

**MOTS CLÉS**

Cadres de santé  
Parole sur le travail  
Régulation sociale  
Coopération  
Changement  
organisationnel  
Management



# dossier

**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 BENCHÉRIF**  
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 Nascimentao [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 capacitantes », 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 clinique se capte ce qui est subi, et 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