire de juin 2004, il était évoqué la nécessité d'une démarche projet globale au sein des services pour arriver à une meilleure prise en charge de la fin de vie sous forme d'élaboration d'un projet de soins palliatifs avec ses différentes étapes :

- évaluation des besoins des équipes
- mise en place des groupes de travail sur des grandes thématiques, ces thématiques devant reprendre tous les points de dysfonctionnement cités lors de l'évaluation des besoins
- validation par l'ensemble de l'équipe des propositions
- finalisation et mise en application
- réévaluation

Cette démarche projet apparaît comme le seul moyen pour fédérer une équipe autour d'un projet de soins et pour permettre à ses membres de s'approprier les réformes incessantes du système de santé en anticipant les impacts d'une réorganisation ou d'une restructuration.

## **V Démonstration scientifique de l'impact d'une démarche participative sur la qualité de vie au travail des soignants**

### 1° Nos études

- 1 En cancérologie

**PHRC 2004** : L'étude visant à démontrer une relation entre un management participatif et la QVT a été menée auprès des soignants de services d'onco-hématologie du Cancéropôle Grand Ouest (574 IDE et AS). Les résultats ont montré une relation entre la QVT, la reconnaissance au travail, la formation, la collaboration au sein de l'équipe et la

présence de staffs pluri professionnels. Des corrélations identiques ont été trouvées pour le stress perçu (avec comme facteurs supplémentaires le nombre de lits par service et le nombre de décès par mois) et le soutien social (avec comme facteurs supplémentaires le temps de transmission et la présence de bénévoles d'accompagnement)

**PHRC 2009** : Les résultats de la première étude ont été confirmés auprès d'une population de 323 soignants de même spécialité. Cette deuxième étude s'est attachée par ailleurs à étudier l'impact des composantes du management du cadre de santé. Il est apparu :

- que le leadership transformationnel (management responsabilisant les agents) génère une meilleure QVT et un meilleur engagement dans le travail des soignants grâce à un renforcement des sentiments de justice organisationnelle
- que la justice procédurale (sentiment de justice dans les procédures mises en place) et le soutien à l'autonomie du cadre de santé améliorent la satisfaction des besoins psychologiques (i.e., les salariés se sentent plus autonomes, plus compétents, et entretiennent de meilleures relations interpersonnelles avec leurs collègues)
- et que le soutien organisationnel perçu par les soignants, crée une meilleure satisfaction au travail, un renforcement de l'identification au service et une amélioration de la performance au travail.

#### -2 En psychiatrie

L'étude menée auprès de 84 infirmiers de psychiatrie a confirmé le lien positif mais complexe entre démarche participative et qualité de vie au travail. Le management participatif et la mémoire transactive (mécanismes expliquant comment un groupe organise et se rappelle les informations nécessaires à la réalisation d'une tâche commune) impactent la QVT des infirmiers et ce malgré un effectif très faible. La relation entre le management participatif et la QVT passe par le support organisationnel et la justice organisationnelle perçue, montrant le rôle essentiel du cadre de santé

#### 2° Le modèle des Magnet Hospitals

Le modèle des « magnets hospitals » (« hôpitaux aimants »), est né originellement aux Etats-Unis dans les années 80, puis s'est développé en Belgique, aux Etats-Unis au Canada et dans les pays scandinaves. Il associe qualité des soins et QVT des personnels. Il attire et retient en effet ceux-ci par un management reposant sur une relation collaborative infirmières / médecins, une responsabilisation et certaine autonomie clinique dans le domaine de compétence des soignants, un soutien organisationnel du cadre, un contrôle de la qualité des soins et la transmission d'une culture de soins centrée sur le patient. Il apparaît par ailleurs qu'au sein de ces établissements on constate, outre une amélioration de la satisfaction au travail, une diminution des accidents iatrogènes et une diminution de la mortalité dans les services de chirurgie (18). Les études menées sur ce type d'organisations du travail montrent également un

impact économique se traduisant par une diminution du turn-over des personnels, un moindre absentéisme, et une diminution des coûts de fonctionnement (18,19).

### 3° L'impact sur la qualité des soins

Les études relatives aux Magnet Hospitals ont scientifiquement observé l'impact sur la satisfaction des personnels et sur la qualité des soins délivrée. Mais nous souhaiterions plus particulièrement insister sur l'impact sur la qualité des soins en termes de fonctionnalité. Ce modèle d'organisation permet en effet :

- a) de créer des regards croisés pour une meilleure prise en charge du patient et de ses proches pour :
  - un projet personnalisé de santé incluant notamment la prise en charge psychologique et sociale à partir des besoins, du désir et des demandes du patient et de ses proches. Or ce ciblage des besoins ne peut se faire sans un temps d'échange avec les aides-soignant(e)s et les infirmier(e)s à qui se confient les patients.
  - une meilleure information du patient en tenant compte de ses attentes et de ses angoisses, là encore confiées aux soignants non médicaux, pour adapter la manière et le contenu de l'annonce
  - une prise de décision éthique qui nécessite, que ce soit dans le contexte de la loi Léonetti ou des recommandations des sociétés savantes sur les limitations thérapeutiques ou le passage ne réanimation, une collégialité.
  
- b) d'améliorer la qualité de vie au travail des soignants pour améliorer l'**écoute** et l'**accompagnement** des patients et des proches, l'épuisement professionnel empêchant la disponibilité à l'autre.
  
- c) de créer une dynamique permettant d'établir au sein de l'équipe des **valeurs communes centrées sur le patient**

## VI Faits récents et perspectives

### 1° Faits récents

Depuis 2002 la démarche participative a été reconnue nécessaire puis rendue obligatoire par les autorités de santé pour la prise en charge des patients en soins palliatifs, puis plus récemment pour le management des établissements.

Nous citerons brièvement sans les développer :

- Juin 2004 : circulaire ministérielle DHOS 02/2004/257 3 « Guide de mise en place de la démarche palliative en établissements »
- 2008 : circulaire du 26 mars relative à l'organisation des soins palliatifs reprenant la nécessité de mise en place de la démarche palliative dans les services de soins
- 2010 : critères de certification des établissements de la V 2010 par l'HAS ; mesure 13a qui est l'une des 5 mesures prioritaires de certification exigeant la mise en place de la démarche palliative dans les services de court, moyen et long séjour et dans les établissements médico-sociaux (EHPAD).
- Mai 2012 : circulaire DGOS/RH4/2012/206 relative aux axes de formation ....
- 2013 : le Pacte de Confiance
- 2014 : critères d'accréditation des établissements de la V 2014 : la santé au travail est l'une des 20 thématiques retenues
- 2014 : expérimentation PACTE ( Programme expérimental d'Amélioration Continue du Travail en Equipe) par l'HAS.

## 2° Perspectives

Les constats de l'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants via la démarche participative et de l'optimisation de la qualité de prise en charge des patients et des proches grâce au travail en pluridisciplinarité ont conduit à deux évidences :

- a) La nécessité de généraliser les regards croisés aux patients atteints de maladie chronique et en situation complexe, quel que soit le stade de la maladie. Notre objectif est de ne plus limiter ce type de pratique aux patients en soins palliatifs, mais d'élargir leur champ d'application en imposant les staffs pluriprofessionnels pour tous les patients chroniques.
- b) Former les managers de la santé à la démarche participative et au travail en pluriprofessionnalité, qu'il s'agisse des médecins, des cadres de santé ou des directeurs administratifs, tant au niveau de la formation initiale (études médicales, instituts de formation des cadres de santé, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ...) que de la formation continue.  
D'où la création d'une structure de formation en partenariat avec l'université de Tours, l'édition de livres à destination des managers de la santé (« Qualité de vie au travail et management participatif », Lamarre 2013) et des soignants (« Pour un travail soigné dans une démarche participative », Lamarre 2015) et la production d'un film (« Pour un travail soigné », Michel Ganz, 2013)

En conclusion, l'enjeu actuel est de remettre le patient au centre du soin avec une démarche permettant de mettre en place un travail en pluriprofessionnalité, de développer les regards croisés et d'améliorer également la qualité au travail des soignants. Mais si les autorités de santé ont pris conscience de l'enjeu, les résistances, notamment de certains managers, restent fortes.

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/323383169>

# La démarche participative dans les soins

Article · January 2015

CITATIONS

0

READS

59

5 authors, including:



Fouquereau Evelyne  
University of Tours

97 PUBLICATIONS 1,001 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

[Project](#) Workers'Retirement decision process [View project](#)

[Project](#) caregivers' health and quality of life at work [View project](#)

**MOTS CLÉS**

Souffrance  
 Qualité de vie au travail  
 Soignants  
 Démarche participative  
 Soins palliatifs  
 Onco-hématologie  
 Psychiatrie  
 Graspho

# dossier

**COMPÉTENCES**

## La démarche participative dans les soins

Le constat de la fréquence de la souffrance des soignants dans les services d'hématologie et de cancérologie a conduit à l'élaboration d'un modèle de management participatif qui repose sur la mise en place d'espaces d'échanges (staffs pluriprofessionnels, formation interne, soutien aux équipes) et d'une démarche projet. Pour les auteurs, les enjeux actuels semblent être la mise en place de ce modèle pour la prise en charge des maladies chroniques, quels qu'en soient leurs stades, et la formation des managers au management participatif afin d'améliorer à la fois la qualité de vie au travail des soignants et la qualité des soins.

**Historique**

Le management participatif en médecine palliative accompagne l'histoire de la démarche palliative. Celle-ci est partie d'un constat : la fréquence de la souffrance des soignants dans les services de soins qui prennent en charge beaucoup de patients en fin de vie.

**Création et élaboration du concept (1991-1998)**

C'est au début des années 1990 que le concept de démarche palliative, pensé comme un modèle de management participatif d'équipe permettant de diminuer la souffrance des soignants afin d'améliorer la prise en charge des patients en soins palliatifs, quel que soit le lieu de décès (établissement ou domicile), a été défini, puis élaboré par le Groupe de réflexion sur l'accompagnement et soins palliatifs en hématologie et oncologie (Graspho).

Avant 1998, le constat était le suivant : la mise en place de la démarche participative est efficace, mais peu de services s'appuient sur ce modèle.

**Les textes législatifs (2002-2008)**

Pendant cette période, deux présidents de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap) ont compris l'importance de la démarche participative pour la bonne prise en charge à la fois des patients et proches et des équipes : Daniel d'Hérouville et Régis Aubry. Sans eux, ces textes n'auraient jamais vu le jour.

C'est dans la circulaire du 19 février 2002<sup>(1)</sup> relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement que la définition et les composantes de la démarche palliative apparaissent pour la première fois dans un texte officiel. Mais, alors que le rapport de Marie de Hennezel et les conclusions de la conférence de consensus de l'Anaes sur la prise en charge des patients en fin de vie viennent de paraître en insistant sur son importance, c'est dans la circulaire de juin 2004<sup>(2)</sup> qu'elle est reconnue et détaillée.

En 2008, si une troisième circulaire Dhos insiste sur son importance dans l'organisation des soins palliatifs, c'est la parution des critères de certification par la Haute Autorité de santé (HAS) de la V2010 qui marque une étape majeure puisque la démarche participative est l'un des cinq critères prioritaires de certification des établissements.

**Philippe COLOMBAT**  
fonction ?

**Chantal BAUCHETET**  
fonction ?

**Evalyne FOUQUEREAU**  
fonction ?

**Stéphanie TRAGER**  
fonction ?

**Nicolas GILLET**  
fonction ?

**Cécile KANITZER**  
fonction ?

*habitudes et les traditions d'organisation du système de santé publique français : corporatismes professionnels, cloisonnements entre la ville et l'hôpital, entre les soignants et les administratifs, entre le chef de service et son équipe, entre les médecins et les paramédicaux, entre les différentes spécialités [...]. »*

» Juin 2004 : circulaire ministérielle « Guide de la mise en place de la démarche palliative en établissement » détaillant le modèle de la démarche palliative<sup>(5)</sup>.

» 2005 : intégration du concept de soins de support (ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves) comme modèle de démarche participative des équipes de soins transversales composant les soins de support (douleur, soins palliatifs, psychologues, assistants sociaux, kinésithérapeutes, diététiciennes) en collaboration avec les équipes de soins des services : le Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins pour les patients en hématologie et oncologie (Graspho) devient le Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins de support pour les patients en hématologie et oncologie (Grasspho).

» 2008 : circulaire du 26 mars relative à l'organisation des soins palliatifs reprenant la nécessité de la mise en place de la démarche palliative dans tous les services de soins<sup>(6)</sup>.

» Décembre 2008 : mesure 13a du manuel de certification des établissements de la HAS exigeant la mise en place de la démarche palliative dans les services de soins des établissements de santé de court, moyen et long séjours et dans les établissements médico-sociaux (Ehpad) comme l'une des cinq mesures prioritaires du manuel d'accréditation<sup>(7)</sup>.

### **Le temps de la démonstration scientifique (2004)**

Dès 2004, il est apparu qu'il était nécessaire de démontrer les relations existantes entre le management participatif et la qualité de vie au travail des soignants. Ces études, encore en cours, sont détaillées plus loin.

### **Les textes réglementaires**

» 2002 : première circulaire du ministère de la Santé prônant la mise en place de la démarche palliative dans tous les services de soins comme modèle de prise en charge des patients en soins palliatifs<sup>(3)</sup>.

» Juin 2003 : rapport de Marie de Hennezel – « Fin de vie : le devoir d'accompagnement » – qui consacre un chapitre à la diffusion de la démarche palliative.

» Janvier 2004 : conférence de consensus sur l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, avec un chapitre sur la démarche palliative<sup>(4)</sup>. « *Une telle démarche nécessite entre tous les intervenants professionnels ou bénévoles, à domicile comme en institution, écoute et communication, respect de l'autre et tolérance, responsabilisation de chacun, interdisciplinarité et complémentarité. Ce modèle participatif s'oppose au modèle hiérarchique de prise de décision. Il rompt avec les*

### **Le contenu**

La définition officielle qui apparaît dans un document ministériel du 22 février 2002 est la suivante : « *Asseoir et développer les soins palliatifs dans tous les services (et à domicile) en facilitant la prise en charge des patients en fin de vie et de leurs proches par la mise en place d'une dynamique participative prenant en compte les difficultés des soignants.* »

Le concept repose sur deux grands principes : la création d'espaces d'échanges – multiples en fonction de leurs objectifs – et la démarche projet et quatre outils managériaux.

#### **La création d'espaces d'échanges**

##### **Les espaces d'échanges entre soignants centrés sur le patient**

» Les plus importants sont les staffs pluriprofessionnels où tous les soignants du service, quelles que soient leurs qualifications, et les professionnels de soins de support sont présents et qui permettent, à partir des besoins identifiés du patient par les différents soignants, de proposer un projet de soins et un projet de vie adaptés. Ils permettent également d'aborder les décisions éthiques. Nous préconisons d'instituer un ordre de parole pour que chaque soignant puisse s'exprimer : aide-soignante, infirmière, médecin, professionnel des soins de support ayant rencontré le patient ou les proches,

#### **NOTES**

(1) Circulaire Dhos/O2/DGS/SD5D/2002/n°2002\98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

(2) Circulaire Dhos/O2/2004/257 du 9 juin 2004 relative à la diffusion du guide des bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements.

(3) Circulaire Dhos/O2/DGS/SD5D/2002/n°2002\98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

(4) www.has-sante.fr

(5) Circulaire Dhos/O2/2004/257 du 9 juin 2004 relative à la diffusion du guide des bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements.

(6) Circulaire Dhos/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

(7) HAS, *Recommandations pour les critères d'accréditation des établissements pour la V 2010, 2008.*

afin d'avoir vraiment les regards croisés des différents soignants sur le patient pris en charge.

Ces staffs, initialement qualifiés de « pluridisciplinaires », sont devenus « pluriprofessionnels » pour deux raisons : la confusion avec les réunions de concertation pluridisciplinaires, uniquement médicales, de prise de décision thérapeutiques et le fait que les personnes présentes – aides-soignantes, infirmières, cadres de santé, médecins – appartenaient à une même discipline, la cancérologie.

» Les staffs de relecture de cas cliniques ou de cas éthiques qui permettent *a posteriori* de réinterroger la prise en charge et de proposer des améliorations.

» Les revues de morbi-mortalité (RMM) qui permettent l'analyse d'un dysfonctionnement par l'équipe et des pistes d'amélioration.

» Les comités de retour d'expériences (Crex).

Si les RMM et les Crex ne sont pas des outils propres à la démarche participative – ce sont des méthodes proposées par la HAS pour mettre en œuvre les démarches de qualité et de gestion des risques –, ils contribuent au développement de la démarche participative dans la mesure où ils engagent la contribution partagée, dans une même unité de lieu, de professionnels ayant eu une implication dans les parcours de prises en charge analysés.

#### Les formations internes

Elles permettent de former l'ensemble de l'équipe sur des sujets choisis par cette . Outre l'avantage d'une formation homogène, elles permettent aux soignants d'échanger au cours des temps de discussion et à ceux qui ne prennent pas souvent la parole de s'exprimer. La formation interne permet l'atteinte d'objectifs pédagogiques ciblés répondant aux besoins des professionnels. Elle favorise en outre les relations interprofessionnelles dans un contexte de construction identitaire d'une équipe qui produit une même prestation de soins.

#### Le soutien d'équipe

Il s'agit de l'organisation de réunions ponctuelles (« staffs de debriefing») en situation de crise en présence d'un psychothérapeute extérieur au service. Elles permettent aux soignants de s'exprimer, de parler de la difficulté de la situation vécue, de déchiffrer la situation et de proposer des solutions d'adaptation.

#### La démarche projet

Dans la circulaire de juin 2004, il était évoqué la nécessité d'une démarche projet globale au sein des services pour arriver à une meilleure prise en charge de la fin de vie sous forme d'élaboration d'un projet de soins palliatifs avec ses différentes étapes :

- » évaluation des besoins des équipes ;
- » mise en place des groupes de travail sur des grandes thématiques, ces thématiques devant reprendre tous les points de dysfonctionnement cités lors de l'évaluation des besoins ;
- » validation par l'ensemble de l'équipe des propositions ;
- » finalisation et mise en application ;
- » réévaluation.

**« Les regards croisés sont indispensables à une meilleure information, à l'élaboration d'un projet de soins personnalisé et à la décision éthique pour toutes les maladies chroniques en situation complexe.**

Les différents thèmes à aborder au sein du projet de service en soins palliatifs étaient également évoqués :

- » le projet de soins centré autour du patient ;
- » l'information au patient et à sa famille ;
- » la place des aides extérieures au service : structure de soins palliatifs, comités de lutte contre la douleur (Clud), autres composants des soins de support ;
- » les bénévoles d'accompagnement ;
- » le retour à domicile ;
- » la place des réseaux ;
- » l'accueil et l'accompagnement des familles et des proches, particulièrement développés dans la circulaire.

#### Les faits récents

La prévention des risques psychosociaux est devenue, suite à certains événements survenus dans de grands groupes industriels et très médiatisés, une préoccupation à la fois du gouvernement et des entreprises.

En mai 2012, la circulaire DGOS/RH4/2012/206, relative aux axes et actions de formations nationales concernant les agents de la fonction publique hospitalière, retient comme l'un de ses thèmes prioritaires la formation des managers de la santé à la prévention des risques psychosociaux et au développement du bien-être au travail.


**TABLEAU 1**  
**TITRE ??**

Variabes	Qualité de vie au travail	p
Manque de reconnaissance	-0,32	<0,001
Manque de temps	-0,27	0,001
Mauvaise prise en compte des besoins des patients	-0,21	0,002
Mauvaise prise en compte des besoins des proches	-0,21	0,001
Manque de formation	-0,18	0,003
Manque de collaboration	-0,16	0,008
Aucune réunion interdisciplinaire	-0,15	0,034
Manque de communication	-0,12	0,038

Par ailleurs, la même année, le ministère de la Santé a mis en route une large concertation relative à l'avenir des relations sociales dans les établissements au sein du Pacte de confiance pour l'hôpital. Dans son rapport final, il insiste sur l'importance du management participatif à tous les niveaux pour rétablir la confiance : « *C'est le moyen de respecter et de reconnaître les professionnels, de les motiver et de rétablir la confiance dans l'institution. Cela nécessite une formation solide et des cadres participatifs.* »

Dès 2010, la HAS s'est penchée sur la problématique de la santé au travail des soignants, mettant en place une réflexion au sein de son département Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Si, dans les critères de certification de la V2010, la HAS choisissait parmi les cinq critères prioritaires la mise en place de la démarche palliative pour la prise en charge des patients en fin de vie, un gros travail a été effectué, aboutissant à un critère d'accréditation sur la qualité de vie au travail des soignants au sein de la V2014.

Cette qualité de vie au travail des soignants passe par la création d'espaces d'échanges, l'élaboration en équipe

d'un projet commun autour du patient, avec en particulier les staffs pluriprofessionnels. Cette nécessité de travail en équipe est également devenue une préoccupation majeure de la HAS, un groupe de travail ayant là encore été mis en place pour élaborer une matrice de maturité sur le travail en pluriprofessionnalité en soins primaires dans les maisons de santé. Ce travail en cours d'élaboration devrait déboucher sur d'autres matrices de maturité sur le travail en pluriprofessionnalité dans le soin sur d'autres terrains d'exercice que le domicile, tels les réseaux et les établissements.

Enfin, la HAS vient de lancer un programme expérimental d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte) qui devrait aboutir à des recommandations.

On retiendra aussi la réforme des études médicales, qui vient d'être publiée et qui insiste sur la nécessité de l'apprentissage du travail en pluriprofessionnalité, et ce tout au long des études médicales. Tout autant, les référentiels de formations paramédicales, dès leurs réingénieries progressives depuis 2007, prévoient des modules d'apprentissage des démarches participatives ou en collaboration pour la mise en œuvre des projets de soins ou de prise en charge. Les dispositifs tutoriels des formations pratiques permettent aussi aux étudiants d'expérimenter l'exercice en situation de stage des démarches participatives (notamment à l'occasion des staffs pluriprofessionnels).

## Les constats

### En onco-hématologie

En 2004, notre groupe a obtenu un financement Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). L'étude visait à démontrer une relation entre un management participatif et la qualité de vie au travail des soignants de services d'onco-hématologie du canceropôle Grand Ouest : 574 infirmières et aides-soignantes ont été incluses dans cette étude dont les résultats montrent une relation entre la reconnaissance au travail, la formation, la collaboration au sein de l'équipe, la présence de staffs pluriprofessionnels et la qualité de vie au travail. Des corrélations identiques ont été retrouvées pour le stress perçu (avec comme facteurs supplémentaires le nombre de lits par service et le nombre de décès par mois) et le soutien social (avec comme facteurs supplémentaires le temps de transmission et la présence de bénévoles d'accompagnement)<sup>(8)</sup>. *Tableau 1.*

En 2009, un deuxième PHRC a retrouvé les mêmes résultats auprès d'une population de 323 soignants de même spécialité. Cette deuxième étude, en cours de publication (deux articles parus, deux en préparation), s'est attachée à étudier l'impact des composantes du management du cadre de santé. Il apparaît :

» que le leadership transformationnel (management responsabilisant les agents) entraîne une meilleure qualité de vie au travail et un meilleur engagement dans le travail des soignants grâce à un renforcement des sentiments de justice organisationnelle (*figure 1*)<sup>(9)</sup> ;

» que la justice procédurale (perception de justice dans les procédures mises en place) et le soutien à l'autonomie du cadre de santé améliorent la satisfaction des besoins

### NOTES

(8) A.-M. Pronost, A. Le Gouge, D. Leboul, M. Gardembas-Pain, C. Berthou, B. Giraudeau, E. Fouquereau, Ph Colombat, "Relationship between the characteristics of onco-haematology services providing palliative care and the socio-demographic characteristics of caregivers using health indicators: social support, perceived stress, coping strategies, quality of work life", *Supportive care in Cancer*, 2012, 20: 607-614.

(9) N. Gillet, E. Fouquereau, A. Bonnaud-Antignac, R. Mokoukolo, Ph. Colombat, "The mediating role of organizational justice in the relationship between transformational leadership and nurses' quality of work life: A cross-sectional questionnaire survey", *International Journal of Nursing Studies* 2013 (on line).

psychologiques (les salariés se sentent plus autonomes, plus compétents, et entretiennent de meilleures relations interpersonnelles avec leurs collègues) et le soutien organisationnel perçu par les soignants, entraînant ensuite une meilleure satisfaction au travail, un renforcement de l'identification au service et une amélioration de la performance au travail<sup>(10)</sup>.

### En psychiatrie

Les résultats ont été confirmés auprès de 84 infirmiers : le management participatif et la mémoire transactive (mécanismes expliquant comment un groupe organise et se rappelle les informations nécessaires à la réalisation d'une tâche commune) ont une influence significative sur la qualité de vie au travail, et ce malgré un effectif très faible. Les effets du management participatif sur la qualité de vie au travail se font au travers d'un renforcement du support organisationnel et la justice organisationnelle perçue, montrant là encore le rôle essentiel du cadre de santé dans le management de proximité<sup>(11)</sup>.

### Hors du milieu de la santé

La première étude a été menée en 2013 au sein de la police nationale auprès de 235 policiers : la motivation et l'engagement au travail sont liés à des facteurs managériaux (sentiment de soutien organisationnel et de la hiérarchie) et à des facteurs personnels (motivation globale), invitant à travailler sur la formation des managers mais aussi sur le coaching<sup>(12)</sup>.

La deuxième étude concerne les PME et les grandes entreprises : le soutien organisationnel et le support à l'autonomie entraînent une amélioration de la satisfaction et du bien-être au travail<sup>(13)</sup>.

## Premier enjeu : le travail en équipe

### Améliorer la qualité de prise en charge globale<sup>(14)</sup>

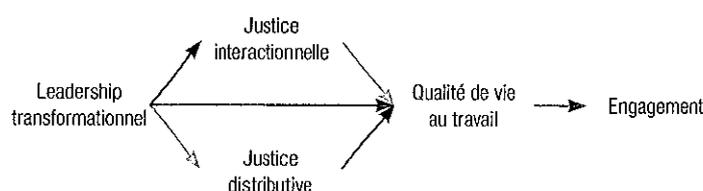
Nous avons vu que le management participatif repose essentiellement sur la création d'espaces d'échanges et la démarche projet. Dans les soins, les espaces d'échanges les plus importants sont les staffs pluriprofessionnels qui permettent les regards croisés pour une meilleure définition des besoins et des attentes des patients et des proches.

### Projet personnalisé de soins et regards croisés

Qu'il s'agisse de l'élaboration du projet personnalisé de santé bio-psychosocial, incluant notamment la prise en charge globale psychologique et sociale et la prise en compte des proches ou du projet de vie des patients en phase palliative, il est nécessaire de partir des besoins, du désir et des demandes des patients et des proches pour proposer cette élaboration.

Or, ce ciblage des besoins et des attentes des patients et des proches ou ce temps d'élaboration d'un projet de santé ou d'un projet de vie ne peuvent se faire sans un temps d'échange et sans les regards croisés des différents professionnels de santé prenant en charge les patients et les proches.

**FIGURE 1**  
L'impact du leadership transformationnel\*



\* N. Gillet, E. Fouquereau, A. Bonnaud-Antignac, R. Mokoukolo, Ph. Colombat, "The mediating role of organizational justice in the relationship between transformational leadership and nurses' quality of work life: A cross-sectional questionnaire survey", *International Journal of Nursing Studies* 2013 (on line).

Il est donc essentiel qu'au cours des staffs pluriprofessionnels chaque catégorie socioprofessionnelle puisse s'exprimer. Cette qualité d'échange et la qualité d'élaboration de projet dépendent des qualités de manager du médecin qui anime la réunion. Il est essentiel qu'il veille que chaque catégorie socioprofessionnelle puisse dire les besoins des patients et des proches, que chacun puisse s'écouter et que chacun puisse participer à l'élaboration des projets. C'est pourquoi nous insistons beaucoup sur l'ordre de prise de parole et que nous préconisons que l'aide-soignante, l'infirmière et les professionnels de soins de support puissent s'exprimer avant les médecins présents. De même, le projet de prise en charge globale des patients en situation complexe nécessite une élaboration plurielle, avec un tour de table final pour faire valider le projet par consensus de l'équipe. Nous ne redirons jamais assez l'impossibilité de répondre aux besoins des patients sans ces regards croisés, le contenu des confidences des patients et des proches étant très différent d'un professionnel de santé à l'autre ; seule la confrontation permet de mieux les cerner.

### NOTES

(10) N. Gillet, Ph. Colombat, E. Michinov, A.-M. Pronost, E. Fouquereau, "Procedural justice, supervisor autonomy support, work satisfaction, organizational identification and job performance: the mediating role of need satisfaction and perceived organizational support", *Journal Advanced Nursing* 2013 (on line).

(11) P. Brunault, E. Fouquereau, Ph. Colombat, N. Gillet, W. El-Hage, V. Camus, P. Gaillard, "Do Transactive Memory and Participative Teamwork improve Nurses Quality of Work Life?", *Western Journal of Nursing Research* (on line).

(12) N. Gillet, I. Huart, Ph. Colombat, E. Fouquereau, "Perceived organizational support, motivation and engagement among police officers", *Am Professional Psychology* 2013; 44: 46-55.

(13) N. Gillet, E. Fouquereau, J. Forest, P. Brunault, Ph. Colombat, "The Impact of Organizational Factors on Psychological Needs and Their Relations with Well-Being", *J. Business and Psychology* 2012; 27: 437-450.

(14) Ch. Bauchetet, Ph. Colombat, « Améliorer la qualité de vie au travail pour changer le soin », *Lettre du neurologue*, 2014 (on line)

### Regards croisés et information personnalisée

L'information aux patients et aux proches d'un diagnostic, d'une rechute ou d'une aggravation est toujours un moment redouté par le médecin, la règle essentielle étant d'être progressif et d'adapter le rythme et le contenu aux réactions non verbales de l'interlocuteur.

Cependant, le médecin sera d'autant plus performant qu'il saura l'histoire de vie du patient et du proche, leur état d'esprit et leurs craintes. D'où l'importance d'un temps d'échange avant la rencontre entre le médecin et l'équipe, avant ce temps d'information qui fournira au médecin les éléments qui lui permettront d'être plus performant. Ce temps d'échange peut être formel lors des staffs pluriprofessionnels ou informel entre le médecin, l'infirmière et l'aide-soignante concernés.

### Regards croisés et décision éthique

Le quotidien du parcours de soins des patients atteints de maladie chronique est fait de la répétition de questions éthiques tournant toujours autour de la proportionnalité des soins, de l'acharnement thérapeutique ou de l'arrêt de soins.

Qu'il s'agisse de la loi Leonetti dans le contexte de la fin de vie ou des recommandations des sociétés savantes (Société française d'hématologie, Afsos, Société française de réanimation de langue française) concernant les limitations thérapeutiques et le transfert en réanimation, toutes s'accordent sur la nécessité de la collégialité dans la prise de décision. Cette collégialité sous-entend la création de ces espaces de décision qui, là encore, peuvent

correspondre aux staffs pluriprofessionnels en dehors de l'urgence qui nécessite la création d'espaces de décision spécifique.

Il est important de rappeler qu'en dehors de la loi Leonetti, où la décision du patient compétent doit être respectée, la collégialité impose la recherche du consensus de l'équipe soignante bien que le médecin reste le responsable de la décision médicale et qu'il ne soit pas obligé de suivre systématiquement le consensus, même s'il doit expliquer auprès de l'équipe les raisons de sa décision.

## Deuxième enjeu : la qualité de vie au travail et ses conséquences

### Être mieux pour mieux communiquer avec le malade et ses proches

Une étude française chez les hématologues a montré que les difficultés d'annoncer la maladie grave étaient liées à leur disponibilité et à leur représentation de la maladie grave et de la mort<sup>(15)</sup>. En agissant sur leur disponibilité par l'amélioration de la qualité de vie au travail, on améliorera la qualité de l'écoute et de l'accompagnement, et donc, là aussi, la qualité de la prise en charge globale

### L'amélioration de la qualité des soins

Plusieurs publications font référence aux *magnet hospitals* (« hôpitaux aimants ») – modèle développé en Belgique, aux États-Unis, au Canada et dans les pays scandinaves –, qui attirent les personnels soignants par un management reposant sur leur responsabilisation et l'autonomisation dans leur domaine de compétence. Au sein de ces établissements, on constate, outre de moindres absentéisme et *turn-over*, une diminution des accidents iatrogènes et de la mortalité dans les services de chirurgie<sup>(16)</sup>.

### L'amélioration de la performance économique

Nous avons vu dans nos études que l'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants impactait l'engagement et la performance au travail. De nombreuses autres études montrent les mêmes résultats, essentiellement dans le champ de l'entreprise.

Les études sur les *magnet hospitals* montrent également un impact économique se traduisant par une diminution du *turn-over* des personnels, un moindre absentéisme et une diminution des coûts de fonctionnement<sup>(17)</sup>.

## Et maintenant

Ces constats et ces démonstrations, ces progrès aussi, ont conduit l'Afsos à deux évidences actuelles.

### Généraliser le modèle

Les regards croisés sont indispensables à une meilleure information, à l'élaboration d'un projet de soins personnalisé et à la décision éthique pour toutes les maladies chroniques en situation complexe.

Les espaces de paroles, et tout particulièrement les staffs, améliorent la qualité de vie au travail des soignants et, de là, permettent une amélioration de la qualité des soins.

### NOTES

(15) A. Perrain, I. Kousignian, S. Dauchy, P. Duponchel, J.-Y. Cahn, Ph. Colombat, « Les difficultés d'annoncer la maladie grave pour les hématologues français », *Hématologie*, 2009, 15, 161-167.

(16) E. West, "Management matters: the link between hospital organisation and quality of patient care", *Quality in Health Care*, 2001; 10: 40-48.

(17) *Idem*.

N. Warren, M. Hodgson, T. Craig, S. Dyrenforth, J. Perlin, F. Murphy, "Employee Working Conditions and Healthcare System Performance: the Veterans Health Administration Experience", *J Occup Environ Med*. 2007; 49: 417-429.

Il faut donc généraliser les staffs à la prise en charge de la maladie chronique, quel qu'en soit le stade, et non plus les réserver aux patients en soins palliatifs. Cette généralisation passe par un lobbying politique auprès de l'Institut national du cancer, la HAS et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour qu'ils les rendent obligatoires dans la démarche de mise en place du travail en pluriprofessionnalité en cours.

### **Former les managers**

Pour que le modèle se mette en place au sein d'un service, les médecins et le ou les cadres du service doivent le pratiquer au quotidien. Cela sous-entend la participation et l'animation appropriée des espaces d'échanges, le réflexe « démarche projet », mais également le respect de la règle des trois R (reconnaissance/respect/responsabilisation) dans les rapports quotidiens au sein de l'équipe, la création d'espaces d'échanges entre managers pour une homogénéité du management...

Cela nécessite donc une formation des médecins, des cadres, mais aussi des directeurs d'établissement au management participatif et au travail en pluriprofessionnalité, tant dans la formation initiale (études médicales, institut de formation des cadres de santé, École des hautes études en santé publique) qu'en formation continue, en insistant sur l'importance de la pluriprofessionnalité dans ces formations <sup>(18)</sup>.

La santé au travail étant actuellement une des préoccupations du gouvernement, ce thème est devenu prioritaire dans les appels d'offres de formation continue des établissements de santé, ciblés sur les managers. Mais le chantier est immense... ●

### **NOTE**

(18) Ph. Colombat, *Qualité de vie au travail et management participatif*, Lamarre, 2012.

Le Dossier Documentaire de l'UODC

**Comment produire santé et qualité de vie au travail au hôpital ?**  
Une démarche, des résultats étonnants. Et des freins...

- Partie II -

■ **Produire santé et qualité de vie au travail : les pratiques et les effets..... pp. 43-111**

- Santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la fonction publique : un devoir, une urgence, une chance  
Lecocq Charlotte, Coton Pascale et Verdier Jean-François, *Ministère des Solidarités et de la Santé* (<https://solidarites-sante.gouv.fr>), 2019, 8 p.  
*Sommaire* (pp. 18-19), *Introduction* (p. 20), *Illustration des pratiques inspirantes dans la fonction publique hospitalière* (pp. 53-56)
- Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée  
Lecocq Charlotte, Dupuis Bruno et Forest Henri, *Ministère des Solidarités et de la Santé* (<https://solidarites-sante.gouv.fr>), 2018, 8 p.  
*Sommaire* (pp. 25-28), *Parti-pris et méthodologie participative de la mission* (pp. 29-31), *Des innovations et des pratiques inspirantes* (pp. 122-127)
- Réhabiliter la dispute professionnelle  
Clot Yves, *École de Paris du management* ([www.ecole.org](http://www.ecole.org)), 2013, 11 p.
- Travail et santé : la nécessaire évolution du management vers le « réel »  
Suarez-Thomas Sabine, *Revue Gérer et comprendre* n° 122 (pp. 43-52), *Cairn Info* ([www.cairn.info](http://www.cairn.info)), 2015, 11 p.
- Optimiser le bien-être au travail et la performance globale : enjeux et perspectives  
Bachelard Olivier, *Revue Regard* n° 51 (pp. 169-179), *Cairn Info* ([www.cairn.info](http://www.cairn.info)), 2017, 12 p.
- Le management en santé au service de la qualité de vie au travail des professionnels  
Haliday Héloïse, *Revue Éthique et santé* n° 15 (pp. 118-124), *ResearchGate* ([www.researchgate.net](http://www.researchgate.net)), 2018, 8 p.
- Les Ateliers de réflexion sur le travail. Un exemple d'innovation managériale  
Benchérif Nacéra, *Revue Gestions Hospitalières* n° 573, *Gestions Hospitalières* (<http://gestions-hospitalieres.fr>), 2018, 4 p.



*Liberté • Égalité • Fraternité*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la  
fonction publique : un devoir, une urgence,  
une chance

**Mission confiée par le Premier ministre Edouard PHILIPPE**

**Charlotte LECOCQ**

Députée du Nord

**Pascale COTON**

Vice-présidente du Conseil  
économique, social et  
environnemental,  
Vice-présidente de la CFTC

**Jean-François VERDIER**

Inspecteur général des  
finances,  
ancien directeur général de la  
DGAFP

Avec l'appui d'**Alain BETTERICH**, administrateur civil hors classe

Et de **Julien DI MAGGIO**, collaborateur parlementaire

- Le 18 Septembre 2019 -

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>20</b>
<b>PARTIE 1 - UNE POLITIQUE DE SANTE AU TRAVAIL REGLEMENTEE MAIS A PILOTER DAVANTAGE, DANS UN CONTEXTE EVOLUTIF .....</b>	<b>21</b>
1.1. Un système de prévention des risques professionnels bien cadré juridiquement mais à davantage piloter.....	21
1.1.1. <i>Un cadre juridique précis mais complexe .....</i>	<i>21</i>
1.1.2. <i>Un pilotage de la politique de SST dans la fonction publique à renforcer.....</i>	<i>23</i>
1.2. Une connaissance de la santé au travail à mieux documenter .....	25
1.2.1. <i>Un nombre d'indicateurs et de données rendant difficile l'évaluation de la performance du dispositif SST dans la fonction publique.....</i>	<i>25</i>
1.2.2. <i>Fort de ce constat, la mission a tenté de rassembler les données disponibles pour effectuer un état des lieux le plus pertinent possible.....</i>	<i>28</i>
1.3. Eléments de synthèse en matière de santé et de sécurité au travail .....	38
1.3.1. <i>Etat des lieux chiffré des risques psycho-sociaux (RPS) .....</i>	<i>38</i>
1.3.2. <i>Un contexte de changements fréquents et profonds, accompagné d'un changement d'acteurs.....</i>	<i>39</i>
1.3.3. <i>Les incivilités et la montée de la violence envers les agents.....</i>	<i>39</i>
1.3.4. <i>Une culture managériale qui demeure majoritairement descendante.....</i>	<i>40</i>
1.4. Des modalités de financement à stabiliser davantage .....	41
1.4.1. <i>Un système d'auto-assurance de l'employeur qui comporte des limites .....</i>	<i>41</i>
1.4.2. <i>Des fonds de prévention face à un besoin croissant.....</i>	<i>42</i>
1.4.3. <i>Le rôle des mutuelles à clarifier .....</i>	<i>45</i>
<b>PARTIE 2 - ELEMENTS DE PROSPECTIVE : UN CONTEXTE GENERAL QUI VA CONNAITRE DE NOMBREUX CHANGEMENTS DANS LES MOIS A VENIR .....</b>	<b>47</b>
2.1 Des évolutions à prendre en compte.....	47
2.1.1. <i>La problématique du vieillissement des agents publics et du maintien dans l'emploi.....</i>	<i>47</i>
2.1.2. <i>La transition numérique et l'intelligence artificielle impacteront le système de prévention, en risques comme en opportunités .....</i>	<i>48</i>
2.1.3. <i>Des réformes déjà engagées et à venir.....</i>	<i>49</i>
2.2 Des innovations et des pratiques inspirantes .....	53
2.2.1. <i>Illustration des pratiques inspirantes dans la fonction publique hospitalière.....</i>	<i>53</i>
2.2.2. <i>Illustration des pratiques inspirantes dans la fonction publique territoriale.....</i>	<i>56</i>
2.2.3. <i>Illustration des pratiques inspirantes dans la fonction publique d'Etat.....</i>	<i>58</i>
2.2.4. <i>Illustration des pratiques inspirantes au travers de passerelles inter fonctions publiques et public-privé .....</i>	<i>60</i>
2.2.5. <i>Illustration des pratiques inspirantes à l'étranger .....</i>	<i>63</i>

<b>PARTIE 3 - NOS RECOMMANDATIONS: UN SCENARIO POUR PLUS D'EQUITE ET D'EFFICACITE EN SANTE, SECURITE ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DANS LA FONCTION PUBLIQUE.....</b>	<b>64</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>75</b>
<b>LISTE DES AUDITIONS .....</b>	<b>77</b>
<b>LISTE DES CONTRIBUTIONS .....</b>	<b>80</b>
<b>LISTE DES DEPLACEMENTS .....</b>	<b>81</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>82</b>

## INTRODUCTION

La question de la santé au travail dans la fonction publique s'est imposée comme un des sujets prioritaires de management plus tardivement que dans le secteur privé. En effet, le relatif confort apporté aux agents titulaires que procure « l'emploi à vie » associé à une représentation des métiers confinant à la caricature (horaires légers, activité de guichet peu harassante, retraites aisées) laissaient penser que les soucis de santé spécifiques aux emplois de la fonction publique ne devaient pas être majeurs.

La prise de conscience de la réelle pénibilité de nombreux métiers de la fonction publique a permis de substantielles avancées pour les agents concernés, notamment depuis l'accord « santé-sécurité au travail » de novembre 2009.

Cela étant, et malgré un corpus de textes de toute nature relativement étoffé, de réelles marges de progrès subsistent dans les trois versants de la fonction publique.

C'est ainsi que le Premier ministre a diligenté la présente mission au printemps 2019, avec pour objectif de :

- ◆ Dresser un bilan de l'organisation de la prévention dans la fonction publique,
- ◆ Identifier les axes d'amélioration permettant un renforcement de la prévention dans un contexte de forte évolution de l'organisation administrative,
- ◆ Évaluer le système de financement et les évolutions possibles.

Des très nombreuses auditions menées par ses membres ainsi que des déplacements effectués, renforcés par la lecture de riches contributions écrites, la mission en arrive à ces conclusions :

- ◆ La fonction publique, pour ses trois versants, dispose en effet d'un corpus de textes, de nature juridique différente, extrêmement étoffé et qui couvre tout le champ de la question posée ; néanmoins la situation en termes de santé et sécurité au travail, que ce soit en matière de curation comme de prévention est susceptible d'être améliorée (1).
- ◆ Les évolutions attendues à court, moyen et long terme, comme la mise en place de pratiques innovantes démontrent qu'une correction de certains points observés n'est pas un objectif utopique (2).
- ◆ Pour autant, la mission formule une série de recommandations qu'elle estime indispensable afin d'accompagner, renforcer ou améliorer les dispositifs existants ou prévus et les expérimentations prometteuses qu'elle a pu identifier. (3).



**Pour que les enjeux de SST/QVT restent au cœur des discussions des nouvelles instances, la mission recommande de :**

- **Garantir la prise en compte de ces sujets à travers la tenue a minima de 2 réunions dédiées par an pour le suivi du plan d'actions de prévention, ainsi que par un point SST/QVT à l'ordre du jour de chaque réunion de l'instance ;**
- **Sensibiliser l'ensemble des membres du CSE sur le lien organisation – SST/QVT-performance ;**
- **Former l'ensemble des membres du CSE aux principes de l'évaluation des risques ;**
- **Reconnaître les compétences et l'expertise SST/QVT des membres du CSE dans le cadre de parcours professionnels.**

## **2.2 Des innovations et des pratiques inspirantes**

Les innovations techniques et organisationnelles relèvent souvent d'initiatives locales et/ou sectorielles permettent d'apporter une réponse originale et adaptée à une population ou à une problématique définie. Ces solutions émanent de la concertation ou du dialogue social. Ces initiatives doivent être promues et partagées afin d'être transposées et adaptées dans des secteurs similaires.

La mission souhaite la création d'un cadre propice pour ces expérimentations, qui leur permettent d'être expérimentées et développées de manière sécurisée. Ces expérimentations sont de nature à relancer l'effort de prévention.

Parmi les nombreuses expérimentations présentées à la mission, quelques exemples illustrent les structures qui se sont saisies des problématiques en s'efforçant d'associer qualité du service et performance.

### **2.2.1 Illustration des pratiques inspirantes dans la fonction publique hospitalière**

#### ***2.2.1.1 Une initiative croisant dynamique territoriale et dynamique d'établissement : les clusters sociaux dans les établissements de santé initiés par l'ANACT, la DGOS et la HAS***

##### *2.2.1.1.1 Contexte et objectifs*

Depuis 2010, la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) puis la Direction générale de l'offre des soins (DGOS) œuvrent ensemble pour encourager et accompagner les établissements de santé, médico-sociaux et sociaux, à mettre en place des démarches Qualité de Vie au Travail (QVT).

Les Clusters sociaux sont conçus comme des dispositifs d'accompagnement d'expérimentations pratiques, menées au sein d'établissements volontaires, au plus près du travail de soin, permettant de soutenir l'articulation effective de la Qualité de vie au Travail et de la Qualité des soins. Cette méthode consiste en un accompagnement des établissements, pour prendre en compte la qualité de vie au travail et la qualité des soins ; un apport de méthodes et d'outils au service des participants pouvant être mobilisés pour initier la démarche dans leurs établissements ; le tout en vue de mener des actions concrètes sur le fond, c'est-à-dire en se saisissant d'enjeux relatifs aux organisations du travail.

#### 2.2.1.1.2 Descriptif du projet

Un cluster social est un regroupement d'établissements dans un même projet, décliné de la façon suivante :

- ♦ Le dispositif : un lieu de débats et d'échanges, sur les pratiques des acteurs et les actions concrètes menées ;
- ♦ Les objectifs : identifier des innovations sociales, valoriser de bonnes pratiques, identifier des repères collectifs, transmettre des outils et méthodes ;
- ♦ La démarche : des journées d'animation collectives
- ♦ Les animateurs : les Agences Régionales de Santé (ARS) et les ARACT. La démarche est consolidée par des appuis individuels aux établissements ;
- ♦ Les participants : pour chaque établissement un représentant de la direction, les représentants du personnel, les médecins et des cadres de santé.

#### Une dynamique territoriale

L'originalité de cette démarche est de mettre en réseau les acteurs territoriaux en charge de la dynamique QVT du secteur, envisagé comme un moyen de diffusion et de pérennité. La territorialisation permet à la Qualité de Vie au Travail de s'institutionnaliser progressivement par son inscription dans des accords, plans d'actions ou autres dispositifs institutionnels co-construits par un réseau d'acteurs compétents et légitimes.

Ce projet partenarial fait intervenir plusieurs acteurs au niveau national et régional :

- ♦ Au niveau national, un comité de pilotage paritaire réunissant les fédérations d'établissements, les partenaires sociaux et un comité de suivi impliquant les ARS et les ARACT ;
- ♦ Au niveau régional, des comités de pilotage régionaux réunissant les ARS et les ARACT et d'autres catégories d'acteurs, selon les régions (chercheurs, partenaires sociaux, CARSAT, ANFH, DIRECCTE).

#### Une dynamique inter-établissements

Les ARACT et les ARS ont pour mission de constituer dans chaque région un cluster, regroupant sept ou huit établissements, à qui elles proposent un accompagnement pour mettre en place une démarche QVT.

Ces séances collectives ont eu pour objet de favoriser les échanges entre les trinômes (représentants direction, médecin et IRP) des différents établissements, en particulier des représentants des directions, de former ces trinômes aux concepts et principes de la QVT, de déployer, dans certaines régions, un outil de diagnostic et, enfin, de soutenir la mise en place, par les établissements, d'expérimentations opérationnelles. L'enjeu essentiel de ces séances inter-établissements a été, in fine, l'initiation d'une action concrète portée par le personnel des établissements.

Les trinômes des établissements ont trouvé, par ces séances, un espace d'échanges, de formation à la QVT et de soutien à l'organisation de leur action.

La démarche consiste à identifier 4 questions centrales auxquelles les établissements de santé ont cherché à répondre pour déployer une démarche QVT capable de soutenir effectivement l'expression et l'action des personnels de santé sur le contenu du travail, au nom de la sécurité et de la qualité des soins :

- ♦ L'engagement de l'ensemble des acteurs du Copil local, des établissements ou des services concernés ;
- ♦ L'exploration d'innovations et d'autres fonctionnements par les expérimentations ;
- ♦ Le dépassement des conflits interpersonnels ou hiérarchiques ;
- ♦ La dissociation de « l'expression et de l'action sur le contenu du travail », selon la définition de la QVT portée par la HAS et l'ANACT.

### ***2.2.1.2 La qualité du service au service du sens au travail : le déploiement des Stand Up Meetings et Tableaux Blancs Rubriqués dans les services du CHU de Rouen Normandie***

#### *2.2.1.2.1 Contexte et objectifs*

Dans les hôpitaux, le lien entre conditions de travail des personnels et qualité des soins n'est plus à prouver. Face à des problématiques de management et de qualité des soins, le CHU de Rouen a expérimenté le déploiement des Stands Up Meeting (SUM) s'appuyant sur des Tableaux Blancs Rubriqués (TBR). Ce projet a été porté par la Direction générale.

L'objectif est de planifier des temps courts de réunion, afin de suivre l'amélioration continue de la qualité sur le terrain, en recentrant les équipes sur leur cœur de métier et en redonnant du sens au travail. Il s'agit d'accompagner les équipes médico-soignantes dans la gestion des risques à priori, les impliquer dans la détection et la résolution des problèmes et développer ainsi l'esprit et la cohésion d'équipe au bénéfice du patient.

#### *2.2.1.2.2 Descriptif du projet*

Les Stands Up Meeting consistent en des réunions de 15 à 20 minutes debout, hebdomadaires, autour d'un Tableau Blanc Rubriqué. Elles permettent à l'équipe de gagner en efficacité, d'échanger et de coopérer à partir de 5 rubriques en laissant une liberté de structure et d'agencement aux cadres de santé.

Pour aider à leur mise en place, un programme de formations à destination de l'encadrement a été effectué.

#### *2.2.1.2.3 Résultats obtenus*

La méthode est à la fois une aide au suivi des actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et à la prise de décision collégiale dans le réajustement des pratiques de soin. La démarche permet de repositionner le cadre de santé dans son rôle d'animateur d'équipe. Elle représente un levier fort en termes de visibilité des actions engagées par tous et des réussites collectives. Elle témoigne d'une réelle dynamique d'équipe encouragée à solutionner les difficultés du quotidien.

Les effets de cette méthode ont été mesurés sur la base d'un questionnaire construit avec les équipes soignantes :

- ♦ **Sentiment d'avoir suffisamment de temps pour faire son travail passé de 4,14/10 à 7,75/10 ;**

- ◆ Amélioration de la QVT de 6,1/10 à 7,5/10 ;
- ◆ Fierté ressentie pour son travail au sein du service : de 6,4/10 à 8,6/10 ;
- ◆ Reconnaissance ressentie pour son travail : de 4,32/10 à 7,65/10.

**Pour être réussie, la mission retient que la démarche doit être portée politiquement par la direction** comme une démarche pleinement intégrée à la stratégie de l'établissement et à tous les niveaux de la hiérarchie. De plus, cela suppose sensibilisation, formation, et intégration dans les pratiques managériales.

## 2.2.2 Illustration des pratiques inspirantes dans la fonction publique territoriale

### 2.2.2.1 Le sport, vecteur de la qualité de vie au travail : Poissy Bien-Etre

#### 2.2.2.1.1 Contexte et objectifs

La ville de Poissy a instauré en 2014 un vaste plan de d'amélioration des conditions de travail pour lutter contre un absentéisme stagnant depuis quelques années. Plusieurs mesures ont été déployées : mise en place du télétravail pour mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle, sensibilisation du management aux risques psychosociaux, procédure d'entretien de reprise d'activité, création d'un centre de formation interne. Mais la ville a souhaité aller plus loin, en mettant en place une initiative destinée à renforcer le bien-être des agents de la collectivité.

En 2017, pour optimiser le bien-être au travail des agents, « Poissy bien-être » est venu s'ajouter à ces différents outils en poursuivant l'idée que des agents qui pratiquent une activité sportive sont des agents qui seront mieux dans leur corps et dans leur esprit. L'initiative a été incluse dans le plan de formation interne mis en place par la collectivité.

#### 2.2.2.1.2 Descriptif du projet

Concrètement, la ville propose aux agents de pratiquer des activités physiques et sportives **pendant le temps de travail** à raison de deux heures par semaine.

Les agents peuvent choisir parmi l'une des 6 activités réparties sur 12 créneaux pour une durée d'un trimestre. Les activités proposées sont des activités douces pour ne pas risquer un accident : marche, marche nordique, gymnastique d'entretien, natation, aquagym, aqua jogging. Elles sont encadrées par les éducateurs sportifs et les maitres-nageurs de la ville. Les agents bénéficient également chaque trimestre d'une conférence « Santé active » assurée par la CPAM sur les bonnes habitudes à prendre en termes de nutrition, de posture etc.

Tous les agents de la ville peuvent bénéficier du dispositif sur la base du volontariat.

Les ATSEM ont aussi accès à ce dispositif le samedi.

Parallèlement à ce dispositif, il a été créé un poste de médiateur (un agent de la mairie sur volontariat). Ses nombreuses années au sein de la mairie lui permettent de bien appréhender les situations et d'être sensibilisé à la prévention. Il fait le lien entre les agents, le niveau RH et les organisations syndicales. Il accueille les nouveaux agents afin que l'intégration se fasse le mieux possible. Il aide à un meilleur retour dans l'emploi. L'activité du médiateur permet de libérer du temps RH et d'avoir une meilleure écoute envers les agents sur le terrain.

# Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée

## RAPPORT FAIT A LA DEMANDE DU PREMIER MINISTRE

Établi par

Charlotte LECOCQ, Députée du Nord

Bruno DUPUIS, Consultant senior en management

Henri FOREST, Ancien secrétaire confédéral CFDT

Avec l'appui de Hervé LANOUZIERE, Inspection générale des affaires sociales

# SOMMAIRE

AVERTISSEMENT .....	2
AVANT-PROPOS.....	2
SYNTHESE.....	5
UN SCENARIO POUR UN SYSTEME D'ACTEURS ET UNE GOUVERNANCE REFONDES .....	5
NOS RECOMMANDATIONS A L'APPUI DU SCENARIO .....	17
UN SCENARIO POUR UN FUTUR PROCHE : LA PERFORMANCE GLOBALE .....	22
PARTI-PRIS ET METHODOLOGIE PARTICIPATIVE DE LA MISSION.....	29
PARTIE 1 NOTRE SYSTEME, POLITIQUEMENT ET JURIDIQUEMENT ENCADRE, NE PEUT SE CONTENTER DE RESULTATS HONORABLES .....	32
1 NOTRE SYSTEME DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS PERMET DE REpondre A NOS ENGAGEMENTS INTERNATIONAUX.....	32
1.1 La convention n°187 de l'OIT fixe un cadre promotionnel pour la sécurité et santé au travail auquel la France satisfait pleinement.....	32
1.2 Le droit de la santé au travail est très majoritairement régi par des directives que la France a transposées.....	33
1.3 Le 3 <sup>ème</sup> plan Santé au travail et la Stratégie nationale de santé fixent une feuille de route ambitieuse pour les cinq prochaines années.....	36
2 LE DIAGNOSTIC DES AVANTAGES ET LACUNES DU SYSTEME EST LARGEMENT PARTAGE.....	37
2.1 Malgré une performance honorable, la prévention des risques professionnels est à la recherche d'un second souffle .....	38
2.1.1 Les résultats des indicateurs usuels sont satisfaisants en tendance sur les cinquante dernières années.....	38
2.1.2 Néanmoins, des signes d'essoufflement, voire la dégradation de certains indicateurs, révèlent un plateau difficile à dépasser .....	40
2.1.3 Les comparaisons avec les autres pays ne sont pas à l'avantage de la France.....	42
2.2 La culture de prévention n'est pas appropriée tant par les employeurs que par les salariés ..	44
2.2.1 Les approches de la prévention sont avant tout réglementaires et sécuritaires .....	44
2.2.2 L'évaluation des risques est perçue comme une obligation administrative.....	46
2.3 Les dirigeants expriment clairement un besoin d'outillage et d'accompagnement non satisfait .....	46
2.3.1 Les représentants du personnel peinent à s'y retrouver aussi.....	49
2.3.2 Le consensus sur les besoins de formation des managers peine à déboucher sur une offre et des pratiques de formation à la hauteur des besoins .....	50

2.4	Le système incite insuffisamment à la prévention.....	52
2.4.1	Le ratio prévention/réparation est très déséquilibré.....	52
2.4.2	Les outils financiers destinés aux entreprises sont jugés encore trop peu incitatifs.....	53
2.4.3	Les Outils de prévention destinés aux entreprises sont de qualité mais l'accompagnement de leur déploiement est déficitaire.....	56
2.4.4	De manière générale, les budgets consacrés à la santé au travail en France sont éparés et insuffisamment identifiés.....	58
2.4.5	Le système intègre difficilement les spécificités propres à certains secteurs et populations.....	61
2.4.6	L'obligation de sécurité de résultat, poussée à l'extrême, décourage la prévention.....	65
2.5	La connaissance de la relation santé - travail peut être améliorée.....	66
2.5.1	La France dispose d'un appareil statistique gestionnaire de sinistralité fiable et robuste mais l'appariement de ses données n'est pas optimal.....	66
2.5.2	Des outils d'enquête qualitativement uniques sont déployés dans le pays.....	69
2.5.3	La connaissance des expositions professionnelles : une nécessité pour la prévention dans un contexte d'allongement de la vie professionnelle.....	71
2.6	La recherche en santé au travail est insuffisamment soutenue.....	71
2.7	La performance du système de prévention est difficile à évaluer.....	72
2.7.1	La recherche et les études axées sur l'impact de la prévention sont rares.....	72
2.7.2	Au final, l'impact des programmes de prévention déployés par les acteurs est difficile à évaluer.....	74
2.8	La césure historique entre santé publique et santé au travail est questionnée.....	76
2.9	Le système d'acteurs en prévention est devenu illisible et son efficacité est réduite par une gouvernance et un pilotage complexes.....	78
2.9.1	La multiplicité des opérateurs, une construction historique.....	78
2.9.2	La multiplicité des opérateurs nuit à la compréhension et donc à l'utilisation optimale de l'offre.....	82
2.9.3	Face aux carences de gouvernance et de pilotage, une clarification, une redistribution et une articulation des rôles de chacun s'impose.....	86
2.9.4	Les caractéristiques du système sont amplifiées à l'échelon régional avec un acteur supplémentaire, les services de santé au travail, essentiels mais dépourvus de pilotage national....	92
2.9.5	La comitologie qui soutient la gouvernance du système est excessivement lourde.....	101
2.9.6	Les complémentaires de santé, récentes dans l'écosystème, offrent des perspectives nouvelles pour la prévention.....	102
2.9.7	L'offre privée de conseil et d'accompagnement doit être reconnue et articulée avec l'écosystème institutionnel.....	104
3	QUELS ROLE ET PLACE POUR LES PARTENAIRES SOCIAUX ?.....	106
3.1	Une légitimité et une place renforcées au sein des instances d'orientation.....	107

3.1.1	Le COCT et le GPO : une amorce de tripartisme qui donne satisfaction .....	107
3.1.2	Les CROCT et les GPRO, un démarrage plus difficile.....	108
3.2	Une grande diversité dans l'organisation du paritarisme au sein de la gouvernance des organismes.....	108
3.2.1	Le paritarisme de la branche AT-MP de la CNAM .....	108
3.3	La négociation collective.....	110
3.3.1	Au niveau national interprofessionnel .....	110
3.3.2	Au niveau des branches .....	111
3.3.3	Au niveau des territoires.....	112
3.3.4	Au niveau de l'entreprise.....	113
PARTIE 2 ELEMENTS DE PROSPECTIVE.....		115
1	DES EVOLUTIONS A PRENDRE EN COMPTE.....	115
1.1	Le dispositif de maintien en emploi, dans un contexte de population au travail vieillissante, devra apporter des réponses à la hauteur de l'augmentation de la désinsertion professionnelle ..	115
1.2	La transition numérique impactera le système de prévention, en risques comme en opportunités.....	119
1.3	L'intelligence artificielle peut aider mais aussi être porteuse de risques.....	119
1.4	Les systèmes de management de la santé au travail (SMSST) peuvent structurer la démarche de prévention et rendre l'entreprise autonome.....	121
2	DES INNOVATIONS ET DES PRATIQUES INSPIRANTES.....	122
2.1	Les approches de branche, de secteur, voire de filière, sont sources d'inspiration .....	122
2.2	Des innovations dans les territoires.....	125
2.3	Des innovations intégrant qualité du service et prévention.....	126
2.4	Des innovations technologiques concernant le suivi individuel de l'état de santé .....	127
PARTIE 3 NOS RECOMMANDATIONS.....		129
1	UN SCENARIO POUR UN SYSTEME D'ACTEURS ET UNE GOUVERNANCE REFONDES .....	129
1.1	Un scénario pour favoriser l'accès des entreprises aux dispositifs de prévention .....	129
1.2	Partir du besoin des salariés et des entreprises au niveau local .....	130
1.3	Créer une structure régionale de prévention, interlocuteur privilégié, interface de proximité avec les entreprises.....	131
1.4	Positionner la structure régionale comme l'interlocuteur de confiance pour les entreprises en matière de conseil en prévention n'exerçant aucune mission de contrôle .....	132
1.5	Valoriser les métiers de la prévention, renforcer les équipes et redonner du sens à leur action .....	133
1.6	Concentrer l'expertise nationale en matière d'ingénierie de prévention au sein d'un même organisme.....	133

1.7	Refonder le système de financement de la santé au travail pour gagner en transparence, lisibilité et efficacité .....	134
1.8	Au plan national, renforcer l'État stratège .....	136
1.9	Etablir un pilotage et une gouvernance tripartite assurant un rôle effectif des partenaires sociaux.....	136
2	NOS RECOMMANDATIONS A L'APPUI DU SCENARIO .....	137
3	UN SCENARIO POUR UN FUTUR PROCHE : LA PERFORMANCE GLOBALE.....	142
	ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION .....	145
	ANNEXE 2 : DECLINAISON FRANÇAISE DES EXIGENCES DE LA CONVENTION 187 .....	149
	ANNEXE 3 : ELEMENTS DE COMPARAISONS INTERNATIONALES .....	151
	ANNEXE 4 : LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS .....	163
	ANNEXE 5 : LISTE DES AUDITONS .....	167
	ANNEXE 6 : LISTE DES CONTRIBUTIONS ADRESSEES A LA MISSION .....	171

# PARTI-PRIS ET METHODOLOGIE PARTICIPATIVE DE LA MISSION

## PARTIR DE LA PERCEPTION DE NOTRE SYSTEME DE SANTE AU TRAVAIL PAR LES ACTEURS DE TERRAIN

Lorsque l'on évoque la question de notre système de santé au travail avec les acteurs « de terrain », la réaction ne se fait pas attendre : « *Il y a tant à faire !* », « *cela ne fonctionne pas* », « *on paye une fortune pour une visite de quelques minutes, quel sens cela a ?* ». Que l'on se positionne du point de vue de l'employeur ou du salarié, les insatisfactions se font immédiatement ressentir. Du côté des services de santé au travail eux-mêmes, la situation n'est guère satisfaisante et est inégale : « *on ne peut pas véritablement prendre le temps de remplir toutes nos missions* », « *on ne peut pas voir toutes les entreprises dont on a en charge le suivi* », « *le temps pour aller sur le terrain en entreprise est insuffisant* ».

Nous avons souhaité, pour lancer nos travaux, prendre le pouls des salariés, des entreprises, en particuliers les TPE et PME, des travailleurs indépendants, des médecins, directeurs, infirmiers(es) en santé au travail, des consultants, des conseillers en prévention, etc., à travers deux réunions rassemblant chacune une quarantaine d'acteurs de terrain. Il est à souligner l'importance que revêt le sujet de la santé au travail pour les entreprises. En témoignent les nombreuses contributions que nous avons reçues, et la mobilisation aux ateliers participatifs que nous avons proposés.

Leur diagnostic est clair : Tout d'abord la densité d'acteurs, publics, privés, associatifs, nationaux, régionaux, locaux, est telle, que la lisibilité en est devenue impossible. « *Il ne s'agit plus d'une forêt d'acteurs, mais d'une véritable jungle* », dans laquelle l'entreprise (avec toutes ses composantes : dirigeants, salariés, encadrement, représentants du personnel), et à plus forte raison la TPE/PME, ne parvient plus à se repérer. Un nombre élevé d'acteurs, avec des offres de services, des apports d'outils qui parfois se superposent, sans garantir leur accès à l'utilisateur final, voire, plus grave, s'opposent et se contredisent. Cette offre jugée pléthorique, n'est pour autant pas gage d'une véritable appropriation des moyens permettant à l'entreprise de s'engager efficacement dans une démarche de prévention des risques et d'amélioration de la santé au travail.

Plus gravement, notre système de santé au travail est jugé décourageant car il assimile santé au travail avec contrainte, voire sanction, pour l'employeur qui n'a pas satisfait à l'obligation d'organiser une visite médicale, de réaliser son évaluation des risques, ou constate des hausses de cotisations sur lesquelles il estime n'avoir que peu de prise. Sanction aussi pour le salarié, lorsque l'inaptitude est prononcée, susceptible de l'exclure de l'emploi. Il en résulte une regrettable méfiance envers les acteurs supposés aidants sur le sujet. La relation de confiance entre le médecin du travail et le salarié, ou le médecin du travail et le dirigeant d'entreprise apparaît très aléatoire, reposant davantage sur les personnalités que sur un socle de principes partagés. Face à l'apparition d'une situation de handicap, ou d'une maladie chronique d'un salarié, celui-ci, comme son employeur, se disent démunis et déplorent un sentiment de solitude. Comment permettre à l'intéressé de continuer à apporter sa contribution à l'entreprise ? De garder son emploi, et à travers cela, sa place au sein de la société ?

Notre système de santé au travail suscite avant tout une incompréhension des acteurs de terrain : « Pourquoi un coût si élevé pour une visite médicale si courte ? », « Pourquoi un tel cloisonnement entre médecine du travail et médecine de ville ? » « Pourquoi certaines entreprises bénéficient-elles de la présence du médecin du travail dans le CHSCT alors que d'autres peinent à obtenir les RDV pour les visites obligatoires ? » « Pourquoi consacrer du temps à élaborer une fiche d'entreprise, quand existe le document unique d'évaluation des risques ? »

Il convient d'entendre aussi les difficultés de ceux dont c'est le métier de prévenir et guérir la souffrance au travail. Elle est exprimée par le corps médical, à travers un sentiment de manque de reconnaissance, qui est un des facteurs à prendre en compte pour l'attractivité de la spécialité de médecine du travail. Par les entreprises et les salariés également, lorsqu'ils ne perçoivent pas l'étendue de l'offre d'accompagnement que les services de santé seraient susceptibles de fournir. Difficultés accentuées par le décalage perçu entre l'étendue des besoins et les marges de manœuvre dont disposent les seuls services de santé au travail.

Si ces constats appellent à réinterroger notre système de santé au travail et son fonctionnement, il est cependant nécessaire de souligner que ce dernier possède également de nombreux atouts, qu'il convient de préserver. Aujourd'hui, en France, en effet, un salarié bénéficie de la part de la sécurité sociale d'une prise en charge lorsqu'il est en arrêt de travail pour maladie ou suite à un accident. De plus, une entreprise, qui souhaite s'engager dans une démarche de prévention peut trouver une réponse adaptée à ses besoins même si cela nécessite de sa part de l'énergie et un coût éventuel. Ainsi, si les acteurs de terrain déplorent le manque de lisibilité du système, ils reconnaissent la pluridisciplinarité qu'il offre et sa diversité de réponses.

Notre système doit donc avant tout être plus lisible pour ses usagers. L'identification d'un interlocuteur unique est largement plébiscitée, tout comme une offre de service et un coût correspondant explicite et proportionné. Le foisonnement d'expertises, d'outils, méthodes, guides, offres d'accompagnement, de conseil, de coaching, de formation, et les nombreuses expérimentations, laissent à penser que bon nombre de solutions existent, mais sont très insuffisamment capitalisées et essaimées. L'enjeu, pour rendre notre système de santé au travail plus efficace, est donc de faire en sorte que les moyens aillent au bon endroit, au bon moment et en cohérence avec des objectifs et des priorités partagées.

Notre système de santé au travail doit se tourner davantage vers la prévention primaire. Pour cela, il se doit d'être plus incitatif envers les entreprises vertueuses, celles qui s'engagent dans une démarche proactive de prévention des risques et d'amélioration de la santé au travail intégrée dans leur stratégie économique et managériale. Leur retour sur investissement doit être plus immédiat et davantage perceptible et donc mesuré.

Un enjeu d'autant plus prégnant au regard des évolutions à venir. Sur le plan démographique, le vieillissement de la population active ou non active va amplifier les besoins en matière de prévention de la désinsertion et de maintien dans l'emploi. Sur le plan technologique, le développement du numérique, de l'intelligence artificielle, vont apporter des transformations significatives des situations de travail mêlant impacts positifs mais aussi risques sur la santé au travail. Sur le plan économique, dans un contexte de plus en plus mondialisé, les parcours professionnels de plus en plus diversifiés, comportant périodes d'interruption d'activité, changements d'entreprise, de statut, de métier, vont nécessiter une approche longitudinale de la santé au travail des salariés et non-salariés. Enfin au plan sociétal, les nouvelles générations parvenant sur le marché du travail ont des aspirations nouvelles, en particulier celle de trouver davantage de sens au travail et de préserver un équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

Pour aboutir aux propositions de réorganisation du système de santé au travail que nous faisons, le cœur de notre réflexion et le fil rouge de nos travaux a donc été la réponse aux besoins des usagers : employeurs comme salariés qui forment la communauté de l'entreprise.

Le système de prévention s'articule autour des cinq axes du référentiel permettant à l'entreprise de mieux structurer sa démarche SSE :

- Engagement de la direction (politique, objectifs, organisation, indicateurs, planification, documentation, dispositifs d'information et d'animation et moyens nécessaires pour la mise en œuvre) ;
- Compétences et qualifications professionnelles (transmettre à tous les salariés le « savoir », le « savoir-faire » et le « savoir être » nécessaires à la tenue de leur poste de travail) ;
- Organisation du travail (maîtriser les risques par l'anticipation et la mise en œuvre des moyens humains, matériels, et techniques adaptés à la réalisation de tâches, travaux ou prestations) ;
- Efficacité du système de management (pilotage SSE mis en œuvre afin d'analyser les résultats du système au regard des objectifs fixés, audits réguliers et planifiés...) ;
- Amélioration continue (remise en cause régulière des outils du système de management de l'entreprise issus des 4 axes du référentiel, retours d'expérience réguliers, bilan, nouveaux objectifs, nouveau plan d'action).

## 2 DES INNOVATIONS ET DES PRATIQUES INSPIRANTES

Les innovations techniques et organisationnelles sont souvent le fruit d'initiatives locales et/ou sectorielles qui tentent de remédier à des problématiques qui n'ont pas trouvé de réponse satisfaisante dans le cadre institué. Elles apportent une réponse originale et adaptée à une population ou à un sujet circonscrit. Par construction, les solutions élaborées sont souvent concertées (on parle d'innovation sociale) mais aussi dérogoires. Non reconnues, elles peuvent rester isolées, évoluer longtemps en zone grise, comme ce fut le cas pour le télétravail, ou au contraire essaimer et constituer de véritables alternatives, propices à l'amélioration des conditions de travail.

La mission estime que le système de prévention doit être ouvert à ces innovations et offrir un cadre dans lequel elles peuvent être expérimentées et se développer de manière sécurisée. Certaines d'entre elles sont en effet de nature à relancer des dynamiques de prévention là où les dispositifs habituels, comme on l'a vu en première partie, semblent avoir trouvé leurs limites.

Parmi les nombreuses initiatives présentées, les quelques exemples ci-dessous illustrent celles qui se saisissent de dynamiques de territoires ou de branche, de convictions débouchant sur des projets entrepreneuriaux associant délibérément qualité de vie au travail et performance économique ou encore d'opportunités technologiques (télémédecine).

### 2.1 Les approches de branche, de secteur, voire de filière, sont sources d'inspiration

Les approches sectorielles, grâce à la connaissance des métiers, au sentiment d'appartenance et la compréhension de la culture qu'elles permettent, paraissent les plus légitimes pour élaborer des solutions adaptées à leur contexte et donc être acceptées et mises en œuvre. Ainsi, pour l'U2P, « *la prévention passe nécessairement par la branche notamment via la conclusion, branche par branche, de conventions modélisantes avec la CNAM (CAT-MP)* ». De fait, comme on l'a vu plus haut (Cf. § 3.2 partie 1), les spécificités sectorielles sont prises en compte au sein de notre système de prévention à travers l'organisation de la branche AT-MP en comités techniques nationaux (CTN). Toutefois, force est de constater que le système français, à la différence de l'Allemagne, s'est essentiellement construit sur des bases interprofessionnelles (COCT, CNAM, INRS, Anact, SSTI).

On peut cependant signaler certaines initiatives récentes, ciblées mais intéressantes, comme celle du CNPA (Conseil national des professions de l'automobile) qui couvre toutes les activités avales de la production (commerce, réparation...) ou celle de la boulangerie, toutes deux appuyées sur le concours de complémentaires santé<sup>218</sup>. Les branches ont encore su se mobiliser dans les années 1990, à la faveur de la transposition des directives européennes sur les équipements de travail, pour une mise en conformité adaptée, par référentiels, des machines de leur secteur. Mais les deux seules exceptions notoires d'organisation sectorielle structurelle de la prévention sont le secteur du bâtiment et des travaux publics avec l'OPPBTBTP, qui appelle une cotisation obligatoire des entreprises de la branche, et le secteur agricole avec la MSA, qui intègre en une institution unique assurance maladie, médecine du travail et prévention des risques.

La mission prend donc acte du potentiel de l'approche sectorielle pour la détermination et la mise en œuvre d'actions de prévention pertinentes et efficaces mais aussi de la difficulté des branches à ce jour pour s'organiser et apporter des réponses. Elle considère que, s'il y a lieu de les encourager à s'organiser chaque fois qu'elles le peuvent et décident de le faire, l'approche interprofessionnelle garde sa pertinence pour toutes les autres.

#### Encadré 23 : Focus sur le BTP



Le BTP, du fait de ses spécificités (risques nombreux et graves inhérents à l'activité, mobilité des lieux de travail, représentation réduite du personnel en raison du faible effectif des entreprises, importance de la coactivité...), a décidé dès 1947 de se doter d'organismes spécialisés en santé au travail : l'OPPBTBTP et une trentaine de services de santé spécialisés (SISTBTBTP). La mutualisation des moyens est d'une importance cruciale dans un secteur où 185 000 entreprises de moins de 20 salariés emploient 55 % des salariés du secteur.

L'OPPBTBTP, financé par une cotisation obligatoire des entreprises relevant des conventions collectives du Bâtiment et des Travaux Publics, mène des missions de promotion de la prévention, d'études et d'ingénierie, de conseil et de soutien aux entreprises. Créé par décret, sa gouvernance est paritaire (principales organisations patronales et salariés du BTP).

28 SISTBTBTP, employant environ 150 médecins du travail et près de 900 professionnels, assurent le service de la moitié des entreprises de BTP en France. Ces services bénéficient souvent de l'exclusivité auprès des entreprises de BTP sur leur territoire d'exercice. Une coordination des SISTBTBTP est organisée sous l'égide d'une organisation patronale du BTP, mais sans capacité opérationnelle véritable.

Malgré une sinistralité toujours supérieure à la moyenne, le BTP a fait d'incontestables progrès, enregistrant une baisse de 80 % des décès et de 55 % de la sinistralité depuis 1950, 28 % sur les 10 dernières années. Grâce à l'accompagnement réalisé, il dispose d'un fort taux de réalisation des DUER, de formations continues spécifiques pour les personnels des SSTI, d'études épidémiologiques, de l'offre de l'OPPBTBTP en information, conseil et outils.

La branche est donc dotée d'une organisation propre reconnue par ses adhérents, tout en continuant, toutefois, à s'inscrire dans le système de prévention global et à bénéficier de l'appui et de l'accompagnement de ce dernier (INRS, Carsat, SSTI non spécialisés pour environ 50 % des effectifs). Il est à l'inverse important de veiller à ce que les interactions soient réciproques et que le savoir-faire en prévention développé dans le cadre des techniques de construction du BTP puisse aussi bénéficier aux activités similaires des autres secteurs (maintenance industrielle, nettoyage industriel, logistique...).

<sup>218</sup> Ces dernières ont indiqué pouvoir principalement apporter des outils d'aide au diagnostic, par exemple la mise à disposition de données pour construire des observatoires de branche, et faciliter la compréhension des enjeux auxquels elles sont confrontées.

**La MSA : une expérience de guichet unique**



La Mutualité Sociale Agricole (MSA) incarne une conception globale de la protection de chaque adhérent que traduit sa gestion en « guichet unique » avec une organisation décentralisée permettant un service de proximité.

En 2016, on dénombrait en France métropolitaine 461 800 chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole pour 686 044 actifs. 83 % des entreprises comptent un effectif inférieur à 5 salariés, et 10 % entre 5 et 9 salariés. Le nombre des accidents du travail s'élève à 23 671 pour les non-salariés et 70 223 pour les salariés. Dans le réseau des 35 MSA, qui compte 350 médecins, 100 infirmiers du travail et 250 conseillers en prévention, le suivi médical est assuré par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

La MSA assure la couverture sociale de l'ensemble de la population agricole et des ayants droit : exploitants, salariés, employeurs de main-d'œuvre. Elle est l'opérateur unique de la protection sociale du monde agricole et rassemble dans une même entité, en un guichet unique, la protection sociale pour la famille, la retraite et la santé. La MSA dispose également d'une fonction de contrôle mais a souhaité séparer au mieux la fonction de conseil et de contrôle. D'où la mise à disposition de techniciens régionaux de prévention (TRP), payés par la MSA mais détachés dans les Direccte, chargés du contrôle dans le domaine de l'agriculture (appui technique en matière de réglementation et de prévention, auprès des IT et des entreprises).

La santé sécurité au travail est une spécialité de la MSA qui est le seul régime de sécurité sociale à avoir la charge de cette mission, en cumulant les compétences de prévention des risques professionnels et de la santé au travail. La MSA s'adresse en outre aussi bien aux salariés qu'aux exploitants.

Les fonds consacrés à la prévention sont constitués de trois enveloppes : pour la prévention des salariés (30M€ /an, les CNOP 2M€, AFSA 1.2M€), la prévention des non-salariés (12M€, AFS 770 000) et la santé au travail (87M€).

**Le contrat de prévention est un contrat qui engage le chef d'entreprise dans un programme d'actions de prévention avec l'appui méthodologique et financier du SST.** L'objectif est d'agir sur le long terme. Au niveau national, les partenaires sociaux identifient pour leur secteur d'activité, les situations et les risques dont le niveau de sinistralité nécessite un accompagnement particulier : ils ciblent des activités ou risques particulièrement source d'AT-MP. L'entreprise est accompagnée tout au long de son projet : diagnostic des risques professionnels, mise en place d'une démarche participative au sein de l'entreprise, choix, mise en œuvre des actions de prévention et évaluation (Chiffres 2016 : 15 conventions « actives », 100 contrats signés, 2 121 312€ engagés, montant moyen par contrat : 21 233€, 44 % des contrats signés avec un établissement de moins de 10 salariés).

L'aide financière simplifiée agricole est un dispositif incitatif d'accompagnement technique et financier pour les TPE investissant dans les mesures de prévention. Elle s'appuie sur un diagnostic et un accompagnement réalisés par un conseiller en prévention. Les mesures envisagées doivent réduire les risques animal, chimique, machine, chutes de hauteur, les RPS, TMS et la désinsertion professionnelle (Chiffres 2016 : 606 AFSA signées ont financé 898 mesures de prévention, pour 1 276 042€ engagés. Montant moyen par AFSA de 2 113€).

L'aide financière simplifiée exploitant est un dispositif d'accompagnement technique et financier pour aider les chefs d'entreprises non employeurs de main d'œuvre à investir dans des mesures de prévention (Chiffres 2016 : 480 AFSE signées, 1 653 247€ engagés. Montant moyen par AFSE de 1361€).

En lien avec le contrôle médical, les cellules pluridisciplinaires de maintien en emploi présentes dans chacune des 35 MSA permettent d'optimiser l'accompagnement des salariés et exploitants agricoles en risque de désinsertion professionnelle.

## 2.2 Des innovations dans les territoires

La mission s'est rendue en région Auvergne-Rhône-Alpes afin de rencontrer le système d'acteurs local. Elle a pu à cette occasion prendre connaissance d'une initiative territoriale innovante rassemblant, outre les acteurs de la prévention habituels, les parties prenantes de projets de développement économique, résolues à aborder simultanément les dimensions économique et sociale de la performance. Une bonne illustration d'une approche proactive, vue non pas sous l'angle de la prévention des risques mais de la promotion de la santé. Elle mobilise nécessairement d'autres acteurs, d'autres outils et d'autres appareillages. Elle montre qu'aux cotés des piliers centraux que constituent la Direccte et la Carsat, garantes de l'application du droit et de la gestion du risque, il y a une place pour un portage dédié à l'accompagnement des entreprises et pour une conciliation d'intérêts jugés trop souvent antagoniques.

Encadré 25 : Qualité de vie au travail et performance globale : la région Auvergne-Rhône-Alpes crée un écosystème au service des projets de transformation

### Le programme ELENCE

Un collectif d'acteurs de la région Auvergne-Rhône-Alpes a choisi d'unir ses forces et compétences autour d'un projet collaboratif régional nommé Elence, partant d'une conception nouvelle de la prévention, dont l'objectif est de décloisonner la santé et la sécurité au travail et la performance économique, en se focalisant sur une quête de performance globale dont la santé et la qualité de vie au travail sont des leviers.

La démarche est basée sur l'idée que l'amélioration de la compétitivité d'une entreprise passe par une évolution de son organisation, donc nécessairement par la prise en compte de la qualité de vie et le bien-être au travail de ses acteurs. Placer l'Humain au centre du dispositif devient gage de réussite. Le projet Elence a développé un réseau de partenaires qui s'associent pour faire de la santé et de la qualité de vie au travail un enjeu de performance globale pour les entreprises.

L'ambition du dispositif est de créer une dynamique régionale pérenne au service du développement. Le programme Elence repose sur le soutien financier de la Carsat, de la Direccte et de la Région Auvergne-Rhône-Alpes. Il s'appuie sur le réseau Anact-Aract, la Carsat et l'Assurance maladie, l'ECAM de Lyon ainsi que le centre de compétences régional Thésame, chacun apportant des compétences différentes, transversales et spécifiques qui ont vocation à faire grandir le projet.

Les ambitions du projet sont organisées en vue de :

**Favoriser les transformations organisationnelles des entreprises** : Elence accompagne les entreprises, peu importe leur taille ou leur niveau de maturité. Le projet se charge également d'animer une plateforme favorisant les échanges inter-acteurs, et notamment inter-entreprises, dans l'objectif d'aboutir à une coopération véritable, gage de valeur et de performance. Enfin, dans un souci d'harmonisation, le projet a créé un réseau commun de ressources en matière de santé et de performance pour les entreprises adhérentes.

**Monter en compétence les acteurs de l'entreprise et leurs futurs cadres** : Elence s'adresse aux grandes écoles pour aboutir à une meilleure formation des étudiants sur les thématiques de santé et qualité de vie au travail. L'effort est mis tant sur la formation initiale que sur la formation continue.

Elence propose 2 offres aux entreprises : « *Elence transition* » et « *Elence transformation* ».

**La démarche *Elence transition*** permet de bénéficier pendant deux jours de l'appui d'un consultant expert dans les domaines du management, de l'organisation ou des ressources humaines. Cette offre permet aux entreprises d'expérimenter en première approche, avant de s'engager dans la mutation, et de mieux comprendre ce qui se joue sur le plan organisationnel et managérial.

**La démarche *Elevance transformation*** s'étend sur douze mois rythmés par quinze demi-journées de conseil individuel dispensés par un accompagnateur dans les domaines du management, de l'organisation et des ressources humaines, avec la possibilité de mobiliser le réseau d'expert Elevance (médiateur, ergonomiste, psychologue), quatre jours de séminaires et formations inter-entreprises et une journée d'espaces d'échanges entre dirigeants.

Une deuxième version du dispositif devrait promouvoir l'ouverture à de nouveaux partenariats, par exemple aux partenaires sociaux et l'idée d'un déploiement massif sur le territoire, au-delà des frontières de la région Auvergne-Rhône-Alpes, a été émise.

## 2.3 Des innovations intégrant qualité du service et prévention

### Encadré 26 : Intégrer qualité de service et bien-être au travail : un exemple en EHPAD

Dans les EHPAD, la méthode de travail « Humanitude » concilie qualité de service et bien-être au travail

Professeurs d'éducation physique et sportive jusqu'en 1979, Rosette Marescotti et Yves Gineste ont commencé à assurer des formations de manutention des malades dans le cadre de la formation continue. En 1985, ils créent le centre Communication et Etudes Corporelles CEC, organisme de formation continue spécialisé dans les domaines du soin. Ils passent très vite d'une approche ergonomique de la manutention des malades à une approche humaniste et réhabilitatrice. Ils développent une approche non verbale de la manutention, une théorie de l'aide à la marche à partir des communications non verbales, et proposent d'intégrer la réhabilitation du schéma corporel dans les toilettes.

*L'humanitude* conceptualise l'approche bien traitante de la prise en charge des personnes âgées, comme s'appuyant sur trois piliers relationnels : le regard, la parole, le toucher, et un pilier identitaire, la verticalité. Cette approche suppose bien sûr la formation des professionnels soignants, mais également celle de l'ensemble des professionnels de l'établissement, de manière à assurer une cohérence dans la culture de l'établissement, sur la manière dont est perçue la personne âgée.

Les effets de cette méthode sur les résidents ont été évalués : 80 % de troubles du comportement en moins, diminution de la dénutrition, des escarres, et des hospitalisations, 7 fois moins de neuroleptiques consommés.

Ainsi les professionnels qui déploient cette méthode, perçoivent concrètement l'impact positif de leur travail auprès des personnes âgées, ce qui concourt à renforcer le sens trouvé au travail, et la satisfaction tirée d'un travail bien fait, réduisant ainsi les facteurs de risques psychosociaux dans un secteur d'activité dont chacun reconnaît aujourd'hui les difficultés liées à la charge émotionnelle. L'apaisement du comportement des personnes âgées, en particulier les personnes atteintes de maladies dégénératives, contribue également efficacement à l'amélioration des conditions de travail. Ainsi, l'association Asshumevie, qui délivre le label « Humanitude », estime que cette méthode concourt efficacement à la réduction de l'épuisement professionnel, ainsi qu'à l'amélioration simultanée du bien-être des résidents et des professionnels.

## 2.4 Des innovations technologiques concernant le suivi individuel de l'état de santé

Encadré 27 : La cabine de télémédecine, un outil innovant pour la Santé au Travail.

La cabine de télémédecine est un Dispositif Médical de classe Iia, ce qui garantit aux professionnels de santé la fiabilité et la standardisation de toutes les données de santé recueillies. Son architecture est sécurisée (hébergement des données sur une plateforme HDS, conformité RGPD) et l'interopérabilité permet d'interfacer l'outil avec les logiciels métier de santé au travail.

La cabine de télémédecine permet deux modes d'utilisation :

**Le bilan de santé autonome** : le salarié réalise lui-même en moins de 10 minutes la prise de ses constantes physiologiques (poids, taille, IMC, saturation, fréquence cardiaque, température, tension artérielle) guidé par un didacticiel vidéo. A cela peuvent s'ajouter les tests visuels et d'audiométrie. Les résultats sont directement imprimés sur des tickets dans la cabine et transférés sur le logiciel du SST.

**La téléconsultation** permet au médecin de réaliser une consultation dans des conditions comparables à une visite en présentiel : le salarié est mis en relation en visioconférence avec le médecin, qui dispose d'une série de capteurs et d'instruments dans la Cabine pour réaliser l'examen clinique de son patient.

### Qu'apporte la consultation en cabine de télémédecine en santé au travail ?

- Garantir une présence au plus proche des besoins des adhérents et dans les zones fragiles (maillage de cabines) : contribuer à l'équité d'accès au médecin du travail pour tous les employés.
- Optimiser le temps médical et paramédical :
  - Prise automatisée des mesures physiologiques et saisie des données pour privilégier les entretiens avec les salariés (VIP, SIR, visites d'embauches et visites de pré-reprise) et les actions collectives en entreprise.
  - Diminution des déplacements des médecins, des infirmiers et des salariés.
- Mutualiser les ressources médicales (un médecin peut se connecter à plusieurs cabines).
- Faciliter et homogénéiser la mise en œuvre de programmes de prévention et d'éducation thérapeutique au sein même de l'entreprise (le salarié devient acteur de sa santé).
- Garantir une complétude et une traçabilité des données de santé au travail.
- Assurer une consultation en face à face dans un espace fermé et confidentiel.
- Faciliter le recours aux avis d'experts.
- Pertinence de la télémédecine : complémentaire dans une organisation systémique

### Rationalisation de la santé au travail

- Compenser une présence médicale insuffisante sur certains sites en maintenant une qualité et sécurité de prise en charge des salariés (pilotage à distance des médecins, délégations de tâches).
- Renforcer le suivi des salariés en systématisant les bilans de santé.
- Réduire le taux de salariés non convoqués ou ne se présentant pas aux visites.
- Mutualiser la santé au travail avec la médecine de premier recours dans des territoires sous-dotés (maisons médicales, mairies, CCAS...)

### Expériences actuellement menées

- En Services Interentreprises :
  - Cabine déployée au sein d'une grande entreprise pour systématiser les visites (réalisation de visites à distance avec le médecin).
  - Cabines déployées dans des centres éloignés ne disposant pas de ressources suffisantes en médecins du travail.
- En Services autonomes :
  - Installation du service sur un site éloigné avec une présence insuffisante sur site d'un médecin du travail pour permettre à un médecin d'un autre site régional de piloter le suivi en santé au travail.
  - Suivi des salariés de sites régionaux par des médecins de sites mieux dotés.

■ L E S A M I S D E ■  
**l'École de Paris**

<http://www.ecole.org>

**Séminaire  
Économie et sens**

*organisé en collaboration avec le Collège  
des Bernardins, avec l'appui de la  
Fondation Crédit Coopératif et grâce aux  
parrains de l'École de Paris :*

Algo<sup>2</sup>  
ANRT  
CEA  
Chaire "management de l'innovation"  
de l'École polytechnique  
Chambre de Commerce  
et d'Industrie de Paris  
CNES  
Conseil Supérieur de l'Ordre  
des Experts Comptables  
Crédit Agricole SA  
Danone  
EADS  
École des mines de Paris  
Erdyn  
ESCP Europe  
ESSILOR  
Fondation Charles Léopold Mayer  
pour le Progrès de l'Homme  
Fondation Crédit Coopératif  
Fondation Roger Godino  
France Télécom  
FVA Management  
Groupe ESSEC  
HRA Pharma  
HR VALLEY<sup>2</sup>  
IDRH  
IdVector<sup>1</sup>  
Institut de l'entreprise  
Kurt Salmon  
La Fabrique de l'industrie  
La Poste  
Lafarge  
Mairie de Paris  
Ministère de la Culture  
Ministère du Redressement productif,  
direction générale de la compétitivité,  
de l'industrie et des services  
OCP SA  
PSA Peugeot Citroën  
Reims Management School  
Renault  
Saint-Gobain  
Schneider Electric Industries  
SNCF  
Thales  
Total  
UJMM  
Unicancer  
Ylios

<sup>1</sup> pour le séminaire  
Ressources technologiques et innovation  
<sup>2</sup> pour le séminaire Vie des affaires

(liste au 1<sup>er</sup> novembre 2013)

**RÉHABILITER LA DISPUTE PROFESSIONNELLE**

par

**Yves CLOT**

Titulaire de la chaire de psychologie du travail  
au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam)

Séance du 5 juin 2013  
Compte rendu rédigé par Pascal Lefebvre

**En bref**

Pris entre des règles, souvent trop nombreuses et parfois inapplicables, et des situations de travail complexes qui les contraignent à prendre des risques, les salariés souffrent de ces choix impossibles. Quand, de plus, le dialogue ne peut s'établir entre les acteurs de première ligne et leur hiérarchie, non seulement leur santé est mise en péril, mais la qualité des produits ou des services auxquels ils contribuent est remise en cause. Pour rompre ces cercles vicieux, trop fréquents, une seule issue nous dit Yves Clot : le débat associant tous les acteurs concernés, professionnels du terrain et hiérarchiques au plus haut niveau, autour des situations réelles de travail. Encadrée par des spécialistes garant de sa mise en œuvre, cette clinique de l'activité révèle alors les ressources insoupçonnées des salariés, confrontés aux problèmes de qualité du travail.

*L'Association des Amis de l'École de Paris du management organise des débats et en diffuse  
des comptes rendus ; les idées restent de la seule responsabilité de leurs auteurs.  
Elle peut également diffuser les commentaires que suscitent ces documents.*

© École de Paris du management – 187, boulevard Saint-Germain – 75007 Paris  
Tél. : 01 42 79 40 80 – Fax : 01 43 21 56 84 – email : [pelieu@ensmp.fr](mailto:pelieu@ensmp.fr) – <http://www.ecole.org>

# EXPOSÉ d'Yves CLOT

## L'approche clinique de l'activité

Lorsqu'il est question de risques au travail, de risques psychosociaux (RPS) ou de santé mentale, l'approche que nous privilégions au Cnam, en psychologie du travail et en clinique de l'activité, ne se limite pas à faire l'inventaire de ces risques. Pour nous, RPS ne veut pas dire *risques psychosociaux* mais *ressources psychologiques et sociales des salariés*. Personnellement, j'assume donc la position radicale qu'il faut développer les RPS et non les supprimer, c'est-à-dire qu'il faut développer les ressources psychologiques et sociales des salariés pour faire face aux situations de travail. C'est un point de départ extrêmement important : nous n'entrons pas sur ce terrain par les risques, mais par les ressources.

Contrairement à beaucoup d'idées convenues, nous pensons que les travailleurs, les salariés, les opérateurs, selon la façon dont on choisit de les appeler, ne sont pas simplement exposés à des risques. Cette idée est, en effet, sous-tendue par l'hypothèse très discutable qu'ils sont passifs devant les risques qu'ils encourent. Or, il n'y a pas de passivité devant les risques. En effet, devant les dangers, on fait des expériences et, parfois même, on se développe.

Pour nous, le meilleur remède au stress, terme qui reste par ailleurs à définir, ou, plus généralement, aux problèmes de santé psychique au travail, est le plaisir que le salarié éprouve à bien faire les choses. La dimension psychosociale, dont relève ce plaisir, n'est donc pas seulement matière à risques, ce que l'on a souvent tendance à retenir, mais également de ressources. C'est donc de ce côté-là qu'une clinique de l'activité va aller chercher et c'est à la rencontre de ces capacités insoupçonnées, souvent ignorées des intéressés eux-mêmes, que nous allons.

L'hypothèse que nous faisons est donc que ce sont beaucoup moins les salariés qu'il faut soigner que le travail. Nous pensons qu'un travail soigné, dans tous les sens du terme, dans lequel nous nous reconnaissons et qui soit défendable à nos propres yeux, est un travail qui est bon pour notre santé. En revanche, un travail dans lequel on ne se reconnaît pas, ni fait, ni à faire comme on dit, a des conséquences nocives sur la santé. Pour nous, la solution, s'il en existe une, passe donc par le développement de ce que nous appelons le professionnalisme délibéré, qui constitue la meilleure prévention contre les risques en matière de santé au travail.

Ce qui est bon pour la santé, c'est d'abord de se reconnaître dans quelque chose, dans un geste, un langage, une technique, un problème à résoudre, une marque, une histoire. C'est là le socle de la reconnaissance. Cela ne veut évidemment pas dire que la reconnaissance par autrui, sa hiérarchie ou ses pairs, qui est à la base de la plupart des théories dominantes actuellement, soit sans importance. Mais, même sans reconnaissance extérieure, lorsque l'on se reconnaît dans quelque chose, on arrive à supporter cette carence. En revanche, lorsque l'on ne se reconnaît plus dans son travail, ce qui se répand malheureusement de plus en plus, il devient difficile à supporter, quelle que soit la reconnaissance d'autrui que l'on en retire. Pour être quelqu'un au travail, c'est-à-dire pour en tirer un minimum de fierté, il faut donc se reconnaître dans quelque chose à résoudre, un dilemme de métier, dans quelque chose que l'on cherche à faire ensemble, que l'on cherche à comprendre, qui est difficile et qui demande des efforts.

Pour cela, dans les situations de contraintes économiques actuelles, il ne faut pas avoir la moindre naïveté sociale. Les gens ne sont pas prédisposés au travail bien fait, pas plus les salariés de base que les directions. Le principe de base sur lequel nous travaillons est donc qu'il faut organiser des controverses sur la qualité du travail. Nous faisons l'hypothèse que l'un des problèmes majeurs de notre temps est le déni collectif de ce qu'est la qualité d'un travail et l'illusion qu'il pourrait n'y avoir qu'un seul critère d'appréciation de cette qualité. Nous faisons l'hypothèse inverse, que nous vérifions depuis de longues années : dès lors que l'on parle de qualité du travail, les points de vue divergent, voire sont contradictoires. La

clinique de l'activité fonde donc son action sur l'hypothèse qu'en la matière, l'existence de points de vue différents non seulement n'est pas un drame, mais qu'elle peut d'abord être une source de développement de l'efficacité et de la santé au travail et, ensuite, qu'elle permet de ne pas tricher avec le réel. Le réel ne se découvre jamais mieux que lorsque l'on organise sur lui des controverses pour en faire le tour.

Le dialogue et la controverse forment ce que nous appelons la dispute professionnelle ou, selon un terme médiéval, *la disputatio*, c'est-à-dire l'organisation réglée et l'instruction d'un dossier technique dans lesquelles les points de vue divergent et sur lesquels il faut argumenter pour convaincre. Cela peut porter sur des risques pris dans le travail, des choix techniques décisifs en matière de santé ou de qualité du travail, etc. Ces débats, nous les organisons entre connaisseurs de première ligne et direction des entreprises. Je ne parle pas ici de processus marginaux mais de travaux qui sont actuellement en cours dans des grandes entreprises industrielles privées ou publiques, à la demande des directions et ce, au plus haut niveau : les mieux placés pour engager ces démarches ne sont pas les directions des ressources humaines mais ceux qui prennent les décisions stratégiques en matière financière, économique, etc. La santé est au cœur de la performance et il faut donc travailler avec ceux qui sont en charge, dans les organisations, du développement de la performance.

Cela signifie que nous commençons par organiser ces controverses au plus bas niveau et nous nous en servons ensuite pour organiser la dispute et la controverse au plus haut niveau des organisations de façon à ce que les gens de bas niveau puissent peser dans les décisions, condition sine qua non pour qu'ils acceptent de s'engager dans un tel exercice. Il n'est donc pas question d'organiser de quelconques groupes d'expression des salariés, mais d'organiser l'initiative de ces salariés dans leur travail, ce qui suppose une transformation dans la gouvernance des entreprises. À ne pas le faire, on constate que, dans les organisations modernes, les ressources sont gaspillées de façon considérable et que, contrairement à ce qui est affiché, la performance, financière ou autre, n'est pas au rendez-vous.

Ces dispositifs, très techniques, se construisent en trois temps. Il faut d'abord une demande, ce qui est capital car il ne faut pas prendre le risque de s'engager, sans garantie d'avance, sur une délibération professionnelle qui pose des problèmes considérables. Il faut ensuite un accord de la direction sur le fait que le travail que nous allons engager avec ce collectif ne va pas simplement servir à faire s'exprimer des insatisfactions, ce qui n'a guère d'intérêt, mais qu'il va construire les bases d'une discussion des salariés avec la direction, de façon à ce que chacun accepte de se confronter à la réalité d'un dossier, stratégique en matière de travail et de santé, sur lequel les salariés auront préalablement travaillé. Un collectif d'une douzaine de professionnels, uniquement composé de volontaires, sera ensuite invité à désigner, sur le critère d'avis divergents quant à leur manière de travailler, des binômes de salariés engagés dans des situations de travail communes et posant des problèmes difficiles à résoudre. La différence de points de vue est donc privilégiée de manière absolue, en ce qu'elle constitue le point de départ et un instrument majeur d'analyse des situations d'autoconfrontation simple ou croisée que nous mettons en œuvre.

(Yves Clot montre alors trois séquences vidéo réalisées par des collègues de son équipe, Julie Duboscq, Bernard Prot et Gabriel Fernandez).

### **Les compagnons du bâtiment**

Dans cette situation, deux ouvriers du bâtiment (X et Y) doivent accrocher, sur un chantier de construction, des chaînes de levage à un panneau de béton de huit tonnes qui est temporairement stocké contre une paroi avant d'être mis en place par une grue. Cette situation, réelle, a été choisie pour le caractère exemplaire du risque potentiel qu'elle comporte. Les deux compagnons visionnent la séquence filmée et la commentent ensuite.

X : « *Pour l'accrocher, tu es passé par l'intérieur (entre le panneau et la paroi). Moi, je n'y ai pas été parce que j'ai eu peur* » (X a en effet accroché l'élingue en montant sur une échelle et à l'aide d'un bras télescopique).

Y : « Ah bon ? »  
 X : « Oui, j'ai eu peur que ça glisse et... »  
 Y : « ... que ça glisse et que ça te coince ? »  
 X : « Ben oui ! Si jamais ça part, ça y est, c'est fini ! C'est pour ça que j'ai pas accroché par là... »  
 Y : « Mais là, c'est accroché... »  
 X : « Non, là il est juste posé sur des bouts de bois, des machins, et on ne sait jamais... C'est pour ça que j'ai eu peur d'être coincé contre la paroi. Moi je suis monté, et quand j'ai pensé à ça, j'ai été bloqué et je suis redescendu et je l'ai accroché par l'échelle. »  
 Y : « Mais au niveau sécurité, c'est pas mieux de passer par derrière ? »  
 X : « Mouais... »  
 Y : « On est tranquille, on peut marcher, on n'a pas à bouger l'échelle... Sur l'échelle on est toujours en équilibre... »  
 Intervenant : « L'idée, c'est que l'on serait plus en sécurité derrière qu'en équilibre sur une échelle ? »  
 Y : « Pour moi, oui... »  
 X : « Je pensais... »  
 Intervenant : « Vous, vous voyez surtout le risque que le panneau glisse s'il est emmené par une élingue... »  
 X : « Oui, s'il est emmené par une élingue ou par un mouvement, il est en équilibre... »  
 Y : « Ça se peut aussi... »  
 X : « Ça glisse, ça n'est pas stabilisé... Quand c'est parti, c'est parti... »

(Ils observent la séquence suivante).

X : « Pourquoi t'as pas fait tout le tour, là ? »  
 Y : « Au niveau sécurité, j'ai dit, c'est mieux d'aller là-bas, avec l'échelle, mais bon, je l'ai pas fait. Ça veut pas dire que... Bon... C'est compliqué... J'y ai pas pensé avant... »  
 (Rires)  
 Intervenant : « S'il y avait pensé, il l'aurait peut-être fait. »  
 X : « Il n'y avait personne en bas ? »  
 Y : « T'es tout seul... Tu veux savoir si j'ai quelqu'un qui fait signe ? Mais on n'en a rien à foutre de moi ! »  
 X : « On était bien parti dans le débat, c'est dommage d'arrêter parce que la demi-heure est terminée... »

La situation n'est pas directement lisible et nécessite quelques commentaires. Pour moi, la phrase la plus importante est la dernière : « On était bien parti dans le débat... » On voit bien que l'on est dans le bâtiment car dans d'autres organisations, certaines autoconfrontations peuvent durer une heure. Ici, le chantier a déjà pris beaucoup de retard et ce n'est qu'après avoir négocié âprement avec le conducteur de travaux que nous avons finalement réussi à en sortir les ouvriers pendant une demi-heure. L'avantage de ce temps si court, c'est que l'on obtient l'expression de la frustration à ne pas pouvoir poursuivre le débat et celle du plaisir pris à s'engager dans une controverse portant sur le travail réel.

Ensuite, il faut savoir qu'il est absolument interdit par la réglementation de travailler sur une échelle. Or, on constate ici une transgression majeure à la règle et c'est sur ce point que s'engage le débat. C'est un problème de comportement que l'on traite généralement par une formation sur les gestes et postures afin que les gens arrêtent d'agir en dehors des prescriptions. Mais il faut savoir que, dans le cas présent, la grue qui doit déplacer ce panneau de huit tonnes n'a été prévue que pour en lever six, situation classique dans le bâtiment. Cela n'est pas dramatique à la condition que le grutier soit un expert et que l'on ait confiance en lui. Tout le monde sait alors que « avec lui, ça va le faire ». Si ce n'est pas lui, c'est plus compliqué. Or, ce jour-là, justement, ce n'est pas lui. En haut, il y a un intérimaire.

Le comportement observable de cet ouvrier sur son échelle et avec son bras télescopique illustre ce que l'on appelle une *catachrèse*, c'est à-dire l'attribution de fonctions nouvelles

aux outils, l'usage détourné et inventif d'un outil : dans ces conditions-là, il préfère faire comme il le sent, quitte à enfreindre les règles. On ne travaille jamais dans l'idéal, on le fait en prenant le moins de risques possible, surtout dans de tels métiers, et en prenant en compte l'ensemble de la situation. La réalité de la vie nous impose d'être intelligents et créatifs pour faire face aux situations auxquelles nous sommes confrontés. Cet ouvrier prend alors le risque parce qu'il est dans l'action et que l'action, en retour, permet de conjurer le risque. Vu de l'extérieur, cela pourrait être pris pour de l'inconscience, mais ce serait commettre alors un contresens absolu. En effet, les opérateurs sont parfaitement conscients des dangers qu'ils encourent. Mais certaines cultures professionnelles ont développé depuis bien longtemps des instruments techniques et psychologiques qui font en sorte que ces risques-là sont pris. C'est discutable, bien sûr, mais c'est ainsi.

Évidemment, il est important de garder à l'esprit que cette situation à risques n'est pas une situation normale, ce que les opérateurs savent très bien et dont ils discutent entre eux. Dans le travail que nous avons mené, la même situation va se répéter la semaine suivante. Les deux compagnons vont alors s'arrêter de travailler, aller voir le chef de chantier et lui dire qu'ils ne veulent plus continuer à prendre ainsi ce genre de risque. Mais faire disparaître ce risque nécessiterait de mettre en place un râtelier, dispositif de sécurisation qui permet de bloquer le panneau autrement qu'avec des madriers en bois. Le dialogue va alors s'installer, ce qui pour nous est capital, entre les compagnons, qui sont en première ligne, le chef d'équipe qui ne peut décider seul d'aller chercher un râtelier, ce qui va prendre du temps et être plus coûteux, et le conducteur de travaux qui prendra la décision finale. Celui-ci dira alors avec un demi-sourire : « *Maintenant qu'ils font les autoconfrontations avec les psychologues, ils demandent un râtelier !* » Mais pour nous, cette remarque constitue le signe d'une amélioration de la qualité au travail.

L'objectif que nous poursuivons est compliqué et notre activité, comme la leur, est pleine de difficultés. Ce qui nous importe, c'est que ce ne soit pas nous qui fassions remonter les problèmes, non pas que nous nous effacions, mais notre ambition est de construire, dans le rapport social interne à l'entreprise, le dispositif dialogique qui va permettre aux opérateurs de soutenir leur point de vue. Notre critère de qualité, c'est lorsque les opérateurs, s'appuyant sur le travail qu'ils font avec nous, parce que nous les avons secondés dans leur propre travail, vont aller voir directement le chef de chantier en lui disant : « *Maintenant, il faut discuter du râtelier !* » C'est comme cela que ça remonte le plus efficacement.

Dans certaines conceptions de l'organisation du travail, l'expert n'est que le témoin de ce qui arrive aux autres, celui qui décide ensuite avec la direction de l'action à mener. Il me semble important de rompre avec cette vision : dans notre métier, nous parlons donc de décision codélibérée parce que, si les professionnels de même niveau restent entre eux, quelque chose manque. Au contraire, si, à partir de l'analyse poussée qu'ils ont pu faire, les ouvriers décident de discuter avec le chef de chantier d'un problème tel que celui du râtelier, derrière celui-ci va se révéler celui de l'inadaptation de la grue, et derrière celui-là se poseront celui du bureau des méthodes, puis celui des commerciaux qui vendent les chantiers sur des délais irréalistes, etc. À partir de cette première situation, on élargit donc progressivement le cercle des questions qui se posent et le champ des professions engagées dans le problème initial. Si nous partons d'un tel problème, ce n'est donc pas pour que les salariés puissent exprimer leurs états d'âme mais pour instruire techniquement un dossier qui sera ensuite repris dans un espace qui ne leur est habituellement pas accessible, celui des choix stratégiques. Quant à nous, nous sommes les garants du dispositif dialogique au plus haut niveau.

### **Coup de frein**

Dans cette deuxième situation, qui se passe à la SNCF, gare du Nord, nous allons nous trouver dans une situation plus complexe, qui engage les gens dans l'intimité de leur exercice professionnel. Les protagonistes sont deux conducteurs de train (X et Y) qui confrontent leurs façons respectives d'arrêter un convoi.

Première séquence

X : « ... On garde un œil sur la vitesse, et on se laisse mourir, tranquillement, en freinant. Et voilà ! »

Deuxième séquence

Y : « Là, je viens d'arriver à Paris Nord. Le jeu, c'est d'arriver pas trop vite pour ne pas se faire prendre en charge directement par le KVB (Contrôle de vitesse par balise), et pas trop lentement pour pas que les passagers descendent en marche et qu'on se retrouve avec deux mille personnes sur le quai alors qu'on a encore deux ou trois voitures à rentrer ! »

X : « ... et si la courbe du KVD était affichée ? »

Y : « Disons que, si elle était affichée, on ne pourrait plus jouer avec. Je sais que j'irais à la limite, juste en-dessous pour ne pas être pris en charge. C'est la courbe parfaite parce que lui, il prend en compte la décélération en fonction de l'engin, de l'état du rail, des capacités de freinage et tout ça... »

Troisième séquence

Y : « On est à 120 km/h. Là, je coupe la machine, d'accord ? »

X : « Bien sûr... »

Y : « Quand j'affiche 100 km/h, je mets une dépression de 500 grammes et après, je joue au freinage... »

X : « Eh bien, je te garantis que c'est une erreur si tu fais ça ! (...) C'est trop brutal. Tu es hors règlement. »

Y : « Non, non... »

X : « Si ! Tu fais une erreur, là. Tu risques gros. Il vaut mieux anticiper. »

Dans cet exemple, le plus ancien des deux (X) est d'abord déstabilisé par l'argumentation de son collègue. L'enjeu est assez simple : c'est un conflit de critères entre la régularité, c'est-à-dire le respect des horaires, et le confort et la sécurité des passagers lors du freinage. C'est l'un des conflits de critères les plus difficiles à résoudre, surtout lorsque l'on est, comme c'est le cas ici, sur les lignes de banlieue, que l'on est constamment en retard, qu'il faut 800 mètres pour arrêter un tel convoi quand il roule à 60 km/h et qu'en plus, le régulateur est le seul à avoir la main sur la signalisation. C'est une situation qui comporte une multitude de conflits de critères.

Dans ce débat, Y explique à X que son mode de freinage aboutit à sacrifier le confort des passagers au profit du temps gagné. Dans un premier temps, son collègue plus ancien, est décontenancé, ce qui signe l'affect. Notre méthode cherche à développer une telle émergence de l'affect, en ce qu'elle sollicite les gens face à des situations difficiles. Il faut du métier à l'intervenant pour conduire de telles opérations car il lui faut savoir jusqu'à quel point il est possible de susciter l'affect. Dans ce cas, les émotions du conducteur, face à ce cadet qui lui fait la leçon, transparaissent dans sa gestuelle. Cet affect-là peut mal tourner et la manière dont est conduite l'autoconfrontation est essentielle. Dans ce cas, elle l'est par un médecin du travail qui laisse faire, parce qu'il juge que cet affect est productif.

Le travail de santé passe donc aussi par des phases durant lesquelles, du fait de l'autoconfrontation, l'intéressé ne se reconnaît pas dans ce que fait le collègue. La reconnaissance n'est pas seulement un facteur de santé : de fait, à un moment donné, ne pas être reconnu par son collègue peut aussi être un facteur positif, à la condition que cela ne porte que sur l'acte réalisé. Dans le cas présent, le conducteur X va rechercher au fond de lui et de son expérience – y compris corporelle parce que cette expérience passe aussi par les sensations du corps – ce qui fait la réalité de sa pratique. Et, à un moment donné, il devient capable de dire à son collègue : « Non, je ne suis pas d'accord ! Ce que tu n'as pas vu, c'est que ta dépression de 500 grammes, moi je l'ai mise bien avant ! » En faisant ce travail, il redécouvre un geste qu'il avait incorporé à sa pratique et auquel il ne pensait plus. Forcé par son collègue, il redécouvre son expérience professionnelle et, à ce moment-là, il peut objecter qu'il préserve mieux ainsi le confort des voyageurs, ce à quoi son jeune collègue ne peut que souscrire. Ils partagent la même expérience, à savoir que ce n'est pas si simple, et qu'il n'est peut-être pas possible de dire ce qu'est, en réalité, un travail qui se tient. C'est définitivement discutable.

## Vu du pont

La dernière situation est très étonnante, raison pour laquelle je vous la soumetts. Elle est complexe, implique des risques considérables et n'est pas immédiatement décryptable. Elle se déroule dans un atelier de fabrication d'appareils de voie pour le TGV, que des ponts roulants transportent pour les stocker hors de l'atelier. Pour cela, il faut que le conducteur du pont fasse passer la pièce de plusieurs tonnes par la porte, en la maintenant dans l'axe, sauf à courir le risque de percuter les montants ou de blesser un ouvrier. La controverse va porter sur la conduite de ces ponts roulants et la sortie des pièces de l'atelier. Dans un premier temps, le conducteur (X), engagé dans l'autoconfrontation simple, visionne une séquence où il réalise cette manœuvre et commente sa façon de faire en présence d'un intervenant.

X : « Voilà ! »

Int. : « Ouais... C'est vrai que ce n'est pas la même conduite... »

X : « J'suis pas un champion du pont. C'est parce que je tiens à ma place et puis c'est tout. Voilà ! »

Int. : « Ah oui... La meilleure façon de faire, c'est de faire à sa façon, hein ? »

X : « Oui... On apprend avec les anciens et puis après, on fait avec sa méthode. C'est la vie... Faut s'y faire... »

Int. : « Ben oui... Vous avez déjà vu un ancien conduire comme ça ? »

X : « Ils conduisaient comme moi. J'sais pas si vous avez connu Untel, par exemple ? »

Int. : « Non ! »

X : « Il conduisait comme ça. Celui qui m'a appris avant, qui est parti maintenant, il conduisait comme ça aussi »

Int. : « Donc, avec le même genre de mouvement, sans à-coups ? »

X : « Sans à-coups, sans rien... ils faisaient tout en même temps... »

Int. : « Oui... Pour vous, c'étaient des bons chauffeurs ? »

X : « Ah oui, c'étaient des bons chauffeurs ! De ce côté-là... Ils seraient passés au travers d'une roue de vélo ! Incroyable ! Ça fait vingt-cinq ans, je touche du bois, j'ai jamais rien eu ! »

Int. : « En conduisant comme ça ? »

X : « Oui, en conduisant comme ça... »

Int. : « Avec ce style-là ? »

X : « Oui... »

Le même conducteur, désormais sur la réserve, et son collègue (Y), désormais engagés dans l'autoconfrontation croisée, revoient ensuite cette première séquence.

Y : « C'est pas bon, ça ! Là, il est dans le milieu ! Sa pièce, elle est de travers... Il va pas passer la porte ! Et s'il y a quelqu'un en bas ? »

X : « Ça passe là ! »

Y : « Non, il ne passe pas ! Regardez ce qu'il fait avec le moufle ! Et avec le chariot ! Il est en train de faire du slalom avec la porte ! Il doit manœuvrer au ralenti ! Il doit avoir une charge droite ! Là, franchement, je ne ferais pas ça ! Je ne suis pas un kamikaze ! »

Int. : « Il ne le sait peut-être pas ? »

Y : « Pour moi, il sait qu'il n'a pas à le faire ! C'est très, très dangereux ce qu'il fait là ! Vous voyez pas ? Il prend le risque pour gagner quoi ? Deux minutes ? Taper dans la porte et la faire tomber, alors que son copain est près de la porte ? Sauve qui peut ! »

Int. : « Que lui diriez-vous ? »

Y : « Qu'il faut s'arrêter et essayer de mettre la charge droite. J'ai toujours fait comme ça ! »

X : « Il faut être sûr d'avoir les yeux en face, parce que sinon... Il faut avoir l'expérience... »

Int. : « Il a de l'expérience et s'il dit que ça n'est pas dangereux... »

Y : « Moi je trouve que c'est dangereux et que ça n'est pas la peine de prendre des risques... »

X : « Tant qu'il arrive rien... »

Y : « Attendez ! Vous franchissez une porte, déjà que vous avez un collègue à côté, avec une charge, tout en sachant que, derrière les portes, vous avez qui ? »

Int. : « On va passer à autre chose... »

Y : « Oui, mais ça il faut le garder. Il faut qu'on en rediscute. Après je vous amènerai les documents pour vous dire pourquoi une conduite comme ça... »

X : « Mais, dans certaines situations, on est parfois obligé de faire autre chose... »

Dans le premier cas, nous voyons un professionnel face à son image : il s'agit d'une autoconfrontation simple. Dans le deuxième temps, avec un autre professionnel, ils sont mis face aux mêmes images : là, il s'agit d'une autoconfrontation croisée. L'autoconfrontation simple est faite pour développer le dialogue intérieur car, pour pouvoir supporter les questions d'un collègue de travail, il faut déjà s'en poser à soi-même. C'est pourquoi elle est toujours préalable à l'autoconfrontation croisée.

Il est à noter que nous retrouvons ici la même fin que dans le premier cas : le conducteur Y souhaite aller plus loin dans la discussion en apportant la prescription officielle comme preuve de ses dires. Et, de son côté, X clôt la discussion en disant qu'il faut parfois s'écarter des règles. Le dit-il parce qu'il se sent fautif ? Ce pourrait être là une première explication mais les choses sont plus compliquées : en vingt-cinq ans, lui n'a jamais eu d'accident alors que son collègue Y a pourtant percuté la porte en sortant le rail selon les règles... Évidemment, dans l'autoconfrontation croisée, Y ne va pas dire brutalement à X qu'il est en train de lui expliquer comment agir sans danger car ce dernier pourrait lui rappeler, qu'en appliquant strictement la prescription, il est quand même passé à travers la porte ! Autrement dit, il ne faut pas se laisser abuser par les apparences : les situations de travail sont très compliquées et, dans cette situation-là, le dernier mot n'est donc pas dit.

## DÉBAT

**Un intervenant :** *Il semble que désormais les risques psychosociaux surviennent davantage dans les services, banques ou assurances, que dans des secteurs de type industriel comme ceux d'où vous tirez vos exemples. Y a-t-il des différences ?*

**Yves Clot :** Il y a bien évidemment des différences mais il ne faut pas les surévaluer. Il est passionnant de comparer les mouvements dialogiques, ce que nous faisons en recherche, entre des situations de cette nature. Nous avons ainsi comparé des prêtres, des internes en chirurgie ou des conducteurs, et nous nous sommes aperçus qu'il existait des mouvements dialogiques très communs alors qu'il ne s'agissait absolument pas des mêmes choses.

Ensuite, ce n'est certes pas la même chose de discuter du montage de telle ou telle pièce avec les ouvriers d'une chaîne automobile, de questions qui engagent la vie ou la mort avec des internes en chirurgie, ou du travail de guichetier avec des postières. Plus on va vers du travail de services, plus les conflits de critères deviennent des conflits de valeurs. Paradoxalement, cela justifie encore plus le type de travail que nous effectuons, tant les conflits de critères prennent une place grandissante et tant il est difficile de définir ce qu'est un travail de qualité dans des domaines où les valeurs sont prégnantes comme la santé ou l'enseignement. C'est ce qui rend également nécessaire d'avoir, dans les organisations, des instances dialogiques et collectives à plusieurs niveaux.

D'aucuns pensent que, dans les services, la question des métiers, issue de l'artisanat ou de l'industrie, est une question archaïque et caduque, et que seule vaut maintenant la question de la compétence. Il me semble au contraire que, plus l'on va vers les services, plus cette question des métiers, c'est-à-dire celle de la délibération collective sur la qualité de l'acte, devient vitale. Et cela est très différent de l'évaluation de la compétence individuelle. Dans la santé ou l'enseignement, je postule que la source de l'efficacité est dans la délibération professionnelle, dans la possibilité de s'attaquer à son métier en permanence. Le collectif, dès lors que l'on peut supporter de ne pas être tous d'accord, est un instrument de travail primordial. Les directions d'entreprises qui considèrent que le collectif est un obstacle sont victimes, comme certains syndicats, d'une conception passéiste des relations sociales. Donc, non seulement les questions du métier et du collectif ne sont pas derrière nous mais, plus que jamais, ce sont des questions d'avenir.

D'un point de vue radical, je dirais que l'approche actuelle des risques psychosociaux relève de constructions d'experts qui ajoutent à la gestion du risque, le risque de la gestion. Occupons-nous plutôt de développer l'expertise professionnelle des gens car, au mieux ils maîtriseront leur métier, au mieux ils se porteront au travail. Cela inverse la définition classique du stress, sur laquelle s'entendent tous les partenaires sociaux. Cette définition, issue de la psychologie, énonce qu'il y a stress quand les gens perçoivent qu'ils n'ont pas, ou plus, les moyens de faire face aux exigences de l'organisation. Pour ma part, je dis qu'il y a stress quand les organisations n'ont plus les moyens de faire face aux exigences de salariés qui veulent réaliser un travail de qualité. Les deux propositions sont justes, mais n'oublions pas la seconde. Et, plus l'on va vers les services, plus les organisations ont l'obligation de mettre des ressources à la disposition des salariés pour leur permettre de délibérer et pour développer leur pouvoir d'agir sur leur métier. Ne pas le faire est une atteinte à leur santé alors que les organisations le voient le plus souvent comme une atteinte à leur productivité immédiate.

### **Les motivations d'une demande de dialogues**

**Int. :** *Qu'est-ce qui fait qu'une direction peut avoir envie de vous solliciter ?*

**Y. C. :** Dans le bâtiment, très clairement, ce sont les accidents. Si, globalement, le nombre d'accidents y diminue, leur gravité et la fréquence des cas mortels y augmentent. Et si on a le souci des accidents dans les entreprises, on l'a encore plus quand ils commencent à coûter très cher en pénalités. La question initiale est donc généralement une demande d'aide pour traiter cette question. Notre réponse est alors : « *Pour réduire la fréquence des accidents du travail, il faut développer les métiers* », car nous pensons que les accidents sont avant tout les symptômes d'un défaut d'organisation.

Dans des organisations industrielles, la demande pourra être différente. Il m'est arrivé de recevoir au Cnam tout le premier cercle des dirigeants de Renault. Sous l'effet d'une controverse récurrente avec les syndicats sur la question de la qualité, le besoin pour eux d'y voir plus clair devenait pressant. Ils nous ont alors contactés car ils savaient que nous réalisons ce type d'intervention. Ils savaient également que l'approche que nous proposons suppose de lever le déni sur la qualité du travail car c'est notre spécialisation et nous n'y dérogeons pas, quel que soit le client potentiel. Ma réponse a donc été : « *Ces questions que les syndicats vous remontent, il y a une forte probabilité pour qu'elles aient à voir avec la réalité qui est la leur. Et les arguments que vous opposez aux syndicats, eux aussi, ont à voir avec la réalité qui est la vôtre. Ces deux réalités coexistent et continueront longtemps à coexister. Cette dualité inéluctable du réel mérite d'être discutée et impose d'accepter de passer des compromis sociaux autour des questions de la qualité du travail, aucune organisation dynamique ne pouvant les éluder. Êtes-vous alors d'accord pour instituer, au plus haut niveau de l'entreprise, ce conflit sur la qualité du travail ?* » Bien sûr, cela soulève des montagnes de problèmes mais, au moins, nous sommes dans la réalité du travail.

### **Règles et transgressions**

**Int. :** *Le respect des règles et des procédures, nécessaires en particulier en matière de sécurité à la SNCF, est aujourd'hui de plus en plus difficile à imposer auprès des jeunes générations. Qu'en pensez-vous ?*

**Y. C. :** Nous travaillons, avec la SNCF, cette difficile question depuis plus d'un an, en nous intéressant aux agents d'accueil et aux agents commerciaux du Transilien. À cet effet, nous avons mis en place un dispositif très proche de celui que nous venons d'évoquer et, avec le comité de pilotage, nous effectuons un travail en profondeur sur les critères de qualité au travail. Ce dispositif mobilise des responsables de haut niveau du secteur, les organisations syndicales, les médecins du travail et nous le faisons fonctionner sur la base des analyses de terrain. Ces problèmes que vous évoquez sont très réels et ne concernent pas seulement les jeunes !

D'une manière générale, entre les règlements ou les prescriptions, nécessaires partout, et la réalité des situations de terrain, il y a souvent un monde... En région parisienne en particulier, la conduite des trains est devenue un exercice périlleux. Nous faisons donc tout un travail avec ces professionnels de terrain, de tous âges, qui nous amène à constater de vraies transgressions aux règlements. Et quand nous commençons à discuter de ces situations réelles de travail, même au plus haut niveau de la hiérarchie, on mesure à quel point les agents, qu'ils soient jeunes ou moins jeunes, sont parfois placés dans des dilemmes de métiers qui ne leur permettent pas de s'en tenir à la réglementation.

Laisser proliférer, d'un côté les règlements et, de l'autre, les transgressions, soulève des problèmes capitaux qu'il faut pourtant aborder si l'on veut que la SNCF reste la SNCF ! Ce cercle vicieux ruine, à la fois, la performance de l'entreprise et la santé des gens. La troisième voie, celle que nous préconisons, est très compliquée à suivre et consiste à développer les collectifs de travail, c'est-à-dire faire en sorte que les critiques concernant les transgressions ne viennent pas uniquement de la direction mais aussi des collègues de travail. Cette critique ne doit pas se placer sur un plan moral mais permettre, au sein d'un collectif, de trouver des solutions qui ne soient pas transgressives et qui permettent d'enrichir les règles de métier. Ces collectifs ne sont pas des groupes de parole ou d'analyse des pratiques, qui ne permettraient que de se débrouiller seul sur le terrain mais, dans le cadre d'un dialogue avec la direction, ils doivent faire réfléchir sur la manière d'élaborer les règlements. Le règlement n'est ni l'ennemi du travail, ni une contrainte imposée à ceux qui travaillent : c'est une bonne ressource qui doit être, à certaines occasions et dans des institutions créées à cet effet, un objet de travail collectif et discutable.

### **Temps de l'action et temps de l'analyse**

**Int. :** *Les exemples que vous nous avez donnés requièrent du temps. Or, le temps de l'industrie est de plus en plus contraint.*

**Y. C. :** Oui et non ! L'exemple que je vous ai proposé du chantier du bâtiment, pour lequel le retard est déjà de deux mois sur les délais, montre qu'il est possible d'agir malgré une pression considérable. Les autres exemples ne sont pas ceux de situations où l'on aurait du temps disponible, mais de situations très contraintes elles aussi. En faisant appel à nous, ces directions savaient que cela serait coûteux en temps, mais elles ont accepté de considérer qu'il fallait le prendre, ce temps. En leur sein, la pensée avait suffisamment cheminé pour qu'ils puissent se dire que cela ne serait pas du temps perdu mais bien du temps gagné. J'espère vous avoir montré là de vrais entrepreneurs !

Mais tout cela est antagoniste avec un mode de management qui a tendance à considérer qu'il faudrait avoir fini le travail avant même de l'avoir commencé. J'assume parfaitement cet antagonisme car je considère qu'à continuer en ce sens, les organisations vont à la rencontre de problèmes encore plus considérables que ceux qu'elles connaissent déjà et ce, non seulement en termes de santé au travail, mais aussi en termes de qualité des produits et de santé publique : il n'y a qu'à voir la prolifération des scandales alimentaires, médicamenteux ou autres dans l'actualité. L'entreprise, dont je me fais une haute idée, n'est pas au seul service de ses actionnaires et il est temps pour elle de se refonder dans le cadre d'un projet collectif efficace et créatif.

### **La position des syndicats**

**Int. :** *Comment associez-vous les syndicats ou les représentants du personnel et comment réagissent-ils à votre démarche ?*

**Y. C. :** Aux premiers temps de notre démarche, nous avons sous-estimé les ressources que représentaient les représentants du personnel. Par la suite, nous avons beaucoup expérimenté et nous nous sommes aperçus que la pérennité des dispositifs que nous mettions en œuvre avec les seules directions était souvent compromise. Désormais, nous demandons, comme condition absolue de nos interventions, que toutes les organisations syndicales soient parties prenantes au dispositif et aux décisions que nous prendrons par la suite. C'est ce que nous

avons demandé par exemple, à la direction de Renault, pour qui l'acceptation n'a pas été spontanée avant que nous ne trouvions finalement un accord. J'ai ensuite passé une année à rencontrer et convaincre les syndicats de s'engager avec nous dans cette démarche, sachant qu'ils ont évidemment tout à y gagner, mais qu'ils courent cependant le risque, ce faisant, d'être entraînés vers une "codétermination" du travail à l'allemande. Et cela soulève des questions essentielles, la conflictualité au travail ayant toujours été un vrai problème dans l'histoire syndicale française.

Les conflits sont inéluctables mais, s'ils sont mal traités, ils risquent d'être des obstacles au développement de la qualité au travail. Il vaut mieux enrichir les conflits que chercher à les refouler. La qualité du travail est un objet de conflit justement très riche. Cet objet-là peut éviter d'empoisonner la vie de l'entreprise faute d'avoir su traiter les vraies questions. Je ne suis pas un naïf social et je ne crois pas que tous les acteurs de l'entreprise puissent se réunir sous une seule norme. Je crois que la seule bonne pratique est la pratique de la controverse, au plus haut niveau des organisations, afin de décider, et ensuite, d'expérimenter les décisions qui ont été prises. Et si les syndicats restent en dehors de cette démarche, elle est alors très vite vouée à l'enlisement et à l'échec. Leur présence, au contraire, est essentielle et sert à entretenir ce feu dialogique qui est notre carburant.

Pour en savoir plus sur ces méthodologies, on peut consulter : *Travail et pouvoir d'agir* (PUF, 2008) et *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux* (La Découverte, 2010).

Présentation de l'orateur :

Yves Clot : professeur titulaire de la chaire de psychologie du travail du Conservatoire national des art et métiers (Cnam) et responsable de l'équipe de clinique de l'activité du Centre de recherche sur le travail et de développement (CRTD - EA 4132) ; il poursuit ses travaux comme intervenant en entreprise sur les questions de santé au travail ; sur le plan scientifique il cherche à poursuivre la tradition ouverte en psychologie par Lev Vygotski au début des années 1920 en Russie autour des questions du développement de l'activité en situation réelle.

Diffusion novembre 2013



## TRAVAIL ET SANTÉ : LA NÉCESSAIRE ÉVOLUTION DU MANAGEMENT VERS « LE RÉEL »

Sabine Suarez-Thomas

F.F.E. | « Annales des Mines - Gérer et comprendre »

2015/4 N° 122 | pages 43 à 52

ISSN 0295-4397

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-gerer-et-comprendre-2015-4-page-43.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour F.F.E..

© F.F.E.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Travail et santé : la nécessaire évolution du management vers « le réel »

Par Sabine SUAREZ-THOMAS

Doctorante, sous la direction du professeur Jaussaud, CREG (EA4580), Université de Pau et des Pays de l'Adour

Cet article présente une recherche-intervention qui propose de sortir du paradigme du management des risques psychosociaux pour prévenir la survenue des troubles de santé mentale des personnes en situation de travail. La prise en compte du travail dans toute sa complexité est nécessaire : écart entre travail réel et travail prescrit, dimension individuelle et « collectifs de travail ». Cette prise en compte est vertueuse de l'élaboration de la stratégie du management quotidien. Le management est alors entendu comme une orchestration de façons de travailler de sujets singuliers. Cette démarche, qui questionne la pensée managériale simplificatrice, est soutenue par une évolution du dispositif de gestion qui doit devenir capacitant et permettre, dès lors, de « faire du bon travail ». Dans notre cas, cela a permis de libérer la parole, de favoriser l'existence de collectifs de travail et de constater une amélioration sensible de la santé de certains salariés. Toutefois, ces travaux sont freinés par la peur qu'a la direction de prendre le risque de l'exercice d'un pouvoir différent à la fois de ce qu'elle a l'habitude de faire et des connaissances managériales le plus largement diffusées.

Face aux expressions du mal-être de ses subordonnés, le directeur d'un cabinet de conseils en gestion des risques industriels et de développement durable de trente-cinq salariés nous a contactée en 2010. Il réalisait une enquête de satisfaction interne depuis trois ans et faisait intervenir un *coach*. Mais de nombreux conflits interpersonnels subsistaient : des troubles musculo-squelettiques avaient été diagnostiqués et plusieurs arrêts pour « dépression » liée au travail étaient à déplorer. Le directeur nous a sollicitée en tant que doctorante en sciences de gestion<sup>(1)</sup> pour que nous travaillions sur les causes organisationnelles de cette situation. Nous avons réalisé une recherche-action à visée transformative, pendant près de trois ans.

La littérature abonde en contributions sur la santé mentale en lien avec le travail. On peut les classer dans deux catégories : les théories du stress et les apports des sciences du travail.

Le premier paradigme (celui dans lequel nous avons initialement inscrit nos travaux) est le plus diffusé et le plus souvent mobilisé. Les théories du stress offrent des modèles épidémiologiques permettant de comprendre les mécanismes de survenue des stressors dans l'environnement et leurs conséquences sanitaires (KARASEK et THEORELL, 1990 ; SIEGRIST, 1996, pour les plus connus). Ces modèles expliquent aussi la variabilité des impacts du stress sur les individus selon leurs caractéristiques personnelles. Ils permettent de comprendre ce qui survient au niveau organisationnel et comment cela va impacter le niveau individuel.

Des questionnaires auto-administrés visent à objectiver les situations et à en réduire la complexité (VEZINA et al., 2006). Il devient ensuite possible d'intervenir sur les stressors au niveau organisationnel et d'*outiller* les salariés afin que ceux-ci *gèrent* mieux leur stress. Ce type d'intervention reprend le modèle utilisé pour les risques professionnels : prévention primaire ou intervention sur les facteurs de risques (ici, les stressors), prévention secondaire (en équipant les salariés de

<sup>(1)</sup> Son entreprise fut l'un des deux terrains de recherche de notre thèse de doctorat.

protections) et, enfin, prévention tertiaire (qui s'apparente davantage à une intervention consécutive à une dégradation).

Notre intention de recherche initiale était d'élaborer une méthode de prévention primaire.

Un pré-diagnostic a été réalisé à partir de vingt-six entretiens semi-directifs. Les données ont été triangulées (YIN, 2009) avec celles produites par l'entreprise (indicateurs économiques, enquête de satisfaction, rapport RSE, données sociales, etc.). Après cette étape qui visait à affiner notre question de recherche et notre démarche, nous avons décidé de changer de paradigme. En effet, nous étions dans une impasse. Les salariés effectivement en souffrance voulaient « qu'on les laisse faire leur travail », et que celui-ci soit connu et reconnu. Les dysfonctionnements organisationnels et les conflits interpersonnels étaient imbriqués. Agir sur un ou plusieurs de ces facteurs risquait fortement d'accentuer la dégradation de la situation, étant donné l'évolution induite et non contrôlée d'autres facteurs<sup>(2)</sup>. De plus, nous étions interpellée sur le « travail ».

Face à la complexité de la situation, notre projet de recherche s'est modifié. Il ne concernerait plus uniquement la gestion des risques psychosociaux via une intervention primaire idoine, mais s'élargirait aux conditions d'un management cohérent depuis l'élaboration de la stratégie jusqu'aux situations de travail. Notre objet de recherche s'est déplacé : initialement centré sur les stressés organisationnels, il s'est focalisé sur le travail et son management. Nous avons suivi les conseils de Daniellou qui propose, pour reconnaître le travail, « d'abord [d'] accepter de quitter le monde des chiffres et des cahiers de procédure et [de] se demander ce que vivent en réalité les hommes et les femmes qui vivent dans leur ombre » (2010, p. 30).

La première partie de cet article sera consacrée à la présentation des théories mobilisées.

Puis, au travers de notre étude de cas et de notre méthodologie, nous montrerons comment en mobilisant la « reconception organisationnelle » des ergonomes de l'activité (PETIT et al., 2011), nous avons co-construit avec l'ensemble des acteurs un nouveau mode de fonctionnement et son dispositif.

Nous discuterons ensuite les éventuels apports en sciences de gestion de la mobilisation des sciences du travail. Ils ne concernent pas exclusivement la santé mentale des salariés.

Enfin, en conclusion, nous évoquerons les limites de ce travail et ses prolongements possibles.

## Le travail et la santé mentale

Dans les entreprises, le travail est devenu invisible (GOMEZ, 2013). Or, il existerait un lien entre l'invisibilité du travail et la souffrance de ceux qui travaillent.

Des disciplines comme la psychopathologie du travail, la clinique de l'activité ou encore l'ergonomie de l'activité proposent dans ce domaine des pistes majeures de compréhension, puis d'action.

La santé, un équilibre dynamique qui compose avec la souffrance

La santé n'est pas définie ici comme un état<sup>(3)</sup>, mais comme un équilibre dynamique évoluant sans cesse grâce aux échanges avec l'environnement (GANQUILHEM, 1943 ; PETIT et al., 2011). C'est dans ces échanges que chacun peut envisager de construire sa santé. Si une pathologie mentale se déclare, elle est générée par la souffrance, qui est la persévérance « dans le désir d'être et l'effort pour exister *en dépit de...* » (RICCEUR, 1992, p. 4). La psyché est le « lieu » des troubles qui mènent à la souffrance. Le sujet va construire des défenses pour « subvertir ce qui se donne d'abord à vivre dans le registre du pâti » (MOLINIER et FLOTTE, 2010, p. 5). Et quand « il ne peut plus créer à partir de sa souffrance ni parvenir à l'oublier ou à s'en distraire grâce à des défenses [...], celle-ci devient pathogène » (*ibid.*).

La mobilisation subjective : travailler, en dépit de tout ce qui résiste

Or, « à l'origine de la souffrance au travail, il y a toujours un désaccord sur la façon de travailler » (DAVEZIES, 2012, p. 10), et travailler, « c'est mettre en débat une diversité de sources de prescription, établir des priorités, trier entre elles, et, parfois, ne pas pouvoir les satisfaire toutes tout le temps » (DANIELLOU, 2002). Cela suppose une mobilisation physique, cognitive et subjective du travailleur (COUTAREL, 2011) qui va tenter d'atteindre les objectifs fixés malgré *tout ce qui résiste* (aléas, variabilités). C'est le *travail réel* des ergonomes de l'activité, par comparaison au *travail prescrit*, demandé et contrôlé (DANIELLOU et al., 1983).

Dans la confrontation avec le réel, appelée « *réel du travail* » (DEJOURS, 2013), des mécanismes de protection ou de construction de la santé mentale vont être mis en œuvre. Dans le travail, ce qui pose problème, c'est ce que l'on doit faire, mais c'est également tout ce que l'on aimerait faire, mais que l'on ne peut pas faire (CLOT, 2002). Or, la prescription ne peut pas anticiper le réel et l'opérateur va, dans un premier temps, être confronté à l'échec, qui est source de souffrance. Pour repousser la décompensation, il va pouvoir mobiliser son intelligence et produire, parfois, un travail de qualité permettant « un accomplissement de soi ». Cette intelligence s'affranchit des règles, discrètement.

Il faut que le travailleur dispose de marges de manœuvre pour pouvoir :

- se fixer de nouveaux objectifs à partir de ceux qui lui ont été assignés (des objectifs qui peuvent ne pas être conciliables entre eux) ;

<sup>(3)</sup> L'état de santé est au cœur de la définition internationalement admise de l'Organisation mondiale de la santé. Cet état semble voué à se dégrader, mais chacun peut limiter cette dégradation en adoptant des comportements adéquats.

<sup>(2)</sup> Pour approfondir, voir notamment Van Wassenhove, 2014.

- adapter ses façons de faire aux aléas et aux variabilités.

Des adaptations trop fréquentes génèrent de la souffrance. Mais celle-ci augmente quand il n'est plus possible d'adapter ses façons de faire, pour faire un « bon travail » reconnu par ses pairs.

Le collectif de travail, la règle et le « beau » travail  
Le travail est un rapport social. Il revêt toujours une dimension collective (GERNET et DEJOURS, 2009). Le *collectif de travail* est défini comme étant « constitué autour de règles de travail communes dont la construction relève en propre du travail » (*ibid.*, p. 29). Ces règles portent sur l'aspect technique, mais aussi sur le « vivre ensemble ». Elles organisent le travail. *In fine*, la *mobilisation subjective* (DEJOURS, 2013) est un ensemble d'efforts du travailleur pour :

- apporter des solutions aux problèmes qu'il rencontre face au « réel du travail » ;
- élaborer des opinions sur les solutions trouvées ;
- s'impliquer dans le débat collectif.

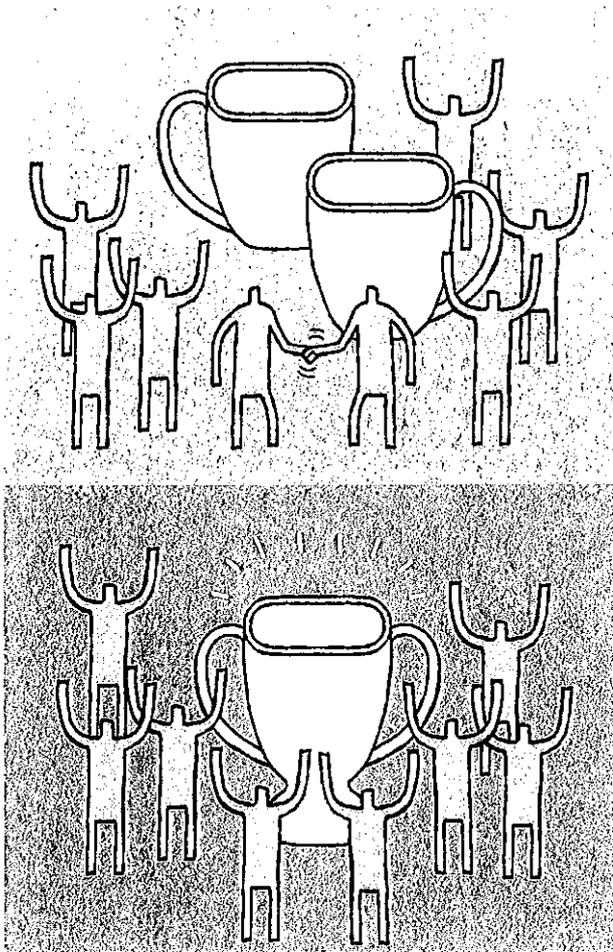


Photo © Tim Ellison / KON IMAGES / PHOTONONSTOP

« Le management doit être attentif à ce que le collectif de travail existe et à ce que la réalisation du beau travail soit possible. »

Cet investissement est non prescriptible et spontané. Très fragile, il dépend de la reconnaissance accordée (*ibid.*).

La reconnaissance du travail accompli, qui va bien au-delà des seuls résultats, est nécessaire à la construction de l'identité, qui est le soutènement de la santé mentale (DAVEZIES, 1993 ; DEJOURS, 2013). Elle repose ici sur deux dimensions : *le jugement d'utilité* et *le jugement de beauté*. Le premier, porté par la hiérarchie, les clients, etc., permet à l'opérateur de voir son utilité reconnue. L'autre émane des pairs, qui reconnaissent le travail comme « beau », car il respecte les règles élaborées par le collectif de travail et est la création d'un sujet singulier. L'identité est confortée par l'appartenance à une communauté et par la reconnaissance d'une singularité.

Le management doit être attentif à ce que le *collectif de travail* existe et à ce que la réalisation du *beau travail* soit possible.

Prévenir : mettre en place un environnement capacitant grâce à la régulation conjointe  
Les managers devraient encourager « la problématisation et la gestion collectives de la difficulté individuelle, [qui] sont une clé pour la gestion des conflits intrapsychiques au travail » (PETIT et al., 2011, p. 395), et ce, pour que les contradictions entre la qualité officielle et le « bon travail » soient discutées au sein des collectifs. Les discussions porteraient sur le travail, les prescriptions et les façons de faire (DETCHESSAHAR, 2011). Les fruits de ces discussions doivent être le point de départ d'évolutions de l'organisation devant permettre de réduire ces contradictions. Le management pourrait être le garant d'un environnement *capacitant* (PETIT et al., 2011).

Le cadre théorique de la « régulation sociale » (REYNAUD, 1997) offre des possibilités d'action. En contexte de travail, deux forces de régulation peuvent s'opposer. Les *règles de contrôle*, descendantes, formelles sont soutenues par les instruments de gestion. Les *règles autonomes*, implicites, sont, quant à elles, produites par les opérateurs et les collectifs de travail en vue de l'adaptation aux contraintes et aux aléas. La recherche d'une *régulation conjointe* (*ibid.*) est la recherche de *compromis* entre ces deux types de règles. Le compromis est « un accord collectivement affirmé [...] sur ce qui [fait] querelle ou débat au sein de l'organisation et [qui] a été « normalisé », c'est-à-dire intégré institutionnellement. » (BEAUCOURT et LAUDE, 2010, p. 207).

En favorisant cette régulation conjointe, les cadres reconnaissent l'existence d'un écart entre le travail réel et le travail prescrit. Ils permettent la coopération entre acteurs et reconnaissent les efforts fournis au-delà de la prescription, même quand les objectifs ne sont pas atteints. Ils accèdent en outre à des informations *cachées* qui reflètent le travail réel et l'écart entre le prescrit et le réel.

La connaissance, puis le respect des mécanismes inhérents *au travail réel* et *au réel du travail*, permettraient aux managers de prévenir la souffrance des salariés tout en poursuivant autrement l'atteinte de leurs objectifs classiques. C'est la proposition que nous avons faite et essayé d'opérationnaliser dans le cadre

d'une recherche-intervention (SARDAS et GUÉNETTE, 2003) dans le cabinet-conseil considéré.

## Reconcevoir l'organisation en favorisant la régulation conjointe : démarche empirique

Un environnement très conflictuel et des difficultés organisationnelles majeures

L'entreprise (qui a été créée en 1995 par son actuel directeur) fournit des conseils en développement durable et en maîtrise des risques industriels. Elle a été réorganisée deux ans avant le début de notre recherche. Elle est désormais constituée de trois pôles regroupant ses différentes activités. Les salariés sont répartis sur trois sites et certains travaillent à domicile. Chaque pôle est géré par un responsable, qui pour l'un de ces pôles est le directeur de l'entreprise, et pour un autre son adjoint.

En 2010, de nombreux conflits interpersonnels existaient dans tous les pôles entre différents niveaux, tant hiérarchiques que transversaux. Un conflit chronique opposait ouvertement le directeur à son adjoint. Les salariés, inquiets pour la santé économique de la structure, déploraient l'absence de stratégie visible. Plusieurs personnes exprimaient de la souffrance et l'imputaient à un autre acteur de l'entreprise.

La stratégie se résumait à saisir des opportunités de marché et n'avait fait l'objet d'aucune formalisation. La trésorerie était très dégradée. Le contrôle de gestion reposait sur des outils qui ne permettaient ni anticipation ni pilotage. L'entreprise, certifiée ISO 9001 (qualité) et ISO 14001 (environnement), était administrée selon un système de management très prescriptif qui étaient d'autant plus contraignant que sa finalité semblait être la re-certification. Les personnes qui y exerçaient constituaient la variable d'ajustement de cette organisation qui, selon certains des salariés, « naviguait à vue ». Le management généralisait des dysfonctionnements organisationnels et de la souffrance.

Nous présentons ici le travail mené au sein de l'un des trois pôles, le pôle « G2R », prestataire de conseils en gestion des risques et de réglementation. En 2008, les salariés d'un service inclus dans ce pôle étaient en conflit avec leur manager. Ils ont affiché sur la porte de leur bureau l'image d'un professionnel bâillonné. Ils pensaient ne plus avoir droit à la parole et le montraient ainsi. Lorsque nous avons entrepris nos travaux, ce conflit s'était enkysté malgré un renouvellement des effectifs (deux personnes sur trois). Les échanges entre les acteurs au sein du service étaient rares et dégradés. Ces difficultés relationnelles se répercutaient dans l'ensemble du pôle G2R.

### Une recherche-action à visée transformative : reconcevoir l'organisation

Nous avons organisé notre recherche autour des trois étapes proposées par Petit et al. (2011). Il s'agit d'iden-

tifier les « contradictions entre le « travail bien fait » et la « qualité officielle du travail » et de les mettre en débat « au sein des collectifs des situations dans lesquelles surgissent ces contradictions », puis, « au sein de l'entreprise, une nécessaire évolution organisationnelle pour diminuer ces contradictions » (p. 394).

### L'identification des contradictions

Identifier les contradictions requiert d'analyser les situations de travail. Nous avons suivi la démarche proposée par Guérin et al. (2007), que schématise la Figure 1 de la page suivante.

Nous avons déjà achevé la première étape, et partiellement réalisé la seconde au cours du pré-diagnostic. Pour l'analyse du processus technique et des tâches (travail prescrit), nous avons eu recours à des observations filmées. Mais le travail réel ne se laisse pas voir dans toute sa complexité et il nous a fallu compléter nos observations par des verbalisations. Plusieurs méthodes ont été mobilisées : entretiens individuels selon la méthode de *l'instruction au sosie* (CLOT, 2008, p. 186)<sup>(4)</sup>, entretiens collectifs, dont des *auto-confrontations croisées* (*ibid.*, p. 215)<sup>(5)</sup>, triangulation avec des données discursives des managers et analyse d'instruments de gestion-procédures, fiches d'évaluation des salariés, tableaux de bord, etc. (YIN, 2009 ; GUÉRIN et al., 2007)<sup>(6)</sup>.

### Mise en débat des contradictions au sein des collectifs et évolution organisationnelle

Des diagnostics locaux et un diagnostic global ont été réalisés. Les diagnostics locaux ont été discutés avec les acteurs concernés avant d'être présentés aux managers. Cette phase a permis la mise en débat de certaines contradictions dans le pôle G2R, au sein duquel des *espaces de discussion du travail* ont pu être créés. Le diagnostic global et des préconisations ont été présentés à la direction et aux représentants du personnel, puis à l'ensemble des salariés (mais la mise en débat collective s'est avérée impossible, comme nous le verrons).

Néanmoins, la connaissance que nous avons acquise de l'organisation nous a permis de proposer une méthode de management devant permettre progressivement cette mise en débat collective tout en favorisant la performance (notamment économique) de l'entreprise. Cette démarche fut présentée à l'ensemble des salariés.

<sup>(4)</sup> Le protocole est le suivant : le chercheur propose au répondant qu'il est son sosie et qu'il le remplacera professionnellement dès demain. Aussi va-t-il le questionner pour savoir comment il doit s'y prendre pour faire le travail, en insistant sur les détails.

<sup>(5)</sup> Des séquences de situations de travail sont filmées au cours d'observations. Le professionnel est « confronté » à la vidéo en présence du chercheur (auto-confrontation simple), puis en présence d'un pair qui a lui-même suivi la phase d'auto-confrontation simple. Chacun s'exprime sur son activité et sur celle de l'autre.

<sup>(6)</sup> La triangulation permet ici d'affiner la compréhension des éléments de l'organisation formelle qui nourrissent les contradictions.

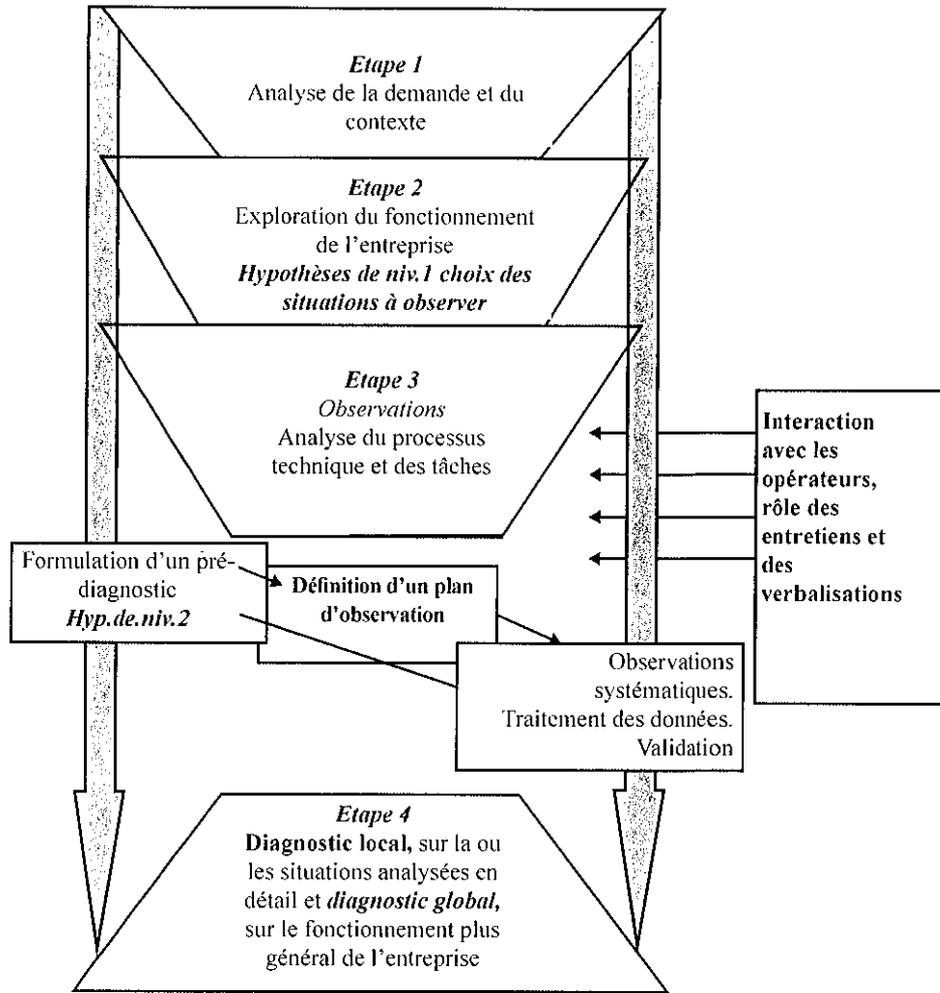


Figure 1 : Schéma d'analyse de l'activité.

Des problèmes de régulation et une méthode de management pour y remédier

#### Présentation d'un diagnostic local, le service conflictuel du pôle G2R

Après analyse d'une situation de travail, nous avons pu montrer que les opérateurs ne disposaient pas de marges de manœuvre suffisantes. L'alimentation du logiciel support, son administration et les contrôles exercés étaient trop prescriptifs et trop souvent porteurs d'injonctions paradoxales. Les opérateurs ne pouvaient pas atteindre les objectifs de qualité officielle et cette définition était très éloignée de leur conception individuelle du « bon travail ». Ils étaient condamnés à réaliser un travail jugé comme de « qualité insuffisante » par leurs supérieurs, leurs pairs et, parfois, par leurs clients.

Ce diagnostic local a été discuté, amendé et validé par les acteurs. Les conflits récurrents entre salariés se sont tus et la parole a pu être libérée. Par la suite, lorsqu'un nouveau désaccord survenait, les acteurs cherchaient collectivement, en première intention, des causes organisationnelles - et non pas la culpabilité de l'un de leurs collègues.

Lors de la présentation du diagnostic, le manager fut très surpris par les résultats. Mais il a su arbitrer entre son équipe et les prestataires administrateurs du logiciel qui contrôlaient les résultats du travail. Il ne soupçonnait pas ce que vivaient ses subordonnés. Il avait attribué jusqu'alors les dysfonctionnements à des facteurs comportementaux et cognitifs liés aux personnalités. Il a vite pris conscience de la nécessité de réguler le dispositif organisationnel en agissant sur lui.

#### Une régulation conjointe impossible en l'absence de stratégie

Le diagnostic global confirme et affine les éléments du pré-diagnostic grâce aux informations inhérentes à l'écart général entre travail réel et travail prescrit. L'absence de stratégie formalisée et partagée fut confirmée. Une verbalisation de la stratégie par la direction était impossible. Le contrôle de gestion effectué *a posteriori* reposait sur un trop grand nombre d'indicateurs. Il servait à pointer les coupables - ceux qui ont trop dépensé (qui « ne sont pas au chiffre »), ceux qui ont « mis trop de temps à », etc. -, mais pas à piloter. L'alimentation des instruments de contrôle était réalisée par les acteurs, non pas pour montrer les phénomènes négatifs émergents, mais seulement

pour ne pas en être tenus pour les coupables. Les informations nécessaires à la facturation, comme « le temps passé à », pouvaient en conséquence ne pas être fiables et parvenir tardivement au service. Or, la trésorerie était très dégradée, ce qui inquiétait tous les acteurs. Le management souffrait de plusieurs faiblesses telles que le manque de temps, l'absence de savoirs, le découragement (« *je ne sais plus quoi faire* ») et le désengagement (« *ça ne m'amuse pas* »).

Le diagnostic global fait état d'un défaut de régulation généralisé. Les règles sont essentiellement descendantes. Le travail est individualisé et le collectif de travail est empêché. Sans stratégie énoncée, les salariés dénoncent des objectifs fixés « à la hussarde ». La qualité n'est pas discutée, mais elle est prescrite par un système de management non actualisé et dévoyé. *La mobilisation subjective* est abîmée par des règles qui souffrent de deux défauts majeurs : elles paraissent arbitraires en l'absence de stratégie et nient la réalité du travail. C'est un cercle vicieux, dans lequel la dégradation de la santé des acteurs et les dysfonctionnements organisationnels s'entretiennent mutuellement.

À partir des différents diagnostics produits, nous avons proposé une méthode de management afin de favoriser un environnement *capacitant* soutenu par la régulation conjointe.

### Une méthode de management

Le projet managérial est de concilier la santé des acteurs et l'atteinte des objectifs économiques. La démarche peut être illustrée par la Figure 2 ci-dessous.

La première phase est consacrée à une « *formation-action-projet* » des acteurs (DANIELLOU et MARTIN, 2007). Elle doit permettre à tous d'appréhender le fait que le travail prescrit n'est pas le travail réel, de parvenir à parler du travail et de comprendre les mécanismes de construction/protection de la santé mentale afin de

ne pas les empêcher. Cela nous a permis d'introduire l'idée qu'il existe toujours un écart entre le travail réel et le travail prescrit, que cet écart n'est pas le fruit de comportements déviants et qu'il ne faut pas *a priori* chercher à le réduire. Les perceptions ont pu évoluer et les conflits interpersonnels être mis en perspective avec des conflits de logiques gestion/travail.

Cette phase initiale est longue et non strictement antérieure à la seconde. Le réflexe gestionnaire qui consiste à proposer des solutions supposées objectives et rationnelles sans que les logiques du travail ne soient suffisamment questionnées, perdure. De plus, il est très difficile de parler de son travail (CLOT, 2008 ; DAVEZIES, 2012). Dans notre cas, la crainte d'être pris en défaut et la tentation de se justifier pour coller à la logique de gestion sont longtemps restées fortes.

Pour que des compromis entre les différentes logiques puissent être élaborés, des « *espaces de discussion du travail* » (DETCHESSAHAR, 2011) ont été mis en place. Ainsi, lors de la première rencontre au sein du pôle G2R, les opérateurs ont pu exprimer à leur manager qu'ils souffraient du fait que tout le travail réalisé pour aboutir à des propositions commerciales de qualité n'ait pas été perçu et valorisé. Ils regrettaient que « *seule l'acceptation d'une proposition [soit] un indicateur pour la reconnaissance de [leur] travail* ». Le manager a entendu, tout en rappelant la nécessité de signer des marchés. La discussion s'est poursuivie sur la manière de reconnaître ce travail et il a été proposé de mettre en place des indicateurs non financiers. La logique de gestion était très présente, mais les perceptions ont sensiblement évolué.

Pour que ces compromis soient institutionnalisés, ils doivent être pris en compte par *les méthodes et instruments de gestion*, dans une logique de pilotage. Lorsqu'un outil évolue, son utilité et ses utilisations, alimentation et exploitation pourront être discutées au

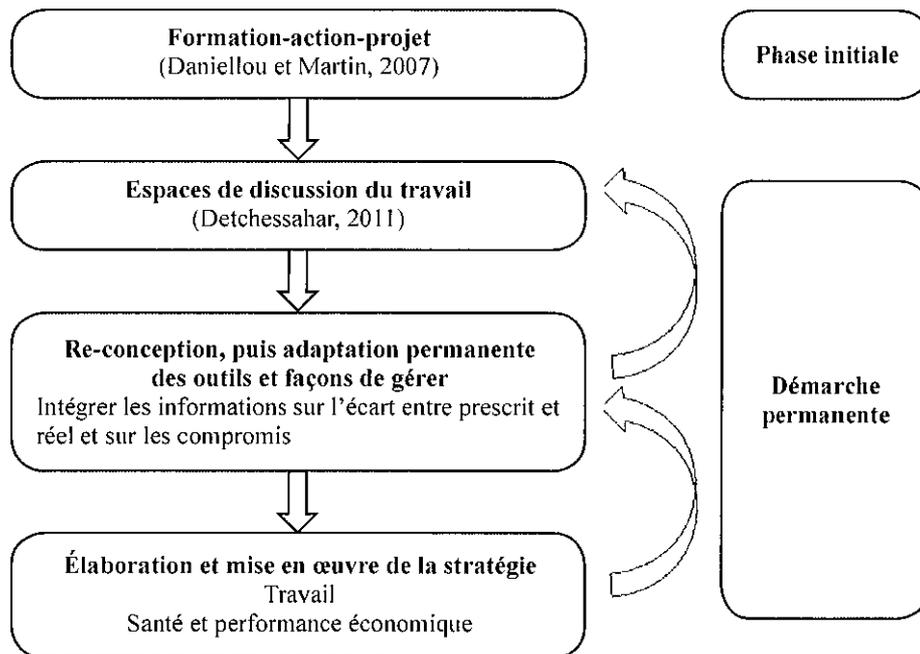


Figure 2 : Une méthode de management.

sein des espaces de discussion du travail, car ce qu'il va mesurer et contrôler oriente la prescription (au sens large) et influe sur la dynamique de contribution et de rétribution. Enfin, les informations produites et médiées par les outils de gestion devraient favoriser une prise de *décision stratégique* éclairée par l'écart entre le prescrit et le réel, et par les compromis élaborés. Si de nouveaux instruments sont nécessaires, ils seront discutés.

## Discussion : si le management connaît une réelle évolution, intégrer l'existence du travail réel permet d'aller au-delà de la seule prévention de la dégradation de la santé

Une nécessaire évolution des pratiques managériales

Suite à la restitution du diagnostic local et à la réaction du manager, les salariés du pôle G2R venaient travailler avec « *l'envie de faire des choses* ». Chacun, manager comme opérateur, disait s'exprimer davantage. Le manager sollicitait ses subordonnés pour l'organisation de la production. Cela a permis aux acteurs ayant différents métiers d'être créatifs et d'être, collectivement, force de proposition.

Ainsi, M. J. a proposé de remplacer un collègue, M. M., pendant un congé de plusieurs mois de celui-ci. Les deux salariés n'exercent pas le même métier : J. est juriste et M. est chargé de mission Hygiène-sécurité-environnement. Cette proposition a été retenue par le manager et le collectif, car les deux métiers sont complémentaires. Les collègues de M. qui exercent le même métier que lui, ont proposé d'assurer un « *compagnonnage* » pour aider J. Les collègues de J. se sont réparti la charge du service afin de lui permettre de se dégager du temps. M. a la garantie de retrouver un poste « *propre* » à son retour et J. jouit de la confiance et de l'aide accordées.

Cet exemple illustre qu'au moins ponctuellement, le collectif de travail a pu se (re)constituer. La coopération, qui « *relève de la liberté des sujets et de la formation d'une volonté commune* » (DEJOURS, 2013, p. 230), a été rendue possible du fait que les acteurs ont pu établir entre eux des relations intersubjectives de confiance (*ibid.*).

L'existence et la compréhension des mécanismes du travail réel ayant été acceptées et vérifiées collectivement, les ajustements individuels ont pu être perçus et reconnus comme nécessaires pour faire du « *bon travail* ». La mise en place d'espaces de discussion sur le travail a facilité l'échange et la régulation conjointe<sup>(7)</sup>.

Cette coopération semble nourrie par la possibilité qu'a chacun de s'investir. La *mobilisation subjective n'est plus empêchée*, car le manager reconnaît davantage ce qui est mis en œuvre par le collaborateur et par le groupe pour tenter d'atteindre les résultats. Les opérateurs partagent *les ficelles* des métiers, la créativité et, finalement, les résultats du travail de chacun. Ils reconnaissent aussi l'important travail d'organisation et de régulation effectué par le manager.

Cet exemple montre aussi qu'en favorisant la régulation conjointe, les salariés sont capables d'innovation spontanée. Ici, la prestation s'est développée, son périmètre s'est élargi et sa qualité intrinsèque s'est améliorée. En innovant sur les compétences mises en œuvre pour rendre un service existant, les salariés ont permis de dégager un avantage concurrentiel. Nous avons pu constater que sur l'exercice comptable au cours duquel s'est déroulée cette action, les objectifs économiques ont été dépassés.

Mais l'absence de régulation des demandes extérieures par la direction a limité les effets positifs de la méthode de management (DETCHESSAHAR, 2011). Le manager ne pouvait pas refuser de nouveaux marchés, y compris lorsqu'aucun des subordonnés n'était disponible pour les honorer. Il réalisait alors les prestations, disposait de trop peu de temps pour manager et avoir le sentiment de faire du bon travail. Sa santé et le climat au sein du pôle se sont à nouveau dégradés.

La direction de cette entreprise a soutenu notre démarche tant qu'il ne lui a pas été proposé de faire autrement ce qu'elle avait l'habitude de faire. Le directeur manage en se débarrassant de ce qui le met en difficulté et de ceux qui le mettent en difficulté : il évacue. Ainsi, il externalise des activités de gestion pourtant cruciales, mais qu'il ne maîtrise pas, tels le contrôle de gestion et la GRH, voire l'élaboration de la stratégie (confondue avec le seul volet commercial de la déclinaison opérationnelle). Il ne se sert pas suffisamment des informations produites pour prendre ses décisions. Et lorsqu'un subordonné ou un prestataire le dérange, il tente de le neutraliser et, le cas échéant, il s'en sépare - parfois violemment<sup>(8)</sup>.

Rétrospectivement, nous pensons qu'il aurait été pertinent de travailler avec lui sur *le travail du dirigeant* pendant la phase initiale. Peut-être aurions-nous pu lui montrer que ses décisions et ses comportements contraignaient particulièrement l'activité et ses conditions ?

C'est bien dans ces conditions qu'il demandait ensuite aux salariés de s'engager (BEAUJOLIN-BELLET et SCHMIDT, 2012). La pensée managériale simplificatrice (MARTINET, 2006), qui domine en sciences de gestion, conduit bon nombre de managers à accomplir, consciemment ou non, des actes délétères. Considérer (par exemple) qu'en utilisant un logiciel de gestion de

<sup>(7)</sup> Comme nous l'avons vu précédemment, il s'agit de soutenir l'élaboration de compromis entre les règles de contrôle qui émanent des niveaux supérieurs et les règles autonomes produites par les collectifs de travail. Ces compromis sont le fruit de discussions, de débats, voire de disputes entre logique de gestion et logique de travail.

<sup>(8)</sup> Plusieurs personnes ont été placées dans cette situation pendant notre recherche : un directeur-adjoint, un ex-directeur et une salariée d'une entreprise absorbée ; un responsable comptable ; un prestataire en contrôle de gestion ; un coach et un expert-comptable. Nous n'avons pas été autorisée à restituer nos travaux à l'ensemble de l'équipe.

la charge (horaire) de travail pour optimiser la production, l'on sait ce que font les personnes qui travaillent, alors que cela risque de contribuer à la dégradation de la santé des salariés. Ce faisant, la direction et les managers réduisent le temps de travail à l'enchaînement des tâches, à ce qui est prescrit. Or, nous l'avons vu, travailler nécessite de consacrer du temps à se refixer des objectifs à partir de la (des) prescription(s), puis à adapter ses modes opératoires. Ce temps invisible n'est pas planifié. Les efforts du salarié pour respecter les délais malgré tout ne seront pas perçus et ne pourront pas être reconnus. Tous les autres efforts nécessaires pour s'engager dans le travail et pour le mener à bien, qui ne seraient pas prévus par les procédures ou non objectivables en heures de travail, risquent de ne pas être vus. Les effets sont délétères. Le déséquilibre entre les contributions et la reconnaissance accordée augmente. De plus, ce déséquilibre est fréquemment accru par des explications managériales portant sur des comportements ou sur des caractéristiques individuels inappropriés (« Il est trop perfectionniste », « Elle se fait des nœuds au cerveau et ne travaille pas assez vite »).

L'évolution de la pensée managériale : du management de la *santé AU travail* au management de la *santé ET du travail*

Les managers, qu'ils interviennent au niveau stratégique ou à un niveau strictement opérationnel, devraient pouvoir faire le choix d'un management des hommes qui ne soit pas instrumental, c'est-à-dire qui ne vise pas l'adhésion des salariés à la seule logique de gestion en orientant leurs comportements (BRABET, 1993). Le Tableau 1 ci-après met en perspective deux conceptions différentes, voire opposées, des questions de santé et de travail : les risques psychosociaux entrent dans la catégorie de la *santé AU travail*.

Le paradigme de la *santé AU travail* est centré sur les individus. Il réduit la complexité, dont celle de la réalité psychosociale (VEZINA et al., 2006). La rationalisation y domine. Celle-ci « consiste à vouloir enfermer la réalité dans un système cohérent. Et tout ce qui dans la réalité contredit ce système cohérent est écarté, oublié, mis de côté, vu comme illusion ou apparence » (MORIN, 2005, p. 94).

	<b>Santé AU travail</b> <i>Santé en contexte professionnel</i>	<b>Santé ET travail</b> <i>Santé dans l'action de travailler</i>
Définition de la santé	État voué à se dégrader	Équilibre dynamique dans l'interaction avec l'environnement
Le travail	Ce qui est « demandé et contrôlé » : travail prescrit (Dumont, 2012)  Le travail est le « décor » d'une scène où des facteurs psychosociaux (stresseurs) créent des troubles affectant la santé mentale et physique des travailleurs (Molinier & al., 2010)	Travail réel ≠ travail prescrit (Danielou, 2002)  Réal du travail = confrontation à l'échec cause de souffrance sublimée par la mobilisation subjective (Dejours, 2013)
Dégradation de la santé due	Au stress perçu et ses conséquences psychosociales et physiques (Vézina, 2006)	À l'impossibilité d'adapter ses façons de faire le travail pour faire du beau travail et l'absence de reconnaissance par ses pairs au sein d'un collectif de travail (Petit & al., 2011)  Risque de pathologies si la mobilisation subjective est impossible
La personne qui travaille et sa santé	Passive hors comportements d'entretien et respect des procédures (Raybois, 2010)	Actrice dans une dynamique collective et d'échanges avec l'environnement (Caguilhem, 1943)
Prévention	Identifier les facteurs de risques Les isoler et les traiter (primaire) Outiller les salariés - <i>coping</i> - (Murphy, 1998)	Débattre des contradictions dans le cadre d'une régulation conjointe Puis évolution organisationnelle pour la création et l'entretien d'un environnement capacitant (Petit & al., 2011)
Objets de recherche et d'intervention	Les personnes qui travaillent Les stresseurs organisationnels et interpersonnels	Le travail L'organisation

Tableau 1 : Santé AU travail/Santé ET travail.

En croyant réduire la complexité, le manager n'évacue pas celle-ci du réel, ou plutôt *des réels*. Les salariés vont devoir composer avec cette complexité. Ils sont contraints d'agir en marge du périmètre cerné par le dispositif de gestion<sup>(9)</sup>, quand celui-ci réduit artificiellement le réel (HUBAULT, 2005). Ainsi, « le déni » du réel et l'idéologie de la mesure ont [...] des conséquences néfastes à la fois sur la réalisation du travail et sur la santé des travailleurs » (CHIAPELLO et GILBERT, 2014, p. 402). Il s'agit bien de repenser le travail en sciences de gestion tant en recherche que dans la pratique, depuis l'élaboration de la stratégie jusqu'aux actes quotidiens du manager. Traiter de santé et de performance comme objectif unifié nécessite de glisser du management de la *santé AU travail* au management de la *santé ET (du) travail*.

Une pensée stratégique complexe soutenue par un dispositif de gestion *capacitant*

Pour opérer ce glissement, il faut adopter une pensée stratégique complexe qui oriente la pratique (MARTINET, 2006). Cela induit d'« imaginer de nouvelles formes instrumentales en s'efforçant de ne pas remplir [les vides], mais au contraire de laisser des vides, d'anticiper l'espace [que les outils de gestion] doivent investir, de s'adapter à la nécessaire incertitude du travail » (MOISDON, 1994, p. 18). Il faut mettre en œuvre des « dispositifs de gestion *capacitants* » qui favorisent un management entendu comme l'orchestration par le manager des façons de travailler de sujets singuliers (DAVEZIES, 1993). La méthode de management que nous avons co-construite tend vers cela. L'autorité serait alors exercée de façon à autoriser le travail bien fait, et non de manière à contraindre l'action individuelle et collective dans une supposée *One Best Way*.

Nos travaux nous ont permis de mettre en évidence l'existence de liens entre la stratégie de l'entreprise et la santé mentale des salariés. Dans notre cas d'étude, l'écart entre le travail réel et le travail prescrit contenait des informations importantes pour la prise de décisions stratégiques et, plus particulièrement, des informations à intégrer lors du diagnostic stratégique interne, puis pour sa déclinaison opérationnelle. Prendre en compte le travail réel dès le niveau stratégique, puis en prendre soin, cela permettrait d'initier un cercle vertueux en libérant les intelligences de celles et de ceux qui travaillent.

## CONCLUSION

Alors que les théories du stress ne nous ont pas permis de poursuivre notre projet de recherche, les connaissances produites par les sciences du travail nous ont permis de le dépasser. La reconnaissance explicite de l'existence d'un écart entre le travail réel et le travail prescrit est fondamentale.

<sup>(9)</sup> « Un ensemble d'éléments de *design* organisationnel porté par une intention stratégique, produit et géré par le centre ou le pivot d'un collectif organisé, et qui vise à intégrer les outils et les acteurs de façon cohérente, dans le respect des règles de gestion » (De VAUJANY, 2006, p. 113).

Cela permet de constater que deux logiques sont à l'œuvre dans une entreprise. Le seul point de vue de la gestion risque de conduire à la dégradation des relations sociales, de la qualité des résultats du travail, des résultats économiques et de la santé des personnes, et ce, y compris lorsqu'il s'agit de gérer des risques psychosociaux. Il est alors nécessaire de faire « dialoguer » les deux logiques à l'œuvre en favorisant la régulation conjointe au sein d'un dispositif de gestion *capacitant*.

L'intention stratégique se nourrit des informations contenues dans l'écart entre le *réel* et le *prescrit*. Sa déclinaison opérationnelle intègre le fait que les salariés ont besoin de disposer de marges de manœuvre pour faire « du beau travail ».

La direction de notre entreprise-terrain n'a pas souhaité mettre en œuvre la méthode de management élaborée. Cela en a évidemment limité les effets sur ce terrain.

Toutefois, cette méthode est opérationnalisée depuis un an dans une multinationale de l'agroalimentaire. Les top-managers d'une de ses filiales s'y sont particulièrement investis. Ils modifient leurs façons de faire en intégrant les informations contenues dans l'écart entre le réel et le prescrit, pour, nous a dit l'un d'entre eux, « prendre des décisions éclairées ».

## BIBLIOGRAPHIE

BEAUCOURT (C.) & LAUDE (L.), « Diriger : entre compromis et transgression », *Revue internationale de Psychosociologie*, pp. 205-220, 2010.

BEAUJOLIN-BELLET (R.) & SCHMIDT (G.), « Gestion des ressources humaines, du travail et de l'emploi. Quelles « bonnes théories » pour infléchir les « mauvaises pratiques » ? », *Revue française de gestion*, vol. 9-10, n°228-229, pp. 41-57, 2012.

BRABET (J.), « La gestion des ressources humaines en trois modèles », in BRABET (J.) (Coord.), *Repenser la GRH ?*, Paris, Economica, 367 p., 1993.

CANGUILHEM (G.), *Le Normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, collection « Quadrige », 300 p., 1943-2013, 12<sup>ème</sup> éd.

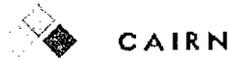
CHIAPELLO (É.) & GILBERT (P.), « Instrumentation de gestion », in ZAWIEJA (P.) & GUARNIERI (F.) (Dir), *Dictionnaire des risques psychosociaux*, Paris, Seuil, pp. 401-405, 2014.

CLOT (Y.), *La Fonction psychologique du travail*, Coll. « Le travail humain », Paris, Éd. Presses Universitaires de France, 245 p., 2002, 3<sup>ème</sup> éd.

CLOT (Y.), *Travail et pouvoir d'agir*, Coll. « Le travail humain », Paris, Éd. Presses Universitaires de France, 296 p., 2008.

COUTAREL (F.), « Quelle reconnaissance du travail réel, des tensions et déséquilibres dans la quête de performance ? », in CHAUDAT (P.) & MULLER (R.), *Les Nouvelles organisations du travail : entre souffrance et performance*, Paris, L'Harmattan, pp. 73-99, 2011.

- DANIELLOU (F.), LAVILLE (A.) & TEIGER (C.), « Fiction et réalité du travail ouvrier », *Les Cahiers français*, n°209, pp. 39-45, 1983.
- DANIELLOU (F.), *Le Travail des prescriptions*, conférence inaugurale, actes du 37<sup>ème</sup> Congrès de la SELF « Nouvelles formes de travail, nouvelles formes d'analyse », Aix-en-Provence, pp. 9-16, 2002.
- DANIELLOU (F.) & MARTIN (C.), *Quand l'ergonome fait travailler les autres, est-ce de l'ergonomie ?*, actes des journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie, Université Victor Ségalen, Bordeaux 2, 2007.
- DANIELLOU (F.), « Les Mondes du travail », in THERY (L.) Dir., *Le Travail intenable, résister collectivement à l'intensification du travail*, Paris, La Découverte, pp. 29-92, 2010 (2<sup>ème</sup> éd.).
- DAVEZIES (P.), « Éléments de psychodynamique du travail », *Éducation permanente*, n°3, pp. 33-46, 1993.
- DAVEZIES (P.), « Enjeux, difficultés et modalités de l'expression sur le travail : point de vue de la clinique médicale du travail », *Perspectives interdisciplinaires sur la santé*, vol. 14, n°2, 2012.  
<http://pistes.revues.org/2566>
- DEJOURS (C.), *Travail, usure mentale*, Paris, Bayard, 299 p., 2013, 1<sup>ère</sup> éd. 1980.
- DETCHESSAHAR (M.), « Santé au travail », *Revue française de gestion*, n°5, pp. 89-105, 2011.
- DE VAUJANY (F.-X.), « Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage », *Management & Avenir*, vol. 3, n°9, pp. 109-126, 2006.
- DUMONT (J.-P.), « Les Psychopathologies cliniques et la gestion », in ABORD DE CHATILLON (E.) et al. (Coord.), *Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale*, Paris, Vuibert, pp. 89-103, 2012.
- GERNET (I.) & DEJOURS (C.), « Évaluation du travail et reconnaissance », *Nouvelle revue de Psychosociologie*, vol. 2, n°8, pp. 27-36, 2009.
- GOMEZ (P.-Y.), *Le Travail invisible. Enquête sur une disparition*, Paris, François Bourin Éditeur, 254 p., 2013.
- GUERIN (F.), LAVILLE (A.), DANIELLOU (F.), DURAFFOURG (J.) & KERGUELEN (A.), *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie*, Lyon, Édition Réseau ANACT, 318 p., 2007.
- HUBAULT (F.), « Ergonomie et GRH, quelle convergence pour changer la condition du travail ? », dans *Approches économiques de la prévention des risques professionnels*, actes du colloque DARES, Paris, 2005.
- KARASEK (R.) & THÉORELL (T.), *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*, Basic Books Inc. Publishers, New York, 381 p., 1990.
- MARTINET (A.-C.), « Stratégie et pensée complexe », *Revue française de gestion*, vol. 1, n°160, pp. 31-46, 2006.
- MOISDON (J.-C.), « Appareil gestionnaire et travail ou de la lacune comme opportunité », *Sociologie du travail*, Hors-série, pp. 11-19, 1994.
- MOLINIER (P.) & FLOTTES (A.), *Les Approches en cliniques du travail en France*, revue de littérature pour le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, 24 p., 2010.  
<http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/Revue-Psychologie-clinique-francaise.pdf>
- MORIN (E.), *Introduction à la pensée complexe*, Paris, Seuil, coll. « Points Essais », 2005 (1<sup>ère</sup> Éd. 1990).
- MURPHY (L. R.), "Workplace interventions for stress reduction and prevention", in COOPER (C.L.) & PAYNE (R.) (Eds.), *Causes, coping and consequences of stress at work*, John Wiley & Son Ltd, New York, pp. 301-342, 1988.
- PETIT (J.), DANIELLOU (F.) & DUGUET (B.), « L'intervention ergonomique sur les risques psychosociaux dans les organisations : enjeux théoriques et méthodologiques », *Le Travail humain*, vol. 74, n°4, pp. 391-409, 2011.
- RAYBOIS (M.), « Les Risques psychosociaux : question de santé ou déni de cette question », *Nouvelle revue de Psychosociologie*, vol. 2, n°10, pp. 71-81, 2010.
- REYNAUD (J.-D.), *Les Règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin, 1997 (1<sup>ère</sup> éd. 1989).
- RICŒUR (P.), « La Souffrance n'est pas la douleur », *Psychiatrie française*, numéro spécial, juin 1992.  
[http://cgcs.umn.edu/docs/Ricoeur.La\\_souffrance\\_nest\\_pas\\_la\\_douleur.pdf](http://cgcs.umn.edu/docs/Ricoeur.La_souffrance_nest_pas_la_douleur.pdf)
- SARDAS (J.-C.) & GUÉNETTE (A. M.), « Qu'est-ce que la recherche intervention ? », *Revue économique et sociale*, n°61, pp. 123-125, 2003.
- SIEGRIEST (J.), "Adverse health effects of high effort/low reward conditions", *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 1, n°1, pp. 27-41, 1996.
- SUAREZ (S.) & JAUSSAUD (J.), « Gérer l'écart entre le "réel" et le "prescrit" pour une prévention efficiente de l'épuisement professionnel et des risques psychosociaux », in ZAWIEJA (P.) & GUARNIERI (F.) (Dir.), *Épuisement professionnel. Approches innovantes et pluridisciplinaires*, Paris, Armand Colin, pp. 197-222, 2013.
- VAN WASSENHOVE (W.), « Les Obstacles à la gestion des risques psychosociaux : quatre pistes d'analyse », *Gérer et Comprendre*, n°115, pp. 30-40, mars 2014.
- VEZINA (M.), BOURBONNAIS (R.), BRISSON (C.) & TRUDEL (L.), *Définir les risques. Note de recherche : sur la prévention des problèmes de santé mentale*, actes de la recherche en sciences sociales, vol. 3, n°163, pp. 32-38, 2006.
- YIN (R.), *Case study research: Design and methods* (4<sup>th</sup> ed.), Thousand Oaks, CA, Sage Publishing, 219 p., 2009.



## OPTIMISER LE BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL ET LA PERFORMANCE GLOBALE : ENJEUX ET PERSPECTIVES

Olivier Bachelard

EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale | « Regards »

2017/1 N° 51 | pages 169 à 179

ISSN 0988-6982

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-regards-2017-1-page-169.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale.  
© EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## Optimiser le bien-être au travail et la performance globale : enjeux et perspectives

Par Olivier Bachelard, Professeur, Directeur du campus de Saint-Étienne *emlyon business school*



© Christine Chaudagne

Professeur à *emlyon business school* et directeur du campus de Saint-Étienne, après avoir exercé une carrière d'enseignant-chercheur, puis de directeur de la formation continue de l'École Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale (EN3S) et directeur délégué de l'École Supérieure de Commerce (ESC) Saint-Étienne. Psychologue du travail, Docteur, Habilité à Diriger des Recherches (HDR) en sciences de gestion, ses recherches portent sur la gestion des ressources humaines et la santé au travail. Il est l'auteur de nombreux articles et ouvrages dont : *Vers un leadership au service du management public*. Favoriser l'émergence de compétences collectives, avec Romuald Normand, CNDP, 2014, *Le bien-être au travail*, Presse de l'EHESP, 2017.

Les managers publics sont tellement sollicités par la recherche d'efficience (productivité, réactivité, flexibilité, qualité) que la question du management de la santé, de la qualité de vie, du bien-être au travail ne seront pas en tête de leurs priorités actuelles. Aussi, notre objectif consiste à faire évoluer la prise de conscience des managers publics au sujet de cette problématique et proposer des pistes de progrès pour y faire face. En effet, nous sommes convaincus que dans la phase de digitalisation actuelle sans précédent, l'articulation des questions de travail, de son organisation et de ses modalités d'exécution avec les besoins de performance globale sont indispensables pour repenser nos organisations publiques. Sans apporter de réponses gravées dans le marbre, nous proposons de réfléchir à l'appropriation de cette question par les managers publics actuels ou futurs afin de dessiner des organisations viables et vivables.

Cette réflexion a été formalisée dans un ouvrage Bachelard (2017) « qui a pour objectif de proposer des clés concrètes pour un fonctionnement optimisé du service public favorisant l'innovation et l'engagement. Accompagner les agents, les aider à évoluer dans leurs pratiques, mieux gérer leurs émotions et développer des logiques coopératives transversales sont autant de clés pour éviter que l'urgence et les problèmes du quotidien ne s'imposent au détriment d'une logique plus solidaire ». Dans ce livre, huit études de cas - de la sécurité sociale à l'hôpital, de la marine nationale à la fonction publique territoriale en passant par les policiers d'élite -, sont décortiquées par des praticiens et des chercheurs qui les abordent chacun sous un angle différent. Les parties éclairages et mises en perspective traitent notamment les problématiques de gouvernance et de dialogue social, de prévention de la souffrance et du stress ou de l'impact de l'injustice organisationnelle.



---

Les pratiques de management du bien-être au travail concernent tout autant les directions générales, les services fonctionnels, dont la GRH, que les lignes d'encadrement. Ainsi, il revient aux managers de s'assurer que le pilotage opérationnel du management du bien-être au travail, la mise en œuvre par les différents acteurs de l'entreprise (CHSCT, managers, agents), seront conformes à la stratégie définie par la direction.

Les différentes pratiques du dirigeant nous renvoient par conséquent à la question de la pertinence des politiques et des outils du bien-être au travail, et de sa cohérence avec la politique de GRH. Par exemple, une injonction objective et rationnelle de qualité de service d'une direction générale doit être en phase avec la perception subjective que les agents se font de cette dernière appropriée par l'ensemble du collectif de travail de l'entité considérée, le tout inscrit dans le contexte nécessairement contingent. De plus, le degré de formalisation des outils peut être très variable, de même que les résultats de ce choix. Une absence d'outil formalisé peut s'accompagner dans des structures de petites tailles, d'un fonctionnement efficient. Par exemple, l'absence de suivi d'indicateurs comme l'absentéisme de courte durée, peut très bien s'accompagner, si nous le calculons effectivement d'un taux très faible, si la conscientisation et l'appropriation par le collectif de travail est réelle. Par contre, les structures complexes, de grandes tailles, compte tenu de la multiplicité des agents concernés, de la diversité des métiers, de l'absence de régulations directes, doivent être en mesure d'afficher des instruments ou des dispositifs de gestion, les différents champs de la GRH et du management du bien-être au travail donc « d'un investissement de forme ».

Cet investissement de forme structurant aussi bien la stratégie adoptée que le contenu concret des actions mises en œuvre, doit permettre des gains de quatre natures complémentaires :

- ▼ Des gains d'efficience et de qualité de service (indicateurs bien maîtrisés),
- ▼ Un développement de dynamique collective (qualité des relations interpersonnelles et de la coopération, espace de paroles et d'échanges, clarification des processus de décision, soutien et disponibilité de la hiérarchie, développement de l'autonomie avec les moyens associés,...)
- ▼ Une amélioration du bien-être et de la qualité de vie au travail (prendre en compte la réalité vécue par agents au-delà du prescrit, prendre en compte l'histoire collective, partage de sens du travail, garantie d'une justice organisationnelle,...)
- ▼ Un apaisement des relations sociales.

## I- Le management du bien-être au travail

En France, la notion même de santé au travail a considérablement évolué en cinquante ans. Nous pouvons situer le point de départ dans les années 1970 avec la création de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

(ANACT) établissement public à caractère administratif français créé en 1973, et placé sous la tutelle du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Le contexte était celui d'une France industrielle marquée par le travail à la chaîne avec une focalisation sur les conditions physiques de travail. Dans les années 1980, les travaux des chercheurs ont davantage porté sur la Qualité de Vie au Travail en intégrant les organisations, les horaires de travail, avant de se focaliser dans les années 1990 sur l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle. Dans les années 2000, avec la médiatisation du phénomène de harcèlement moral qui a réellement débuté avec la publication du livre de Hirigoyen (1998) et son concept de pervers-narcissique, la notion de risques psychosociaux a occupé le devant de la scène. Ce n'est que plus récemment que la notion de bien-être au travail s'est imposée. L'un des précurseurs étant Thévenet (2000), mais à l'époque, le plaisir de travailler était moins populaire que la dénonciation de la souffrance au travail (le fameux tripalium à la vie dure depuis son utilisation par les romains envers les esclaves rebelles). Pour Thévenet (2017), « Le bien-être au travail est évidemment un phénomène collectif puisqu'il concerne toutes les institutions. En quelques années, il est devenu un élément de responsabilité sociale, un souci politique, un objectif, une norme » mais il nous alerte également « Tout comme on est forcément contre la pénibilité, on ne peut que militer en faveur du bien-être mais il ne suffit pas que des principes aillent de soi à peu de frais pour fonder concrètement une politique managériale. On ne peut donc éluder la question de savoir pourquoi faire du bien-être un sujet d'entreprise et donc une préoccupation managériale ».

Bien entendu les travaux comme ceux de Clot (2010) et son célèbre ouvrage « *Le travail à cœur pour en finir avec les risques psychosociaux* » ont alerté sur la perte de sens du travail et le phénomène de désengagement que les managers de terrain avaient déjà largement constatés. Le travail réel est progressivement devenu invisible comme le dénonce Gomez (2012) « *La gestion du travail a été opérée à partir d'écrans, de tableaux, de normes, d'indicateurs de traçabilité et de suivis, de reportings, de systèmes informatisés de gestion de flux, de systèmes de contrôle de gestion, etc... Les organisations sont devenues des appareils à extraire de l'information destinée à assurer, en flux continu et de bas en haut, la concordance entre le résultat observé à tous les niveaux et le résultat prescrit au sommet* ». Ce phénomène ne concerne pas que les organisations publiques mais touche également les entreprises privées soumises à une organisation bureaucratique et dont les résultats sont reliés à des objectifs financiers. Gomez (2012) nous alerte donc sur la nécessité de prendre en compte le travail dans sa globalité, c'est-à-dire par-delà la dimension objective survalorisée de bien intégrer les dimensions subjectives et collectives du travail. Cette prise en compte du travail dans sa globalité ne relève pas « *d'un supplément d'âme ou une poussée d'humanisme, mais la compréhension fine des questions économiques qui se posent aux organisations : retrouver, avec le sens du travail réel, des capacités nouvelles de création de valeur.* » Gomez (2017).

Le lien entre le bien-être au travail et la performance globale passe par la création de valeur et comme tout objet de gestion par l'évaluation de sa dimension financière. Comme le souligne Soenen (2017) « *Pour saisir les enjeux économiques de la santé au travail, il faut distinguer d'une part les éléments liés aux coûts de la non-santé et d'autre part la contribution potentielle du capital santé à la performance économique et sociale* ».



---

Toutefois, comme le montrent nos différents travaux, le dirigeant public manque de temps et d'expertise sur cette question complexe (nos entreprises publiques sont sur-managées et présentent souvent un déficit en matière de leadership, Bachelard, Normand (2014). Cet investissement sera d'autant plus faible que l'importance de l'enjeu est faible à ses yeux (pour le dirigeant public, les gains et les coûts d'une politique de diversité sont difficiles à évaluer). Pour autant, nous ne voulons pas dire que les managers publics se désintéressent de cette question, bien au contraire. Nous avons souvent rencontré des dirigeants très sensibilisés au problème des conditions de travail et du risque de santé au travail, car pour eux, chaque agent est un homme clé dans le processus de production de service. Par contre, si le coût de la non prévention Santé Sécurité au Travail est relativement simple à appréhender à court terme, le gain en matière de compétence collective, de bien-être, n'est pas très mobilisateur car le plus souvent, il n'est pas formalisé, il n'est qu'intuitif, contrairement par exemple au gain d'un ETP en matière de productivité.

## II- Une articulation GRH/SST salubre pour le dirigeant public.

La définition de 1946 du préambule à la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Cette définition de l'OMS nous indique que la santé ne relève pas seulement de la dimension biologique, mais aussi de l'ordre psychique et de l'ordre social. La santé est donc un état, un idéal qui résulte d'un équilibre, d'un sentiment d'harmonie multidimensionnel instable. Dejours (1995) illustre bien cette dynamique en introduisant la notion de normalité qui correspond à un état où les maladies sont stabilisées et les souffrances compensées. La mise en œuvre de défenses contre l'expression de la maladie du corps ou du psychisme est selon lui une démarche active. Pour Dejours (1995), « Les maladies ne demanderaient qu'à s'exprimer dans le corps et le fonctionnement psychique, dès lors que la lutte et les défenses s'affaiblissent ou deviennent inefficaces face à un changement de l'environnement ». Ainsi, il est possible de structurer une politique managériale étayée par une gestion des ressources humaines qui favorise cet équilibre ou au contraire impose un mode d'organisation du travail pathogène.

Il est donc plus que jamais nécessaire pour les agents de direction, pour les responsables RH et plus généralement pour les managers publics, de réfléchir à la mise en œuvre d'organisations et donc de pratiques professionnelles sources de plaisir au travail, de motivation renouvelée pour les salariés, d'autant plus que nos organisations se transforment de plus en plus vite sous la double contrainte budgétaire et technologique (la digitation transformant considérablement nos organisations et notre relation à l'usager). La capacité à accompagner l'installation de ces nouvelles technologies de production qui impactent l'activité de travail pour susciter une dynamique de dépassement durable de l'existant évaluable, aussi bien en matière de bien-être que de performance, est aujourd'hui inévitable.

## II.1/ L'enjeu juridique

Historiquement, l'évolution du champ de la Santé Sécurité au Travail s'est traduite par la structuration progressive d'une responsabilité des modes de gestion dans l'apparition des accidents et des maladies professionnelles. Le cadre législatif s'est renforcé progressivement avec une obligation de résultat en matière de prévention et un rôle accru des services de santé au travail avec la possibilité pour le médecin du travail de proposer un aménagement de poste ou de prononcer une inaptitude pour raison médicale. De plus, les agents disposent d'un droit de retrait des situations qu'ils jugent dangereuses. Ce phénomène du renforcement du cadre juridique est d'ailleurs l'un des trois grands thèmes structurant la fonction ressources humaines.

De nos jours, l'amélioration des conditions de vie professionnelle dépassant largement la seule pénibilité physique, comment l'employeur peut-il satisfaire raisonnablement son obligation de préserver la santé de ses agents ? Comment mieux associer la question de la santé des agents à la gestion opérationnelle des compétences et des carrières ? Dans quelle mesure l'organisation publique est-elle également amenée à se soucier du bien-être de ses agents dans le cadre des politiques publiques ?

Au-delà des accidents du travail, des maladies professionnelles, des risques psychosociaux (et en particulier le stress), l'organisation publique doit remettre en question ses logiques d'action actuelle du travail, ses méthodes actuelles de performance (lean, certification des comptes, management par les processus, démarche qualité,...), bref, ses procédés productifs de services. La progression de ces risques en matière de santé au travail généralement imputables à plusieurs facteurs, amène à repenser les champs de responsabilité au sein de nos trois fonctions publiques.

Comme le montre Masse (2017), le cadre juridique de la fonction publique en matière de santé au travail et de bien-être a profondément changé en trois accords successifs : novembre 2009 sur la santé-sécurité au travail, octobre 2013 sur la prévention des risques psychosociaux et février 2015 sur la qualité de vie au travail. Le passage de la prévention des risques à la construction de la santé au travail a développé une dynamique de régulation sociale qui favorise le bien-être au travail. Cette obligation légale peut devenir une opportunité que saisit le dirigeant public pour peser sur les membres de l'encadrement, afin de parvenir à formaliser une politique et sa mise en œuvre. Le travail sur cette problématique peut même, in fine, être l'occasion pour le dirigeant de développer un projet cohérent, intégré et de longue haleine pour innover et structurer le champ du bien-être au travail et de la performance

Ainsi comme le souligne Debout (2017) « *Entre le déni et la stigmatisation, il y a la place pour une appréciation distanciée des événements et de leur corrélation pour développer une véritable culture de la prévention du risque psychosocial dans la fonction publique* ». Nous devons donc nous interroger pour savoir quelles nouvelles pratiques managériales permettraient de réduire ces risques induits par les nouvelles conditions de travail et par les exigences de performance et la digitalisation massive. Comment favoriser la concertation et la construction d'une approche collective sur la santé au travail, associant l'ensemble des acteurs impliqués ?



---

## II.2/ L'enjeu économique

L'enjeu économique de la non-prévention de la sécurité, santé au travail est considérable. Le Bureau International du Travail a estimé à l'occasion de la journée mondiale pour la sécurité et la santé au travail que les coûts économiques des accidents et des maladies liés au travail représentent l'équivalent de 4 % du produit intérieur brut à l'échelle mondiale. Face à cette estimation globale, il convient donc de pouvoir fournir au dirigeant des instruments d'identification et de mesure des coûts de non prise en compte de la prévention, le gestionnaire étant sensible à la productivité, à la rentabilité et à l'efficacité. L'une des clés de cette démarche de sensibilisation, pensons-nous, passe par la pluridisciplinarité. En effet, pour aborder le phénomène de la SST, de bien-être et de la GRH, une analyse globale s'impose. L'approche par les coûts cachés (où autrement dit par le rapport coût/bénéfice des actions) correspond bien à cet enjeu. Nous préconisons donc d'aborder l'évaluation économique de la mise en place d'organisation innovante privilégiant le double gain efficacité et bien-être au travail. Nous pensons nécessaire de démontrer aux managers le bienfondé économique de structuration d'une démarche intégrée de prévention pour réduire les conséquences de la non prise en compte du management de la SST (absentéisme, dégradation de la santé des agents, baisse de la productivité, de motivation, retard,...). Toutefois, comme le souligne Soenen (2017), « *L'attention portée à la santé peut alors être envisagée comme une activité visant à protéger le capital humain. À la différence d'autres formes de capital, le capital humain est incorporé. Contrairement au capital financier, il ne peut devenir propriété d'un tiers ; il est simplement mis à disposition par l'individu (il est inappropriable). Ceci pose d'ailleurs un dilemme au sens de de la micro-économie classique, puisqu'investir dans le développement d'un capital inappropriable n'est pas un choix d'allocation de ressources efficient. En effet, le capital étant incorporé dans l'individu, celui-ci échappe à l'organisation dès que ce dernier la quitte. D'autre part, le caractère incorporé du capital humain impose une autre limite, celle des capacités physiques et mentales de l'individu, et plus globalement de sa santé, voire de son bien-être, dont il dépend. Un salarié mécontent, malade, ou absent, ne produit rien et ce quelle que soit la valeur de son capital humain* ».

## II.3/ L'enjeu social et sociétal

La Responsabilité Sociale de l'Entreprise (RSE) aujourd'hui enrichit les débats à la fois académiques et managériaux. Mais cette notion très protéiforme est bien difficile à saisir, tant les pratiques émergentes relevant de la RSE sont hétérogènes. En effet, ce courant de gestion n'a pour l'instant pas valeur de norme et pose le problème de la validation des pratiques cachées derrière des discours, des politiques, des représentations plus ou moins implicites des organisations.

En effet, la RSE peut être investie très différemment par les dirigeants : elle peut être un élément de vision, mais aussi de simple communication publique. Cette RSE peut également être un outil de décision stratégique, de pilotage de la performance, de motivation des salariés.

L'enjeu semble global, car les dirigeants peuvent en attendre un retour en matière de performance (plus de productivité, de qualité, ...), un retour humain (plus d'investissement de la part des salariés), un retour en matière d'image (meilleure réputation). Aborder la RSE par l'angle du bien-être au travail est sûrement un point d'entrée à forte valeur tant il peut placer l'Homme au cœur des préoccupations pour aussi permettre un développement durable de l'entreprise (management des risques, sécurité, performance, motivation, ...). Neveu (2003) attire en particulier notre attention sur la problématique de l'épuisement professionnel. Même si c'est une problématique difficile à aborder, l'organisation du travail doit être interrogée sous ses différents aspects (horaire, charge de travail, définition des tâches, rôle de l'encadrement) de manière à remettre en cause les pratiques pour aller dans le sens d'une employabilité durable des salariés. *« C'est ainsi que la réponse du gestionnaire aux problèmes de santé mentale au travail doit obligatoirement transcender l'expérience individuelle pour adresser le champ d'une ingénierie globale de la performance ».*

Si, dans de nombreuses structures publiques, des actions sont menées, des initiatives sont prises, comme indiqué dans les cas pratiques de l'ouvrage de Bachelard (2017), ce besoin d'échange, de confrontation des expériences et de validation des bonnes pratiques reste donc une impérieuse nécessité pour les managers publics de bâtir collectivement des démarches qui visent à articuler les enjeux économiques, techniques, sociaux et humains afin de rentrer dans un cycle vertueux. Comme le souligne Thevenet (2017), *« Tout le monde s'accorde à prédire une transformation profonde de notre vie en société : dans l'attente de son émergence, la qualité du collectif au sein d'organisations existantes s'impose comme un défi ».*

## II.4/ L'enjeu organisationnel : la fidélisation des Ressources Humaines

Nous connaissons bien l'impact de la qualité des conditions de travail sur l'absentéisme : ainsi, pour un dirigeant comme pour un manager, l'enjeu de la motivation et de la mobilisation des agents est important surtout au regard du développement des compétences. Ceci est d'autant plus vrai, qu'en cette période de départ en retraite massif, l'intégration de nouvelles générations d'agents modifie les dynamiques collectives au sein des équipes.

Les sciences de gestion analysent la problématique de la gestion des compétences et des carrières au travers des théories de deux approches conceptuelles complémentaires, centrées sur la satisfaction et l'implication des salariés, principales variables explicatives de l'engagement à l'égard de l'organisation. La motivation au travail ne suit pas un schéma simple du type stimulus réponse. Elle est reliée au sens que le salarié donne à sa conduite et à son vécu de sa situation de travail. De ce fait, il est très difficile de relier la motivation au travail et la performance des agents. La satisfaction de l'agent est un état émotionnel positif qui résulte de l'évaluation faite de son emploi (tâches, relations avec les autres agents, avec la hiérarchie, rémunération). La représentation qu'a le salarié de son rôle au travail est fondamentale pour les psychosociologues. Ainsi, dans cette approche, les salariés sont durablement investis car ils sont satisfaits des conditions matérielles, y compris conditions de vie au travail, ... D'autre part, les théories de l'implication privilégient l'étude des rapports entre les agents et l'organisation sous trois perspectives complémentaires : dans une perspective psychologique d'identification, dans une perspective comportementale ou attitudinale.

---



Nadistic (2017), nous propose cinq leviers pour un bien-être au travail qui soit source de performance organisationnelle :

- ▼ La mobilisation d'émotions positives, du ressenti subjectif, du bien-être au travail,
- ▼ L'engagement au travail car lorsque l'agent est absorbé dans l'action, il investit l'ensemble de ses compétences,
- ▼ Les relations sociales au travail, une ressource positive pour l'action pour développer le lien social,
- ▼ Une même vision pour avancer ensemble car le sens de l'action est la quatrième facette du bien-être au travail,
- ▼ Les accomplissements, c'est-à-dire les réussites concrètes, qui donnent à chacun envie d'aller plus loin.

### III- La formation des dirigeants et des managers

Nous avons vu que la gestion du bien-être au travail a fortement évolué ces dernières années, le cadre réglementaire s'est structuré, les acteurs sociaux sont de plus en plus sensibles à cette dimension centrale de l'équilibre contribution/rétribution structurant la relation de travail.

La compréhension des réalités du bien-être au travail des agents s'appuie aujourd'hui sur une analyse plurielle qui interroge tout autant les individus que les collectifs, les conditions matérielles que les modalités organisationnelles. Ce point de vue est d'autant plus d'actualité que l'on est face aux nouvelles pathologies (risques psychosociaux, troubles psycho-relationnels,...), et plus précisément face à leur résistance aux politiques de prévention encore insuffisamment centrées sur le bien-être et la qualité de vie au travail. Cette résistance aux formes traditionnelles de prévention oblige dorénavant les dirigeants à penser une certaine complexité pour que l'efficacité et la qualité de service soit un enjeu commun, pour que le bien-faire rime avec bien-être, pour que la logique soit de type gagnant-gagnant. Parmi la multiplicité des facteurs qui jouent sur la santé des salariés, les modalités organisationnelles et la gestion des incertitudes apparaissent de plus en plus incontournables. Poilpot-Rocaboy (2017), nous rappelle que le bien-être au travail est un ressenti qui découle du vécu du rapport individuel au travail et des émotions qu'il génère (qu'est-ce que je fais, comment je le fais, pour quoi et pour qui). Mais si le présent est une dimension temporelle essentielle pour construire le bien-être au travail, le passé et le futur sont aussi importants. Pour Poilpot-Rocaboy (2017), le passé repose sur l'héritage collectif (l'histoire de l'organisation, de ses us et coutumes) et individuel (l'usure des corps et des esprits), mais aussi de la nostalgie des situations passées que ce soit en matière de locaux, d'ambiance, de contenu de travail (c'était mieux avant !). Le rapport au futur est également déterminant car le moi a besoin de repères nous disent les psychologues (Quel contenu d'emploi ? Que sera mon cadre de travail demain ? Quelle évolution professionnelle ?). La difficulté pour un agent à se représenter le futur de manière positive, à comprendre la place

qu'il tiendra dans l'organisation va le projeter dans un environnement d'incertitude qui génère une méfiance envers la direction et sa capacité de rendre possible le bien-être au travail demain. Bien entendu une telle situation est anxiogène et consommatrice d'énergie, qui ne sera pas utilisée dans le présent au service de la performance. « *Intégrer cette dimension temporelle amène à repenser le recrutement des dirigeants et managers afin de s'assurer qu'ils soient capables de comprendre l'histoire, d'analyser le réel, de concevoir, d'expliquer et de mettre en œuvre le projet d'avenir de l'organisation* ».

La prise en compte d'un nombre toujours plus important de paramètres associée à la notion de contingence en matière de rencontre entre les individus, les collectifs à géométrie variable nous obligent à repenser la formation des dirigeants et des managers. Le traditionnel cloisonnement disciplinaire (d'un côté des enseignements de contrôle de gestion et de comptabilité, de l'autre des apports en marketing de service et par ailleurs des fondamentaux sur le management d'équipe) reflète assez bien nos organisations en silo. La nécessité d'une approche pédagogique plus intégrée, plus expérientielle par l'action nous semble indispensable, sinon plusieurs pièges guettent le manager en matière de bien-être au travail :

- ▼ Le premier consiste à penser que la réussite managériale passe par le respect d'une doctrine et donc que tout échec est une transgression de cette doctrine (ce qui génère de la culpabilité).
- ▼ Le deuxième consiste à penser que le critère de vérité du management c'est l'efficacité, ce qui nous pose une question en matière de bien-être au travail : qu'est-ce qu'un management du bien-être efficace ?
- ▼ Le troisième consiste à penser que la bonne solution existe et que sa mise en œuvre ne présente pas d'inertie, d'incertitude.

Bien entendu, il existe plusieurs niveaux d'encadrement avec des problématiques spécifiques. Entre un cadre dirigeant [qui manage des ensembles très vastes, structurés, en tenant compte de différentes parties prenantes (tutelle, représentants syndicaux, pouvoir politique,...)], s'appuyant sur des experts disposant de compétences importantes] et le manager de proximité, il est nécessaire de développer des approches différentes.

Dans le premier cas, il est opportun de travailler en formation sur la mise en œuvre de politiques claires en matière de santé, intégrées dans la stratégie de l'entreprise et mesurables à l'aide d'indicateurs pertinents représentant la complexité de la vie de l'organisation. Ces derniers, contingents, doivent être facilement appropriables par les différents niveaux de l'organisation.

Pour les managers de proximité, les agents de maîtrise qui gèrent des équipes d'employés ou d'ouvriers, pris entre les injonctions des différents fonctionnels, chargés de mettre en œuvre des procédures souvent élaborées sans concertation et l'animation quotidienne des équipes le rôle en matière de management de la santé est primordial alors qu'ils ne disposent la plupart du temps ni de formation en matière de management de la santé, ni de temps suffisant pour intégrer cette dimension, ni de marge de manœuvre en matière de gestion.

Nonobstant, l'inadéquation entre les formations initiales des cadres et le travail de management opérationnels a déjà été souligné par Mintzberg (2005) qui réclame « *des managers, des vrais !* » pas des techniciens bardés d'outils focalisés uniquement sur la dimension objective du travail, sans rapport avec la réalité des relations interpersonnelles des organisations.



---

Par-delà les pratiques de coaching, de gestion du stress proposées pour aider les cadres à faire face aux difficultés dont les limites éthiques, les ambiguïtés ont été montrées par Brunel (2004), il nous paraît nécessaire de développer une réflexion collective sur l'organisation du travail et le travail lui-même. De nombreux auteurs ont déjà montré les conséquences de l'individualisation de la gestion des contradictions.

En conclusion, la prise en compte intégrée de la problématique du bien-être au travail, de la qualité de vie dans la politique générale d'une organisation publique est selon nous, source de performances économiques et sociales. Des réflexions ancrées sur les pratiques, permettent de consolider la prévention primaire, anticipatrice de manière à éviter au maximum le développement dans nos organisations publiques, de processus pathogènes à l'origine de trop nombreuses situations de souffrances retournées contre les agents eux-mêmes (maladies), contre les collègues de travail (conflits), ou contre les usagers (agressivité et perte de qualité de service). Au contraire, la confrontation des pratiques managériales, le partage d'expérience, le développement de la recherche en matière de bien-être au travail, de qualité de vie au travail, articulés avec un développement des formations initiales et continues vont dans le sens de la performance globale de nos organisations publiques et de l'optimisation de la qualité de service.

## Bibliographie

**Bachelard O.**, (2017), *Le bien-être au travail. Pour un service public performant et bienveillant*, Presses de l'EHESP.

**Bachelard O.**, Normand R., (2014), *Vers un leadership au service du management public. Favoriser l'émergence de compétences collectives*, éditions CANOPE.

**Brunel V.**, (2004), *Les managers de l'âme*, La découverte.

**Clot Y.**, (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, La découverte.

**Debout M.**, (2017), Prévention et traitement de la souffrance au travail, in Bachelard O., *Le bien-être au travail. Pour un service public performant et bienveillant*, Presses de l'EHESP.

**Dejours C.**, (1995), Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ? , *Le travail humain*, tome 58, N°1.

**Gomez P-Y.**, (2017), La perte de sens, le fondement économique d'une crise, in Bachelard O., *Le bien-être au travail. Pour un service public performant et bienveillant*, Presses de l'EHESP.

**Gomez P-Y.**, (2012) *Le travail invisible*, François Bourin.

**Hirigoyen M-F.**, (1998), *Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien*, Éditions La Découverte & Syros.

**Masse M.**, (2017), Gouvernance, dialogues sociaux et bien-être au travail, in Bachelard O., *Le bien-être au travail. Pour un service public performant et bienveillant*, Presses de l'EHESP.

**Mintzberg H.**, (2005), *Des managers, des vrais ! Pas des MBA.*, Éditions d'Organisation.

**Nadisic T.**, (2017), Bien-être et efficacité des agents chargés du service public, in Bachelard O., *Le bien-être au travail. Pour un service public performant et bienveillant*, Presses de l'EHESP.

**Neveu J-P.**, (2003), Stress et épuisement professionnel, in Allouche J., *Encyclopédie des ressources humaines*, Paris, Vuibert, pp 1421,1425.

**Poilpot-Rocaboy G.**, (2017), Triptyque temporel et bien-être au travail : l'illustration d'un établissement de santé, in Bachelard O., *Le bien-être au travail. Pour un service public performant et bienveillant*, Presses de l'EHESP.

**Soenen G.**, (2017), Santé au travail : le rôle de l'injustice organisationnelle comme facteur de stress, in Bachelard O., *Le bien-être au travail. Pour un service public performant et bienveillant*, Presses de l'EHESP.

**Thevenet M.**, (2017), Le bien-être au travail, une dimension collective, in Bachelard O., *Le bien-être au travail. Pour un service public performant et bienveillant*, Presses de l'EHESP.

**Thévenet, M.**, (2000), *Le plaisir de travailler*, Les Éditions d'Organisation.

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/324865728>

# Le management en santé au service de la qualité de vie au travail des professionnels

Article in *Éthique & Santé* · May 2018

DOI: 10.1016/j.ets.2018.03.003

CITATIONS

2

READS

1,645

1 author:



Héloïse Haliday

Université Paris Ouest Nanterre La Défense

21 PUBLICATIONS 4 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

Project ADHD representations among the health/mental health/social sectors [View project](#)

Project Désigmatisation en santé mentale [View project](#)

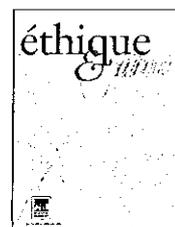
All content following this page was uploaded by Héloïse Haliday on 06 July 2018.

The user has requested enhancement of the downloaded file.



Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

# Le management en santé au service de la qualité de vie au travail des professionnels



*Healthcare management serving professionals' quality of working life*

H. Haliday\*

Centre de recherches en psychanalyse, médecine et société (CRPMS), université Paris-Diderot, 5, rue Thomas-Mann, 75013 Paris, France

Disponible sur Internet le 23 mai 2018

## MOTS CLÉS

Qualité de vie au travail ;  
Management ;  
Hôpital ;  
Éthique ;  
Care

**Résumé** Cet article est extrait d'un document de travail rédigé pour la commission « *Qualité de vie au travail* » de la Fédération hospitalière de France. Le corpus total (202 articles) a été obtenu par recherches booléennes multiples faites sur plusieurs moteurs de recherche scientifiques (Google scholar, Emerald Insight, Cairn.info, PubMed et ScienceDirect). Nous dressons tout d'abord un constat des difficultés actuelles des systèmes de santé français et plus globalement occidentaux en matière de ressources humaines – dépression, anxiété, *burnout*, absentéisme et turnover des soignants – qui poussent aujourd'hui les chercheurs de multiples disciplines à s'intéresser à la question de la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels de soins. Prenant l'exemple de la France, nous soulignerons les conséquences psychiques individuelles et collectives des réformes du monde hospitalier sur la QVT des professionnels des établissements de santé, en postulant que celles-ci sont génératrices d'impératifs parfois paradoxaux qui risquent d'ôter aux professionnels de soins autonomie et sens du travail. Nous dégagerons ensuite trois modèles alternatifs de management en santé issus de la littérature internationale que sont la démarche participative, l'éthique du care et le leadership transformationnel, et éclairerons comment ces trois modèles peuvent répondre aux besoins des professionnels de santé en termes de qualité de vie au travail. Après avoir mentionné les limites des études considérées, nous concluons sur un élément clé des réformes en santé : l'inclusion des professionnels concernés, et notamment des échelons managériaux, dans les démarches de changement.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\* Correspondance. 2, place Marcel-Ayme, 75018 Paris, France.  
Adresse e-mail : heloise.haliday@gmail.com

**KEYWORDS**

Quality of working life;  
Management;  
Hospital;  
Ethics;  
Caring

**Summary** This article is excerpted from a literature review written for the "Quality of working life" (QWL) commission of the French Hospitals Federation. It is based on a corpus composed of 202 articles gathered by using Boolean research terms on several scientific search engines (Google scholar, Emerald Insight, Cairn.info, PubMed and ScienceDirect). Starting with an overview of the difficulties the French healthcare system is currently facing, we first introduce the reasons why researchers from around the world have been studying healthcare professionals' QWL and highlight the individual and collective psychic outcomes of the recent reforms of the French healthcare system on professionals working in public hospitals. We then offer several leads concerning the type of management, which is needed in healthcare organizations to help improve workers QWL. Considering the professionals need to feel empowered, we will present three alternative models in healthcare management as seen in the international scientific literature: participative management, the ethics of caring and transformational leadership, as they seem to answer the professionals needs in terms of QWL. We finally conclude with an hypothesis based on our literature review: the key element of every reform process might be the inclusion and participation of all healthcare professionals and managers in the implementation of change, appealing for more bottom-up processes as well as more action research in the field of healthcare management.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

En France, la forte prévalence du stress, de l'anxiété et de la dépression chez les médecins français par rapport à la population générale – données qui se retrouvent à l'international – les difficultés dans le recrutement des soignants, les multiples contraintes budgétaires et organisationnelles des hôpitaux ainsi que les récents cas de suicides de personnels hospitaliers ont conféré à la question de la qualité de vie au travail (QVT) à l'hôpital un caractère d'urgence, qui se fait l'écho d'une préoccupation internationale pour le sujet. L'approche classique par les risques psychosociaux (RPS) n'est toutefois pas suffisante pour faire face aux situations de crises et de remaniements que traversent les établissements de santé dans de nombreux pays européens, car elle ne considère que les capacités ou les difficultés d'adaptation de l'individu au système dans lequel il travaille. La logique de prévention et réparation des RPS s'est de plus en plus heurtée à une impasse [1] : en ne proposant que des actions destinées à soigner les symptômes du mal-être [2,3], elle laissait de côté une approche systémique nécessairement plus critique vis-à-vis des organisations traditionnelles du travail.

À l'inverse, les réflexions sur la QVT sont précisément caractérisées par ce point de vue systémique et par l'impératif de transformation des organisations afin de répondre au contexte changeant du monde de la santé avec des modèles adaptés et innovants [4,5] : les travaux préconisent donc avant tout la préservation des ressources humaines en appelant les organisations de santé à assumer leur responsabilité sociale [6]. L'approche QVT part en effet du principe que ce ne sont pas nécessairement les individus qui sont malades, mais l'organisation et le travail eux-mêmes [7]. Le seul traitement des symptômes visibles des professionnels – mal-être psychologique, absentéisme, suicide... – ne suffit donc pas : ce sont directement les

organisations qu'il s'agit de soigner, et notamment la fonction de management et d'encadrement qui se trouve au carrefour de l'administration et du soin.

## Méthodologie de recherche

Pour réaliser la revue de littérature dont cet article est extrait, les bases de données suivantes ont été interrogées : Google scholar, Emerald Insight, Cairn.info, PubMed, ScienceDirect ainsi que la plate-forme ResearchGate, dédiée à la communauté universitaire.

Les mots-clés suivants ont été utilisés dans des recherches booléennes : *agile/agilité*, cadres, démarche participative, directeurs, healthcare, hôpital/hospital, infirmiers, *lean*, médecins, performance, performance économique/economic performance, quality of work life/quality of working life/QWoL/QWL/qualité de vie au travail/QVT, risques psychosociaux/RPS, santé, *system dynamics*, teams, teamwork.

Les sites de la Haute Autorité de santé et de l'inspection générale des affaires sociales ont aussi été consultés afin d'y trouver des rapports, ainsi que les travaux du Centre d'analyse stratégique.

## Résultats : des réformes non sans conséquences pour les professionnels de santé

Dans les années 2000, les recherches sur les restructurations hospitalières françaises ont convergé autour d'un constat : dans les discours sur la productivité et l'efficience

à l'hôpital, les questions d'emploi, de travail et d'activité n'ont pas constitué un enjeu central. En effet, les débats qui ont accompagné les réformes hospitalières se sont beaucoup focalisés sur la qualité et la sécurité des soins, mais surtout sur la maîtrise des dépenses [8]. Cette concentration sur la gestion économique est toujours d'actualité, puisque la maîtrise de la masse salariale et des coûts apparaît aujourd'hui comme la première préoccupation de 80 % des directeurs d'hôpitaux français, qu'ils considèrent comme l'enjeu principal de la fonction RH [9] ; 92 % de ces mêmes professionnels indiquent également que ce sont les contraintes budgétaires et économiques qui les incitent en priorité à faire évoluer leurs pratiques.

La gestion des ressources humaines se voit souvent reprocher son seul point de vue quantitatif, en termes d'effectifs et non de compétences, basé sur l'hypothèse d'une relative interchangeabilité des soignants [10] perçus comme des facteurs de production des soins qu'il s'agit d'économiser [8]. La mise sous tension des effectifs soignants résulte cependant aussi des vacances de postes non pourvus. Si la délégation des tâches, le transfert de compétences ou la formation permettent d'y remédier en réaffectant la main d'œuvre, la demande accrue de mobilité au sein des pôles et le manque de reconnaissance que les professionnels ressentent sont générateurs d'insatisfaction au travail et de perte de motivation, créant un environnement propice à l'absentéisme [10] et plus globalement favorable au développement des RPS [11]. La disponibilité des ressources humaines et les compétences des travailleurs sont certes essentielles, mais pas suffisantes pour garantir la performance des organisations de santé : en réalité, l'efficacité des réformes est drastiquement dépendante de la motivation et de la satisfaction des professionnels au travail [12,13].

Les études de l'impact des réformes sur les professionnels de santé mentionnent l'évocation fréquente par les agents des nouvelles contraintes pesant sur les établissements, qui sont considérées comme des facteurs de détérioration des conditions de travail [10] : intensification des rythmes ou de la charge de travail, réaffectation des personnels en fonction des besoins, recherche de flexibilité dans la gestion de la main-d'œuvre, gestion plus serrée des plannings... Cet ensemble d'impératifs, parfois paradoxaux, demandant aux soignants de faire mieux avec moins [14] interroge la soutenabilité des réformes, qui semble précisément se heurter au problème de la qualité de vie au travail des soignants [8]. À la question du caractère durable de l'organisation du travail vient aussi s'ajouter le problème des processus d'implémentation et de mise en œuvre des réformes dans le secteur public, qui ne font pas toujours sens pour les acteurs de terrain voire les inquiètent [8,10,15], d'autant plus qu'elles occasionnent une augmentation de la charge de travail managériale dans les pôles [16].

Dans un contexte où l'encadrement est considéré comme un maillon irremplaçable de la gestion des ressources humaines, beaucoup de managers en santé se retrouvent en difficulté du fait de leur position de pivot entre équipes et direction. Alors même qu'ils sont appelés à intervenir dans la prévention des RPS, ils y sont également eux-mêmes confrontés. Surinvestis et mis dans des positions d'intermédiaires entre tous les acteurs présents

[17], ils n'osent en effet pas toujours parler de leurs difficultés [18,19], et notamment de leur sentiment de manque d'autonomie face aux réformes. Si le manque d'études portant particulièrement sur les cadres rend difficile l'élaboration de solutions spécifiques pour ces professionnels, les recherches existantes amènent à postuler que certaines pratiques managériales peuvent s'avérer particulièrement pertinentes en santé pour garantir la qualité de vie au travail des équipes et des cadres.

## Analyse : le management comme outil d'amélioration de la qualité de vie au travail

### Un modèle ad hoc : la démarche participative

Une étude réalisée sur 47 services de cancérologie français montrait en 2014 que les principales difficultés perçues par les cadres de santé étaient précisément le manque de reconnaissance professionnelle (47,6 %) et de collaboration entre professionnels (47,6 %), mais également le manque de staffs pluriprofessionnels (43,2 %) et le manque de formation continue (42,2 %) [20].

Au milieu des nombreux modèles anglo-saxons plutôt portés sur la cognition collective – au risque de passer à côté des conflits professionnels –, le modèle français de la démarche participative, issu des soins palliatifs et élaboré au début des années quatre-vingt-dix, semble ainsi particulièrement porteur.

Le principe de départ de la démarche participative est de considérer l'absentéisme, le burnout et les erreurs médicales comme des symptômes d'une souffrance liée à l'intensité émotionnelle du travail [21]. Partie d'une préoccupation plutôt axée sur les risques psychosociaux, cette démarche clinique visant à faire de l'environnement même du travail l'outil de traitement primordial de la souffrance a donné naissance à un modèle de management participatif d'équipe d'abord reconnu officiellement dans le cadre de la fin de vie – la démarche participative étant obligatoire dans ces services depuis 2008 [22] – puis dans d'autres spécialités traitant des pathologies chroniques, comme l'oncologie. Si la démarche participative et ses valeurs ont sans aucun doute inspiré les grands principes du Pacte de Confiance à l'hôpital [23], il est toutefois important de souligner que la place centrale des réunions pluriprofessionnelles non-hiérarchiques, du pouvoir de décision partagé et du soin porté à l'ambiance des services avait déjà été théorisée par de nombreux psychiatres français dès les années 60/70 sous le vocable de « *psychothérapie institutionnelle* » [24].

Les quatre piliers de la démarche participative, que sont les réunions (« *staffs* ») pluri-professionnelles, la formation interne, le soutien aux équipes et la démarche projet [21], ont l'avantage d'être conceptuellement accessibles et facilement opérationnalisables. Les valeurs d'équipe promues par la démarche participative – respect, reconnaissance, responsabilité, cohérence, communication, complémentarité, confiance, coordination, coopération, concordance, concertation et collaboration – sont par ailleurs proches tant du modèle des *Magnet Hospitals* [25] que des résultats

des recherches anglo-saxonnes sur les leviers psychologiques de la performance des équipes [26].

Les styles de management traditionnels, plutôt directifs ou axés sur la persuasion, peuvent être sources de diminution de la qualité de vie au travail au travers du manque de communication transparente et de reconnaissance [27]. Le style managérial promu par la démarche participative repose au contraire sur la création d'une ambiance permettant l'échange, une amélioration et une responsabilisation des acteurs : « *directeur, conseil de direction, pôles, fédérations et départements, services, unités et équipes. Ce principe doit irriguer la conception des outils, la diffusion et le partage de l'information, afin de favoriser la transparence* » [21]. La démarche participative est par essence délégative, puisqu'elle repose sur la confiance en une équipe intrinsèquement motivée qui respecte les règles et les objectifs fixés par un management conçu comme une fonction support pour des équipes auto-gérées [27].

### Une éthique spécifique : le care

Beaucoup d'études actuelles dans le monde du soin s'intéressent à l'« *ambiance* » des services, définie comme un paramètre organisationnel influençant l'efficacité du leadership [28,29], ou comme un climat ou un environnement de travail propice au développement personnel des individus dans l'organisation [30–33]. L'idée d'une gestion adhocratique des hôpitaux, autrement dit d'un paradigme organisationnel sur-mesure pour les établissements de santé, revient régulièrement à travers la proposition de faire du care un modèle institutionnel régissant non plus seulement les relations des soignants aux patients, mais aussi les relations des soignants entre eux [34,35].

Nous reprenons ici le modèle de Miremont et Valax sur les quatre niveaux du care dans le management à l'hôpital :

« Nous avons décrit quatre niveaux de manifestations du care au sein du management. Le premier niveau correspond à celui de la personne, avec un "care about" qui soit attentif à l'autre en tant qu'être singulier. Le deuxième niveau professionnel est un "care about" centré sur les compétences mais également les talents individuels dans une perspective de développement, d'épanouissement et de mise en synergie vers les objectifs à atteindre collectivement. Le troisième niveau est un prendre soin de l'intégration et de la socialisation de chacun au sein de l'équipe. Enfin le quatrième niveau vise l'attention toute particulière à permettre à chacun de s'impliquer, en regard de ses compétences et de ses talents personnels, dans les projets institutionnels à la recherche du juste et fort engagement de chacun » [35].

Cette éthique managériale, définie comme une culture organisationnelle poussant les professionnels à prendre autant soin d'eux-mêmes et de leurs collègues que de leurs patients, améliorerait la QVT des soignants en contrecarrant les effets néfastes de l'intensification du travail. Le care offrirait également une alternative durable au nouveau management public [36]. Ce corpus théorico-pratique est ainsi plébiscité chez les professionnels de santé, qui voient en lui une façon de réintroduire de l'humain dans le soin et

dans la gestion [37] et plus largement de redonner du sens à leur travail [38].

### Un aspect central de toute amélioration de la QVT : le leadership transformationnel

Les études menées sur le paradigme de la démarche participative ou le care mettent en avant son impact positif sur la QVT des soignants, leur satisfaction et leur engagement dans le travail [21,39]. La littérature internationale montre plus précisément que ces effets bénéfiques de la participation des employés sur leur QVT et à terme leur performance individuelle et collective sont déterminés par l'exercice d'un leadership transformationnel en tant qu'il soutient l'autonomie des soignants, accroît leur sentiment de justice organisationnelle et *booste* leur intelligence émotionnelle et leur sentiment d'efficacité personnelle [4,40–43].

En effet, l'attachement d'un individu à une organisation, la perception de son propre impact social et son niveau de stress au travail sont dépendants de la qualité des relations qu'il développe avec ses pairs [41], elle-même dépendante du style de leadership adopté dans le service ou dans l'équipe. Or toutes les études, qu'elles soient conduites dans un contexte soignant ou non, affirment une corrélation significative entre le leadership transformationnel, entendu comme un style de management responsabilisant les agents [43], et l'amélioration de la qualité de vie au travail [40]. Ce type de leadership permettrait en effet de satisfaire les besoins psychologiques de base des professionnels (communiquer, pouvoir exercer une autonomie dans son domaine de compétences, se former, être reconnu et valorisé, être soutenu dans les moments difficiles) [44] ; en améliorant ainsi leur QVT, il renforce concomitamment leur attachement à l'organisation et augmente leur performance au travail [25].

Ce leadership peut être vu comme une forme de « *lâcher-prise* » managérial, par opposition à un contrôle plus directif et hiérarchisé [45]. Loin de signifier l'absence de management, le style transformationnel place au contraire les encadrants dans un rôle de soutien au développement professionnel et personnel de leurs collaborateurs [46]. L'intérêt d'un management en fonction de support et non de direction est d'induire une responsabilisation et un engagement au travail des soignants plus fort, notamment grâce à un renforcement du sentiment de justice organisationnelle [25] – comprise comme la façon dont ceux-ci se sentent traités par l'organisation [47] – à travers une participation effective de tous les professionnels à la prise de décisions [35,48], afin d'éviter l'arbitraire [49,50]. La fonction de direction est ainsi partagée entre les professionnels [24,37] et chacun peut avoir une influence sur le processus décisionnel grâce aux temps d'échange collectifs.

Le leadership transformationnel enclenche par ailleurs un cercle vertueux d'apprentissage continu par la pensée analytique et la remise en question des modèles mentaux de chacun [51] : les managers exerçant ce type de leadership ont donc un effet positif sur le bien-être de leurs employés en ce qu'ils renforcent leur sentiment d'exercer un travail qui a du sens [52].

Un certain consensus se dégage ainsi de la littérature : le leadership transformationnel permettrait de conforter le sentiment de justice organisationnelle et interactionnelle

des professionnels. Gagnant en autonomie et en reconnaissance, ces mêmes professionnels s'engageraient de façon plus importante dans leur travail [53], avec un effet sur leur performance individuelle et collective, autrement dit sur la qualité des soins et donc sur la satisfaction des patients [48]. Le management participatif peut cependant se heurter à des difficultés. Premièrement, certaines auteurs ont souligné que ce type de leadership n'est pas inconditionnellement efficace [53] : il fonctionne mieux avec des professionnels caractérisés par leur motivation de service au public. Deuxièmement, ce type de management ne peut s'appliquer qu'à des groupes finis et relativement restreints, au maximum de la taille d'un service [21,54] : au niveau d'un établissement, cette démarche doit être soutenue par un projet GRH plus large. Troisièmement, la mise en place d'une démarche participative prend du temps, demande un esprit d'expérimentation et de l'énergie, notamment pour décoder et analyser ce qui apparaît sous la forme de résistances au changement. Ces difficultés expliquent probablement que ce modèle, quoique facilement opérationnalisable, se soit encore peu développé au-delà des soins palliatifs ou des pathologies chroniques [15,21].

## Discussion

Quelques réserves peuvent toutefois être émises quant au corpus étudié. Tout d'abord, la vaste majorité des références scientifiques citées, notamment lorsqu'elles sont anglo-saxonnes, repose sur l'étude de questionnaires et d'échelles auto-administrés. Outre les interrogations soulevées par les qualités variables de ces questionnaires et l'impossibilité d'homogénéiser leurs situations d'administration, une simple approche quantitative donnant lieu à une production statistique massive ne peut rendre que partiellement compte de la réalité complexe des situations hospitalières et de la variabilité des états mentaux des professionnels. Ces études ne sont par ailleurs pas exemptes de biais liés à la désirabilité sociale des réponses, ou encore à des problèmes de méthode commune, générant des variances statistiques en fonction des instruments de mesure utilisés plutôt que des phénomènes eux-mêmes. Deuxièmement, si la mesure de la qualité de vie au travail peut reposer sur des données objectivables (taux d'absentéisme, de turnover ou d'erreurs médicales), une partie de son évaluation fait intervenir des critères éminemment subjectifs : ceux de la perception de soi et des autres. Or si plusieurs études ont utilisé des entretiens semi-directifs, très peu s'appuient sur une observation directe du travail dans les hôpitaux. Ce décalage pose la question de la concordance entre les discours et les pratiques, et appelle un renforcement des études de type recherche-action focalisées sur la réalité des prises en charge dans le champ de la santé [55].

## Conclusion : management et réformes, un problème de démarche ?

Si l'impact des réformes sur les organisations de santé est rarement directement mesuré en termes de hausse ou de baisse de la qualité de vie au travail des professionnels, force est de constater que leur introduction touche

à la qualité de vie des professionnels de santé en fonction de multiples facteurs psychologiques à l'œuvre dans le travail d'encadrement. Lorsque l'implémentation est descendante et sans partage d'information ni concertation préalable, les études recensées relèvent toujours une baisse du sentiment d'autonomie au travail, un manque de reconnaissance, des reconfigurations du travail non-souhaitées menant à l'éclosion de conflits multiples, une défiance des professionnels vis-à-vis des organisations du fait du manque de transparence et un évincement concomitant des échelons intermédiaires du management malgré leur importance capitale. La liste de ces implications souligne combien les répercussions des réformes sur la qualité de vie au travail dépendent de la démarche choisie par les directions pour mettre en œuvre dans leurs établissements les grands axes des politiques publiques en matière de santé. Cette relation indirecte entre les réformes et la QVT ouvre la voie à une hypothèse présente dans nombre d'études récentes sur le sujet : le succès de l'implémentation des réformes dépend de ce que leur mise en œuvre génère comme nouvelles situations cognitives et affectives chez les soignants, facteur qui dépend lui-même de leur association aux réformes en tant qu'acteurs-clés de leur réussite plutôt qu'en tant qu'objets des reconfigurations nécessaires du monde de la santé. Ce constat appelle des démarches de changement « *bottom-up* », prenant en compte le point de vue des professionnels et leur définition contextualisée de la QVT [30], sans préjuger de l'adéquation de leurs besoins avec ceux de l'organisation. Le fait que cette conclusion n'ait aujourd'hui rien d'original souligne que l'innovation dans le champ du management ne passe peut-être pas tant par des techniques nouvelles que par une application réelle, à tous les niveaux des organisations de santé, des constats et recommandations présents dans la littérature internationale.

## Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Vautier V. Santé psychologique et qualité de vie au travail. Mobiliser les ressources collectives. *Gest Hosp* 2017;1-7 [<http://gestionshospitalieres.fr/sante?psychologique?qualite?de?vie?travail/>].
- [2] Hannif Z, Cox A, Almeida S. The impact of ICT, workplace relationships and management styles on the quality of work life: insights from the call centre front line. *Labour Ind J Soc Econ Relations Work* 2014;24(1):69-83 [<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10301763.2013.8771.20>].
- [3] St-arnaud L, Gignac S, Gourdeau P, Pelletier M. Démarche d'intervention sur l'organisation du travail afin d'agir sur les problèmes de santé mentale au travail. *Pist Perspect Interdiscip Trav Sante* 2010;12(3):1-20.
- [4] Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014;12(6):573-6.
- [5] Anact, Aract. Qualité de vie au travail : négocier le travail pour le transformer enjeu et perspectives d'une innovation sociale; 2016.
- [6] Gaillard I, de Terssac G, Sarfati F, Waser A-M. Compétences organisationnelles et santé. *Sociol Prat* 2013;26(1):19

- [http://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2013-1-page-19.htm].
- [7] Kornig C, Levet P, Ghadi V. Revue de littérature, qualité de vie au travail et qualité des soins; 2016.
- [8] Gheorghiu MD, Moatty F. L'emploi et le travail hospitalier à l'épreuve des réformes. Pages Centres Etudes Emploi 2014;(109):1-4 [http://www.cee-recherche.fr/publications/connaissance-de-lemploi/emploi-et-le-travail-hospitaliers-lepreuve-des-reformes].
- [9] Fédération hospitalière de France. Baromètre FHF-Obea des enjeux RH. Paris: Fédération hospitalière de France; 2016.
- [10] Brami L, Damart S, Kletz F. Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital: une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants. Polit Manag Public 2012;29(3):541-61.
- [11] Desailly-Chanson M-A, Siahmed H, Elshoud-Igaenr S. Risques psychosociaux des personnels médicaux: recommandations pour une meilleure prise en charge; 2016 [Rapport n°2016-083R, Paris http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-083R\_Tome\_I-2.pdf].
- [12] Manyazewal T, Matlakala MC. Beyond patient care: the impact of healthcare reform on job satisfaction in the Ethiopian public healthcare sector. Hum Resour Health 2017;15(10):1-9.
- [13] PetitDitDariel O. L'empowerment structurel des hôpitaux « magnétiques » est-il concevable en France? Rev Francoph Int Rech Infirm 2015;1:197-204.
- [14] Amar A, Berthier L. Le nouveau management public: avantages et limites. Rev Recemap 2007;0:13.
- [15] Moisson J-C, Pepin M. Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé; 2010 [Report No. : 97 https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/113425/1/serieetud97.pdf].
- [16] Ouddasser A. L'encadrement hospitalier. Problèmes d'interface et difficultés de faire ensemble. Gest Hosp 2017;1-13 [http://gestions?hospitalieres.fr/lencadrement?hospitalier/].
- [17] Codo S. Le stress professionnel dans le secteur public, le cas des managers. RIMHE Rev Interdiscip Manag Homme Entrep 2013;6(2):63 [http://www.cairn.info/revue-rimhe-2013-2-page-63.htm].
- [18] Codo S, Cintas C. Quand le stress envahit la fonction publique territoriale: une recherche empirique auprès des managers intermédiaires et des managers de proximité. Polit Manag Public 2013;30(1) [http://pmp.revues.org/6476].
- [19] Harlos KP, Axelrod LJ. Investigating hospital administrators' experience of workplace mistreatment. Can J Behav Sci 2005;37(4):262-72.
- [20] Moret L, Anthoine E, Gillet N, Fouquereau E, Colombat P. Organisation du travail, démarche participative et satisfaction des patients hospitalisés: une évaluation dans 47 services d'oncologie. Psycho-oncologie 2014;8:157-64.
- [21] Colombat P, Bauchetet C, Fouquereau E, Trager S, Gillet N, Kanitzer C. La démarche participative dans les soins. Gest Hosp 2014;2(534):151-7.
- [22] Picard N. Demain, des soignants. Le Monde 2017;4-5.
- [23] Couty E, Scotton C. Le pacte de confiance pour l'hôpital. Paris: Synthèse des travaux; 2013 [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte\_de\_confiance\_-\_rapport\_de\_synthese.pdf].
- [24] Créte P. La fonction de direction au service de l'Établissement et de l'Institution. Instit Rev Psychother Instit 2015;(56):49-65.
- [25] Acker D, Legrand P. Management et efficience hospitalière: une évaluation des déterminants; 2012 [Paris].
- [26] Salas E, Rosen MA, Burke CS, Goodwin GF. The wisdom of collectives in organizations: an update of the teamwork competencies, team effectiveness in complex organizations: cross-disciplinary perspectives and approaches; 2009. p. 39-79.
- [27] Colombat P, Altmeyer A, Rodrigues M, Barruel F, Blanchard P, Fouquereau E, et al. Management et souffrance des soignants en oncologie. Psycho-oncologie 2011;5:83-91.
- [28] Shipton H, Armstrong C, West M, Dawson J. The impact of leadership and quality climate on hospital performance. Int J Qual Heal Care 2008;20(6):439-45.
- [29] Askari R, Rafiei S, Montazerofaraj R, Tafti AD, Torabi F. Quality of working life and its association with organizational performance: a model applied for healthcare workers. Biotech Heal Sci 2016.
- [30] Dumas M, Douguet F, Fahmi Y. Le bon fonctionnement des services de soins: ce qui fait équipe? Rev Interdiscip Manag Homme Entrep 2016;1(20):45-67.
- [31] Huzzard T. The convergence of the quality of working life and competitiveness. A current Swedish literature review. Stockholm: National institute for working life; 2003 [119 p].
- [32] Minvielle E, Sicotte C, Champagne F, Contandopoulos A-P, Jeantet M, Préaubert N, et al. Hospital performance: competing or shared values? Health Policy 2008;87:8-19.
- [33] Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. Ann Fam Med 2014;12(6):573-6.
- [34] Brousseau S, Cara C, Blais R. Proposition d'une modélisation humaniste de la qualité de vie au travail inspirée de la théorie du caring de Watson. Rev Francoph Int Rech Infirm 2016;2(4):187-96 [http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352802816300515].
- [35] Miremont M-C, Valax M. Vers un leadership partagé à l'hôpital pour une GRH plus éthique. GRH 2015;2(15):15-35 [http://www.cairn.info/revue-grh-2015-2-page-15.htm].
- [36] Browning HW, Torain DJ, Patterson TE. A six-part model for adapting and thriving during a time of transformative change. Cent Creat Leadersh 2011;1-20 [http://www.ccl.org/leadership/pdf/research/CollaborativeHealthcareLeadership.pdf].
- [37] Laroche F. La performance hospitalière à l'épreuve du « care ». Gest Hosp 2017;1-6 [http://gestions?hospitalieres.fr/performance?hospitaliere?a?lepreuve?care/].
- [38] Svandra P. Le soin sous tension? Rech Soins Infirm 2011;4(107):23-37.
- [39] Lejeune J, Chevalier S, Coillot H, Gillet N, Michon J, Dupont S, et al. Déterminants managériaux et organisationnels, santé psychologique au travail des soignants et qualité de prise en charge des enfants en oncologie pédiatrique. Rev Oncol Hematol Pediatr 2017;5(2):84-93 [https://doi.org/10.1016/j.oncoph.2017.04.004].
- [40] Kara D, Uysal M, Sirgy MJ, Lee G. The effects of leadership style on employee well-being in hospitality. Int J Hosp Manag 2013;34(1):9-18 [https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2013.02.001].
- [41] Nielsen K, Yarker J, Randall R, Munir F. The mediating effects of team and self-efficacy on the relationship between transformational leadership, and job satisfaction and psychological well-being in healthcare professionals: A cross-sectional questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2009;46(9):1236-44.
- [42] Syafii LI, Thoyib A, Nimran U, Djumahir T. The role of corporate culture and employee motivation as a mediating variable of leadership style related with the employee performance (studies in Perum Perhutani). Proc Soc Behav Sci 2015;211:1142-7.
- [43] Hornung S, Glaser J, Rousseau DM, Angerer P, Weigl M. Employee-oriented leadership and quality of working life: mediating roles of idiosyncratic deals. Psychol Rep 2011;108(1):59-74.
- [44] Benhamou S, Diaye M-A. Responsabilité sociale des entreprises et compétitivité. Paris: France Stratégie; 2016. p. 150.
- [45] Iles V, Sutherland K. Organisational change. A review for healthcare managers, professionals and researchers;

- 2001 [<http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/adhoc/change-management-review.pdf>].
- [46] Anact, Aract. Qualité de vie au travail: négocier le travail pour le transformer enjeux et perspectives d'une innovation sociale; 2016.
- [47] Gillet N, Fouquereau E, Bonnaud-Antignac A, Mokoukolo R, Colombat P. The mediating role of organizational justice in the relationship between transformational leadership and nurses' quality of work life: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2013;50:1359–67.
- [48] Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009;53(2):143–51.
- [49] Gaillard I, de Terssac G, Sarfati F, Waser A-M. Compétences organisationnelles et santé. *Sociol Prat* 2013;26(1):19. <http://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2013-1-page-19.htm>.
- [50] Idris F, Suhaimi M, Ahmad B. The impacts of team management on customer focus: The mediating role of operation flexibility. In: Blacker T, Kersten W, Rignel C, editors. *Innovative methods in logistics and supply chain management Current issues and emerging practices*. 2014. p. 433–55 [Hamburg].
- [51] Caillier JG. The impact of high-quality workplace relationships in public organizations. *Public Adm* 2017;(0):1–16. [<http://doi.wiley.com/10.1111/padm.12328>].
- [52] Kanten S, Sadullah O. An empirical research on relationship quality of work life and work engagement. *Proc Soc Behav Sci* 2012;62:360–6 [<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042812034982>].
- [53] Bellé N. Leading to make a difference: a field experiment on the performance effects of transformational leadership, perceived social impact, and public service motivation. *J Public Adm Res Theory* 2013;24:109–36.
- [54] Combalbert L. L'agilité des organisations dans la gestion des crises. Le facteur humain et la formation des hommes au coeur du système. *Securite Strat* 2012;10(3):42–8.
- [55] IGAS. *L'hôpital*. Paris: La documentation française; 2013 [298 p].

**MOTS CLÉS**

Cadres de santé  
Parole sur le travail  
Régulation sociale  
Coopération  
Changement  
organisationnel  
Management

**ENCADREMENT PARAMÉDICAL**

# Les Ateliers de réflexion sur le travail

## Un exemple d'innovation managériale

En quoi les outils d'analyse du travail peuvent-ils permettre de co-construire une réflexion sur l'organisation du travail des cadres de santé exerçant dans un même pôle d'activité ? Une intervention combinant observations de terrain et Ateliers de réflexion sur le travail (ART), menée par l'auteur de janvier à décembre 2016, a permis de révéler le manque d'espaces de régulation sociale. La parole sur le travail produite collectivement permet de mettre en débat les contradictions entre le travail prescrit et le travail réel afin qu'elles ne soient pas rétroprojetées sur l'individu seul. Cette démarche révèle l'importance de créer les conditions de la coopération interprofessionnelle entre cadres de santé afin d'accompagner les changements organisationnels actuels et à venir.

**L**e cadre de santé est un « *acteur d'une proximité réelle auprès des patients et des équipes, il exerce une fonction de présence et de veille* <sup>(1)</sup> ». La grande variabilité des situations, le développement des exigences en matière de qualité et gestion des risques, l'augmentation de la flexibilité des agents nécessitent de leur part un travail de réorganisation permanent dans des organisations de travail complexes. La « *définition première ne peut fournir aucune élucidation : est complexe ce qui ne peut se résumer en un maître mot, ce qui ne peut se ramener à une loi, ce qui ne peut se réduire à une idée simple [...] Il ne s'agira pas de reprendre l'ambition de la pensée simple qui était de contrôler et de maîtriser le réel. Il s'agit de s'exercer à une pensée capable de traiter avec le réel, de dialoguer avec lui, de négocier avec lui* <sup>(2)</sup> ». Comment accompagner les cadres de santé

**Nacéra BENCHÉRIE**  
Formatrice des  
professionnels de santé  
IFCS, AP-HP

dans la construction de ce dialogue avec le réel ?

Selon leur fiche métier, la mission des encadrants d'unités de soins et d'activités paramédicales est « *d'organiser l'activité de soins et des prestations associées, de manager l'équipe et de coordonner les moyens d'un service de soins, médico-techniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations, de développer la culture du signalement et de gérer les risques, de développer les compétences individuelles et collectives et de participer à la gestion médico-économique au sein du pôle* <sup>(3)</sup> ».

Le travail prescrit est un travail décontextualisé ; le travail réel nécessite une adaptation aux différentes situations rencontrées. Pour dépasser la dimension prescriptive de l'activité du cadre de santé, j'ai souhaité explorer la possibilité d'un accompagnement sur le dialogue, sur et avec le réel.

Selon certains sociologues du travail, telle Marie-Anne Dujarier, les cadres de santé ont le sentiment que « *partager un problème, c'est l'aggraver, donc ils le portent seuls. [...] L'insuffisance du travail d'organisation produit des*

organisations dans lesquelles les contradictions sociales sont endossées, physiquement et subjectivement, par des individus isolés. <sup>(4)</sup> » On retrouve parmi les priorités de la stratégie nationale de santé 2017-2022 « l'innovation organisationnelle, médicale, technologique ou numérique ». Selon Martin Hirsch, directeur général de l'AP-HP, « il est impératif de constituer une chaîne de responsabilité solidaire », et d'ajouter qu'il y a deux priorités : faire équipe et développer le management de l'innovation. Les activités de soutien à l'encadrement peuvent permettre de relever ces deux défis, en portant le problème collectivement et en développant le sentiment de responsabilité collective.

Dans le cadre d'une formation universitaire en analyse du travail au Cnam – master Management et société, spécialité Analyse du travail et développement des compétences –, a émergé la question suivante : en quoi les outils d'analyse du travail peuvent permettre de co-construire une réflexion sur l'organisation du travail des cadres de santé dans un contexte en tension ? Pour explorer cette question, j'ai été accompagnée par Paule Bourret, sociologue, cadre supérieure de santé et formatrice à l'institut de formation des cadres de santé (IFCS) de Montpellier.

## Méthode

Les ergonomes font une distinction entre l'activité et la tâche : la tâche peut être prescrite, contrairement à l'activité. Il y a un écart inévitable entre le travail prescrit et le travail réel. L'activité est le moyen par lequel l'organisation reste dans le réel en adaptant ce qui a été prévu à ce qui se passe. Les opérateurs font autrement car il s'y joue quelque chose pour eux dans le travail : ils ne font pas que réaliser la tâche, ils se réalisent. L'activité comporte une dimension subjectivante. L'observation puis l'explicitation de l'activité par les opérateurs s'inscrivent dans un processus d'objectivation pour accéder au réel.

La démarche ergonomique est centrée sur l'activité : « L'activité processus d'interaction intelligente d'un opérateur avec les exigences de sa tâche, les contraintes de l'environnement, son état interne, ses objectifs individuels, résulte d'une construction personnelle à celui-ci. <sup>(5)</sup> » Explorer l'activité des cadres de santé nécessitait d'être au plus près de leur travail au quotidien. Aussi ai-je opté pour une démarche ethnographique <sup>(6)</sup> via une observation participante en immersion, combinée à des entretiens afin de recueillir des traces de l'activité des cadres de santé au plus près du réel. L'idée ensuite était d'organiser des espaces de mise en discussion sous forme d'autoconfrontations croisées, espaces que j'ai créés et nommés « Ateliers de réflexion sur le travail » (ART). Cinq ART ont ainsi été organisés.

Après négociation avec la direction des soins et des activités paramédicales d'un groupe hospitalier de l'AP-HP, il a été décidé d'expérimenter cette démarche auprès d'un échantillon de cinq cadres de santé volontaires (cinq femmes), exerçant dans le même pôle d'activité.

Comme le préconisent les auteurs de la « théorie ancrée <sup>(7)</sup> » j'ai combiné observations et entretiens *in situ* avec les acteurs. Les observations étaient ainsi ponctuées de temps d'échanges,

dans les bureaux respectifs, durant lesquels je posais des questions sur les éléments observés. En effet, « j'ai tenté de privilégier un mode "d'observation interactionnelle", comme la nomme Piette <sup>(8)</sup>. Un mode d'approche que préconisait Goffman <sup>(9)</sup> ». Des échanges qui m'ont permis d'engager un premier temps réflexif individuel centré sur le travail.

Le deuxième temps réflexif a été organisé sous forme d'espaces collectifs de discussion sur le travail (ART), afin que les cadres y développent une réflexion partagée sur leurs pratiques professionnelles. L'autoconfrontation croisée m'est apparue comme une méthode pouvant structurer les échanges autour des traces de leur activité. Avant le premier atelier, j'avais envoyé à chacune des participantes l'observation retranscrite de leur travail afin qu'elles en prennent connaissance et que l'on puisse en discuter collectivement. L'autoconfrontation a permis de « dé-situer » les acteurs relativement, à la fois à leur situation présente (en particulier, incluant le chercheur) et aux situations d'expression verbale auxquelles ils sont habitués (par exemple celles de relations hiérarchiques) [...] <sup>(10)</sup> ». L'autoconfrontation croisée, une « remise en situation des acteurs par les traces de leur activité », associe les observations et l'entretien entre le chercheur et les protagonistes : les opérateurs et l'interlocuteur. « La confrontation des acteurs aux traces de leur propre activité est centrale [...]. Cette confrontation constitue un moyen essentiel pour obtenir de la part des acteurs des données verbales et gestuelles concernant leur activité [...] <sup>(11)</sup> ». Et ce n'est pas chose aisée que « d'obtenir » de la part des acteurs des données concrètes et précises sur leur travail.

## NOTES

- (1) P.-C. Abel, *Le Cadre infirmier de proximité: soignant ou manager ? Identité et perspectives du cadre de proximité au regard d'une éthique du soin*, De Boeck Estem, 2014, p. 95.
- (2) E. Morin, *Introduction à la pensée complexe*, Seuil, 2005, p. 10.
- (3) DGOS, Fiche métier du cadre de santé (extrait), *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, ministère des Affaires sociales et de la Santé.
- (4) M.-A. Dujarier, « La division sociale du travail d'organisation dans les services », *Nouvelle Revue de psychosociologie*, 2006/1 (n° 1), Érès.
- (5) P. Falzon, C. Teiger, « Construire l'activité », séminaire DESUP/DESS de Paris, *Performances humaines et techniques*, hors-série, sept. 1995, pp. 34-39.
- (6) F. Laplantine, *La Description ethnographique*, Armand Colin, 2015.
- (7) N. Herpin, « Barney G. Glaser, Anselm Strauss, La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative », [www.lectures.revue.org](http://www.lectures.revue.org)
- (8) A. Piette, *Ethnographie de l'action. L'observation des détails*, Métailié, 2016.
- (9) P. Bourret, *Les Cadres de santé à l'hôpital Un travail de lien invisible*, Seli Arslan, 2014, p. 65.
- (10) J. Theureau, « Les entretiens d'auto confrontation et de remise en situation par les traces matérielles et le programme de recherche. Cours d'action », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2010/2, vol 4, n° 2, p. 190.
- (11) *Idem*.

## Ralentir pour prendre le temps de penser le travail, n'est-ce pas la condition de la performance à long terme, la condition pour concilier performance et santé au travail ?

Lors du premier atelier, j'ai éprouvé quelques difficultés à recentrer les cadres sur leur activité, elles « partaient » dans des généralités sur leurs conditions de travail ou se limitaient à un partage d'expériences entre collègues cadres du pôle. Aussi, afin d'ancrer les échanges sur le travail, j'ai utilisé un tableau que je leur avais demandé de renseigner avant les ART et qui reprend les rubriques suivantes :

- » identifier les tâches qui relèvent de la routine (tâches habituelles) ;
- » identifier les tâches qui relèvent de « l'exceptionnel » ;
- » identifier les tâches déléguées à d'autres acteurs ;
- » identifier les tâches réalisées en collaboration avec d'autres acteurs ;
- » identifier les tâches réalisées hors sphère professionnelle.

Ces repères m'ont permis de structurer les échanges afin d'accompagner « la verbalisation simultanée, décalée ou interruptive de l'activité étudiée ».

### Résultats et discussion

Lors des échanges, les cadres sont ancrés dans le travail ; elles le visualisent, s'interrogent mutuellement sur les manières de faire et les arbitrages. Cette démarche est essentielle pour construire la coopération – du latin *cooperatio*, « œuvre commune avec un autre » – entre professionnels. « La coopération se réalise lorsque des communications, des interactions sociales entre personnes ou entre groupes permettent, par l'association des activités de chacun, de se prêter de l'aide, en vue d'un résultat supérieur à ce que pourrait produire

la somme des réalisations individuelles. [...] Le travail ne se décrit pas uniquement par l'activité individuelle. Il est également un rapport social, qui engage du fait un ensemble de relations, et dont le but est de "coordonner les intelligences singulières". Le travail suppose l'invention et l'appropriation de savoir-faire collectifs. <sup>(12)</sup> » Ces espaces de partage guidés ont permis aux cadres de « déplier » ensemble le travail. Comme le soulignent les travaux de Lev Vygotski, le « guidage » est indispensable : « Pour des apprentissages collectifs, comme pour tout apprentissage, les effets tiennent pour beaucoup aux rétroactions, donc aux mécanismes de régulation mis en place. <sup>(13)</sup> »

En quoi cette démarche d'intervention s'apparente-t-elle à une forme intermédiaire de régulation sociale ? Jean-Daniel Reynaud distingue deux types de régulation : la régulation de contrôle et la régulation autonome. « La sociologie de l'organisation distingue traditionnellement, dans l'ensemble de la régulation qui s'applique aux comportements des membres de l'organisation, des règles explicites ou officielles et des règles implicites. Les premières, et tout particulièrement celles qui ont forme et valeur juridiques, sont celles qui apparaissent d'abord à l'observateur, alors que les secondes ne se révèlent qu'après un examen direct des pratiques [...]. Les deux groupes de règles peuvent être plus ou moins éloignés l'un de l'autre jusqu'à la contradiction. <sup>(14)</sup> » Cette contradiction est particulièrement manifeste à l'hôpital où s'entrechoquent normes et valeurs du soin avec celles des sciences de gestion. Les cadres de santé sont au carrefour de ces deux logiques et ils ont la responsabilité d'accompagner la mise en œuvre des réformes de l'hôpital. Les ART se sont apparentés à des espaces de mise en débat de normes, indispensables pour répondre aux exigences du travail, pour construire le lien social, mais aussi pour permettre « la conquête de soi <sup>(15)</sup> ». C'est la condition de la construction du sens et de la reconnaissance au travail. Elle est « source de mobilisation et d'engagement organisationnel, favorise les apprentissages en milieu professionnel et permet donc d'augmenter la productivité et la performance <sup>(16)</sup> ». Lors des ART, ma préoccupation était de permettre aux cadres d'être elles-mêmes en s'enrichissant mutuellement pour démultiplier leur capacité d'agir. « Sur la base de cette conception de l'organisation, une organisation du travail "capacitante" (Arnoud [2013], Coutarel et Petit, [2009], Daniellou et Coutarel [2007], Falzon [2005]) serait donc une organisation qui favorise le développement de règles effectives soutenant :

» le développement d'une activité de qualité pour les opérateurs, c'est-à-dire une activité leur permettant d'apprendre, de favoriser leur santé et d'être performants. Elle doit également soutenir leur autonomie et le travail réflexif sur leur propre activité, tant au niveau individuel que collectif (Arnoud [2013], Mollo et Nascimento [2013, ch. 3]) ;

» le développement de l'organisation, c'est-à-dire donnant les moyens à l'organisation de se reconfigurer de manière continue et de se renouveler. En conséquence, le développement de cette organisation doit être soutenu

#### NOTES

(12) C. Dejours, « Coopération et construction de l'identité en situation de travail », *France : futur antérieur*, vol. 16, n° 2, pp. 41-52, 1993.

(13) A. Bouvier, *Management et sciences cognitives*, Que sais-je, PUF, 2004, p. 71.

(14) J.-D. Reynaud, « La régulation dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue française de sociologie*, Persée, 1988.

(15) A.-L. Ulmann, « Intention et extension dans le domaine du travail », *VST*, n° 128, 2015.

(16) J.-P. Brun, N. Dugas, « La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche en sens », *Gestion*, vol.30, n° 2, 2005.

(17) J. Arnoud, « Conception organisationnelle : pour des interventions capacitanes », thèse dirigée par P. Falzon, soutenue le 6 décembre 2013, p. 51.

*par l'existence d'espaces de discussion, d'objets intermédiaires soutenant le travail collectif au sein de ces espaces, mais également la possibilité de mobilisation d'acteurs ad hoc.* <sup>(17)</sup>»

Les réponses au questionnaire de fin d'intervention illustrent bien les bénéfices que les cadres de santé ont trouvés aux espaces de discussion entre pairs, animés par un tiers externe. Elles expriment l'intérêt pour la réflexion collective comme activité de soutien au travail d'encadrement dans un contexte de gestion difficile de l'absentéisme des agents.

## Conclusion

Comme le souligne l'agence régionale de santé d'Île-de-France, «des signes importants de dégradation des conditions de travail dans ces secteurs ont été observés ces dernières années». En décembre 2016, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, a lancé une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels de santé. La qualité de vie au travail «peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt au travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué. C'est donc une vision systémique de l'entreprise et de l'implication de son personnel à plusieurs niveaux en même temps que la reconnaissance d'une perception, d'un "sentiment" <sup>(18)</sup>». La plateforme web proposée par l'AP-HP, les ateliers de co-développement et le coaching individuel ou collectif, mis en place suite aux résultats du baromètre interne de l'AP-HP en 2013 qui faisaient état des difficultés rencontrées par les cadres de santé, semblent insuffisants pour répondre aux besoins d'activité de soutien à l'encadrement opérationnel. Selon Gérard Cotellon, DRH de l'AP-HP, «l'AP-HP connaît des évolutions qui sollicitent fortement ses capacités d'adaptation et impactent les conditions d'exercice des professionnels. Dans ce contexte,

*engager une réflexion collective sur les organisations, le contenu du travail et les relations professionnelles est essentiel pour trouver des solutions aux problèmes rencontrés et donner du sens au travail. L'enjeu est fort, tant pour la santé, le bien-être au travail et l'engagement des professionnels que pour le maintien d'une offre de soins de qualité* <sup>(19)</sup>».

L'expérience menée de janvier à décembre 2016 auprès de ces cadres de santé est prometteuse, car elle invite à partir du travail dans son contexte de réalisation, pour alimenter des échanges collectifs qui s'appuient sur les traces de l'activité réelle, donc sur le contenu du travail.

Ralentir pour prendre le temps de penser le travail, n'est-ce pas la condition de la performance à long terme, la condition pour concilier performance et santé au travail ? Selon Gilles Herreros, «par la critique se dessine l'opportunité de récupérer une puissance d'agir. Là sont les ingrédients d'un rempart contre la violence ou a minima d'une résistance face à elle; autant d'impulsions en faveur de l'émergence d'organisations réflexive [...]. La notion d'organisation réflexive a été évoquée en termes de structure qui aurait vocation à rendre possibles l'analyse des pratiques et de leurs effets, l'examen de l'activité des salariés dans sa dimension concrète, bref à provoquer la réflexion sur le pâtre toujours concomitant de toute forme d'agir <sup>(20)</sup>». ●

## NOTES

**(18)** Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013

**(19)** G. Cotellon, intranet AP-HP Management.

**(20)** G. Herreros, *La Violence ordinaire dans les organisations*, Érès, 2012, p. 171.

Contact auteur  
nacera.bencherif@aphp.fr  
06 22 88 09 71

Le Dossier Documentaire de l'UODC

**Comment produire santé et qualité de vie au travail au hôpital ?**  
Une démarche, des résultats étonnants. Et des freins...

**- Partie III -**

- **Six vidéos de l'UODC sur les liens entre collectif de travail, qualité du travail et santé -**  
**www.uodc.fr..... pp. 112-118**

**1 - Mettre en débat la qualité du travail dans les entreprises. Pour l'institution d'une coopération conflictuelle**  
**Clot Yves, VC n°230, 2018**

**2 - Les apprentissages informels au cœur des métiers. Ce que nous apprend le monde infirmier**  
**Muller Anne, VC n°205, 2016**

**3 - Comment faire travailler ensemble des musiciens pour produire une œuvre ? Le métier de chef d'orchestre**  
**Sené Samuel, VC n°202, 2016**

**4 - Souffrance au travail, RPS, épuisement. L'état des lieux, les ressources pour agir**  
**Pezé Marie, VC n°187, 2015**

**5 - Comment faire travailler ensemble des personnes pour produire une œuvre ? De la vie dans le travail !**  
**Mnouchkine Ariane, VC n°178, 2015**

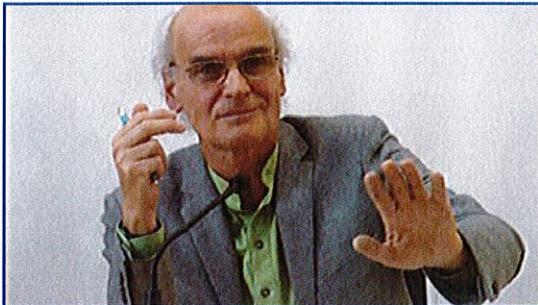
**6 - Transformer la pression sur les cadres de proximité. L'expérience des cadres de santé**  
**Bourret Paule, VC n°152, 2013**

## Mettre en débat la qualité du travail dans les entreprises

### Pour l'institution d'une coopération conflictuelle

Yves Clot

Professeur émérite du Cnam, chaire Psychologie du travail



Être en situation de pouvoir bien faire son travail ? Tous ceux qui travaillent en rêvent. Mais **ceux qui font le travail**, ceux qui l'encadrent, ceux qui le conçoivent ont rarement le même avis sur ce qu'est du « bon boulot ». Or cette controverse, ce **débat sur les critères du travail bien fait** est crucial. Et presque partout, il est mis sous le tapis. Mais s'il existait et avait sa place, quels seraient ses effets : sur la performance, sur la santé de celles et ceux qui travaillent, sur la qualité du travail ?

**Mettre en débat la qualité du travail** dans les entreprises ? À tous les niveaux ? L'instituer avec des règles...

### Les Séquences :

- 1. Introduction à l'intervention d'Yves Clot, CNAM (Jean Besançon, directeur de l'Uodc) (02:27)
- 2. Introduction à l'intervention d'Yves Clot (Alain Coffineau, président de l'ltmd) (06:49)
- 3. La qualité du travail : une question de santé des personnes au travail mais aussi de santé publique (02:17)
- 4. La tricherie chez Volkswagen : une tricherie avec le réel. Qui atteint santé publique et santé de ceux qui travaillent (02:35)
- 5. Affaire du SAMU de Strasbourg, hôpitaux, EHPAD : des questions de conflits de critères, c'est-à-dire de qualité du travail (03:22)
- 6. Affaire Lactalis, EPR de Flamanville : Il faut donner de l'autorité sur la qualité du travail à ceux qui le font (04:48)
- 7. Goût de l'efficace, sentiment d'absurdité vécu : pourquoi il faut confier la qualité du travail à ceux qui le font (03:27)
- 8. Ne ressentir jamais la fierté du travail bien fait : plus de 35% des salariés (02:34)
- 9. Être consulté sans pouvoir influencer sur les décisions : un cocktail explosif pour les personnes, délétère pour l'efficacité des organisations (03:06)
- 10. Le conflit de critères c'est dans l'activité de chacun. Le salarié expert est un acrobate capable de dire ça dépend (04:26)
- 11. Le salarié expert, le collectif, la coopération conflictuelle : instituer le conflit de critères dans les organisations (04:56)
- 12. Avoir un droit sur son activité de travail, un « droit au conflit de critères » : le contraire du droit du travail ! (03:01)
- 13. Mettre en place le conflit de critères dans les entreprises : les conditions pour que ça marche (1) (04:03)
- 14. Les conditions pour que ça marche (2) : des collectifs de travail équipés, la parole efficace, l'entreprise délibérée (02:39)
- 15. Pour faire reculer ce que l'on est capable de faire ensemble : instruire les dossiers à plusieurs, chercher les idées opposées (03:40)
- 16. Entreprises libérées, entreprises délibérées : continuité ou différences ? (03:39)
- 17. Avenir du travail, technologies et société : se méfier absolument des visions prophétiques (03:07)
- 18. Peut-on vraiment instituer le conflit de critères au plus haut niveau : actionnaires vs dirigeants ? (03:07)
- 19. La coopération conflictuelle, le conflit de critères dans entreprise: est-ce de l'autogestion ? Finalement qui décide ? (02:35)
- 20. Un projet politique pour l'efficacité du travail : inventer une cogestion tripartite à la française (04:37)
- 21. Fin des CHSCT, CESE, rapport Borloo... : il faut installer le conflit de critères au sommet de l'entreprise, de l'État (05:04)
- 22. Ce qui pourrait convaincre les entreprises d'installer une gouvernance tripartite : les vengeances du réel (lait contaminé, EPR de Flamanville...) (03:53)
- 23. Et la cause de la qualité du travail au sein du CNAM ? L'engagement d'un chercheur, le poids d'une grande institution (02:11)
- 24. Intelligence artificielle et algorithmes : vers une disparition des décisions sur les questions du travail ? (04:04)
- 25. Sortir des conflits sociaux nécrosés et des querelles de personnes ? Une bonne injection de conflit de critères institué ! (02:21)

### Les Mots-clefs :

Qualité, organisation travail, organisation entreprise, gestion performance, santé travail, clinique travail

## Les apprentissages informels au cœur des métiers

### Ce que nous apprend le monde infirmier

Anne Muller

Cadre supérieure de santé, formatrice à l'IFCS Sainte-Anne



**Comment les infirmières se professionnalisent ?** Avec leurs pairs, dans l'ici et le maintenant, sur le lieu de travail ? C'est l'intuition de beaucoup d'entre nous : la plupart des apprentissages réels dans le travail, utiles, se font de manière informelle, au jour le jour, à chaque fois que nous sommes confrontés à une situation nouvelle. Tellement le travail, les techniques évoluent vite, Encore fallait-il le mesurer. Et le prouver.

**Anne Muller** a fait ce travail. D'abord infirmière, puis cadre de santé, elle s'est intéressée de près - dans le cadre rigoureux d'une thèse - **à ce que les infirmières apprennent dans le travail**. Ce qu'elles apprennent, comment elles l'apprennent, avec qui ou grâce à quelles ressources.

Les résultats sont absolument stupéfiants. Et nous sommes dans un métier où la question de la compétence est vite une question de vie ou de mort...

Alors est-ce que l'hôpital, la clinique sont des organisations apprenantes ? Pas sûr. Par contre, il y a **là des îlots d'apprentissage**. **Quelles sont leur caractéristiques, comment les développer ?** Cette question intéresse tous les métiers...

#### Les Séquences :

- 1. Les apprentissages informels dans les métiers : parfois une question de vie ou de mort (03:30)
- 2. Apprentissages informels et compétences des entreprises libérales : des résultats qui intriguent et questionnent (01:48)
- 3. Mélanie, 23 ans infirmière : l'apprentissage quotidien au travail, parfois dans l'urgence (02:48)
- 4. L'enquête : prouver les apprentissages informels en situation de travail, les nommer (02:26)
- 5. Pour les infirmières : la perception d'effectuer des apprentissages professionnels informels massifs et permanents (02:14)
- 6. Les types et occasions d'apprentissage : intentionnels, implicites ou incidents (06:06)
- 7. Les apprentissages professionnels incidents : nécessaires à la performance, complémentaires des savoirs acquis, progressifs, professionnalisants (03:38)
- 8. Les ressources pour apprendre de manière informelle : la posture apprenante, l'autoformation, la transmission de pair à pair, les outils (01:55)
- 9. Les apprentissages informels, bricolés en situation sont indispensables à la performance. La preuve par la recherche ! (05:00)
- 10. À quelles conditions l'organisation favorise-t-elle les apprentissages informels ? (04:59)
- 11. Des « îlots apprenants » dans l'organisation : à l'intersection entre dispositions des personnes et environnement favorable (03:35)
- 12. L'apprentissage informel : un moteur d'adaptation pour faire face aux évolutions du travail (01:33)
- 13. L'apprentissage informel : une vraie valeur ajoutée au métier (01:50)
- 14. Quelles articulations entre formation informelle et formation classique ? (05:32)
- 15. Les apprentissages informels doivent-ils être capitalisés ? Impacter les référentiels ? (05:08)
- 16. Comment le cadre s'assure-t-il que les infirmières utilisent les bons savoirs (informels) au bon moment ? (04:20)
- 17. Les apprentissages informels pourraient-ils remplacer la formation classique ? (03:04)
- 18. Les apprentissages informels infirmiers concernent nettement plus le « cure » que le « care » ? (01:56)
- 19. Reconnaître les apprentissages informels et les entreprises apprenantes : et si ça permettait d'éviter d'envoyer en formation ? (01:54)
- 20. L'apprentissage informel infirmier : du mimétisme, du « pair à pair », jamais par le collectif (03:40)
- 21. Peut-on mutualiser et évaluer les apprentissages informels ? (01:48)

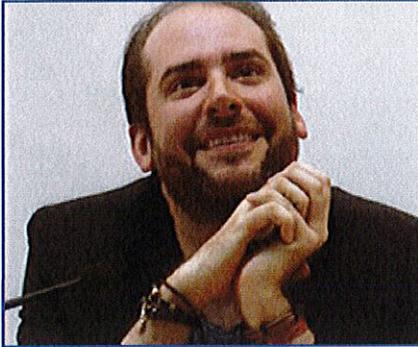
#### Les Mots-clefs :

Secteur santé, formation situation de travail, recherche formation, compétences, infirmier

## Comment faire travailler ensemble des musiciens pour produire une œuvre ? Le métier de chef d'orchestre

**Samuel Sené**

Chef d'orchestre et metteur en scène



Si la battue n'est pas claire, si la confiance ne s'établit pas entre le chef et les musiciens, s'il n'y a pas un long travail solitaire des musiciens - et du chef - avec la partition, la musique n'est pas là. **Samuel Sené**, chef d'orchestre, homme de théâtre, compositeur, arrangeur, metteur en scène, producteur, pianiste, fondateur d'une école de musique, sait trouver les mots pour parler de manière étonnante de son travail.

Samuel Sené n'a pas seulement un immense talent : il sait trouver les mots pour **parler de son travail**. Ce travail qui fait que la musique nous atteint, que l'émotion et le plaisir passent de ceux qui jouent à ceux qui écoutent.

Son métier ? Faire travailler ensemble des musiciens pour produire une œuvre. Il a une dimension technique considérable : "**manager**" des musiciens si l'on est pas soi-même musicien...

### Les Séquences :

- 1. Un chef d'orchestre, mais à quoi ça sert ? (04:02)
- 2. L'étude de la partition, les répétitions : le chef c'est quelqu'un qui sait ce qu'il veut entendre (03:13)
- 3. L'orchestre, une grosse machine : pourquoi un chef parle le moins possible. La technique, la gestique du chef, la gestion « RH » (04:53)
- 4. Au concert : en même temps tenir l'orchestre, écouter les musiciens, le public, la salle. Du mixage en temps réel, une vision panoramique (02:20)
- 5. Des maths à Normale Sup' à la direction d'orchestre : la « patte » du chef, l'apprentissage du métier (06:19)
- 6. Babar et Pierre et le Loup... Ouvrages lyriques, narratifs, symphonies : toujours l'envie de raconter une histoire (04:36)
- 7. Les chefs d'orchestre : une réputation de tyran, mais la recherche du bonheur des musiciens (03:44)
- 8. La gestion de l'échec et du conflit : quand l'orchestre dit non, la négociation (03:57)
- 9. Prendre des risques : emmener l'orchestre sur des sentiers inédits, la recherche de communion (04:49)
- 10. La névrose du chef, l'envie d'être aimé : des débriefs après les concerts ? Y a-t-il des feedbacks ? (04:10)
- 11. Quand ça s'est mal passé... La « lutte » avec l'orchestre, le droit à l'erreur des musiciens (03:41)
- 12. Quand l'orchestre n'est pas à la hauteur, que peut le chef, quel est son rôle ? (02:57)
- 13. L'orchestre, sa hiérarchie : comment ça se manage ? (05:20)
- 14. Musiciens sous contrat, intermittents : recrutement, qualité du travail, évaluation... Le bonheur de jouer (03:47)
- 15. Comment sait-on si l'on a contribué à créer du « Beau » ? Quand la magie opère... (06:23)
- 16. Le parcours du chef : trois révélations sur la beauté (05:35)
- 17. Qui « s'occupe » du chef d'orchestre, qui écoute ses doutes, lui permet d'évoluer ? (05:03)
- 18. Comment s'apprend la gestique du chef : est-elle universelle, individuelle, fonction des cultures d'orchestre ? (04:32)
- 19. Le charisme du chef d'orchestre : peut-il être écrasant ? (03:53)
- 20. Le « génie » du chef d'orchestre, le 1% d'indicible : peut-on quand même en parler, l'approcher ? (03:09)

### Les Mots-clefs :

Management, direction orchestre, collectif travail, dirigeant

Vidéo séquencée n° 202  
© Pratiques & Stratégies - octobre 2016

Questions, commentaires, renseignements ? : Université ouverte des compétences, [uodc@uodc.fr](mailto:uodc@uodc.fr).  
Pratiques & Stratégies - 509 211 959 R.C.S PARIS - 42, rue Monge 75005 Paris - Déclaration d'activité de formation : N° 11 75 45765 75.

## Souffrance au travail, RPS, épuisement

L'état des lieux, les ressources pour agir

**Marie Pezé**

Docteure en psychologie, psychanalyste et experte judiciaire



### Pourquoi les femmes et les hommes travaillent quand le travail fait mal ?

**Marie Pezé** a créé la première consultation « Souffrance et travail » en 1997 au Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre. Il en existe aujourd'hui cent.

« Je reçois Éliane, jeune femme de 34 ans, que son médecin du travail, inquiet de sa fatigue lors de sa visite annuelle, pousse à consulter dans une consultation spécialisée. Je suis inquiète, très vite, devant des empreintes physiques visibles, des cernes, un épuisement palpable. (...) ».

C'est le début de l'un des récits de Marie Pezé : elle écoute depuis près de trente ans des femmes et des hommes qui ne vont pas bien au travail...

### Les Séquences :

- 1. De la caissière au cadre supérieur : le corps « inoxydable » que nous demande l'organisation du travail (05:23)
- 2. Résister au chaos dans le travail, construire des savoirs pluridisciplinaires pour agir (04:20)
- 3. Casser les collectifs, séparer les gens : les données de guides de management devenues réalité (04:14)
- 4. Le travail : le plus grand pacificateur individuel et social. Quand il n'est pas en mode dégradé (05:10)
- 5. Casser la solitude et la désolation : soigner nos cécités, utiliser le Code du travail (04:30)
- 6. Face aux burn out de cerveaux « cramés » : entreprendre la déconstruction de la peur (02:57)
- 7. Souffrance au travail : pourquoi cela a-t-il d'abord concerné les femmes ? (05:01)
- 8. Que faire sur son lieu de travail face à un risque psychosocial avéré ? (04:42)
- 9. RPS : les points d'appui que donnent le Code du travail et la jurisprudence (Renault, SNECMA...) (04:23)
- 10. Depuis trente ans, où est passé le temps qui permettait de « bien faire son travail » ? (04:08)
- 11. Un lean management si parfait... et des cadres qui craquent : quand le top management arrive à la consultation (03:24)
- 12. Risques psychosociaux : le bilan de compétences peut-il tirer les gens d'affaire ? (02:06)
- 13. L'expression « souffrance au travail », avec la recherche de la « faute » ne bloquent-elles pas le dialogue social ? (03:40)
- 14. La souffrance au travail fait-elle peur à l'entreprise ? Le gâchis humain du stress au travail (05:10)
- 15. Les managers peuvent-ils se dédouaner de leurs responsabilités dans les RPS ? (06:01)
- 16. Le travail jusqu'à la mort : ce qui s'est passé au technocentre de Renault (10:11)
- 17. Repérer les zones aveugles et les virages ratés : ce pourquoi il faut étudier les histoires douloureuses (03:00)
- 18. À quand un lieu pour parler du travail réel dans les entreprises et les organisations ? (02:42)

### Les Mots-clefs :

Psychopathologie travail, clinique travail, prévention risque

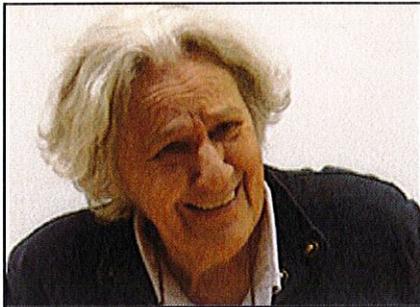
Vidéo séquencée n° 2187  
© Pratiques & Stratégies - octobre 2015

Questions, commentaires, renseignements ? : Université ouverte des compétences, [uodc@uodc.fr](mailto:uodc@uodc.fr).  
Pratiques & Stratégies - 509 211 959 R.C.S PARIS - 42, rue Monge 75005 Paris - Déclaration d'activité de formation : N° 11 75 45765 75.

## Comment faire travailler ensemble des personnes pour produire une œuvre ?

**Ariane Mnouchkine**

Metteuse en scène de Théâtre, animatrice du Théâtre du Soleil



« Pour maintenir ensemble des peuples, il te faut faire des œuvres. » La Bhagavad Gita.

**L'histoire dans laquelle Ariane Mnouchkine inscrit son travail est millénaire.** Depuis un demi-siècle, avec sa troupe du Soleil, elle crée des œuvres de théâtre prodigieuses.

**Comment faire travailler au mieux des personnes pour produire ensemble une œuvre commune pourrait être le travail de beaucoup d'entre nous.** Comment travaille Ariane Mnouchkine pour que des personnes venant du monde entier, régulièrement renouvelées, créent ces merveilles...

### Les Séquences :

- 1. Ariane Mnouchkine à l'UODC : pour tenir ensemble il nous faut faire des œuvres (04:09)
- 2. Le Théâtre du Soleil : un modèle social fondé sur la qualité du travail ? (03:54)
- 3. La naissance du Soleil : pas question de travailler dans le déplaisir, dans un sérieux morne, dans une avarice de sentiment (04:42)
- 4. Une fabrique au quotidien : 80 personnes de 19 à 75 ans, 24 nationalités, 20 langues (04:32)
- 5. Une règle absolue : ne pas infecter le lieu du travail avec les conflits de personnes. Sortir sur la pelouse ! (04:30)
- 6. Les guerres civiles du quotidien, dans l'entreprise, comme dans l'espace public (05:09)
- 7. Trouver l'efficacité, c'est moins de fatigue. L'efficacité sans moelleux, c'est douloureux (05:08)
- 8. Il y a toujours quelque chose qui se déglingue à un moment donné... (05:43)
- 9. La condition du merveilleux, c'est le concret (04:34)
- 10. Fabriquer de l'énergie et de l'implication : c'est rentable ! (02:03)
- 11. Dans l'entreprise comme dans la cité, c'est la beauté qui sauvera le monde. Le problème c'est de l'avoir oublié... (02:32)
- 12. Le métier, ce n'est pas seulement de jouer, c'est de tout faire pour que l'œuvre soit (04:56)
- 13. Le mot le plus précieux pour Ariane Mnouchkine au cours de ses 51 ans d'aventures ? (0:00:31)
- 14. Des centaines de demandes de stage au Soleil : qu'est-ce qui fait dire oui ? (01:51)
- 15. Comment le Soleil se débrouille de la « gestion des âges » ? (03:45)
- 16. Du théâtre à l'entreprise : à quel moment produit-on une œuvre ? (04:50)
- 17. Reconnaître quand c'est là : l'improvisation travaillée plutôt que la maîtrise (04:40)
- 18. Quand est-ce que c'est du théâtre ? La métaphore de la vie, la chair de poule... (03:36)
- 19. Accepter le leadership de quelqu'un qui ne sait pas tout : rires et désaccords (04:14)
- 20. Le management d'un collectif de travail : des fauves, des précautions, de l'œuvre (06:18)
- 21. Transférer son entreprise pour sauvegarder son dynamisme. Le Soleil après Ariane... (03:26)
- 22. Contre la routine, remettre l'œuvre dans la vie (05:12)

### Les Mots-clefs :

Collectif travail, organisation travail, théâtre

Vidéo séquencée n° 178  
© Pratiques & Stratégies - avril 2015

Questions, commentaires, renseignements ? : Université ouverte des compétences, [uodc@uodc.fr](mailto:uodc@uodc.fr)  
Pratiques & Stratégies - 509 211 959 R.C.S PARIS - 42, rue Monge 75005 Paris - Déclaration d'activité de formation : N° 11 75 45765 75.

## Transformer la pression sur les cadres de proximité L'expérience des cadres de santé

Paule Bourret

Cadre de santé et formatrice



L'encadrement de proximité, « de première ligne », intermédiaire, ce sont les personnes qui sont au plus près de ceux qui font le travail.

**Tous ces cadres se disent « entre le marteau et l'enclume ».** Ils doivent faire appliquer des règles de plus en plus prescriptives. Règles qui sont de plus en plus éloignées de la réalité du travail. Et règles que beaucoup de personnes encadrées transgressent, pour pouvoir bien faire leur travail. Rendre compte, et puis contrôler.

Les cadres de proximité sont mis dans une situation où ils ont du mal à regarder le travail des subordonnés. Ils ont du mal à le voir.

Et quand ils l'ont regardé et vu, ils ont beaucoup de mal à le traduire (vers le « haut »), à cause des contraintes...

### Les Séquences :

- **Extrait découverte.** Renforcer la prescription pour améliorer la qualité du travail ? (01:13)
- 1. Renforcer la prescription pour améliorer la qualité du travail ? (05:39)
- 2. Comment et pourquoi les cadres trichent avec les procédures ? La pratique du prélèvement sanguin (05:10)
- 3. Cinq facteurs de pression sur les cadres intermédiaires (05:04)
- 4. Comment faire fonctionner des organisations éloignées du travail réel, et qui se veulent parfaites ? (04:49)
- 5. Les difficultés pour l'encadrement : « Voir », « regarder », « traduire » le travail (02:14)
- 6. Premier obstacle : l'invisibilité du travail (03:44)
- 7. Deuxième obstacle : la croyance dans la prescription pour améliorer le travail (03:28)
- 8. Troisième obstacle : l'escamotage du débat en collectif sur le travail réel (01:47)
- 9. Quatrième obstacle : dire le travail réel... c'est risqué (01:46)
- 10. Parler en collectif du travail réel : le chantier à ouvrir pour les cadres de proximité (02:12)
- 11. Transparence, visibilité... : Un danger pour les professionnels à livrer ce qui fait le cœur de leur activité ? (rebond 1) (03:45)
- 12. Créer des lieux de régulation sur le travail à l'hôpital : un exercice difficile (rebond 2) (03:28)
- 13. Faire émerger toutes les « pratiques clandestines » pour reprendre la main sur son travail (rebond 3) (02:51)
- 14. Erreurs, accidents, judiciaire... : rechercher des coupables ou améliorer l'organisation ? (rebond 4) (04:57)
- 15. La formation peut-elle aider à lever les difficultés des cadres ? (rebond 5) (02:41)
- 16. La pression sur les cadres : la faute aux usagers ? (rebond 6) (04:17)
- 17. Rendre le travail « visible » : pour qui, pour quel usage ? (rebond 7) (01:36)
- 18. L'alternative à la sur-prescription : retrouver du collectif dans des formes nouvelles de travail (rebond 8) (03:07)
- 19. Règles, procédures, contrôles : « faire le ménage » à l'hôpital, mais avec les professionnels (rebond 9) (02:30)

### Les Mots-clés :

Cadre, encadrement intermédiaire, secteur santé, hôpital, encadrement infirmier, collectif travail, analyse travail

© Pratiques & Stratégies - juin 2013