HAL
open science

Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Étude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malades de "gestionnite"

Anouk Grevin

To cite this version:

Anouk Grevin. Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Étude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malades de "gestionnite". Gestion et management. Université de Nantes, 2011. Français. NNT : . tel-00683586

HAL Id: tel-00683586

https://theses.hal.science/tel-00683586

Submitted on 29 Mar 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NANTES

INSTITUT D'ECONOMIE ET DE MANAGEMENT DE NANTES – IAE

ÉCOLE DOCTORALE DROIT ÉCONOMIE GESTION ENVIRONNEMENT SOCIÉTÉ ET TERRITOIRES

Année 2011

N° attribué par la bibliothèque

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANTES

Discipline : Sciences de Gestion

présentée et soutenue publiquement par

Anouk GREVIN

le 7 décembre 2011

Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don

Étude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malades de « *gestionnite* »

JURY

Directeur de thèse : Mathieu DETCHESSAHAR, Professeur à l'Université de Nantes

Rapporteurs : Christophe BARET, Professeur à l'Université d'Aix Marseille

Jean-Claude SARDAS, Professeur à l'École des Mines ParisTech

Suffragants : Jean-François CHANLAT, Professeur à l'Université de Paris-Dauphine

Luigino BRUNI, Professeur à l'Université de Milano-Bicocca

Président du jury : Benoît JOURNÉ, Professeur à l'Université de Nantes

Laboratoire d'Économie et de Management de Nantes-Atlantique

Institut d'Économie et de Management de Nantes – IAE

IEMN-IAE - Ch. de la Censive du Tertre - BP 52231 - 44322 NANTES Cedex 3 - FRANCE - Tel : 0240141717 - Fax : 0240141700

L'université de Nantes n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements et ma profonde reconnaissance à tous ceux qui ont contribué directement ou indirectement à cette thèse et à ce que je suis aujourd'hui.

Tout d'abord merci à vous, Mathieu Detchessahar, d'avoir accepté d'encadrer mon travail de thèse. Dès mon entrée en Master, vous m'avez encouragée, accueillie dans votre équipe et suivie pas à pas. Vous m'avez fait bénéficier d'un véritable compagnonnage, me stimulant sans cesse par des échanges dont je garde un souvenir inoubliable. Je vous remercie pour vos conseils, vos relectures attentives, votre disponibilité patiente et la délicatesse avec laquelle vous m'avez guidée vers ce qui me tenait à cœur.

Mes remerciements vont également à Christophe Baret et Jean-Claude Sardas, d'avoir bien voulu être les rapporteurs de ce travail, ainsi qu'à Jean-François Chanlat et Luigino Bruni de me faire l'honneur de prendre part à ce jury et à Benoît Journé d'en assurer la présidence.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance à l'équipe de recherche SORG ainsi qu'à tous les membres du LEMNA. Les riches échanges lors des réunions du laboratoire ont largement contribué à m'initier à la recherche et à m'en donner la passion. Un merci spécial à Arnaud Stimec pour sa collaboration dans l'intervention à la clinique Grandsoin. Je tiens à remercier aussi l'équipe de l'IEMN-IAE et en particulier Hélène Journé et Cathy Khromer, avec qui j'ai partagé le plaisir de l'enseignement auprès des étudiants de MSG.

Un merci tout particulier revient aux membres du GRACE, au premier rang desquels Pierre-Yves Gomez et Mathieu Detchessahar, mais aussi Lionel Honoré et Benoît Journé, pour leurs précieuses réflexions notamment lors du dernier séminaire sur le don et la gratuité, auquel l'aboutissement de ce travail doit beaucoup.

Ma profonde reconnaissance revient à Chiara Lubich, à qui je dois d'être aujourd'hui dans cette voie et dont les apports ont largement inspiré mes réflexions, ainsi qu'à l'équipe de recherche qui poursuit aujourd'hui son travail. Merci tout spécialement à Luigino Bruni pour ses encouragements et nos échanges passionnants, et aux membres de son groupe. Mes pensées vont aussi à ceux qui tentent de donner vie chaque jour dans leur entreprise aux principes d'une économie du don.

Je suis bien sûr très redevable aux équipes des établissements Beausoin et Grandsoin qui nous ont ouvert leurs portes, aux membres de la direction, à tous ceux qui ont donné de

leur temps en entretien, qui ont participé aux groupes de travail ou ont accepté ma présence en observation. Cette thèse n'existerait pas sans leur accueil bienveillant.

Je tiens à mentionner que ce doctorat n'aurait pas non plus été possible sans le financement de la Région Pays-de-la-Loire qui m'a accordée une allocation de thèse de trois années.

Mon travail a également bénéficié des interactions avec des chercheurs et doctorants d'autres disciplines à la Maison des sciences de l'homme Ange Guépin. Merci à l'administration de la MSH de m'avoir offert de si bonnes conditions de travail et à ceux avec qui j'ai partagé cette aventure, à commencer par Eva et Malak, mes collègues de bureau.

Un grand merci à toute l'équipe des (ex-)doctorants du LEMNA : Sibylle, Paul, Alexandre, Véronique, Stéphanie, Maroua, Caroline, Mickaël, Amandine, Alice... Une mention particulière à mes fidèles relectrices, Véronique et Stéphanie, pour votre amitié et pour les moments de « bouillonnement » sur nos recherches respectives. Merci aussi aux secrétaires du laboratoire, Anne-Claire et Isabelle, qui nous assistent avec tant de gentillesse.

Je voudrais enfin remercier du fond du cœur tous ceux qui m'ont accompagnée au long de ces années, mes parents, mes proches et tous les amis avec qui j'ai pu partager cette expérience. Une pensée spéciale au groupe des jeunes (ils se reconnaîtront) qui en ont vécu avec moi toutes les étapes.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....9

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET CADRAGE THEORIQUE 21

CHAPITRE 1 – LE TOURNANT GESTIONNAIRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ..... 23

1. LES VAGUES DE REFORMES DU SYSTEME DE SANTE 27
2. L'INTRODUCTION DES OUTILS GESTIONNAIRES DANS LA SANTE..... 33
3. L'IMPACT DU TOURNANT GESTIONNAIRE SUR LE TRAVAIL..... 41
4. LES PROFESSIONNELS DE SANTE FACE A LA MONTEE DES CONTRAINTES..... 45

CHAPITRE 2 – MAL-ÊTRE AU TRAVAIL ET DÉGRADATION DE L'ACTION COLLECTIVE..... 55

1. L'ACTUALITE DE LA QUESTION DE LA SANTE AU TRAVAIL 58
2. LES CADRES THEORIQUES DE REFERENCE SUR LA SANTE AU TRAVAIL..... 66

CHAPITRE 3 – LES RESSORTS DE L'ENGAGEMENT DANS LA REGULATION COLLECTIVE..... 91

1. LE TRAVAIL COMME « *ACTIVITE DE REGULATION* » 94
2. QUAND LA DYNAMIQUE DU DON APPARAIT DANS L'ORGANISATION 111

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET TERRAINS 147

CHAPITRE 4 – LA RECHERCHE-INTERVENTION COMME APPRENTISSAGE DE LA DISCUSSION. 149

1. LES PRINCIPES METHODOLOGIQUES.....152
2. LE DISPOSITIF DE RECHERCHE-INTERVENTION A L'EPREUVE DU REEL.....164
3. QUELQUES REFLEXIONS SUR LA DEMARCHE.....194

CHAPITRE 5 – BEAUSOIN, UNE ORGANISATION MALADE DE « *GESTIONNITE* » 207

1. UN CENTRE DE SOINS DE SUITE A LA POINTE 210

2. INNOVATION PERMANENTE ET ACTIVISME MANAGERIAL FACE AUX CONTRAINTES. 214

3. L'IMPACT SUR LE TRAVAIL DES EQUIPES 226

4. LA DIFFICILE SORTIE DES PIEGES DE LA « *GESTIONNITE* » 255

CHAPITRE 6 – GRANDSOIN, LA RÉGULATION EMPÊCHÉE 265

1. UN OUTIL DE TRAVAIL REMARQUABLE 268

2. UN CLIMAT SOCIAL TRES DEGRADE 273

3. UN TRAVAIL TRES CADRE, CONSTAMMENT DESORGANISE 280

4. LES EQUIPES SOUS TENSION 296

5. LE ROLE INTENABLE DES CADRES DE PROXIMITE 309

6. UNE ISSUE DOUBLEMENT INATTENDUE 319

TROISIEME PARTIE : RESULTATS ET DISCUSSION 327

CHAPITRE 7 – QUAND L'HYPER-RATIONALISATION DÉTRUIT L'ECHANGE… 329

1. LA « *GESTIONNITE* » : UN EMBALLEMENT DU CONTROLE 333

2. QUAND LA REGULATION CONJOINTE FAIT DEFAUT… 353

3. LA RECONNAISSANCE MISE A MAL 376

CHAPITRE 8 – L'ENJEU DE LA RECONNAISSANCE DES DYNAMIQUES DE DON 397

1. LE MAL-ETRE AU TRAVAIL, UN MALAISE DU DON 400

2. LE ROLE DU MANAGEMENT DANS LE SOUTIEN DES DYNAMIQUES DE DON 418

CONCLUSION 441

ANNEXES 451

BIBLIOGRAPHIE 485

TABLE DES MATIÈRES 511

INTRODUCTION

« *L'empreinte anthropologique du travail sur nos vies vaut bien qu'on lui consacre au moins autant d'attention que celle qu'on dit vouloir accorder à l'empreinte écologique sur la nature.* » Y. CLOT (2010, p. 38)

Cette thèse vise à étudier l'impact sur la santé au travail des transformations du management des établissements de santé et propose, à partir de deux recherches-interventions, de mettre en évidence l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Le malaise au travail serait-il une affaire de don ? Voilà une proposition qui n'a rien d'évidente en sciences de gestion et qui peut sembler pour le moins paradoxale, sinon tout à fait idéaliste. C'est pourtant la thèse que nous souhaitons soutenir. En quoi le don peut-il être d'une quelconque utilité au management, au moment où la logique gestionnaire semble pénétrer partout et structurer désormais toute activité ?

Tout en nous inscrivant pleinement dans le champ de la santé au travail, nous suggérerons une approche originale qui invite à porter un regard différent sur le travail, prenant ses distances avec une vision doloriste souvent construite sur son étymologie latine évoquant la peine, le labeur. Nous rapporterons dans nos recherches des expressions de mal-être mais plus encore d'engagement dans une activité qui semble tenir fortement « *à cœur* » (CLOT, 2010) aux personnes rencontrées. Travail rime aussi avec don de soi, un don gratuit dont l'organisation ne sait parfois que faire, alors que précisément elle en a tant besoin (ALTER, 2009).

Le paradoxe du don, sur lequel nous reviendrons amplement dans cette thèse, tient au fait que, même s'il est gratuit, il appelle à être reçu, reconnu, il a pour finalité la relation (GODBOUT, 1992). Il est essentiel au travail : il est au cœur de l'engagement dans la coopération, dans l'activité de régulation collective qui fait la compétence des équipes et leur capacité à faire face à l'imprévu, lorsque les règles et les procédures ne suffisent plus. Le don est ce que chacun investit pour faire de son activité un « *beau travail* » (DEJOURS, 2008). Il n'y a pas de travail et encore moins de performance sans une part de don. La grève du zèle en est le signe : les règles seules ne suffisent pas à faire fonctionner une organisation. Il faut y mettre du sien.

Or le don ne se décrète pas, il ne se prescrit pas, il ne peut qu'être libre et spontané. S'il ne cherche pas l'équivalence, il se nourrit cependant de la réciprocité de l'échange, de la relation qu'il a pour objet de construire (BRUNI, 2010). Il est gratuit et pourtant aspire à savoir qu'il a été reçu, sans quoi il en vient à perdre son sens et s'épuise. La plainte du manque de reconnaissance, récurrente lorsque s'exprime une souffrance au travail, serait selon nous un appel à la reconnaissance du don, la demande d'un signe de réciprocité de ceux qui représentent l'organisation. Le management est ici directement convoqué.

Nous proposons de lire le malaise au travail comme un malaise du don, l'expression d'un dialogue de sourds, d'une dynamique de don brisée qui ne parvient pas à construire une régulation conjointe (REYNAUD, 1988) et rend par conséquent le travail de plus en plus laborieux et douloureux.

Dans leur course à l'hyper-rationalisation, certaines logiques gestionnaires ont fait disparaître les espaces de régulation, de discussion sur le travail, essentiels à la santé au travail précisément parce qu'ils sont les espaces privilégiés de l'expression de la reconnaissance. Le « *tournant gestionnaire* » des établissements de santé a ainsi empêché les dynamiques de don et avec elles le travail lui-même et sa régulation.

Nous ne pouvions cependant en rester au constat, remarquablement posé par N. ALTER (2009), de la difficulté du management à prendre en compte le don. La recherche en gestion telle que nous l'entendons doit avoir pour responsabilité de donner des clés aux managers pour inventer des modes de gestion plus « *soutenables* » et favorables à la santé au travail. C'est pourquoi notre analyse nous a amenée à nous interroger systématiquement sur le rôle du management, et en particulier de l'encadrement de proximité, pour « *désempêcher* » et même soutenir les dynamiques locales de régulation conjointe, que nous avons identifiées comme les espaces privilégiés de la reconnaissance et donc du don. Et nous verrons que « *désempêcher* » les dynamiques de don supposera de « *désempêcher* » d'abord le management lui-même.

Les enjeux sont considérables. Près d'un salarié sur quatre serait exposé à des conditions de travail susceptibles de dégrader sa santé ; le « *stress* » serait responsable de 50 à 60 % de l'absentéisme dans les entreprises européennes. On évoque un coût global qui pourrait aller jusqu'à 3 à 5 % du PIB.[1]

Fin 2009, au plus fort de la médiatisation des suicides chez France Telecom, le ministre du travail décidait d'imposer l'obligation à toutes les entreprises de plus de mille salariés d'ouvrir des négociations sur le stress et les risques psychosociaux et de conclure un accord. En quelques mois ce fut fait, souvent sans prendre le temps d'une véritable analyse. Par conséquent, quatre accords sur cinq sont des accords de méthode prévoyant simplement la mise en place d'un diagnostic. « *Force est de constater que rares sont les accords qui comportent un engagement précis de la direction ou précisent les modalités de son implication* », déplore le rapport de la Direction générale du travail, analysant en avril 2011 les 250 accords déclarés[2]. L'information et la participation des salariés ne sont

[1] Informations disponibles sur les sites de l'INRS, de l'ANACT et du BIT, repris dans divers articles de presse grand public.

[2] Cf. http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Bilan-des-accords-RPS-signes-dans.html (D.G.T., 2011).

quasiment jamais envisagées. Aucun des accords signés ne contient de programme d'action précis pour la prévention des risques psychosociaux et lorsque des pistes sont envisagées, c'est sur le registre de la formation du personnel d'encadrement à la détection des salariés en souffrance et à leur orientation vers des relais compétents. Les enjeux collectifs ou organisationnels ne sont que très rarement évoqués.

Nul doute qu'il est aujourd'hui indispensable de mettre en place des moyens pour prendre en charge les salariés fragilisés qui n'arrivent plus à faire face à la pression du travail. Mais agir sur ce seul registre n'est pas suffisant. Depuis plus de vingt ans maintenant, les recherches de diverses disciplines confirment le rôle déterminant des conditions organisationnelles et managériales dans la préservation ou la dégradation de la santé au travail. C'est donc de ce côté-là qu'il convient de rechercher des solutions qui ne soient pas uniquement palliatives.

Les directions sont bien souvent démunies face à l'ampleur des problèmes. Elles préfèrent faire appel à la compétence de psychologues du travail, qui leur apparaissent plus aptes à saisir ces phénomènes dans toute leur complexité humaine et à proposer une prise en charge pertinente, non seulement individuelle mais aussi collective. Affronter la question et identifier ce qui, dans les fondements même de la logique gestionnaire, est susceptible de provoquer un tel malaise, suppose d'ouvrir la porte à une remise en cause profonde qui pourrait s'avérer trop engageante. Les managers de tous niveaux sont eux-mêmes soumis à une forte pression qui ne les incite pas à analyser de la sorte leurs pratiques. Nous n'hésiterons pas ici à interroger jusqu'à l'axiomatique implicitement portée dans les théories des organisations et la vision anthropologique qu'elles véhiculent.

Nous chercherons à comprendre en profondeur la manière dont le « *tournant gestionnaire* » a pénétré dans un champ où ses effets sont particulièrement sensibles : celui des établissements de santé. Plus encore peut-être que dans d'autres secteurs, on perçoit combien la logique gestionnaire est susceptible de heurter la culture du soin, dans des métiers on l'on ne peut concevoir de ne pas tout mettre en œuvre lorsque des vies sont en jeu et où gestion résonne souvent comme restrictions financières et soumission à des considérations économiques.

Les discours officiels aiment à rappeler que le système de santé français est considéré comme le meilleur au monde[3]. Pourtant, on ne compte plus les titres dans la presse alertant sur « *l'état d'urgence* »[4] du système et le malaise de ses acteurs. Les analyses

[3] Le « rapport sur la santé dans le monde » de l'OMS en 2000 classe la performance globale du système de santé français au premier rang mondial (O.M.S., 2000, p. 175).

[4] Titre de l'Expansion de mai 2009 n° 741.

pointent « *la crise des professions de santé* » (DE KERVASDOUÉ, 2003), « *le malaise des soignants* » (SAINSAULIEU, 2003) ou en appellent à « *soigner l'hôpital* » (HART et MUCCHIELLI, 1994).

La « *gestion* » est souvent directement incriminée par les soignants. « *On n'a peut-être jamais autant associé le mot management à toutes les évolutions et réformes du secteur, comme en témoigne le recours régulier aux termes de performance, évaluation, rationalisation. Pourtant, la masse critique des travaux sur le sujet reste relativement faible* », observe E. MINVIELLE (2009, p. 35). C'est à ce déficit de recherche en management sur les transformations du secteur de la santé et leur impact sur le travail des salariés que voudrait entre autres répondre cette thèse.

Pour ce faire, nous situerons notre étude dans un champ bien précis : celui des établissements de santé privés. Si les recherches sur l'hôpital sont plus nombreuses, celles portant sur des établissements privés sont rares. D. PIOVESAN recense dix thèses avant la sienne (2003) portant spécifiquement sur les cliniques privées, auxquelles il convient d'ajouter tout dernièrement celle de S. MAINHAGU (2010a). Nous avons également identifié une thèse relativement récente portant sur l'identité des hôpitaux non lucratifs participant au secteur public hospitalier (GABOURIN, 2008). Les établissements privés sont pourtant touchés eux aussi par la problématique du malaise au travail (LE LAN, 2004).

La question de recherche qui a émergé est alors la suivante : ***Quel est, dans les établissements de santé privés, l'impact du tournant gestionnaire sur le vécu au travail des salariés ?*** De cette première question, en découle immédiatement une autre : ***Quelles seraient, dans ces établissements, les conditions organisationnelles et managériales favorables à la construction de la santé mentale au travail ?***

Parce que la recherche en gestion telle que nous l'entendons ici ne se conçoit pas sans une dimension pratique et ambitionne que les connaissances qu'elle produit puissent être actionnables (HATCHUEL, 2005), la démarche adoptée a été celle de la recherche-intervention, qui se veut un espace à la fois d'expérimentation, de co-construction et d'apprentissage du modèle managérial proposé.

C'est ensuite dans l'interaction entre les données empiriques et les modèles théoriques disponibles qu'ont émergé et que se sont progressivement construits à la fois le cadre conceptuel utilisé et la « *thèse* » proposée. Dès le départ, nous avions posé comme hypothèse, à la lecture de la littérature sur la santé au travail et sur le tournant gestionnaire dans les établissements de soin, le rôle primordial des « *espaces de discussion* » (DETCHESSAHAR, 2001 ; 2003) sur le travail, permettant d'élaborer collectivement des compromis face aux contradictions et aux contraintes de l'activité.

Et c'est précisément ce que le premier terrain mettra en évidence avec force, révélant ce que nous avons qualifié de « *gestionnite* » pour signifier la dimension quasi pathologique de la course à l'hyper-régulation gestionnaire conduisant le management à délaisser le travail d'organisation au niveau local. La seconde recherche-intervention viendra confirmer l'analyse et mettra en lumière de quelle manière les processus de rationalisation gestionnaire tels qu'ils ont été mis en œuvre en sont venus à empêcher la coopération et le soutien des équipes par le management de proximité, facteurs pourtant identifiés comme déterminants de la santé au travail. Nous constaterons en effet sur les deux terrains que le tournant gestionnaire contribue non seulement à faire disparaître les espaces de discussion sur le travail, mais également à dégrader les dynamiques de confiance et de coopération sur lesquelles se fonde la mise en débat.

Cela nous conduira à nous intéresser à un niveau très micro aux dynamiques relationnelles entre les acteurs. Nous chercherons à approcher au plus près ce qui sous-tend la régulation locale et les conditions dans lesquelles les espaces de discussion sur le travail sont susceptibles de devenir des lieux de production de solutions productives communes et de compromis de sens permettant de faire face aux contradictions rencontrées.

Si la plainte récurrente des salariés d'un manque d'écoute et de communication peut s'expliquer par la disparition des espaces de parole sur le travail, la question de la reconnaissance, systématiquement invoquée dans les situations de mal-être au travail, est plus complexe à déchiffrer. C'est à travers les approches sociologiques par le don que nous trouverons une grille de lecture particulièrement féconde pour interpréter les dynamiques observées et identifier ce qui permet que l'engagement dans le travail soit vécu de manière positive et ce qui inversement suscite ou alimente le sentiment d'un manque de reconnaissance et une défiance vis-à-vis de l'organisation.

Le souci de trouver des réponses organisationnelles et managériales à des questions de mal-être au travail que l'on ne peut cantonner sur le registre individuel suppose d'opter pour un regard qui prenne toujours en compte les différents niveaux : à la fois le niveau local le plus micro des interactions entre les acteurs, mais aussi celui des contraintes économiques macro pesant sur le travail et, enfin, de manière centrale, celui du management, tant du point de vue de la direction générale, responsable de donner les moyens nécessaires, que de celui des managers intermédiaires encadrant les équipes. C'est une exigence que nous retrouverons tout au long de ce travail.

*

La thèse est construite de la manière suivante.

Conformément aux canons de la recherche académique et afin de faciliter la lecture, nous adopterons la structure classique des thèses, supposant la rationalisation *a posteriori* d'un cheminement qui dans la réalité prend plus la forme d'une exploration et d'un entremêlement de découvertes successives que n'en laisse paraître la rédaction finale. Nous présenterons ainsi dans une première partie le contexte et le cadrage théorique de la recherche, puis dans une deuxième partie les recherches empiriques conduites et enfin, dans une troisième partie, les résultats que nous discuterons à partir du cadre conceptuel initial.

La **première partie** aura donc pour objet de situer le contexte de la recherche, celui des établissements de santé et du tournant gestionnaire qui les traverse et de situer, dans le champ des recherches sur la santé au travail, le cadre conceptuel mobilisé, construit à partir d'une part des travaux sur la théorie de la régulation sociale et de diverses approches sur le don d'autre part.

Dans un **premier chapitre**, nous commencerons par tracer les grandes lignes des évolutions majeures du secteur sanitaire. Nous verrons comment, au cours des réformes qui se sont succédées, on est passé en moins de deux décennies d'un mode de fonctionnement où les médecins disposaient d'une grande liberté dans les soins à un système de tarification à l'activité, limitant les dépenses sur la base des actes produits. L'évaluation externe s'est imposée, au travers notamment des démarches d'amélioration de la qualité sanctionnées par l'accréditation/certification désormais obligatoire dans tous les établissements de santé. La nécessité de surveiller les coûts a engendré l'utilisation d'un nombre croissant d'outils de gestion qui ont accru encore l'intensification du travail, déjà engagée par l'augmentation de l'activité conjuguée à la réduction des durées de séjour. Ces évolutions rapides ne sont pas sans transformer profondément le travail des soignants. Au travers de diverses recherches sur le sujet, nous verrons comment ce tournant gestionnaire est perçu par les professionnels de santé et quel est son impact sur leur activité quotidienne. Si les outils en eux-mêmes peuvent potentiellement se révéler des occasions d'apprentissage d'un dialogue entre fonctions différentes, permettant une meilleure prise en compte des contraintes tant économiques et organisationnelles que médicales, bien souvent ils ne s'accompagnent pas des conditions permettant une telle discussion et sont donc perçus comme une source de pression et de conformation plutôt que comme un instrument de connaissance permettant l'action (MOISDON, 1997).

Dans un **deuxième chapitre**, nous élargirons notre regard pour considérer la problématique de la santé au travail dans son ensemble et les outils permettant de l'appréhender. Après un rapide panorama de l'ampleur du malaise au travail actuel et de

la diversité des mots pour l'exprimer, nous présenterons quelques uns des principaux modèles théoriques de référence dans le domaine. Nous rapporterons plusieurs recherches qui ont mis en évidence les déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail et pointé les configurations les plus délétères. Les deux modèles les plus souvent mobilisés aujourd'hui pour analyser les facteurs psychosociaux soulignent le rôle essentiel de l'autonomie dans le travail, du soutien social (KARASEK et THEORELL, 1990) et de la reconnaissance (SIEGRIST, 1996). Nous nous intéresserons tout particulièrement aux approches cliniques issues de la psychologie du travail qui proposent d'analyser l'activité en train de se faire et de redonner du pouvoir d'agir aux acteurs par le développement de la controverse sur le travail (DEJOURS, 2009 ; CLOT, 2008). Ces perspectives rejoignent en ce sens l'approche de l'étude « *Santé, organisation et ressources humaines* »[5] (DETCHESSAHAR, 2009a) dans laquelle s'inscrit cette thèse, qui a choisi comme clé d'entrée de la santé au travail l'analyse des espaces de discussion permettant de mettre en débat le travail et ses règles afin de construire collectivement des solutions productives et des compromis de sens.

Ces différentes approches rejoignent les études sur l'impact du tournant gestionnaire sur le travail des professionnels de santé en ce qu'elles soulignent la nécessité de mettre en place et de garantir les conditions d'un soutien social fort, tant de la part du collectif de travail et du métier que de la part de la hiérarchie. C'est pourquoi nous nous doterons d'un cadre conceptuel permettant d'analyser les dynamiques collectives de la régulation locale, qui fera l'objet du **troisième chapitre**. Nous mobiliserons la théorie de la régulation sociale de J-D. REYNAUD afin d'identifier à la fois les processus de régulation autonome mis en œuvre par les acteurs pour s'approprier les contraintes et réaliser « *malgré tout* » un travail de qualité, mais aussi la manière dont ceux-ci se conjuguent ou non avec les règles de contrôle exogènes, pour former des compromis aboutissant à une régulation conjointe (REYNAUD, 1988). Nous mettrons en évidence la nécessité d'analyser le rôle du management de proximité dans ce travail d'organisation quotidien (DE TERSSAC, 2003b) pour faire exister, équiper et animer des espaces de discussion sur le travail (DETCHESSAHAR, 2001). Afin de pouvoir saisir plus finement encore les motifs de l'engagement dans l'activité de régulation collective, nous mobiliserons ensuite les approches par le don (GODBOUT, 1992 ; ALTER, 2009), considérant que le travail comporte une dimension de don irréductible au contrat salarial, en tant qu'il est ingéniosité pour faire face à la résistance du réel et engagement dans la coopération. Nous proposerons une conception relationnelle du don dépassant le don/contre-don maussien (MAUSS, 1924) en posant la réciprocité de la relation comme finalité de la dynamique de don (BRUNI, 2010).

[5] Que nous présenterons brièvement dans le chapitre 2 et plus en détail dans le chapitre 4.

Une telle approche invite à prendre en compte la dimension de la personne et bouscule bon nombre de fonctionnements observés dans les organisations. Elle suppose de penser de nouvelles manières de prendre en compte la dimension de don dans le travail.

Après avoir posé ce qui constituera la grille de lecture pour la suite de notre analyse, nous présenterons dans une **deuxième partie** les recherches empiriques menées dans le cadre de cette thèse.

Nous décrirons tout d'abord dans le **quatrième chapitre** la manière dont se sont déroulées les deux recherches-interventions réalisées. Nous y détaillerons chacune des étapes du *design* de la recherche, depuis l'accès aux terrains, la collecte des données, la co-construction du plan d'action avec les acteurs, jusqu'à la manière dont les connaissances ont été produites à partir de l'analyse des données empiriques et les règles qui ont présidé à leur mise en forme finale. Dans une perspective de réflexivité caractéristique des approches ethnographiques, nous chercherons à interroger les principes au fondement de la démarche. Nous verrons que tout le dispositif de recherche est sous-tendu par une vision de l'organisation fondée sur un « *management par la discussion* » qui révélera effectivement son effet « *capacitant* » (FALZON, 2005), source d'apprentissage par les acteurs d'un nouveau modèle managérial.

Afin de permettre au lecteur de s'immerger dans chacune des deux organisations où s'est déroulée la recherche, nous avons fait le choix de rédiger les deux monographies sous la forme d'un récit, retraçant notre découverte de l'organisation et de ses acteurs, jusqu'aux coups de théâtre finaux que peut réserver la démarche d'intervention. Nous présenterons au **chapitre cinq** un centre de soins de suite privé non lucratif que nous avons nommé *Beausoin*, engagé dans un hyper-activisme managérial visant à faire de la maitrise des outils de gestion une compétence stratégique pour conquérir des marges de manœuvre dans l'environnement ultra-réglementé qui est le sien. Nous y constaterons un sentiment d'abandon et de manque de reconnaissance des équipes, reprochant l'absence du management sur le terrain, une communication défaillante et une défiance généralisée, suscitant démotivation et protestation. Il se révélera extrêmement difficile pour la direction de sortir du cercle vicieux d'une surenchère de l'instrumentation gestionnaire que nous qualifierons de « *gestionnite* ».

La seconde recherche-intervention que nous rapporterons au **chapitre six** se déroula dans une importante clinique privée appelée ici *Grandsoin*, classée parmi les meilleures de France. Nous y trouverons également un climat social très dégradé. Le remarquable travail réalisé pour organiser l'ensemble du processus de soin en vue d'une optimisation de la gestion du flux de patients s'y traduit par une coopération empêchée et des cadres de

proximité absorbés par une activité de régulation invisible et dévalorisée. Au moment même où, à l'issue d'un intense travail avec des acteurs de toutes catégories, nous finissions d'élaborer un plan d'action en vue de restaurer le dialogue et la coopération à tous les niveaux, les médecins-actionnaires décidèrent de restructurer la direction générale et de reprendre en main le management de la clinique, provoquant le départ de tous les membres du comité de direction ayant travaillé au plan d'action. Nous constaterons cependant un an plus tard que l'apprentissage réalisé au cours de l'intervention avait permis à des cadres intermédiaires de le déployer malgré tout dans sa totalité, instaurant un modèle de management fondé sur la discussion et le dialogue.

L'objet de la **troisième partie** est d'expliciter les résultats obtenus dans le cadre de ces deux recherches-intervention et de les discuter à partir des auteurs mobilisés.

Bien que très différentes, les deux recherches empiriques menées présentent des points communs significatifs dont nous présenterons l'analyse au **chapitre sept**. On constate sur les deux terrains étudiés un emballement du contrôle, résultant d'une course à l'excellence et d'une tentation d'hyper-rationalisation. Le management de proximité ne se trouvant plus en mesure d'assurer sa mission, les outils se substituant à la relation et le dialogue disparaissant, c'est la possibilité même d'une régulation conjointe qui se trouve faire défaut dans ces établissements. S'exprime alors, outre le manque d'écoute, une forte demande de reconnaissance, que nous analysons à la fois comme attente que le travail soit vu mais aussi que la personne qui en est l'auteur soit reconnue. Nous montrerons que le sentiment d'une attente déçue peut être lu comme une dynamique de don empêchée, lorsque le don non reçu s'épuise dans une relation sans réciprocité.

Dans le **huitième et dernier chapitre**, nous reviendrons sur l'apport d'une lecture par le don des processus de construction de la santé au travail. Nous verrons que ceux-ci sont indissociables de conditions organisationnelles et managériales favorisant l'existence d'espaces de discussion, scènes d'une authentique régulation conjointe au niveau local, qui soient des espaces de reconnaissance des dynamiques de don. Cela nous conduira à examiner quel peut être par conséquent le rôle du manager dans la reconnaissance et le soutien des dynamiques de don, en vue de proposer quelques premiers éléments d'une ingénierie d'un mode de management capable de faire place au don dans l'organisation.

Nous conclurons en résumant brièvement le chemin parcouru dans cette thèse, en rappelant les résultats produits et en évoquant les implications théoriques et managériales de cette recherche, ses limites et les pistes qu'elle invite à explorer pour poursuivre la réflexion.

PREMIERE PARTIE :

CONTEXTE ET CADRAGE THEORIQUE

DE LA RECHERCHE

CHAPITRE 1 – LE TOURNANT GESTIONNAIRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Lorsqu'on observe nos grands ensembles hospitaliers ultramodernes, il semble loin le temps des salles communes où, sous la direction des religieuses, vaquaient des filles de salle, assurant un peu d'hygiène et une présence auprès des malades, et à qui les médecins montraient comment effectuer les soins à leur place (ARBORIO, 2001). « *L'hôpital de demain sera, pour ce qui est de son architecture, plus proche d'un aéroport que d'un hôtel* », affirmait il y a quelques années déjà l'ancien Directeur des hôpitaux (DE KERVASDOUÉ, 2007, p. 36). On n'en est effectivement pas loin, dans certains services ambulatoires où les patients ressortent quelques heures seulement après avoir subi une intervention, réalisée avec des techniques de pointe.

Il suffit de regarder un instant les statistiques d'activité de ces établissements et le nombre de patients traités par jour pour imaginer sans mal le vertige qui prend parfois les soignants. On peut certes reprocher au système de santé tous les dysfonctionnements qui sont les siens, il est aussi victime de son efficacité, de l'extraordinaire capacité de la médecine à soigner de plus en plus de pathologies, des développements prodigieux de la technique et de l'étonnante résilience d'équipes confrontées sans cesse à l'imprévisible.

Si les soignants sont nombreux aujourd'hui à exprimer leur épuisement, c'est probablement aussi parce qu'on attend d'eux à la fois une qualité de présence et de relation auprès de ceux qui souffrent, mais également une très haute technicité dans les soins, le respect de règles d'hygiène ne tolérant jamais la propagation du moindre germe, la coordination sans faille d'innombrables acteurs, dans une économie de moyens et de temps permettant l'optimisation des ressources et l'accueil du plus grand nombre de patients. A l'observer de près, ce qui frappe c'est d'abord le miracle continuel que représente chaque prise en charge, plusieurs milliers de fois par jour.

Cette extraordinaire capacité à « *gérer la singularité à grande échelle* » (MINVIELLE, 1996) s'appuie sur des outils de gestion toujours plus nombreux et structurants, mais incontestablement aussi sur la remarquable compétence d'équipes et l'intelligence collective qu'elles savent déployer (GROSJEAN et LACOSTE, 1999). Leur dévouement semble pourtant s'user et laisser la place au malaise et à la plainte.

On dénonce largement aujourd'hui l'effet de « *l'entrée dans la gestion* » (PIOVESAN, 2003) des établissements de santé, son impact sur les soignants et le délitement des collectifs qui en résulterait. Nous tenterons ici de tracer un rapide panorama des modalités et des effets de ce tournant gestionnaire, afin de proposer ensuite une analyse de l'impact de ces

transformations du management des établissements de soin sur l'activité des salariés et sur leur santé au travail.

Dans un premier temps, nous parcourrons rapidement l'histoire récente du système hospitalier français et les vagues de réformes qui ont transformé progressivement le champ de la santé. Nous nous arrêterons ensuite sur deux parmi les plus emblématiques des nombreux outils de gestion véhiculés par ces réformes : le programme de médicalisation des systèmes d'information qui a permis ensuite le passage à une tarification à l'activité, et la démarche qualité instaurée au travers de l'accréditation des établissements de santé, appelée aujourd'hui certification. Nous présenterons ensuite brièvement l'impact de ce tournant gestionnaire sur le travail et notamment sur l'activité de quelques uns des principaux acteurs des établissements de santé : les médecins, les cadres de santé et les équipes soignantes.

Nous verrons que ce ne sont pas tant les outils en eux-mêmes qui font problème que l'insuffisante prise en compte de l'impact de la montée en charge de l'activité et des contraintes qu'ils ont produit sur le travail. La logique gestionnaire est désormais omniprésente et impose à tous ses exigences. Cependant la multiplication des contraintes ne s'est pas accompagnée d'un soutien managérial permettant d'assurer le dialogue nécessaire à la prise en charge collective des situations difficiles, laissant chacun démuni et fragilisé face à des injonctions contradictoires toujours plus nombreuses.

1. LES VAGUES DE REFORMES DU SYSTEME DE SANTE

1.1. Un passé encore proche

Pendant de nombreux siècles, depuis le Ve siècle, les hôpitaux ont été des lieux accueillant les pauvres, miséreux et marginaux de toutes sortes, où les médecins étaient rarement présents sur place et les préoccupations d'hygiène très secondaires (IMBERT, 1974, p. 10). Ils seront longtemps des œuvres charitables à la mission essentiellement religieuse, sous la surveillance de l'évêque, financées par des dons de fidèles dont la volonté doit être respectée *ad aeternum* (p. 13). Les établissements hospitaliers seront laïcisés lors de la révolution de 1789, dans une volonté d'organisation nationale des secours publics, reconnaissant le droit de tout citoyen à bénéficier d'assistance. Mais ils perdirent du même coup l'essentiel de leurs revenus et privilèges et une bonne part de leur personnel religieux et de leur patrimoine immobilier (p. 32-39). Faute de moyens, l'organisation de l'assistance est alors déléguée aux communes, tandis que s'instituent progressivement des formes de contrôle d'un pouvoir de tutelle centralité, ministre ou préfets (p. 40-50). A partir de la révolution, se développe l'idée de remboursement des frais d'hospitalisation, tout d'abord pour les soldats séjournant à l'hôpital, puis pour les indigents non originaires de la commune les prenant en charge. Ces « *prix de journée* » deviendront à partir de la moitié du XXe siècle la quasi-totalité des revenus des établissements de santé (p. 83).

Pendant la période de la Restauration, la fondation de nouveaux établissements est à nouveau permise, sous réserve de l'autorisation du ministre. Ces établissements privés reconnus « *d'utilité publique* » sont cependant sous la tutelle du gouvernement au même titre que les établissements publics, même si c'est de manière plus souple (p. 55). Ils se multiplient pendant tout le XIXe et le XXe siècle. Il s'agit aussi bien d'établissements que l'on qualifie aujourd'hui de « *non lucratifs* », le plus souvent d'origine confessionnelle, qui prennent souvent le statut d'associations, que d'établissements fondés par des organismes d'assurances sociales ou de mutuelles, ou encore de cliniques privées à but lucratif. Celles-ci sont généralement construites par des chirurgiens ou obstétriciens pour soigner leurs patients de la petite, moyenne ou grande bourgeoisie, puisqu'il fallait jusqu'en 1941 être indigent – à moins d'être accidenté du travail – pour être admis à l'hôpital public (DE KERVASDOUÉ, 2007). Lorsque sera créée la Sécurité sociale en 1945, les syndicats demanderont à ce que leurs affiliés puissent aussi bénéficier des soins réputés des cliniques privées en étant pris en charge.

Encadré 1 : Les types d'établissements de santé

On distingue généralement trois grandes catégories d'établissements de santé, selon leur statut juridique : les hôpitaux publics (qu'ils s'agissent d'importants centres hospitaliers régionaux, le plus souvent universitaires, ou des nombreux petits hôpitaux locaux), les établissements privés à but non lucratif, une bonne part d'entre eux « *participant au service public hospitalier* » (PSPH) et enfin les cliniques privées à but lucratif. La distinction n'est bien sûr pas si simple, puisque par exemple les Centre de lutte contre le cancer sont considérés comme de droit privé bien qu'appartenant à l'État. Les appellations débordent parfois des statuts juridiques[6], certaines cliniques adoptant par exemple le nom d'« *hôpitaux privés* ». Les réformes récentes vont de plus dans le sens d'une coopération toujours plus grande entre secteur public et privé.

A cette distinction juridique s'ajoute en générale celle selon le type d'activité : les établissements dits de « *court-séjour* » correspondant aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) d'une part, les soins de suite et de réadaptation (SSR) d'autre part (anciennement moyen séjour), les soins de longue durée enfin, et la psychiatrie.

Si les hôpitaux publics prennent globalement en charge 63 % des hospitalisations en court séjour en 2008[7], la répartition de l'activité est en revanche très inégale : les établissements privés lucratifs réalisent une bonne part de la chirurgie tandis que l'hôpital assure l'essentiel de la médecine[8] (ARNAULT, 2010).

Ce n'est que vers les années 1930 que la médecine commence à avoir véritablement la capacité de soigner (DE KERVASDOUÉ 2007, p. 27). Après la guerre, le système de santé actuel se met en place et l'hôpital en devient le cœur (on parlera d'hospitalocentrisme). De grands ensembles hospitaliers se constituent et se déploient sur tout le territoire. Les savoirs et les techniques évoluent très rapidement, les spécialités se multiplient. On assiste à un développement spectaculaire des hôpitaux, et avec eux des dépenses de santé, financées par une croissance soutenue. Le secteur privé profite lui aussi encore plus largement de cette croissance : plus de 1000 cliniques sont crées entre 1946 et 1960 (PIOVESAN, 2003, p. 45).

[6] Il existe une quinzaine de régimes juridiques différents d'établissements de santé (LAVIGNE, 2009).

[7] Sur la base du nombre d'entrées en hospitalisation complète. Cf. statistiques DREES (ARNAULT, 2010).

[8] Les cliniques privées réalisent en 2008 48 % de la chirurgie (et même 67 % en hospitalisation partielle) tandis que l'hôpital assure 75 % de la médecine. Les soins de suite sont en revanche plus répartis : le public prend en charge 46 % des séjours, les cliniques privées 28 % et les établissements privés non lucratifs 26 % (ARNAULT, 2010).

1.2. Les réformes du financement des établissements de santé

A partir des années 1970, le rationnement et la rationalisation commencent, avec un taux directeur limitant l'augmentation des dépenses hospitalières publiques. Le système du prix de journée, en vigueur depuis 1946 pour le secteur public, est jugé inflationniste puisqu'il incite à hospitaliser et à prescrire toujours plus. Il est remplacé en 1983 par un système forfaitaire de dotation globale, sur la base des dépenses de l'année précédente[9]. Le financement par dotation globale favorisera effectivement la diminution des durées de séjour, mais il n'empêchera pas les établissements de résister au rationnement et de continuer à se développer grâce à diverses stratégies. La concurrence s'accélère.

Mais ce nouveau système de financement n'est en réalité que transitoire et en annonce un autre, qui sera une véritable révolution dans l'histoire de l'hôpital, même si celle-ci se fera très progressivement (MOISDON, 2000 ; LENAY et MOISDON, 2003). Il fallait en effet pour l'État trouver un moyen de maîtriser les dépenses de santé. Or pour les contenir, encore faut-il pouvoir les identifier, ce qui est loin d'être le cas. Les seuls indicateurs alors disponibles sur l'activité hospitalière étaient le nombre d'admissions, le nombre de journées, la durée moyenne de séjour et le taux d'occupation des lits. La dimension médicale en est complètement absente et une banale intervention de routine n'est pas traitée différemment d'une pathologie requérant les techniques les plus sophistiquées. Les directeurs d'hôpitaux comme les tutelles n'ont aucune maîtrise de l'activité qu'ils sont censés gérer ou réguler. Les médecins eux-mêmes n'en ont d'ailleurs pas beaucoup plus, note J-C. MOISDON qui propose de parler de « *symétrie de non-information* » (2000, p. 45).

J. DE KERVASDOUÉ, alors à la tête de la Direction des hôpitaux, propose d'importer une méthode développée par le professeur R. FETTER à l'Université de Yale aux États-Unis, les « *Diagnosis Related Groups* », permettant de construire une unité de mesure à la fois médicale et économique. Il raconte lui-même : « *En ayant eu connaissance en 1979, j'ai pensé que cette classification résolvait un certain nombre des difficultés et permettait enfin un contrôle adapté des institutions hospitalières* » (DE KERVASDOUÉ, 2007, p. 22). Il faudra de longues années pour construire les catégories (groupes homogènes de malades ou GHM) qui serviront de base au Programme de médicalisation du système d'information (PMSI).

Malgré les nombreuses réticences vis-à-vis du PMSI, l'État arrive par un « *coup de force* » (LENAY et MOISDON, 2003, p. 134) à imposer son utilisation pour l'évaluation de l'activité

[9] Les établissements privés non lucratifs participant au service public hospitalier sont également concernés par la dotation globale. Les cliniques privées, elles, sont toujours remboursées sur la base de la tarification à la journée (rémunérant la structure) et d'un forfait lié aux actes médicaux réalisés, négociés avec l'ARH. Pour une présentation détaillée du mode de tarification des cliniques antérieur à la T2A, voir la thèse de D. PIOVESAN (2003, p. 48-66).

des établissements rendue obligatoire par la réforme hospitalière de 1991 et crée à cet effet une nouvelle fonction, le médecin DIM (responsable du Département d'information médicale), chargé de l'utilisation et de la diffusion de l'outil, dont le rôle s'avèrera décisif pour rapprocher médecins et gestionnaires.

Avec le « *Plan Juppé* » et les ordonnances de 1996, s'ouvre une nouvelle étape. Le processus de planification, initié depuis les années 1970 et renforcé par la réforme hospitalière de 1991, se poursuit et s'étend à tout le secteur sanitaire. Les agences régionales d'hospitalisation (ARH) sont crées ; elles assureront la gestion de la planification à l'échelle locale à travers les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Institué en 1991, le SROS doit organiser la répartition de l'activité entre établissements publics et privés en fonction des besoins de santé du territoire. Les ARH accordent les autorisations d'activités dans le cadre de « *contrats d'objectifs et de moyens* » négociés avec chaque établissement. Plus qu'une véritable décentralisation, la constitution des ARH représente du moins une certaine déconcentration (MINVIELLE 2009, p. 39). Le dispositif introduit également les lois de financement de la sécurité sociale qui fixent chaque année l'« *objectif national des dépenses de l'Assurance maladie* » (ONDAM).

Parallèlement, en vue d'une maîtrise cette fois qualitative des activités hospitalières, le Plan Juppé de 1996 met en place la procédure d'accréditation, une évaluation de la qualité rendue obligatoire tous les cinq ans pour tous les établissements de santé par une agence indépendante (l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, ANAES)[10].

Au même moment, l'« *Étude nationale de coûts* » lancée en 1992 avec une cinquantaine d'hôpitaux volontaires ayant développé une comptabilité analytique commune, permet pour la première fois en 1995 de calculer sur la base du PMSI un coût moyen pour chacune des catégories de groupes homogènes de malades, en utilisant une unité de compte appelée le point ISA (indice synthétique d'activité). Lorsque l'activité ainsi calculée pour chaque région puis pour chaque établissement est rapprochée de l'enveloppe budgétaire régionale désormais confiée à l'ARH, il devient possible d'identifier les établissements sur- ou sous-dotés par rapport à leur activité réelle. On découvre des écarts de productivité allant de 1 à 4 sur l'ensemble du territoire national (LENAY et MOISDON, 2003, p. 136).

Ce sera l'ère des « *restructurations* » aussi bien dans le champ des hôpitaux publics que dans celui des cliniques privées. Sous la pression d'une logique médico-économique, les établissements se regroupent et se spécialisent de plus en plus. 10 % des cliniques

[10] Celle-ci sera remplacée ensuite par la Haute autorité de santé (HAS) et l'accréditation sera appelée certification.

disparaîtront entre 1992 et 2000, soit 18 000 lits fermés, même si l'emploi du personnel soignant continue d'augmenter (PIOVESAN, 2003, p. 86-107).

Dans le secteur privé, déjà beaucoup plus équipé d'outils permettant l'analyse de l'activité du fait de la tarification sur la base des actes, l'usage du PMSI est généralisé dès 1994. Il s'étendra à la totalité du secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) en 2003.

L'année 2002-2003 marque une nouvelle étape, avec la mise en route du plan « *Hôpital 2007* ». Outre le fait qu'il renforce les pouvoirs de l'ARH et instaure une nouvelle gouvernance pour les hôpitaux publics, il est surtout porteur d'un changement fondamental en termes de financement des établissements de santé : il introduit la tarification à l'activité, ou T2A. La finalité de ce nouveau mode de tarification, qui poursuit le processus de « *médicalisation* » du financement engagé par le PMSI, est d'introduire plus de transparence et d'équité dans l'allocation des ressources financières, avec un système unique valable à la fois pour les hôpitaux publics ou les établissements PSPH et pour les cliniques privées. La T2A vise enfin à responsabiliser les acteurs en rendant visible l'activité et en incitant à lutter contre la sous-productivité. Sa mise en place, immédiate pour les cliniques privées, débute progressivement à partir de 2004 dans le secteur public et constitue, depuis 2008, 100 % du financement de tous les établissements.

La loi « *hôpital, patients, santé, territoires* » (HPST) votée en 2008 poursuivra la logique de « *modernisation* » portée par le plan Hôpital 2007 en élargissant encore les compétences des agences régionales de santé (ARS), qui remplacent les ARH, et en poursuivant la réforme de la gouvernance hospitalière. Dans la ligne des principes du nouveau management public (CLAVERANNE *et al.*, 2009), la loi HPST vise une plus grande autonomie interne et la responsabilisation de tous les acteurs. Elle promeut également la coopération entre établissements publics et privés dans une « *logique de service public territorial* » à laquelle tous sont associés (LAVIGNE, 2009, p. 444). Nous ne développerons pas ici la question de la gouvernance hospitalière, qui ne concerne pas directement les établissements de santé privés qui font l'objet de notre recherche, ni celle de la coopération territoriale entre les établissements de santé. Traçons cependant dans les grandes lignes les principes du nouveau management public, avant de voir comment celui-ci se décline en termes d'outils, dont on verra l'influence sur les établissements privés étudiés.

1.3. Les principes du nouveau management public

L'évolution engagée par les réformes successives est significative, au point qu'elle apparaît à certains acteurs comme « *brutale* », une « *rafale de réformes enchevêtrées* »

(KRIEF, 2005, p. 14). Le « *tournant gestionnaire* » initié dans les années 1980 semble s'être désormais largement étendu au champ de la santé.

Ce phénomène est soutenu, dans le secteur public, par la référence à un courant théorique parti des pays anglo-saxons et qui a gagné progressivement toute l'Europe puis plus tardivement la France : le « *nouveau management public* » (NMP, ou « *new public management* »), visant à transférer les principes et outils du privé dans la gestion publique.

Ce courant, considérant le secteur public comme trop bureaucratique, coûteux et inefficace, propose de lui appliquer les méthodes et les outils de gestion des entreprises. Il prône, entre autres, la responsabilisation des gestionnaires, le passage à une « *logique client* » (on ne parle plus d'usager), l'utilisation de la contractualisation et la concurrence jusqu'à l'intérieur de l'organisation (AMAR et BERTHIER, 2007).[11]

Encadré 2 : Les dix principes du nouveau management public

1- « *Catalytic Government (steering rather than rowing)* » : catalyser, orienter et contrôler plutôt que de faire ;
2- « *Community-owned Government (empowering rather than serving)* », donnant plus de pouvoir aux citoyens ;
3- « *Competitive Government (injecting competition into service delivery)* » : mettre en compétition les fournisseurs de services, ex-monopoleurs ;
4- « *Mission-driven Government (transforming rule-driven organizations)* » : se centrer sur les missions et buts, non sur les règles et les procédures ;
5- « *Results-oriented Government (funding outcomes, not inputs)* » : financer les agences sur des projets, à partir d'objectifs de résultat ;
6- « *Customer-driven Government (meeting the needs of the customer, not the bureaucracy)* » : en mettant l'usager au cœur de l'attention des agences, en lui accordant le statut de client ;
7- « *Enterprising Government (earning rather than spending)* », en recherchant à développer l'activité plutôt que de dépenser son budget ;
8- « *Anticipatory Government (prevention rather than cure)* », en préférant une attitude pro-active, plutôt que réactive, face aux problèmes ;
9- « *Decentralized Government (from hierarchy to participation and teamwork)* » : en décentralisant les pouvoirs, prônant le management participatif et le travail d'équipe ;
10- « *Market-oriented Government (leveraging change through the market)* », en préférant les mécanismes de marché à ceux bureaucratiques.

Source : DETCHESSAHAR et al., 2009a, p. 314

Ce qui nous intéressera ici, dans le cadre des établissements de santé privés que nous allons étudier, c'est le lot d'outils et de politiques que les vagues de réformes inspirées par le nouveau management public ont charrié avec elles. A. AMAR et L. BERTHIER ont ainsi recensé la manière dont les principes du NMP se déclinent dans les organisations (2007).

[11] C. TALBOT (2003) souligne le caractère paradoxal du nouveau management public, visant à la fois à laisser la décision aux politiques et à permettre aux managers de gérer, à considérer que c'est aux consommateurs de choisir tout en prônant la participation des parties-prenantes.

Table 1 : Les démarches et outils introduits par le nouveau management public

Fonction stratégique	• Gestion par les résultats • Mise en place d'une planification stratégique • Privatisation d'entreprises publiques, externalisation (faire-faire) • Mise en place de partenariats public/privé • Séparation des fonctions politique (conception) et administrative (mise en œuvre) • Déconcentration et/ou décentralisation • Utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication en interne (l'intranet permet de décloisonner les services) • Généralisation de l'évaluation (culture de la performance) • Simplification des formalités administratives
Fonction finance	• Réduction des déficits • Budgétisation par programme • Plus grande transparence de la comptabilité (par exemple par la mise en place d'une comptabilité analytique pour comparer les résultats aux prévisions)
Fonction marketing	• Développement du marketing public (consultations, enquêtes, sondages, observatoires, etc.) • Utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication en externe (pour une meilleure communication)
Fonction ressources humaines	• Réduction des effectifs • Responsabilisation et motivation des fonctionnaires (individualisation des rémunérations, primes au rendement, etc.) • Développement de la participation

Source : AMAR et BERTHIER, 2007

2. L'INTRODUCTION DES OUTILS GESTIONNAIRES DANS LA SANTE

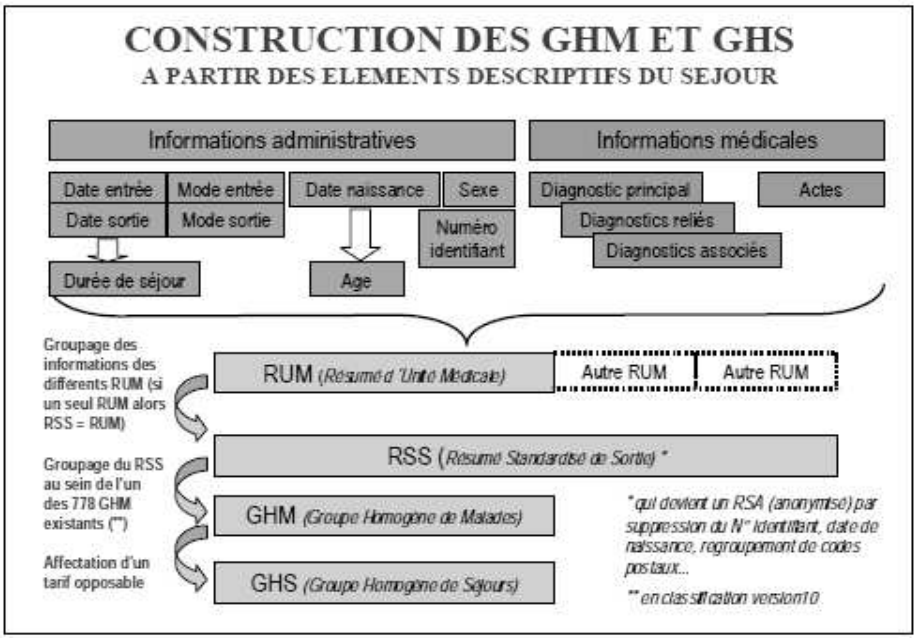
Dans le champ de la santé, les deux principaux outils qui reflètent cette logique sont d'une part le PMSI qui a conduit à la tarification à l'activité (T2A), d'autre part la démarche qualité d'accréditation / certification. Ces deux outils véhiculent en eux-mêmes toute la philosophie gestionnaire du nouveau management public. Ils ont conduit à transformer en profondeur – quoi que de manière encore relative (MOISDON, 2010) – l'énorme machine hospitalière considérée encore il y a peu comme une « *boîte noire* » d'une opacité quasi-totale. Ils s'inscrivent dans un processus qui conduit à multiplier les outils de gestion et à développer toujours plus les systèmes d'information, dans un univers où dominait l'information orale entre les soignants et où l'indépendance des médecins dans l'exercice de leur pratique professionnelle est garantie par la loi. Avant de tenter d'identifier la manière dont ces outils ont véhiculé la logique gestionnaire dans les organisations de santé, nous présenterons sommairement le fonctionnement du PMSI et de la T2A.

2.1. Quelques repères sur le PMSI et la T2A

Le PMSI est un système d'information rapprochant des éléments de diagnostic médical à la consommation de ressources que leur prise en charge nécessite. A partir de catégories majeures de diagnostic, chaque patient hospitalisé est affecté à un « *groupe homogène de malades* » (GHM) semblables à la fois par le type de pathologie, par leurs caractéristiques susceptibles d'affecter les soins requis (par exemple les autres diagnostics éventuellement associés, l'âge, le type d'intervention chirurgicale réalisée, etc.) et surtout par leur coût moyen. La caractéristique des catégories ainsi constituées est donc qu'elles sont à la fois aussi cohérentes que possibles d'un point de vue médical mais aussi « *iso-ressources* » (DE KERVASDOUÉ, 2007, p. 26). Il s'agit toutefois d'une classification extrêmement simplifiée en regard des 12 000 pathologies répertoriées par l'OMS, même si elle a été enrichie au fur et à mesure, passant d'environ 500 GHM au départ à 2 300 en 2009. Chaque GHM est ensuite associé à un « *groupe homogène de séjours* » (GHS), susceptible de prendre en compte également d'éventuelles conditions spécifiques de séjour, comme par exemple lorsque le patient est pris en charge dans une unité de soins palliatifs où le personnel est renforcé.

Chaque séjour d'un patient dans un établissement de santé est donc affecté, sur la base des données saisies dans le système d'information (dans un document appelé le « *résumé standardisé de sortie* », RSS) à un et un seul GHS, pour lequel on est en mesure d'évaluer le coût moyen. C'est sur ces éléments que se fonde la tarification à l'activité.

Schéma 1 : Le mode de fonctionnement du PMSI



Source : ANDREOLETTI, 2007

Notons que l'ensemble de l'activité des établissements de santé ne pouvant être déterminée sur la base des GHM, le système de tarification prévoit également, outre les paiements au séjour pour les GHS, le paiement en sus de certains médicaments ou dispositifs médicaux particulièrement onéreux, l'attributions de forfaits annuels pour les urgences, les prélèvements d'organes ou les greffes, ainsi qu'une enveloppe pour les missions d'intérêt général, les missions d'enseignement et de recherche et pour d'autres financements regroupés sous l'appellation générique d'aide à la contractualisation.[12]

L'intérêt de cette classification est notamment qu'elle est commune aussi bien au secteur public qu'au secteur privé. En revanche, le mode de calcul des tarifs des GHS diffère, notamment parce que le salaire des médecins y est inclus dans le public tandis qu'il ne l'est pas dans le privé lucratif, où les praticiens sont libéraux et donc rémunérés par des honoraires en sus. Par ailleurs la base du calcul n'est pas la même : alors qu'il est possible à partir de l'activité réellement facturée à l'assurance maladie pour les cliniques privées, le tarif pour les hôpitaux est estimé à l'aide de l'étude nationale de coûts sur la base d'un échantillon d'établissements. On ne peut donc comparer les tarifs du privé et du public.

L'avancée est néanmoins importante : depuis l'introduction de la T2A en 2004, il n'y a plus qu'une seule modalité de financement qui s'applique à la fois aux établissements privés et publics, jusqu'alors soumis à des régimes différents. Auparavant, tandis que les hôpitaux et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) étaient financés sur le mode de la dotation globale, les cliniques privées facturaient les actes et des forfaits de prestations directement à l'assurance maladie, encadrés par l'« *objectif quantifié national* » (OQN). Désormais tous les établissements de court séjour sont soumis à la T2A. Pour les cliniques privées, le principal changement repose sur le fait que les tarifs ne sont désormais plus négociables, ils sont les mêmes sur tout le territoire français et fixés par le gouvernement. Pour l'instant, la T2A ne concerne pas encore le secteur SSR.

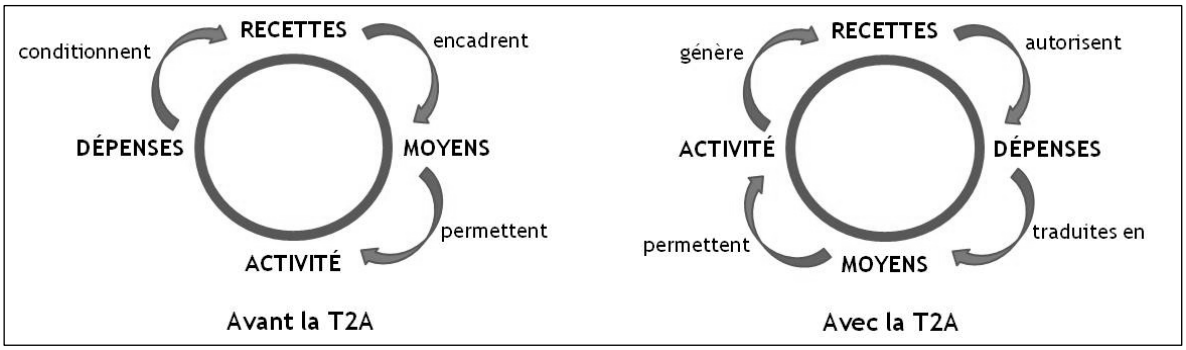
2.2. Les outils comme mode d'apprentissage de la logique gestionnaire

L'introduction de la T2A n'est cependant pas à comprendre comme une simple mécanique de calcul de remboursements. Pour les hôpitaux et les établissements PSPH, c'est toute la logique du financement qui s'en trouve bouleversée. Alors que les ressources de l'année n+1 étaient jusque là liées aux dépenses de l'année n-1, indépendamment de ce qui était ensuite réalisé sur cette base, les moyens sont désormais directement fonction de l'activité

[12] La présentation qui est faite ici du système de tarification à l'activité est bien sûr extrêmement simplifiée et ne mentionne pas les nombreuses règles et exceptions caractéristiques du fonctionnement de ce système pour le moins complexe et perpétuellement changeant.

produite. Il ne s'agit plus de produire en fonction des dépenses mais de dépenser en fonction de ce qu'on produit. On passe d'une logique de moyens à une logique de résultats.

Schéma 2 : Le mécanisme de la tarification à l'activité



Source : ANDREOLETTI, 2007

Pour les hôpitaux, un tel système signifie de plus qu'au lieu de mesurer l'activité une fois par an en vue du budget de l'année suivante, six mois après la fin de l'année écoulée, chaque établissement s'est trouvé tenu de produire au fur et à mesure des données sur son activité, à communiquer à la tutelle chaque trimestre d'abord, puis de manière mensuelle.

Le PMSI et la T2A ont été dès l'origine très critiqués, notamment par les médecins[13], entre autres parce que cette méthode ne mesure pas la qualité du service rendu. Il existe aussi des risques de sélection des patients en fonction de leur « *rentabilité T2A* » et d'inflation des actes indépendamment de leur nécessité en vue de dégager plus de revenus. Au-delà de l'effet attendu de la T2A sur la réduction des durées de séjour et sur le développement de l'ambulatoire et des prises en charge à domicile, certains craignent que la recherche du codage le plus favorable financièrement ne conduise à renvoyer trop tôt des patients ou à en hospitaliser d'autres qui ne nécessiteraient que des soins externes, voire à scinder des séjours en deux pour être mieux rémunérés[14]. Sur le long terme, certains auteurs ont pointé également le risque de faire d'une productivité moyenne une norme vers laquelle tous doivent tendre, ce qui ne peut que développer la standardisation, voire la médiocrité, au détriment de la performance et de l'innovation (LLEWELLYN et NORTHCOTT, 2005).

Dans sa thèse, I. GEORGESCU a démontré l'effet des pressions financières[15] sur le comportement des médecins, notamment lié au mode de contrôle utilisé, et le surcodage qui peut en résulter (2010). Les directions des hôpitaux, qui ont parfois à peine une

[13] Un éditorial de la revue Médecine titrait ainsi « *L'arnaque de la T2A !* » (GRIMALDI, 2008).

[14] Pour une revue de littérature internationale très complète sur les effets de la T2A, voir le rapport de J-C. MOISDON et M. PEPIN (2010, p. 107-121).

[15] Bien avant l'introduction de la T2A, les médecins étaient déjà l'objet de pressions financières de la part des directions préoccupées par les dépenses de certains services menaçant l'équilibre budgétaire (cf. les courriers à des praticiens en annexe de LENAY et MOISDON, 2000).

comptabilité analytique opérationnelle et ne disposent souvent que de peu de marges de manœuvre pour agir sur la productivité, tendent en effet à multiplier les messages d'incitation en direction des médecins à « *coder vite et bien* » (MOISDON et PEPIN, 2010), au risque d'un amalgame entre contrôle externe et contrôle de gestion (HALGAND, 2009). Il semblerait cependant que les problèmes de codage repérés soient plutôt aléatoires et souvent défavorables aux établissements ; ils résulteraient plus de la difficulté technique de l'exercice. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) observe que depuis l'application de la T2A à 100 %, l'exhaustivité du codage s'améliore et juge qu'il n'y aurait globalement pas de comportements significatifs de surcodage[16].

Le PMSI s'est révélé un langage en mesure de rapprocher des données médicales et des données économiques. La tutelle semblait s'en saisir pour la régulation à doses « *homéopathiques* » (MOISDON, 2000, p. 41), mais les effets d'apprentissages sont bien là et structurent désormais les comportements, ne serait-ce qu'en générant de nouveaux savoirs permettant plus de gestion aux différents acteurs. Articulé avec la tarification à l'activité, le PMSI est devenu un outil de régulation permettant à un système de rémunération jusque-là « *aveugle* » (MINVIELLE, 2009, p. 36) de se connecter à l'activité et à la performance. Il peut alors jouer le rôle d'incitation visant à stimuler la recherche d'une plus grande productivité par les acteurs eux-mêmes, bouleversant profondément les jeux de pouvoirs en place.

C'est pourquoi, alors qu'il était qualifié au départ par ses détracteurs de « *petit machin sans importance* » (LENAY et MOSIDON, 2003, p. 133), il a été décrit par J-C. MOISDON comme « *sans doute le dispositif le plus innovant de la batterie de réformes qui se sont abattues sur le paysage hospitalier* » (2000, p. 36).

2.3. La démarche qualité comme espace de discussion sur l'organisation

Tout établissement sanitaire, public ou privé, a par ailleurs l'obligation légale de s'inscrire dans une démarche de certification par la Haute Autorité de Santé (HAS)[17], visant à concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients. Cette démarche n'est pas une simple procédure de contrôle externe (HALGAND, 2003) ; elle doit traduire une volonté d'amélioration pérenne de la qualité et de la sécurité de soins dispensés et met l'accent sur la participation de l'ensemble des professionnels de l'établissement. Elle implique de développer un certain nombre d'indicateurs, de critères et de référentiels

[16] Voir les rapports d'évaluation du codage publiés sur le site de l'ATIH : www.atih.sante.fr

[17] Auparavant appelé accréditation, du temps de l'Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé (ANAES).

portant sur les procédures, les bonnes pratiques et les résultats dans tous les services et activités de l'établissement.

La procédure de certification est très lourde pour les établissements. Renouvelée tous les cinq ans sur la base de critères toujours plus nombreux, elle implique une large mobilisation de nombreux groupes de travail pendant de longs mois[18]. Elle est sanctionnée par une visite d'experts qui accordent ou non la certification, assortie d'un certain nombre de recommandations qui devront être mises en œuvre.

La préoccupation de la qualité dans le champ de la santé n'est pas nouvelle. La notion d'évaluation des pratiques a fait son chemin dans les textes depuis le début des années 1980, jusqu'à être rendue obligatoire par la réforme hospitalière de 1991. Ce sera la réforme dite « Juppé » de 1996 qui imposera l'accréditation de tous les établissements pour garantir que les mesures suffisantes sont prises afin d'assurer la sécurité et la qualité des soins, dans un contexte de tensions budgétaires croissantes.

Alors même que bien des acteurs continuaient de considérer la qualité comme incommensurable, la nécessité d'une information des patients sur le niveau de qualité des établissements est également apparue par l'intermédiaire des médias qui se sont saisis des principaux indices disponibles[19] pour dresser des palmarès des hôpitaux et des cliniques.

On est passé progressivement d'une notion de la qualité médico-administrative et organisationnelle centrée sur la gestion interne des établissements, à des mesures de la qualité destinées à évaluer et à piloter la performance, jusqu'à tendre vers une logique de régulation du système de santé dans son ensemble sur la base d'exigences en termes de niveau de sécurité et de qualité des équipements (MINVIELLE, 2003).

Médecins et soignants sont familiers de la rédaction de protocoles, mais ceux-ci ont plutôt pour effet de figer les modes opératoires que d'engager une réflexion pour les transformer (FRAISSE *et al.*, 2003). « *Il y a plus d'engouement chez les médecins à rédiger des procédures de soin qu'à discuter collectivement des problèmes d'organisation* », constatent T. REVERDY et D. VINCK (2003, p. 11). La qualité telle qu'ils la définissent se limite à la dimension médicale ou relationnelle, occultant les processus organisationnels nécessaires à la prise en charge des patients (PASCAL, 2003, p. 194). On est bien loin de celle prônée par les « *militants-croyants-prosélytes* » des démarches qualité que sont souvent les directeurs et responsables qualité (HERREROS et MILLY, 2006, p. 18).

[18] En revanche, l'accréditation semble avoir des effets somme toute assez relatifs sur l'amélioration des conditions de travail du personnel (RAYMOND, 2008).

[19] Comme l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) ou l'indice de consommation des solutions hydro-alcooliques (ICSHA), désormais consultables par le grand public.

Lorsque les professionnels de santé remettent en cause les démarches qualité, ce n'est pas tant la nécessité de la norme elle-même, mais bien plus souvent la manière dont elle est mise en œuvre dans les lourdes démarches de l'accréditation (HERREROS et MILLY, 2006) et le fait qu'elles semblent souvent une « *mascarade* » (DOUGUET et MUÑOZ, 2005, p. 131) plus propre au « *faire croire, laisser paraître* » (HERREROS et MILLY, 2006, p. 22) qu'à une réelle volonté d'amélioration de la qualité.

La démarche qualité est censée être d'abord un espace de discussion du travail et de ses exigences en vue de travailler collectivement à son amélioration. Elle s'est cependant accompagnée d'une batterie d'indicateurs, croissant à mesure que se multipliaient les normes sanitaires, d'hygiène et de protection des risques imposées par la loi. Le manuel de la V2010 comporte ainsi près de cent pages de critères à analyser (cf. p. 43).

Les établissements hospitaliers, en ce qu'ils sont des bureaucraties professionnelles (MINTZBERG, 1982), ont ceci de spécifique que les normes ne peuvent être définies de manière exogène sans quoi elles ne sont pas appliquées par les professionnels, mais doivent être le produit d'un consensus, d'une réflexion collective, qui ne peut déterminer que des processus majeurs critiques encadrant l'autonomie des acteurs mais en aucun cas tout standardiser (PASCAL, 2003, p. 197-199).

Nombre d'observateurs s'accordent à dire qu'un des mérites principaux de la certification, par les outils d'analyse de l'activité qu'elle met en place, est justement de « *faire exister la question de l'organisation* » (REVERDY et VINCK, 2003, p. 2), de « *mettre au jour et de mettre à jour l'organisation* » (JOLIVET, 2011, p. 6). C'est un espace où se révèle la complexité de l'organisation, où sont exprimées les pratiques collectives, éventuellement formalisées dans des procédures mais qui, plutôt que des prescriptions, resteront utilisées comme des références pouvant à tout moment être réinterprétées si la situation le nécessite. G. HERREROS et B. MILLY la décrivent également comme une des « *scènes de controverses* » (…) essentielle pour entretenir la tension entre procédures et coopération (2006, p. 39). La démarche qualité dans les établissements de santé est ainsi une « *rationalisation négociée de l'organisation* » (MINVIELLE, 2000 ; REVERDY et VINCK, 2003).

En ce sens, on peut considérer que, de la même manière que le PMSI et la T2A ont fait pénétrer la logique gestionnaire au sein des établissements hospitaliers, suscitant des effets d'apprentissage, la démarche qualité imposée par la certification favorise des processus de prise de conscience de la dimension organisationnelle et de sa nécessaire prise en compte par tous les professionnels pour assurer la qualité et la sécurité des soins. C'est pourquoi, au-delà du substrat technique lui-même, ces outils sont bien le reflet

d'une philosophie gestionnaire et d'une vision de l'organisation (HATCHUEL et WEIL, 1992), caractéristique du tournant gestionnaire des établissements de santé.

2.4. Le tournant gestionnaire dans les établissements privés

L'importation des outils gestionnaires du privé dans le champ de la gestion publique est l'objet même du nouveau management public. Il n'est donc pas étonnant qu'on y observe la pénétration d'un langage, de préoccupations et d'instruments jusque-là étrangers à ce secteur, jusqu'à constater avec J-P. DUMOND que l'hôpital s'est « *gestionnarisé* » (2005, p. 457). Peut-on en revanche en dire de même pour les établissements privés ?

Le champ de la santé n'est pas un secteur comme les autres. Les professionnels de santé, qu'ils opèrent dans des établissements publics ou privés, se refusent à considérer que leur travail puisse être une activité économique, une activité de service comme une autre. Lorsque le vocabulaire de l'usine ou de la production est mobilisé, c'est toujours pour exprimer de leur part le malaise ou la révolte face à ce qu'ils vivent comme un contresens.

La culture du dévouement y est forte, notamment dans les établissements à but non lucratif. Ceux-ci voient arriver les outils du tournant gestionnaire comme une exigence à laquelle ils sont plus ou moins préparés techniquement[20], selon leur histoire, leur taille et leurs ressources. Mais la dépendance totale envers la tutelle en matière de revenus a conduit depuis longtemps les dirigeants des établissements de santé à but non lucratif à développer de véritables préoccupations gestionnaires. Plusieurs recherches ont décrit l'émergence d'un modèle d'« *association gestionnaire* » (ROBELET *et al.*, 2010) non réductible à une forme de managérialisme (DE GAULEJAC, 2005), et que ces établissements savaient inventer des modalités de gestion sociale qui leur sont propres, compatibles avec leurs valeurs, mais intégrant l'exigence d'efficience et de performance de la gestion (LAVILLE, 2009).

Du fait de sa mission d'intérêt général, l'ensemble du secteur de l'hospitalisation privée est depuis longtemps fortement régulé par les pouvoirs publics. J-P. CLAVERANNE et D. PIOVESAN (2003) qualifient les cliniques privées d'« *objet de gestion non identifié* », au sens où elles diffèrent des organisations d'autres secteurs en ce qu'elles sont des entreprise de main-d'œuvre (le personnel représente 50 % des charges d'exploitations), à haute technologie, non mobiles et qui ne peuvent définir leurs prix de vente. Elles sont généralement structurées en forme de réseau, tel « *un jeu de Lego* », imbrication de multiples sociétés aux intérêts souvent divergents que D. PIOVESAN n'hésite pas à comparer aux districts industriels italiens (2003, p. 317-318).

[20] 60 % d'entre eux ont rencontré des difficultés techniques los de la mise en place de la T2A (CORDIER, 2008).

L'auteur (PIOVESAN, 2003) trace dans sa thèse une analyse très intéressante de l'évolution des cliniques privées et propose, pour en caractériser les étapes, des configurations idéales-typiques. Initiées le plus souvent sur le mode de la « *clinique villa* » où un médecin ou chirurgien étend son cabinet dans un hôtel particulier avec un mini plateau-technique et quelques chambres d'hospitalisation à proximité, nombre d'entres elles se sont ensuite développées. On a alors, principalement dans les années 1960-70, des petits établissements sur le mode de la « *clinique éponyme* », caractérisées par un petit noyau de fondateurs qui gardent un fonctionnement basé sur des relations *intuitu-personae*. Lorsque ceux-ci passent la main à la génération suivante, l'organisation débouche bien souvent sur une forme de « *clinique anonyme* ». Ces « *cliniques de groupe* » datent globalement des années 1980-90, avec la constitution de grands groupes hospitaliers privés et l'apparition de « *chaînes de cliniques* ». Tandis que jusque là, la clinique restait fondamentalement l'outil de travail du ou des médecins qui la possédaient, « *l'offensive des cliniques de groupe* » marque définitivement « *l'entrée dans la gestion* » des cliniques (PIOVESAN, 2003), la « *naissance d'un capitalisme sanitaire* » (TANTI-HARDOUIN, 2005, p. 62).

Une telle évolution est bien le signe d'un tournant gestionnaire qui, de différentes manières, a transformé de l'intérieur les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, lucratifs ou non. L'impact d'une telle transformation se fait sentir fortement sur le travail des différents acteurs : la charge de travail augmente, les contraintes se cumulent, les marges de manœuvre diminuent, la pression de l'évaluation se fait omniprésente.

3. L'IMPACT DU TOURNANT GESTIONNAIRE SUR LE TRAVAIL

3.1. L'intensification du travail

Le tournant gestionnaire impacte fortement le travail des professionnels de santé. La nécessité d'une réduction des coûts, accompagnée de la diminution des durées moyennes de séjour, a conduit les établissements, pour dégager des économies d'échelle, à accroître l'activité pour un même nombre de lits, parfois même avec des capacités d'accueil en diminution. La rotation des lits augmente et avec elle s'impose une gestion de l'activité « *en flux tendus* ». A peine un patient sorti, il est remplacé par un autre souvent déjà arrivé, qu'il faut accueillir et pour lequel toute la planification des soins doit être rapidement mise en place. Entre temps, il aura fallu faire le ménage des chambres ou désinfecter intégralement les salles d'opération selon des normes d'hygiène de plus en plus strictes. Le phénomène est encore plus marqué dans les services ambulatoires, confrontés à un flux continu de patients qui entrent et ressortent dans la journée pour des

interventions souvent brèves. La charge de travail est de plus en plus lourde et s'accompagne fréquemment du sentiment d'un manque de personnel pour y faire face.

Lorsque les tensions se font sortir trop fortement, certains individus tendent à se protéger par des modes de retrait partiel de l'activité que peuvent constituer les formes de travail à temps partiel ou l'absentéisme occasionnel (BARET, 2002 ; BOURBONNAIS *et al.*, 2005). Dans des professions déjà caractérisées par une pénurie de personnel et des modalités de travail flexibles, les ajustements constants des plannings qui sont à la fois cause et conséquence de ce phénomène, pèsent lourd sur l'activité et représentent une contrainte supplémentaire non négligeable tant pour les soignants que pour les cadres chargés de gérer les effectifs et les remplacements. Le phénomène s'alimente lui-même lorsque pour des raisons économiques on tend à limiter les remplacements et à faire peser les conséquences de l'absentéisme sur les salariés en poste, intensifiant encore le travail (DIVAY, 2010).

L'intensification du travail est également augmentée par le développement du travail administratif qui s'y ajoute : il faut désormais coder chaque acte dans le PMSI et saisir – possiblement en temps réel – des informations dans divers outils de gestion permettant de garantir la traçabilité, de piloter l'activité et de surveiller les coûts. Les réunions se multiplient : on ne compte plus les instances obligatoires pour le suivi de la qualité, la gestion des risques, la sécurité, l'hygiène, la participation des usagers, du personnel, les conditions de travail, la coordination entre les utilisateurs du plateau technique, etc. La démarche d'amélioration constante de la qualité imposée par la certification nécessite de mettre en place d'innombrables protocoles et procédures, requérant à chaque fois des groupes de travail impliquant diverses catégories de personnel et se traduisent souvent par des commissions ou comités qui deviennent ensuite plus ou moins permanents.

3.2. La montée des contraintes réglementaires et de l'évaluation

J. DE KERVASDOUÉ recensait il y a quelques années déjà dans un hôpital de province pas moins de quarante-deux familles de règlements auxquels l'établissement est soumis et pour lequel des procédures sont mises en place (2007, p. 60-62). Depuis, elles n'ont cessé de se multiplier. La V2010 de la certification indique pas moins de quatre-vingt-deux rubriques de critères à examiner dans le cadre de la démarche qualité (voir sommaire page suivante), pour lesquels à chaque fois une politique doit être prévue et des indicateurs définis, des actions sont censées être réalisées selon des méthodes formalisées et un suivi mis en place dans le cadre de dispositifs d'amélioration continue.

Table 2 : Sommaire du manuel de certification de la V2010

Avant-propos 3
Introduction 4
Sommaire 10

CHAPITRE 1 MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT 12

Partie 1 Management stratégique 13
Référence 1 La stratégie de l'établissement 13
Critère 1.a Valeurs, missions et stratégie de l'établissement 13
Critère 1.b Engagement dans le développement durable 14
Critère 1.c Démarche éthique 15
Critère 1.d Politique des droits des patients 16
Critère 1.e Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins 16
PEP Critère 1.f Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) 17
Critère 1.g Développement d'une culture qualité et sécurité 18
Référence 2 L'organisation et les modalités de pilotage interne 19
Critère 2.a Direction et encadrement des secteurs d'activité 19
Critère 2.b Implication des usagers, de leurs représentants et des associations 19
Critère 2.c Fonctionnement des instances 20
Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels 20
IND Critère 2.e Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement 21

Partie 2 Management des ressources 22
Référence 3 La gestion des ressources humaines 22
Critère 3.a Management des emplois et des compétences 22
Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants 22
Critère 3.c Santé et sécurité au travail 23
Critère 3.d Qualité de vie au travail 23
Référence 4 La gestion des ressources financières 24
Critère 4.a Gestion budgétaire 24
Critère 4.b Amélioration de l'efficience 24
Référence 5 Le système d'information 25
Critère 5.a Système d'information 25
Critère 5.b Sécurité du système d'information 25
Critère 5.c Gestion documentaire 25
Référence 6 La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures 26
Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes 26
Critère 6.b Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux) 26
Critère 6.c Qualité de la restauration 27
Critère 6.d Gestion du linge 27
Critère 6.e Fonction transport des patients 28
Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements 28
Référence 7 La qualité et la sécurité de l'environnement 29
Critère 7.a Gestion de l'eau 29
Critère 7.b Gestion de l'air 29
Critère 7.c Gestion de l'énergie 30
Critère 7.d Hygiène des locaux 30
Critère 7.e Gestion des déchets 31

Partie 3 Management de la qualité et de la sécurité des soins 32
Référence 8 Le programme global et coordonné de management de la qualité et des risques 32
Critère 8.a Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins 32
PEP Critère 8.b Fonction "gestion des risques" 33
Critère 8.c Obligations légales et réglementaires 33
Critère 8.d Évaluation des risques *a priori* 34
Critère 8.e Gestion de crise 35
PEP Critère 8.f Gestion des événements indésirables 35
IND PEP Critère 8.g Maîtrise du risque infectieux 36
IND Critère 8.h Bon usage des antibiotiques 37
Critère 8.i Vigilances et veille sanitaire 38
Critère 8.j Maîtrise du risque transfusionnel 38
Critère 8.k Gestion des équipements biomédicaux 39

Référence 9 La gestion des plaintes et l'évaluation de la satisfaction des usagers 40
PEP Critère 9.a Système de gestion des plaintes et réclamations 40
Critère 9.b Évaluation de la satisfaction des usagers 40

CHAPITRE 2 PRISE EN CHARGE DU PATIENT 41

Partie 1 Droits et place des patients 42
Référence 10 La bientraitance et les droits 42
Critère 10.a Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance 42
Critère 10.b Respect de la dignité et de l'intimité du patient 43
Critère 10.c Respect de la confidentialité des informations relatives au patient 43
Critère 10.d Accueil et accompagnement de l'entourage 44
Critère 10.e Gestion des mesures de restriction de liberté 44
Référence 11 L'information, la participation et le consentement du patient 45
Critère 11.a Information du patient sur son état de santé et les soins proposés 45
Critère 11.b Consentement et participation du patient 46
Critère 11.c Information du patient en cas de dommage lié aux soins 46
IND PEP Référence 12 La prise en charge de la douleur 47
Critère 12.a Prise en charge de la douleur 47
PEP Référence 13 La fin de vie 48
Critère 13.a Prise en charge et droits des patients en fin de vie 48

Partie 2 Gestion des données du patient 49
IND PEP Référence 14 Le dossier du patient 49
Critère 14.a Gestion du dossier du patient 49
PEP Critère 14.b Accès du patient à son dossier 49
PEP Référence 15 L'identification du patient 50
Critère 15.a Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge 50

Partie 3 Parcours du patient 50
Référence 16 L'accueil du patient 50
Critère 16.a Dispositif d'accueil du patient 50
Référence 17 L'évaluation de l'état de santé du patient et le projet de soins personnalisé 51
Critère 17.a Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé 51
Référence 18 La continuité et la coordination des soins 52
Critère 18.a Continuité et coordination de la prise en charge des patients 52
Critère 18.b Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement 52
Référence 19 Les prises en charge particulières 53
Critère 19.a Populations nécessitant une prise en charge particulière 53/54
IND Critère 19.b Troubles de l'état nutritionnel 55
Critère 19.c Risque suicidaire 56
Critère 19.d Hospitalisation sans consentement 56
Référence 20 La prise en charge médicamenteuse 57
IND PEP Critère 20.a Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 57
Critère 20.b Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé 58
Référence 21 La prise en charge des analyses de biologie médicale 59
Critère 21.a Prescription d'analyses, prélèvement et transmission des résultats 59
Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire 59
Référence 22 La prise en charge des examens d'imagerie 60
Critère 22.a Demande d'examen et transmission des résultats 60
Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie 60
Référence 23 L'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage 61
Critère 23.a Éducation thérapeutique du patient 61
Référence 24 La sortie du patient 62
IND Critère 24.a Sortie du patient 62

Partie 4 Prises en charge spécifiques 63
Référence 25 La prise en charge dans le service des urgences 63
PEP Critère 25.a Prise en charge des urgences et des soins non programmés 63
Référence 26 Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle 64
PEP Critère 26.a Organisation du bloc opératoire 64/65
Critère 26.b Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur 66
Critère 26.c Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique 67
Référence 27 Les activités de soins de suite et de réadaptation 67
Critère 27.a Activités de soins de suite et de réadaptation 67

Partie 5 Évaluation des pratiques professionnelles 68
Référence 28 L'Évaluation des pratiques professionnelles 68
Critère 28.a Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) 68
Critère 28.b Pertinence des soins 69
IND Critère 28.c Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique 70

Bibliographie et liens Internet 71
Sigles utilisés 79
Index 80
Lexique 82
Remerciements 87

PEP Pratiques exigibles prioritaires
IND Indicateurs disponibles

Aux nombreuses exigences de la certification, s'ajoutent dernièrement les principes de développement durable, la plus grande sensibilité aux attentes des patients et la pression due à la judiciarisation croissante de la société nécessitant une traçabilité impeccable.

Les soignants sont en effet de plus en plus confrontés à des patients exigeants, informés (plus ou moins bien, par Internet) et désireux de l'être, de prendre part aux décisions qui les concernent. On les sollicite pour évaluer la qualité de l'établissement, on s'adapte à leurs demandes concernant les repas ou l'équipement des chambres. Ils comparent les palmarès des établissements de santé établis chaque année par les grands médias nationaux et s'attendent à trouver une qualité de prise en charge et un niveau de confort auxquels ils sont très sensibles, n'hésitant pas à exprimer les motifs de leur insatisfaction, que les directions scrutent et analysent à travers des enquêtes régulières.

Parallèlement, la pression augmente du fait de la menace, largement véhiculée par les médias et la société, qu'ils portent plainte en cas d'erreur ou de dysfonctionnements au cours de leur prise en charge. Cela suppose donc pour les professionnels de santé une vigilance constante à l'information donnée, à la retranscription par écrit dans les dossiers, non seulement des prescriptions médicales et des actes de soin réalisés mais également de toutes les interactions et de tout événement susceptible ensuite d'être vérifié.

On multiplie les procédures pour garantir l'exactitude et l'exhaustivité des dossiers patients ; chaque acteur doit pouvoir prouver qu'il a fait tout ce qui était en son devoir. Sur les panneaux d'affichages du personnel, on ne trouve plus seulement les lettres de remerciement des patients ou de leurs familles, mais aussi de plus en plus fréquemment les courriers de plainte adressés à la direction, que celle-ci fait circuler dans l'établissement pour rappeler à chacun sa responsabilité.

3.3. La complexification des processus et de la coordination

Même lorsqu'on accueille plusieurs centaines ou milliers de patients chaque jour, que l'activité est de plus en plus standardisée, il faut savoir « *gérer la singularité à grande échelle* » (MINVIELLE, 1996 ; 2000). La prise en charge des patients est en effet un processus complexe du fait de la variété des cas rencontrés, de la variabilité permanente de son déroulement dont l'évolution n'est jamais initialement connue et toujours aléatoire, et de l'intensification due à la recherche d'efficience dans la production de soins (MINVIELLE, 2000, p. 10-11). La gestion des prises en charge requiert donc à la fois standardisation, coordination et adaptation pour continuer de s'ajuster à chaque cas malgré le « *productivisme* » qui se développe jusque dans les soins (SAINSAULIEU, 2003).

C'est ce que P. ZARIFIAN appelle la contrainte « *événementielle* » (1995), qui vient s'ajouter aux contraintes de type industriel et de type marchand qui pèsent sur le travail.

Par ailleurs, la taille des établissements et le développement des techniques supposent une coordination toujours plus grande entre un nombre d'acteurs qui ne cesse de croître : services de soin, services administratifs et fonctionnels, restauration, services hôteliers, plateau technique, urgences, mais aussi laboratoires d'analyses, centres d'imagerie médicale, services de consultation externes, sociétés d'ambulances… Un hôpital peut compter jusqu'à 180 métiers différents (DE KERVASDOUÉ, 2007, p. 43), dont les tâches sont strictement définies par la loi pour bon nombre d'entre eux touchant au soin. Il y aurait aujourd'hui plus d'une centaine de spécialités médicales. Les établissements travaillent pour 95 % d'entre eux (CORDIER, 2008) au sein de réseaux, s'associent avec d'autres structures aux compétences et aux équipements complémentaires, ils mobilisent des services volants mutualisés. Ils doivent coordonner leur activité avec la médecine de ville, les services de soin à domicile, les diverses structures aval pour qu'au plus vite les patients puissent sortir ou trouver une place ailleurs.

Paradoxalement, face à cette complexification croissante, le langage de la gestion apparaît comme porteur d'une excessive simplification et la capacité de ses outils à décrire le travail limitée par rapport à l'expérience subjective du travail de soin (MOLINIÉ, 2010).

« *Trop* » et surtout « *de plus en plus* », tels sont les termes grammaticaux parmi les plus fréquemment employés par les médecins lorsqu'ils parlent de leur travail et de ce qui fait sa pénibilité, associés également au registre du manque et de l'absence de moyens et de ressources (ESTRYN-BEHAR *et al.*, 2010, p. 39-41). Il y a donc bien de la part des professionnels de santé, et pas seulement des médecins, le sentiment d'une montée en charge, d'une transformation des conditions de travail, de leur dégradation croissante. Analysons ce que cette plainte exprime et de quelle manière les évolutions engagées par le tournant gestionnaire dans le champ de la santé sont perçues par les professionnels du secteur.

4. LES PROFESSIONNELS DE SANTE FACE A LA MONTEE DES CONTRAINTES

Le tournant gestionnaire des établissements de santé a transformé en profondeur – et continue de le faire – le travail de tous les acteurs des établissements de santé. Examinons brièvement la manière dont il est perçu par quelques uns des acteurs centraux du système de soin, ceux pour lesquels il existe de nombreuses études : les médecins, les cadres de santé et les membres des équipes de soin. Mais ce ne sont pas les seuls impactés, loin s'en

faut. Trop peu de recherches se sont intéressées à d'autres populations tout aussi essentielles au fonctionnement des établissements de santé, comme les agents de service, les brancardiers, les employés administratifs, les services logistiques et techniques, les membres de la direction administrative avec les nouveaux métiers apparaissant parmi eux.

4.1. Les médecins face à la logique gestionnaire

La recherche coordonnée par M. ESTRYN-BEHAR (2010) sur la perception des médecins sur leurs conditions de travail confirme combien les changements sur le contenu du travail ont pu être souvent sous-estimés et génèrent chez ces derniers des sentiments forts de colère ou de révolte lorsqu'ils décrivent la pénibilité de leur activité. L'étude cite une recherche allemande qui atteste que la dimension « *administrative* » de leur travail et le temps passé en réunions réduisent effectivement la part médicale et relationnelle à la portion congrue. Face à la « *difficulté de faire [leur] métier* » (p. 43), les médecins « *tirent la sonnette d'alarme devant le trop de formalisation et de protocolisation* » (p. 47), constate M. ESTRYN-BEHAR, et dénoncent les tensions avec les membres de l'administration.

Nombre de recherches ces dernières années se sont intéressées à la manière dont les médecins perçoivent ou s'approprient la logique gestionnaire. Dans sa thèse consacrée aux effets de la pression financière sur le comportement des médecins, I. GEORGESCU conclut que, malgré la pression ressentie, les médecins semblent globalement intégrer la logique financière et s'y adapter, celle-ci n'étant pas perçue pour autant comme incompatible avec leur activité médicale (2010, p. 300-301). C'est ce qu'atteste également une recherche d'E. MINVIELLE et ses collègues (2008) sur la perception de la performance parmi les différents acteurs de l'hôpital, affirmant que les valeurs des médecins, soignants et administratifs seraient au fond largement communes. Une tendance perçue également par G. LOUBET, auteur d'une thèse sur les « *médecins-gestionnaires* ». Celle-ci constate que les médecins, qui pourtant évoquent rarement la performance et l'envisagent toujours d'abord comme satisfaction du patient et qualité des soins, reconnaissent globalement la validité des indicateurs financiers pour mesurer la performance de l'établissement (2005).

Toutefois, une chose est de reconnaître la nécessité de la performance économique, une autre de s'approprier véritablement les outils et la logique gestionnaire. Une recherche de G. DECHAMP et C. ROMEYER observe que l'appropriation de la réforme du plan « *Hôpital 2007* » relèverait plutôt du détournement du dispositif pour renforcer leur rôle professionnel et le positionnement de la communauté médicale (2006).

A l'issue de son analyse sur les restructurations des cliniques privées, D. PIOVESAN repère un retour vers des formes plus « *artisanales* » de cliniques basées sur des « *communautés*

médicales » de médecins, « *entrepreneurs de santé* » (CLAVERANNE *et al.*, 2003, p. 74), souhaitant retrouver une plus grande autonomie et la maîtrise de leur outil de travail, en réaction au tournant gestionnaire de ces dernières années imposé par l'arrivée d'investisseurs non-médicaux dans les établissements de santé (PIOEVSAN, 2003, p. 390-400).

J-P. DUMOND constate quant à lui que les évolutions récentes du monde de la santé conduisent à un renversement des pouvoirs au profit des rôles de gestion. Les médecins sont désormais tenus de rendre compte de leur activité, d'atteindre des objectifs. Ils vivent cette perte de « *la capacité à exiger d'autrui* » comme une « *prolétarisation* » de leur rôle de soin face à des directeurs aux préoccupations financières (2003, p. 76). D'autant plus qu'au fil des réformes il a été demandé aux médecins de prendre en compte de plus en plus de contraintes économiques, d'augmenter leur activité sans pour autant qu'ils en perçoivent le bénéfice en termes de moyens, et d'assumer un nombre croissant de responsabilités gestionnaires qui jusque là leur étaient étrangères (DE POURVILLE, 2010).

L'appropriation progressive des outils de gestion, ne serait-ce que du fait des applications budgétaires qu'ils permettent et sur lesquels les médecins sont de plus en plus responsabilisés, tout comme la participation aux instances diverses pour lesquelles ils sont sollicités, ne sont pas vécues par eux comme du « *vrai travail* ». Elles relèvent de l'obligation institutionnelle mais n'apportent aucune reconnaissance symbolique ni rétribution particulière (SCHWEYER, 2003, p. 258).

Les exigences économiques s'avèrent parfois contradictoires avec les exigences de soins de qualité, où l'on se doit de ne pas compter, plaçant le corps médical face à des paradoxes. C'est le cas particulièrement pour ceux en responsabilité managériale comme le sont les chefs de pôle, directement confrontés aux tensions que requiert inévitablement la recherche de la performance et qui doivent rendre compte de leurs décisions à la direction comme à leurs collègues. A. VALETTE et ses collègues ont constaté que la manière dont les chefs de pôle font face aux paradoxes peut être très diverse selon les profils, depuis une attitude schizophrénique jusqu'à une résolution innovante capable de dépasser la contradiction. Ces situations ne génèrent pas systématiquement de la souffrance (2011).

4.2. Les cadres sous tension

Placés à la croisée des logiques médicale, soignante et gestionnaire, les cadres de santé sont tout particulièrement exposés aux tensions et aux paradoxes qui caractérisent tout management de proximité. La récente mission sur les cadres hospitaliers (DE SINGLY, 2009) a mis en évidence à la fois les tensions entre ces logiques différentes sinon antagonistes,

mais aussi celles entre le rôle managérial et leur rôle technique d'expert dans le soin, et enfin entre le contrôle de l'activité toujours plus important et la nécessaire autonomie des équipes. L'activité du cadre au carrefour de ces logiques fait d'eux des « *fabricants de cohérence* » et des « *absorbeurs d'écarts* » (LAUDE, 2010).

P. BOURET décrit l'activité des cadres de santé comme un travail de lien « *entre un système de production de soins et un système technocratique et gestionnaire devenu en même temps de plus en plus abstrait et lointain et de plus en plus contraignant* ». Elle met en évidence, par une observation ethnographique de leur travail, la constante « *activité de rattrapage* » des cadres de santé pour réparer des oublis ou erreurs, permettre des réajustements, éviter que les situations ne se dégradent, maintenir la cohérence de l'ensemble (2008, p. 735-736). Or cette activité, précisément parce qu'elle est invisible, nécessite par conséquent une mise en scène pour donner à voir le travail du cadre et sa capacité d'agir (LAUDE, 2010, p. 15)[21].

Ce rôle est d'autant plus délicat pour eux qu'ils se sentent souvent isolés, ne constituant pas un collectif homogène ni dans la manière dont ils se situent par rapport à la logique managériale (DIVAY et GADEA, 2008) qui fait d'eux de plus en plus des « *cadres gestionnaires* » (FERONI et KOBER-SMITH, 2005), ni dans la conception même qu'ils ont de leur fonction par rapport au collectif soignant (SAINSAULIEU, 2008).

Tandis qu'ils se considèrent pour beaucoup comme partie intégrante de l'équipe de soins dont ils ont la charge (à 63 % selon une enquête d'I. SAINSAULIEU), ils se vivent très rarement (pour seuls 3 % d'entre eux) comme des relais de la direction (SAINSAULIEU, 2008, p. 668), qui pourtant attend d'eux qu'ils soient « *porteurs de la rationalisation* » (DIVAY et GADEA, 2008, p. 678). La perception des infirmiers qu'ils encadrent est cependant très différente de l'image qu'ils se font de leur rôle : les cadres de santé sont vus par leurs subordonnés comme fortement hiérarchiques, gérant peu les relations dans l'équipe, favorisant peu la participation (alors que 90 % d'entre eux s'en réclament), « *toujours en réunion* » ou occupés par les plannings (SAINSAULIEU, 2008, p. 673). Ils partagent en revanche avec leurs équipes leurs préventions contre « *la gestion qui éloigne du soin* » (p. 672).

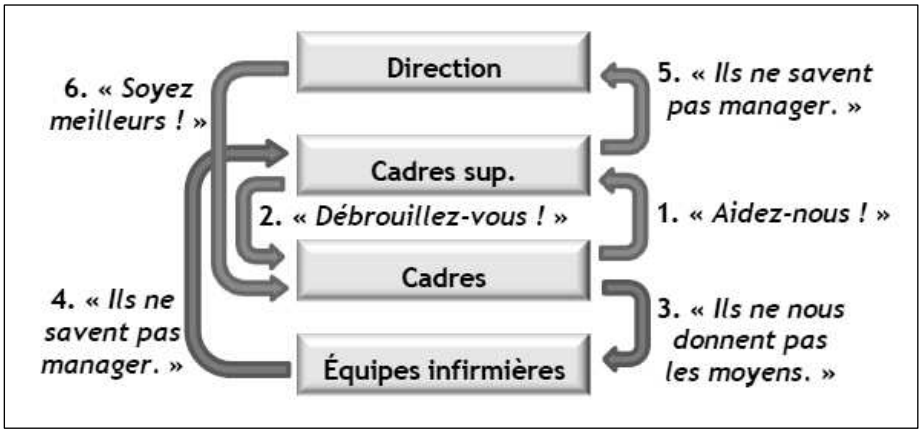
Face à la « *gestionnarisation* » de leurs pratiques (SAINSAULIEU, 2008, p. 666), tous les auteurs constatent la difficulté des cadres de santé à « *faire le deuil* » de leur passé infirmier pour devenir les managers qu'ils sont désormais appelés à être ; une « *bataille* » intérieure symbolique qui les pousse à agir en « *homme ou femme de l'organisation et non*

[21] Notons que cette mise en scène de l'activité de régulation n'est pas le propre des cadres de santé : on la retrouve dans toute situation de management intermédiaire (DIETRICH, 2009).

en homme ou femme de la profession » et à adhérer à la logique gestionnaire dont ils se trouvent désormais malgré eux les relais (DIVAY et GADEA, 2008, p. 679-680).

Outre la tendance au « *management hyper-affectif* » caractéristique de la culture des établissements de soin (HART et MUCCHIELLI, 1994), encore fréquente notamment parmi les cadres non formés, A. MUCCHIELLI propose une analyse intéressante des « *défaillances permanentes en management des cadres infirmiers* » (1997). Le « *jeu de l'évitement des responsabilités managériales* » (cf. schéma ci-dessous) est selon lui diffus dans l'ensemble de l'organisation, un « *symptôme de faiblesse du management* » (HART et MUCCHIELLI, 1994, p. 68) à tous les niveaux hiérarchiques qui conduit chacun des acteurs à éviter la mise à l'épreuve de ses aptitudes managériales.

Schéma 3 : Le jeu de l'évitement des responsabilités managériales



Source : MUCCHIELLI, 1997, p. 441

Un « *jeu de mistigri de la responsabilité* » (GIRIN et GROSJEAN, 1996, p. 6) qui rejoint l'analyse de la « *division sociale du travail d'organisation* » décrite par M-A. DUJARIER (2006) ou de la situation intenable de managers intermédiaires dans l'industrie décrite par T. BERTRAND et A. STIMEC (2011, p. 141).

A. MUCCHIELLI, soulignant que les « *défaillances des cadres* » ne sont pas une « *faute individuelle* » mais une difficulté collective à laquelle la formation ne changera rien (1997, p. 442), invite par conséquent à « *toujours plus de réflexion collective, d'actions concertées et d'implication de toute la hiérarchie* » (p. 439). Sa conclusion, comme celle de M. GROSJEAN et de M. LACOSTE (1999) ou encore de M. ESTRYN-BEHAR à l'issue de sa recherche sur les médecins qu'elle a dirigée (2010), met en évidence la nécessité d'espaces de discussion, favorisés à la fois par l'aménagement des locaux, l'organisation du temps de travail et l'habitude de partager les informations au sein d'équipes véritablement pluridisciplinaires, sans quoi la souffrance des professionnels devient criante (ESTRYN-BEHAR *et al.*, 2010, p. 46).

C'est en quelque sorte aussi le constat de M. RAVEYRE et P. UGHETTO, même si ceux-ci ne le rapportent pas aux cadres de proximité, lorsqu'ils dénoncent le fait que les questions d'organisation du travail, les activités d'ajustement et de coopération au niveau local qu'ils nomment « *autorégulation* », non seulement ne sont pas reconnues par ceux qui en sont les acteurs mais constituent le plus souvent la part impensée des restructurations, qui ne fait jamais l'objet de négociations ou d'une prise en charge par la hiérarchie (2003, p. 114-116). Le travail d'organisation, point aveugle à tous les niveaux (GROSJEAN et LACOSTE, 1999, p.171-175) déjà pointé par M. BINST (1990), demeure le « *chaînon manquant* » de la plupart des organisations de santé (MOISDON, 2008).

L'absence de management, conjugué aux effets du tournant gestionnaire, peut se révéler un élément capital dans le développement de dysfonctionnements organisationnels, de conflits et de violence dans les équipes (CINTAS, 2007).

4.3. Le malaise des soignants

La constatation d'un « *malaise des soignants* » (SAINSAULIEU, 2003) n'est pas nouvelle. Dès la fin des années 1980 et le début des années 1990, plusieurs travaux mettent en évidence le syndrome du « *burn-out* » chez les infirmières[22] et les signes d'un épuisement émotionnel élevé (NEVEU, 1996). La problématique du « *burn-out* » fait alors l'objet d'une appropriation par les directions hospitalières, les formateurs des instituts de formation en soins infirmiers et la presse professionnelle infirmière qui contribuera à diffuser largement le terme (LORIOL, 2003), dans le contexte d'une profession qui se construit et que l'on peut considérer comme particulièrement portée à une vision psychologisante du travail (BOUFFARTIGUE, 2010).

A l'instar de M. RAVEYRE et P. UGHETTO (2003), F. ACKER constate elle aussi que la définition du travail et de son organisation constitue la part oubliée des restructurations hospitalières, engendrant des sentiments de malaise chez les soignants (2004). Après avoir dans un premier temps permis un recentrage des infirmières sur les tâches de soin, les réformes ont aussi augmenté fortement les activités de planification et de coordination, se traduisant par un travail « *plus émietté* » et intégrant des dimensions qui ne sont pas pensées par les infirmières comme un « *réel travail* » (p. 64). Chacune intervient désormais sur une séquence d'activité, le travail en amont ou en aval étant assuré par d'autres collègues, (par exemple les consultations infirmières préopératoires ou la

[22] Comme généralement dans les articles sur le sujet, nous utilisons le féminin car la profession est encore constituée en 2000 à plus de 90 % de femmes mais nous y incluons bien entendu les infirmiers (ACKER, 2003).

délivrance des chimiothérapies), en dehors du temps et parfois des structures d'hospitalisation. Si ces nouvelles formes d'exercice permettent de développer de nouveaux rôles et compétences, les infirmières des services de soin se sentent néanmoins dessaisies d'une « *approche globale* » du patient demeurant le modèle professionnel de référence et d'une partie de leur rôle d'éducation et de surveillance.

Avec l'augmentation de la charge de travail, elles ont le sentiment de n'avoir plus suffisamment le temps pour l'écoute et la « *relation d'aide* » (p. 65), assuré de plus en plus par les aides-soignantes voire par des bénévoles extérieurs (ACKER, 2005, p. 174-175). Le phénomène est particulièrement marqué dans les services ambulatoires n'accueillant les patients que pour quelques heures, où même les tâches communicationnelles se trouvent démultipliées (GROSJEAN et LACOSTE, 1999, p. 129). Les travaux nord-américains sur le « *virage ambulatoire* » démontrent l'alourdissement de la charge de travail et le rythme soutenu qui en résulte pour les soignants (LAPOINTE *et al.*, 2000).

L'augmentation de la charge de travail se répercute également sur l'activité des aides-soignantes, qui se retrouvent parfois cantonnées à un travail de « *toilettes à la chaîne* » (ESTRYN-BEHAR *et al.*, 2003, p. 8) sans reconnaissance de la part de l'équipe soignante, pour qui elles restent encore souvent « *un personnel invisible* » (ARBORIO, 2001).

Inversement, l'augmentation de la charge et le manque de personnel, accentuant la fréquence des situations d'urgence, sont susceptibles de conduire à un glissement de certaines tâches des infirmières vers les aides-soignantes et des aides-soignantes vers les agents de service. Ces glissements peuvent être lus comme une stratégie collective de défense (DEJOURS, 2008) pour pouvoir assumer l'activité au quotidien, malgré la formalisation des responsabilités dans le cadre de la certification (CINTAS, 2007, p. 216-217). Néanmoins, l'insécurité s'accroît pour le personnel, renforcée par l'absence du management et l'effritement du soutien social (p. 228-229).

En parallèle, le travail administratif augmente : les exigences de la traçabilité supposent désormais de tout écrire, les modes de transmission sont formalisés, les formulaires à remplir et les protocoles à rédiger se multiplient (ACKER, 2005, p. 173). F. ACKER observe que ce sont d'ailleurs initialement les infirmières elles-mêmes, dans leur volonté de légitimer leur profession, qui ont développé toute une panoplie d'outils de gestion administrative des soins infirmiers, avec le soutien de la Direction des hôpitaux qui y voyait le moyen d'objectiver et de formaliser des pratiques jusque là mal connues (1991, p. 133-134). Une analyse ergonomique du travail des infirmières dans des services hospitaliers a constaté que la traçabilité sur écran occupe entre 15 et 30 % du temps des infirmières, sans que ces documents médico-légaux ne soient jamais un support pour le travail des équipes

(ESTRYN-BEHAR *et al.*, 2009). Au total, les infirmières observées passaient de 25 % à 55 % de leur temps dans un bureau, alors qu'elles ne se concertent que très peu entre elles - moins de 10 % de leur temps selon une autre étude ergonomique (CHAUMON *et al.*, 2009).

Or ces activités administratives, tout comme le travail d'organisation ou d'articulation, encore augmentées lors des périodes de restructuration, sont considérées comme « *parasites* » vis-à-vis du « *vrai* » métier et rarement intégrées dans l'organisation et l'évaluation de la charge de travail (RAVEYRE et UGHETTO, 2003 ; 2006), voire « *déniées* » et donc engendrant de la culpabilité (GROSJEAN et LACOSTE, 1999, p. 173). Ce « *défaut d'organisation* » accentue d'autant plus le sentiment d'une charge excessive et de conditions de travail de plus en plus pénibles (RAVEYRE et UGHETTO, 2003).

Avec le développement des démarches qualité, les infirmières et les aides-soignantes sont elles-aussi sollicitées pour participer à des groupes de travail et à l'évaluation de leurs pratiques comme de l'ensemble des processus organisationnels. Certaines participent directement à la gestion du flux des patients, coordonnent l'activité dans les blocs opératoires ou en ambulatoire, réorganisent les rendez-vous ou les séquences de soin. Ces tâches nouvelles d'articulation supposent une intense activité communicationnelle et un travail supplémentaire d'écriture ou de saisie (ACKER, 2005, p. 177).

Le contenu des tâches évolue, les gestes deviennent plus techniques et exigent de manipuler des technologies plus sophistiquées, l'information à transmettre plus pointue et plus fréquente. A la charge physique et émotionnelle s'ajoute la charge cognitive : sans cesse interrompues[23], les infirmières doivent constamment réarticuler une quantité croissante d'informations, dans un contexte de risque accru et d'exigence plus forte des patients et des familles, quand justement les médecins sont de moins en moins présents. L'excès de paramètres et de contraintes, au lieu de former un cadre régulateur rassurant, perturbent et brouillent l'organisation du travail et la compréhension de l'environnement (RAVEYRE et UGHETTO, 2003). Ceci alors même qu'il faut toujours plus « *faire vite* » en évitant la moindre erreur et le moindre dysfonctionnement. La vigilance doit être constante, ce qui peut se révéler particulièrement difficile lorsque des pratiques de flexibilité et de polyvalence conduisent les soignants à passer d'un service à l'autre sans connaître les patients (MAINHAGU, 2010b). Parmi les principales pénibilités relevées par l'étude PRESST-NEXT[24] et conduisant les soignants à songer à quitter la profession, on trouve justement

[23] Dans un service observé par l'équipe de M. ESTRYN-BEHAR, le temps « *embolisé par des interruptions* » dépassait 22 % du temps de travail (2009, p. 99).

[24] Étude « Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant » coordonnée par M. ESTRYN-BEHAR (2004). Ces résultats se trouvent également confirmés dans une étude sur les infirmières canadiennes (ZEYTINOGLU *et al.*, 2007).

l'inquiétude de ne pas faire bien son travail[25], de ne pas savoir ce que l'on peut dire sur un patient et la crainte de faire des erreurs (ESTRYN-BEHAR, 2004, p. 40-41).

La réduction des durées de séjour rend également statistiquement plus fréquentes les situations psychologiquement lourdes pour les soignants, comme par exemple les annonces de diagnostic difficile nécessitant un accompagnement spécifique des patients. Or, selon l'étude PRESST-NEXT, deux tiers des soignants estiment manquer du soutien du collectif nécessaire pour affronter ces situations (ESTRYN-BEHAR, 2004, p. 25). De plus, nombre d'entre eux n'ont pas la possibilité d'échanger suffisamment avec leurs collègues, que ce soit lors des transmissions ou dans des temps d'échanges sur la vie du service, souvent trop rares ou inexistants. C'est pourtant un critère essentiel réduisant significativement les troubles de santé mentale (p. 32-35) et la volonté d'abandonner la profession (p. 61)[26].

Les travaux de M. LORIOL (2009) confirment également le rôle essentiel des échanges entre collègues sur le travail afin de pouvoir faire face aux situations pénibles et construire collectivement un sens acceptable pour les événements difficiles. L'auteur note, à l'instar de M. ESTRYN-BEHAR (2004 ; 2010), que la construction discursive des conditions de travail doit s'accompagner des agencements organisationnels (GIRIN, 1995) les rendant possibles (LORIOL, 2009, p. 29). Or ceux-ci semblent précisément de plus en plus menacés par les modes d'organisation induits par le tournant gestionnaire.

*

L'intensification du travail et la charge supplémentaire engendrées par le tournant gestionnaire sont donc largement rapportées dans la littérature. C'est aussi le cas du malaise des professionnels de santé face à une montée des contraintes qui ne s'est pas toujours accompagnée de la préservation des espaces nécessaires pour gérer collectivement cette situation nouvelle. Les contraintes économiques pèsent désormais lourd sur le travail. Paradoxalement, les outils portés par le tournant gestionnaire, souvent vécus comme une charge supplémentaire dans un contexte où le travail est déjà très tendu, avaient pourtant pour objectif – souvent en partie aussi pour effet - une « *rationalisation négociée de l'organisation* » (MINVIELLE, 2000 ; REVERDY et VINCK, 2003) et une plus grande prise en compte de la dimension médicale et soignante, appelée à se conjuguer avec les exigences gestionnaires. Mais l'apprivoisement réciproque qu'ils

[25] Il existe une vaste littérature sur les liens entre l'intensification du travail ou les facteurs de risques psychosociaux et la qualité des soins, dans laquelle nous n'entrerons pas ici. Une recherche est également en cours sur les liens entre pratiques de GRH et qualité des soins (BARET *et al.*, 2008). Certains en viennent à suggérer un lien entre « *santé organisationnelle* » du corps soignant et possibilités de reconstruction de la santé des patients (BEAUCOURT et LOUART, 2010).

[26] L'insuffisance de qualité du travail d'équipe et le *burn-out* quadruplent l'intention d'abandonner la profession (ESTRYN-BEHAR *et al.*, 2009, p. 96).

proposaient ne peut être qu'extrêmement lent, étant donnée la diversité des mondes d'action en présence (MINVIELLE, 2000) et la complexité du système que la gestion a bien du mal à rendre. Alors même que les acteurs continuent de déployer des efforts considérables pour bien faire leur travail, mis à mal par le productivisme, la « *pression quantitativiste* » (SAINSAULIEU, 2003) semble avoir le dessus et laisse le sentiment d'avoir perdu la maîtrise de la situation et de ne plus arriver à en reconstruire le sens et la cohérence, alors que l'homogénéité de leurs valeurs est probablement bien plus grande qu'elle n'y paraît. On ne retient de l'outil que son rôle de conformation et pas celui de source de savoirs pour l'action et la coopération (MOISDON, 1997). Sur le terrain, la discussion disparaît, au moment où le soutien du collectif est le plus nécessaire, et le tournant gestionnaire semble se réduire à une taylorisation de l'organisation qui « *met en danger la rationalité plurielle de l'hôpital* » (SAINSAULIEU, 2003, p. 221).

Cette analyse rejoint celle de M. DETCHESSAHAR qui observe que ce ne sont pas forcément les nouveaux modèles qui sont mauvais en eux-mêmes, mais plutôt les désorganisations générées lors de la période de leur mise en place qui ont des effets délétères (2011, p. 92), ou encore la manière dont les outils portés par ces modèles sont transposés et mis en place (BERTRAND et STIMEC, 2011).

Un tel constat invite à élargir la réflexion et à poser un certain nombre de questions. Le malaise des professionnels de santé est-il réellement lié aux spécificités des établissements de santé ? Peut-on l'analyser avec les approches qui se sont développées ces dernières années pour comprendre les déterminants d'un mal-être au travail désormais largement diffusé ? C'est ce que nous proposons d'approfondir au chapitre suivant.

CHAPITRE 2 – MAL-ÊTRE AU TRAVAIL ET DÉGRADATION DE L'ACTION COLLECTIVE

Après avoir décrit les transformations du management dans le champ sanitaire et la manière dont le « *tournant gestionnaire* » modifie le travail dans les établissements de santé, nous allons aborder la problématique de la santé au travail. Nous commencerons par un rapide tour d'horizon de son actualité, avec quelques chiffres et définitions, avant de présenter plus particulièrement, parmi les perspectives théoriques existantes, celles qui seront mobilisées d'une manière ou d'une autre dans cette recherche.

La question de la santé au travail a progressivement envahi l'actualité médiatique. Quelques chiffres issus des grandes enquêtes nationales suffisent à donner une idée de l'ampleur du phénomène, que confirme sa récente apparition massive dans le débat public. Si plus personne ne conteste aujourd'hui la réalité de la problématique, la multiplicité des mots pour parler des maux du travail reflète la diversité des approches et la difficulté à s'en saisir.

Cette diversité se retrouve dans les modèles théoriques à disposition pour appréhender le phénomène. Nous ne procèderons pas ici à une revue de la littérature complète sur le sujet. Nous nous contenterons de donner quelques repères sur les différentes approches possibles et de développer les perspectives sur lesquelles s'appuie cette recherche. Nous présenterons ainsi des études cherchant à identifier les dimensions organisationnelles de la santé au travail, à travers les grandes enquêtes épidémiologiques sur le travail et la mise en évidence des configurations les plus délétères. Nous analyserons ensuite deux modèles théoriques, internationalement validés et parmi les plus usités, permettant d'identifier les facteurs psychosociaux influant sur la santé au travail : le modèle « *demande – latitude* » de R. KARASEK et celui de J. SIEGRIST, de l'équilibre « *effort – récompense* ». Nous porterons ensuite notre attention sur les approches centrées sur l'activité, relevant des « *sciences du travail* », parmi lesquelles l'ergonomie et, surtout, les deux courants de la psychodynamique du travail et de la clinique de l'activité. Après avoir mis en évidence quelques unes de leurs limites, nous verrons comment l'entrée par les espaces de discussion peut constituer une réponse précisément aux points soulevés par les perspectives cliniques du travail. Nous en donnerons un premier éclairage, avant d'y revenir dans le chapitre suivant, qui présentera plus en détail le cadre conceptuel retenu pour cette recherche.

1. L'ACTUALITE DE LA QUESTION DE LA SANTE AU TRAVAIL

Il serait vain de prétendre, en quelques pages, à une exposition exhaustive de la situation concernant la problématique de la santé au travail. Bien des auteurs s'accordent à dire que les mesures sont en ce domaine bien délicates et les approches possibles multiples. Nous ne pouvons cependant avancer sur la question sans donner en introduction un premier aperçu des enjeux actuels, qui dépassent désormais largement le cercle des recherches académiques. Les quelques chiffres que nous livrons ici n'ont pas la prétention de faire une évaluation de la dégradation de la santé au travail en France, mais de donner une idée de l'ampleur du phénomène et de la manière dont la problématique s'exprime dans les médias et l'opinion publique. A aucun moment dans cette recherche, nous n'aurons l'ambition de « *mesurer* » la santé au travail, mais bien plutôt d'appréhender ce qui peut conduire à sa dégradation ou, au contraire, à sa construction.

Précisons tout de suite que nous nous intéresserons particulièrement ici à la question de la santé mentale au travail, et non pas d'abord aux pénibilités physiques ou aux risques liés à la toxicité ou aux conditions dangereuses du travail dans certains environnements. En réalité, peut-on affirmer une telle distinction de manière aussi tranchée ? Il est bien évident que non. Plusieurs études ont ainsi démontré qu'un découpage entre santé physique et santé mentale ou sociale serait très réducteur (GOLLAC et VOLKOFF, 2000) et que les mêmes causes organisationnelles pouvaient être associées aussi bien à des souffrances mentales qu'à des troubles physiques (GOLLAC, 2005 ; LORIOL, 2006). Ce qui va nous intéresser dans cette recherche, ce sont les déterminants de nature organisationnelle ou managériale de la santé mentale au travail, quelque soit la forme de leurs effets sur la santé, y compris lorsque les conséquences sont d'ordre physique.

Après un rapide état des lieux et quelques clarifications sur les termes employés, nous approfondirons ensuite plusieurs approches théoriques permettant de mieux comprendre les déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail.

1.1. État des lieux de la question

1.1.1. Quelques chiffres

En Europe, selon une étude européenne sur les risques psychosociaux, 28 % des travailleurs seraient « *exposés à au moins un facteur susceptible d'affecter de manière défavorable*

[leur] bien-être mental » (EUROGIP, 2010), un chiffre correspondant à la moyenne française des salariés jugeant leur travail mauvais pour leur santé (GUIGNON *et al.*, 2008, p. 7).

La dernière grande étude disponible en France sur le sujet est celle sur les conditions de travail réalisée par la DARES en 2005, après celles de 1984, 1991 et 1998, dans le cadre de l'enquête Emploi de l'Insee. Les résultats ont mis en évidence une pause dans le phénomène jusque-là croissant d'intensification du travail, avec une pression stabilisée même si les marges de manœuvre continuent de se réduire (BUÉ *et al.*, 2007). Il n'en demeure pas moins que le tableau général qu'elle dresse révèle l'ampleur de la dégradation des conditions de travail depuis deux décennies dans toutes les catégories socioprofessionnelles[27].

Ainsi, 48 % des salariés déclarent devoir se dépêcher toujours ou souvent dans leur travail, selon un rythme imposé pour 53 % des répondants par une demande externe à satisfaire immédiatement. 60 % doivent fréquemment abandonner une tâche pour une autre plus urgente, un aspect jugé comme négatif pour 40 % d'entre eux. 42 % des salariés en contact avec le public signalent vivre régulièrement des situations de tension perturbant leur travail et autant déclarent qu'ils reçoivent des ordres ou indications contradictoires.

Ces quelques chiffres de l'enquête Conditions de travail de 2005 (BUÉ *et al.*, 2007) sont confirmés par ceux de l'enquête SUMER 2003 qui constate que 23 % des salariés sont en situation de travail « *tendu* »[28], associés aux risques les plus élevés pour la santé, subissant une forte demande dans leur travail avec des marges de manœuvre réduites pour y faire face (GUIGNON *et al.*, 2008). Certains métiers sont plus exposés que d'autres à cette situation : c'est le cas de 40 % des infirmières. Si les salariés « *tendus* » ne sont pas les seuls à se dire stressés (48 % mais aussi 53 % des « *actifs* », ayant une forte charge mais plus de latitude pour y faire face), ils sont en général peu nombreux à être satisfaits de leur travail et se disent en moins bonne santé que les autres répondants. Une situation encore aggravée lorsque les salariés ne bénéficient pas du soutien de leurs collègues ou de leur hiérarchie, ainsi que l'explique le modèle de R. KARASEK et T. THEORELL (1990), sur lequel nous reviendrons un peu plus loin.

M. GOLLAC, auteur de nombreuses études sur l'intensification du travail, estime qu'on ne peut plus aujourd'hui nier qu'il existe « *des causes réelles et sérieuses de souffrance* » (LALLEMENT *et al.*, 2011, p. 21) et qu'il est probable que depuis la dernière enquête nationale de 2005, la situation actuelle ne soit guère meilleure, les causes ayant perduré et la durée étant un facteur aggravant.

---

[27] Y compris les « *encadrants* », ainsi que le démontre C. DESMARAIS (2006).

[28] Voir plus bas (p. 73-75) la présentation du modèle théorique de R. KARASEK mobilisé pour l'analyse.

Il est difficile d'estimer le coût global des atteintes à la santé au travail, celui-ci ne se réduisant pas aux coûts directs des soins, ni même à celui de l'absentéisme. Il faudrait y ajouter par exemple, ainsi que l'indiquent R. KARASEK et T. THEORELL, le coût de la baisse de productivité et de la sous-utilisation des compétences résultant du stress (1990)[29]. Un rapport de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail[30] estime qu'entre 50 et 60 % des journées de travail perdues ont un lien avec le stress au travail. En 2002, le coût annuel du stress au travail dans l'Europe des quinze était évalué par la Commission européenne à 20 milliards d'euros.[31] Il se chiffrerait en France en 2007 à près de 2 à 3 milliards d'euros (TRONTIN *et al.*, 2007) .

Les troubles musculo-squelettiques (TMS), dont le lien avec les facteurs psychosociaux a été démontré (HOUTMAN *et al.*, 1994), représentent près des deux tiers des maladies professionnelles indemnisées en France, dont ils sont la première cause. Avec les lombalgies, les TMS ont coûté à l'assurance maladie en France 689 millions d'euros en 2003. Ils suivent une croissance de 20 % par an (LECLERC *et al.*, 2005).

1.1.2. La visibilité de la problématique dans l'espace public

Si la problématique de la santé au travail était déjà dans l'actualité lorsque cette thèse a débuté, elle l'a été plus encore depuis la « *vague de suicides* » chez France Telecom[32] et dans plusieurs grandes organisations françaises. Certains avancent aujourd'hui qu'on compterait en France plus d'un suicide au travail par jour (LALLEMENT *et al.*, 2011, p. 4).

Alors que le phénomène remonte aux années 1970 dans les pays anglo-saxons et scandinaves (CHANLAT, 1990b, p. 709), les médias en France se sont quant à eux saisis de la problématique à partir des années 1990, le nombre des articles sur le sujet du stress ou, tel qu'on le définit aujourd'hui, des risques psychosociaux, ayant explosé surtout depuis le

[29] Dans leur ouvrage de 1990, R. KARASEK et T. THEORELL tentent une estimation du coût que représente le « *travail sous tension* ». Ils y incluent notamment les coûts en termes de soins de santé, de productivité, ainsi que la sous-utilisation des compétences qu'ils démontrent comme étant un des effets du stress, soulignant le coût à long terme de stratégies court-termistes (p. 237).

[30] EU-OSHA (http://osha.europa.eu)

[31] Chiffres extraits du rapport EUROGIP n° 47 de janvier 2010 intitulé « Risques psychosociaux au travail, une problématique européenne ».

[32] D'après les données de l'Observatoire du stress de France Telecom, l'organisation aurait connu 12 suicides et 2 tentatives en 2008, 19 suicides et 15 tentatives en 2009, 27 suicides et 16 tentatives en 2010 et recense 5 suicides et 5 tentatives au 24/06/2011 (www.observatoiredustressft.org).

début des années 2000[33]. On ne compte plus ces dernières années les parutions sur le « *malaise au travail* »[34], sur le stress, les risques psychosociaux ou les suicides au travail.

Ainsi que l'observe M. GOLLAC (LALLEMENT *et al.*, 2010, p. 21), on observe également une multiplication des commissions ou collèges d'expertise mandatés par les pouvoirs publics et le monde politique sur le thème de la santé au travail[35].

La question de la responsabilité des organisations dans le champ des risques psychosociaux a aujourd'hui gagné le registre juridique, avec notamment le procès intenté contre Renault par la veuve de l'un des ingénieurs de l'entreprise qui s'était suicidé en 2006. Le tribunal[36] a établi la faute inexcusable de l'employeur pour n'avoir pas pris les mesures de protection de la sécurité individuelle et collective de ses salariés, qui sont pour lui une obligation de résultat. Cette décision, confirmant celle de la Caisse primaire d'assurance maladie qui avait qualifié le suicide d'accident à caractère professionnel, crée un précédent sur le plan juridique en reconnaissant le lien direct entre d'une part les modes de management de l'entreprise et l'excessive pression qu'elle impose à ses salariés, et d'autre part les conséquences possibles sur leur santé et leur équilibre psychique.

1.2. Une multitude de mots pour parler des maux du travail

Avec le temps, les formes des atteintes à la santé au travail ont évolué et les mots utilisés pour en parler en sont l'expression : à côté des pénibilités physiques, on retrouvera souvent dans le domaine de la santé morale le terme, très générique et employé parfois à tous vents, de stress ou, de plus en plus souvent aujourd'hui, de mal-être ou souffrance au travail. Afin de rendre compte à la fois des dimensions individuelles et collectives du

[33] M. LORIOL réfère ainsi d'une étude de N. ROBATEL constatant que le nombre d'articles dans la presse en France consacrés au « *stress au travail* » serait passé de 13 en 2000 à 326 en 2008 (LALLEMENT *et al.*, 2011, p. 9).

[34] Ainsi titrait le magazine « *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines* » de septembre 2008.

[35] Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail à la demande du ministre du Travail (NASSE et LÉGERON, 2008) ; rapport de la commission de réflexion UMP et Nouveau Centre sur la souffrance au travail (COPÉ *et al.*, 2010) ; rapport sur Bien-être et efficacité au travail destiné à améliorer la santé psychologique au travail à la demande du Premier ministre (LACHMANN *et al.*, 2010) ; rapport d'information au Sénat sur le mal-être au travail (DERIOT, 2010) ; rapport d'information à l'Assemblée nationale sur les risques psychosociaux au travail (LEFRAND, 2011) ; rapport sur la mesure des facteurs psychosociaux de risque au travail, à la demande du ministre du Travail (GOLLAC, 2011) sans compter, au-delà du champ spécifique du travail, le rapport sur la santé mentale réalisé par le Centre d'analyse stratégique à la demande de la secrétaire d'État en charge de la Prospective et du Développement de l'Économie numérique (KOVESS-MASFÉT, 2010) ; sans compter les études réalisées par les services du ministère du Travail, celles réalisées à la demande des organisations syndicales et les divers baromètres provenant de cabinets d'expertise privés.

[36] Décision du tribunal des affaires de sécurité sociale du 17/12/2009, confirmée par la cour d'appel de Versailles le 19/05/2011.

phénomène, de plus en plus d'auteurs utilisent l'expression « *risques psychosociaux* » pour désigner les différentes formes que peuvent prendre actuellement les troubles les plus couramment rencontrés : stress, violences, harcèlement, addictions, souffrance au travail.

Dans leur rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail remis en 2008 au Ministre du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, P. NASSE et P. LÉGERON soulignent la nécessité de bâtir un consensus sur la définition des concepts et la qualification précise de leur contenu, d'autant plus nécessaire que ces termes sont le reflet d'approches qui trouvent leur source dans des disciplines et donc des logiques très différentes. Bien souvent, les mêmes termes – et c'est typiquement le cas pour le stress - recouvrent à la fois les causes des risques, les risques eux-mêmes et leurs effets (NASSE et LÉGERON, 2008).

1.2.1. Le stress

Parmi les principaux risques psychosociaux, P. NASSE et P. LÉGERON (2008) identifient le stress comme le premier et le plus important, de par la place qu'il occupe et son lien étroit et complexe avec les autres, dont il est à un moment ou à un autre l'expression, la cause ou la conséquence. Une enquête récente de la Fondation de Dublin fait ainsi apparaître qu'au sein de l'Union Européenne, 22 % des salariés souffrent de stress au travail, proportion très significative si on la compare au taux de 5 % de salariés victimes d'autres types de risques psychosociaux tels que le harcèlement ou la violence physique au travail[37].

Le terme de « *stress* », mot anglais à la racine latine signifiant « *contrainte, tension* », trouve son origine dans les travaux biologiques d'H. SELYE en 1936 sur les mécanismes d'adaptation de l'organisme aux agressions extérieures[38]. De très nombreux travaux ont ensuite tenté de préciser cette notion. On retiendra généralement la définition proposée par l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail :

> *« Le stress est ressenti lorsqu'un déséquilibre est perçu entre ce qui est exigé de la personne et les ressources dont elle dispose pour répondre à ces exigences. Bien que le stress soit perçu psychologiquement, il peut également porter atteinte à la santé physique.* [39] »

[37] Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Dublin), 4e enquête européenne, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Comunities, 2007, *in* P. NASSE et P. LÉGERON, 2008.

[38] Le terme de stress a été introduit dans le langage médical suite aux recherches de l'endocrinologue H. SELYE qui le décrit à travers le modèle du « *syndrome général d'adaptation* » comme « *la réponse non spécifique de l'organisme à toute demande qui lui est faite* » (SAHLER *et al.*, 2007). Il identifie trois phases de réaction à l'agression : la phase d'alarme, où se mobilisent les défenses ; la phase de résistance où l'organisme s'adapte ; et enfin la phase d'épuisement, lorsque le stress perdure trop longtemps.

[39] http://osha.europa.eu/fr/topics/stress/index_html/definitions_and_causes

Un accord cadre signé par les partenaires sociaux européens le 8 octobre 2004 donne la définition suivante :

> « *Le stress est un état accompagné de plaintes ou dysfonctionnements physiques, psychologiques ou sociaux, et qui résulte du fait que les individus se sentent inaptes à combler un écart avec les exigences ou les attentes les concernant. L'individu est capable de gérer la pression à court terme qui peut être considérée comme positive mais il éprouve de grandes difficultés face à une exposition prolongée à des pressions intenses. En outre, différents individus peuvent réagir de manière différente à des situations similaires et un même individu peut, à différents moments de sa vie, réagir différemment à des situations similaires. Le stress n'est pas une maladie mais une exposition prolongée au stress peut réduire l'efficacité au travail et peut causer des problèmes de santé.* »[40]

Ces définitions ont le mérite de préciser que le stress peut avoir une dimension organisationnelle et n'est pas uniquement de nature individuelle. Elles prennent également position quant au débat entre bon et mauvais stress, identifiant la problématique du stress comme un phénomène révélateur de dysfonctionnements et portant atteinte à la santé.

1.2.2. Les risques psychosociaux

Le terme désormais largement utilisé de « *risques psychosociaux* » (couramment désignés par le signe RPS) fait cependant débat, par l'association qu'il induit entre la dimension psychosociale et la notion de risque. Y. CLOT dénonce un « *modèle "toxicologique" du psychosocial comme risque* » (2010, p. 105). On devrait d'ailleurs plus justement parler de risques de survenue de troubles psychosociaux (SAHLER *et al.*, 2007, p. 16).

Parmi les risques psychosociaux, le harcèlement a d'abord pris une grande place dans les débats depuis sa médiatisation à l'occasion de la publication du premier ouvrage de M-F. HIRIGOYEN sur le sujet en 1998 et fait désormais l'objet d'une inscription dans la loi française (HIRIGOYEN, 1998 ; 2004). Il peut prendre la forme d'un harcèlement moral individuel, stratégique, institutionnel ou horizontal (SAHLER *et al.*, 2007), à distinguer du harcèlement sexuel relevant d'un encadrement juridique propre.

De manière plus générale, on recense parmi les risques psychosociaux de nombreuses formes de violences, tant physiques que psychologiques, dont l'origine peut tout aussi bien être externe (agressions de clients, patients, usagers…) qu'interne, de la part de collègues, de supérieurs hiérarchiques ou de groupes. Ces violences peuvent être brutales

[40] L'« *accord-cadre sur le stress au travail* » est consultable en ligne sur le site de la Confédération européenne des syndicats : http://www.etuc.org/IMG/pdf/Brochure_stress_FR-3.pdf

et traumatisantes ou encore souterraines, répétées et usantes, et parfois difficiles à objectiver (SAHLER *et al.*, 2007).

Sont également à associer aux risques psychosociaux les conduites addictives au travail : alcool, tabac, drogues mais aussi médicaments psychotropes. Ces comportements posent le problème de la difficile détermination de ce qui relève du travail ou de la vie privée, souvent indissociables.

1.2.3. Les processus de construction sociale des termes du malaise

M. LORIOL souligne les processus de construction sociale dont font l'objet les enjeux de santé au travail et la manière dont ils déterminent « *l'étiquetage* » du malaise (2006, p. 239-244). Ainsi, selon les catégories sociales, les professions, la position hiérarchique, les acteurs ne mobiliseront pas les mêmes termes pour définir leurs maux. Tandis que les employeurs préféreront des termes faisant apparaître plutôt la dimension psychologique, donc individuelle, du malaise, les syndicats ou les médecins du travail n'hésiteront pas à dénoncer les facteurs organisationnels et les conditions de travail à l'origine des maux. Les infirmières, plus familières de la dimension psychique, utiliseront plus facilement le terme stress ou « *burn-out* »[41] que les milieux ouvriers plus sensible à l'usure physique.

De plus en plus invoqué pour exprimer un « *mal-être* » profond au travail, le terme de « *souffrance au travail* » est directement issu des travaux de C. DEJOURS (1998 ; 2008) et de la psychodynamique du travail, largement diffusés par les médias ces dernières années.

Après l'usage un temps de l'expression « *bien-être au travail* » comme l'alternative à celle de « *mal-être* », plus récemment[42] se répand le vocable, plus positif certainement, de « *qualité de vie du travail* »[43], promu notamment par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) qui organise chaque année depuis 2004 une « *Semaine pour la qualité de vie au travail* »[44]. C'est le terme qu'a retenu dernièrement la Haute

[41] M. LORIOL (2003) étudie la manière dont la catégorie du « *burn-out* » dans la profession infirmière s'est construite, répondant à l'intérêt des différents acteurs (infirmières et instituts de formation en soins infirmiers en recherche de légitimation de leur profession, directions d'établissement dont les politiques ne sont que peu remises en cause par cette appellation).

[42] Du moins en France, puisqu'il existe un « *Mouvement pour la qualité de vie au travail* » (« *Quality of Work Life Movement* ») aux États-Unis et en Suède depuis les années 1970 (KARASEK et THEORELL, 1990, p. 4).

[43] La qualité de vie au travail se définit par la qualité des relations sociales et de travail, du contenu du travail, de l'environnement physique, de l'organisation du travail, les possibilités de réalisation et de développement professionnel et la conciliation entre vie professionnelle et vie privée (d'après le numéro spécial de la revue Travail et changement de mai juin 2007).

[44] Cf. www.qualitedevieautravail.org ou www.anact.fr.

autorité de santé pour traiter des problématiques de santé et sécurité au travail dans les prochaines versions de la certification des établissements de santé[45].

1.2.4. La définition sous-jacente de la santé

Lorsque l'on aborde la problématique de la santé au travail, il apparaît aussitôt que l'approche et la méthodologie choisies dépendront d'abord fortement de la définition que l'on se donne en amont de la santé. La manière la plus fréquente d'appréhender la santé, dans la vie courante, est en effet de la considérer comme un état de bien-être physique et psychique caractérisé par l'absence de pathologies avérées. C'est, de fait, souvent à partir des pathologies déclarées que nombre d'études mesurent l'état de santé d'une population.

L'OMS propose pourtant depuis 1946 de définir la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »[46]. Une définition très large qui intègre de nombreuses dimensions.

Nous nous intéresserons ici plus particulièrement à la notion de processus de construction de la santé qu'à la mesure d'un état de bien-être ou de mal-être. Cette approche souligne combien la santé n'est jamais donnée ; elle est une conquête, elle dépend de la manière dont on la considère, dont on la « *soigne* » et des moyens dont on dispose pour cela. Elle est subjective et souvent insaisissable.

La notion de construction de la santé au travail cherche à approcher ce processus de « *développement de la santé* » (CLOT, 2008, p. 96-99) dans le cadre du travail, où le sujet est confronté à une activité et à une organisation qui entrent potentiellement en conflit avec ses propres besoins physiologiques et psychologiques. La santé au travail résulte donc d'un processus de production qui dépend très largement du rapport de l'acteur à son travail, et plus précisément de la manière dont il s'approprie le contexte organisationnel dans lequel se déploie son activité et dont il lui donne sens. S'intéresser à ce processus amène à considérer l'importance de la construction du sens et du rôle, pour cela, de la subjectivation, à savoir ce qui va permettre au sujet de transformer la contrainte et la pénibilité en volonté de travailler et de s'investir. C'est ce processus de subjectivation, d'appropriation et de création du sens dans la confrontation au travail et à ses contraintes, qui va être au cœur de la réflexion qui suit.

---

[45] Un séminaire a rassemblé en octobre 2011 un bon nombre d'experts et d'acteurs politiques sur le sujet des liens entre qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé, dont les actes sont disponibles en ligne (http://www.has-sante.fr).

[46] Cf. site de l'OMS (http://www.who.int/topics/mental_health/fr/).

Ces quelques chiffres et définitions posées, nous allons maintenant aborder quelques unes des approches théoriques étudiant la problématique de la santé au travail et de ses déterminants organisationnels et managériaux.

2. LES CADRES THEORIQUES DE REFERENCE SUR LA SANTE AU TRAVAIL

L'objectif n'est pas ici de faire une revue de littérature exhaustive sur le sujet, ni même par exemple de recenser les différents types d'approches existant afin d'en donner un aperçu sous forme de typologie[47]. Nous avons préféré nous concentrer sur la présentation et la discussion des modèles théoriques qui seront mobilisés par la suite dans cette recherche.

Posons cependant quelques repères pour mieux situer ces approches les unes par rapport aux autres. Il existe deux grandes manières d'aborder la question de la santé au travail : en se centrant sur l'individu soumis à une situation susceptible d'altérer sa santé, ou en analysant les caractéristiques d'un environnement et les risques qu'il présente pour ceux qui y sont confrontés. Dans le premier cas, on observera l'individu dans ses réactions face à une situation le mettant en danger ou les ressources dont il dispose pour y faire face[48]. Dans les approches plus centrées sur l'environnement, on pourra s'intéresser aux facteurs de risque que présente le contexte de travail pour la santé des individus ou réaliser de vastes études statistiques pour repérer la prévalence de troubles et leur corrélation avec certains types d'environnements.

Ainsi que le relève B. SAHLER (2007, p. 86-87), ce sont dans l'ensemble des approches « *causalistes* » relevant d'une vision biologique, mécaniste, du type « *stimulus / réponse* ». On retrouvera dans cette catégorie bon nombre des études sur le stress, mais aussi les grandes enquêtes épidémiologiques sur le travail et les recherches destinées à repérer les configurations organisationnelles les plus délétères. Nous en présenterons quelques unes parmi les principales. Les modèles de R. KARASEK ou de J. SIEGRIST, sur lesquels nous reviendront également, relèvent aussi de ce type d'approche. On y considère le stress, quelque soit la forme qu'il prend, comme une donnée que l'on peut mesurer et dont on va étudier les causes et les effets sur la santé. On peut dès lors multiplier les études cherchant

[47] Pour une revue de littérature globale et synthétique des modèles théoriques à disposition, nous suggérons par exemple celle de B. SAHLER (2007), nous nous avons largement utilisée ici, ou celle de M. LORIOL (2006).

[48] A la suite des travaux d'H. SELYE sur le stress, le neurobiologiste français H. LABORIT proposa par exemple le modèle de « *l'inhibition de l'action* », une conception « *bio-comportementale* » du stress centrée sur l'observation des cas où les réactions primaires de fuite ou d'attaque sont paralysées par un stress trop important.

à identifier les liens entre des troubles observés et les conditions environnementales, et les mettre en rapport ensuite avec d'autres facteurs comme par exemple la performance.

Ces modèles cependant ne permettent pas d'expliquer les variations interindividuelles au sein d'une population soumise aux mêmes conditions. C'est pourquoi d'autres modèles, dits « *transactionnels* » (SAHLER *et al.*, 2007, p.88), proposent au contraire de prendre en compte la capacité d'adaptation de chaque individu et la manière dont il va interpréter la situation et mobiliser des ressources pour y faire face.

Dans le champ de la psychologie, on trouvera par exemple le modèle de R. LAZARUS (1990), dit « *évaluation – adaptation* » ou encore « *double évaluation* » qui postule un sujet actif qui évalue sa situation de travail et essaye de s'y adapter. Le stress résulte, selon la définition désormais courante, de la perception par le salarié d'un déséquilibre entre les contraintes qui s'imposent à lui et les ressources dont il dispose pour y faire face. Il s'agit donc bien d'une transaction entre l'environnement et le sujet qui y fait face.

L'approche est ici centrée sur l'individu et sur ses stratégies d'adaptation (« *coping* », en anglais) et amènera donc à rechercher des solutions psychologiques, par exemple parmi les techniques de « *gestion du stress* », sans remettre en cause le contexte de la situation de travail et l'organisation. Ce n'est donc pas la voie que nous avons choisi d'adopter.

Inversement, du côté des théories s'intéressant aux conditions organisationnelles, on trouvera notamment celles qui s'intéressent non pas tant aux caractéristiques de l'organisation et de l'environnement au sens macroéconomique, mais à la manière dont se déroule l'activité et des marges de manœuvre dont dispose ou non le travailleur pour réaliser son travail. Ces approches issues de la psychologie et de l'ergonomie, des « *sciences du travail* », dont les courants les plus répandus aujourd'hui sont la psychodynamique du travail et la clinique de l'activité, proposent d'aborder la problématique en entrant par le travail lui-même et son analyse la plus fine possible pour y repérer les facteurs pathogènes et les moyens d'action possible. Nous les présenterons ci-dessous car elles sont au cœur de notre démarche.

Après avoir situé brièvement les modèles les uns par rapport aux autres en fonction de la démarche qui les sous-tend, nous allons maintenant nous pencher sur quelques uns d'entre eux qui ont permis de construire le cadre théorique mobilisé.

Dans un premier temps, nous ferons un point rapide sur les recherches réalisées à partir des grandes enquêtes nationales ou européennes sur les conditions de travail. Celles-ci permettent d'identifier un certain nombre de facteurs de risques ou de situations délétères, associées à la perception des personnes interrogées en termes de santé au

travail et aux troubles physiques ou psychiques qu'elles expriment. Ces études mettent en évidence l'ampleur du phénomène d'intensification du travail (ASKENAZY *et al.*, 2006), ainsi que les configurations organisationnelles présentant le plus de risques pour la santé au travail. Même lorsqu'elles mettent en lumière des modèles économiques plus délétères, elles sont toujours centrées sur les conditions du travail lui-même, auxquelles le travailleur est exposé.

Nous développerons dans un deuxième temps, suivant la même logique, les modèles désormais célèbres de R. KARASEK et de J. SIEGRIST qui sont ceux les plus mobilisés dès lors qu'il s'agit de mesurer la santé au travail. Ils sont là encore centrés sur l'analyse des facteurs de risque au niveau organisationnel. Ils ne reflètent pas non plus la perspective adoptée ici mais constituent une référence incontournable en tant qu'ils proposent des outils solidement validés et internationalement utilisés, y compris dans les milieux non académiques, pour repérer les facteurs de risque dans le travail. Ils constituent de ce fait un élément permettant d'ouvrir le dialogue avec les dirigeants des organisations et leurs partenaires sociaux, désormais formés à lire les « *scores* » que ces outils permettent d'obtenir, pour engager une démarche d'amélioration sur la base d'un constat communément admis.

L'objectif de cette thèse étant de nous intéresser à l'impact des transformations du management sur le travail des acteurs des établissements sanitaires et leur possibilité d'engager des processus favorables à la construction de leur santé, nous privilégierons donc les approches centrées sur l'activité qui se situent à la jonction entre les conditions organisationnelles et managériales et les possibilités d'action des sujets au travail. Nous nous positionnerons donc à l'intersection entre les approches psychologiques telles que la psychodynamique du travail et la clinique de l'activité et les approches sociologiques en termes de régulations et d'analyse du travail d'organisation. Dans la dernière partie de ce chapitre nous aborderons les apports des perspectives cliniques issues de la psychologie dans la réflexion sur la santé au travail ainsi que leurs limites. Dans le chapitre suivant, nous présenterons les théories sociologiques qui constituent l'autre volet du cadre conceptuel de cette recherche et la manière dont elles éclairent et interrogent l'approche gestionnaire qui est la nôtre.

2.1. L'impact des modèles organisationnels sur la santé au travail

2.1.1. Les grandes études épidémiologiques sur le travail

De nombreuses études épidémiologiques, réalisées sur la base de très larges enquêtes longitudinales nationales (comme celles de la DARES en France) ou internationales (comme celles de la Fondation de Dublin au niveau européen)[49], ont étudié les éléments caractéristiques des conditions de travail aujourd'hui et les facteurs qui provoquent l'augmentation de la pénibilité physique et psychologique ressentie par les salariés.

Malgré l'apparition des nouvelles formes d'organisation censées privilégier l'autonomie des travailleurs et l'utilisation des nouvelles technologies d'information et de communication, M. GOLLAC et S. VOLKOFF (1996 ; 2000) soulignent ainsi que les pénibilités, non seulement physiques mais aussi mentales, n'ont pas disparu et sont même en augmentation. Les rythmes de plus en plus tendus ne permettent plus les multiples petits ajustements invisibles du salarié dans son activité pour préserver sa santé et renforcent le sentiment de contrainte. La productivité dicte les cadences et les choix d'organisation et ne laisse que très peu de marges de manœuvre aux salariés pour rendre leur travail soutenable.

Aux contraintes dites industrielles (rythme de travail et imposition de normes très précises), viennent s'ajouter de plus en plus directement, pour bon nombre de salariés, des contraintes marchandes, imposant de répondre à la pression de la demande dans des délais très serrés. Les salariés sont souvent seuls face aux arbitrages nécessaires entre contraintes quantitatives et exigences de qualité qui, autant l'une que l'autre, encadrent leur travail selon des normes rigoureusement chiffrées.

P. ZARIFIAN identifie un troisième type de contrainte qu'il qualifie d'« *événementielle* » : la nécessité permanente de répondre dans des délais très rapides aux aléas qui se présentent (ZARIFIAN, 2001). Car si le travail est de plus en plus formalisé, le salarié, lui, est aussi beaucoup plus sollicité en tant qu'il assume désormais souvent des tâches de maintenance, de contrôle, de planification ou de gestion de relation à la clientèle, qui revenaient précédemment au management et exigent de lui un investissement cognitif largement supérieur, dans un contexte de complexité croissante.

Il est désormais attesté que l'intensification du travail, physique et cognitive, est directement à l'origine de la dégradation des conditions de travail ressentie par les salariés

[49] Des synthèses des résultats de ces enquêtes sont consultables sur le site de la DARES (www.travail.gouv.fr) pour la France et sur celui de la Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Travail et de Vie (www.eurofound.europa.eu) pour les enquêtes européennes. Pour un historique des études en France, voir l'artiche de M. GOLLAC et S. VOLKOFF (2010).

(GREEN, 2001 ; 2004a ; 2004b), même si cela n'empêche pas nécessairement le travail d'être éventuellement aussi perçu par ailleurs dans ses dimensions gratifiantes et de source de « *bonheur* » (GOLLAC, 2005, p. 209 ; BAUDELOT et GOLLAC, 2003). M. GOLLAC rappelle en effet qu'il serait réducteur d'assimiler intensification et dégradation du rapport au travail : « *l'impact moyen de l'intensité du travail sur le rapport subjectif n'a rien d'évident a priori* » (2005, p. 208). Mais la pression forte, effet direct de l'intensification, peut cependant faire basculer la satisfaction au travail en souffrance et favoriser le sentiment d'un déséquilibre entre effort et récompense et d'un manque de reconnaissance.

Ces mêmes études épidémiologiques sur les conditions de travail ont donné lieu à des recherches s'intéressant directement aux déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail. Ces travaux ont par exemple cherché à analyser si certaines formes organisationnelles sont plus néfastes que d'autres, ou si l'on peut identifier les modes d'organisation du travail risquant de se révéler à la longue plus délétères pour les salariés.

2.1.2. L'étude des configurations organisationnelles

Parmi les recherches de ce type, on retiendra par exemple l'étude réalisée par V. DAUBAS-LETOURNEUX et A. THÉBAUD-MONY à partir de la troisième enquête européenne sur les conditions de travail dans l'Union Européenne, sur le lien entre formes d'organisation et signes d'altération de la santé au travail (DAUBAS-LETOURNEUX et THÉBAUD-MONY, 2003).

Plusieurs indicateurs sont utilisés pour caractériser les modes d'organisation du travail, entre autres : la contrainte d'une cadence imposée, le fait de devoir obéir à des normes de qualité très précises, la pression induite par la relation client - fournisseur, les possibilités de discuter de l'organisation du travail, la flexibilité des horaires, etc.

V. DAUBAS-LETOURNEUX et A. THÉBAUD-MONY ont ainsi élaboré une typologie des principaux types d'organisation et les ont mis en rapport avec les risques d'atteintes à la santé au travail observés pour ces catégories :

- le « *travail en autonomie* », caractérisé par des marges de manœuvre et la possibilité d'entrer en discussion sur l'organisation du travail, un des groupes exprimant le moins de risques et de problèmes de santé au travail ;
- le « *travail flexible* », où dominent les horaires atypiques, choisis ou subis, et une forte pression par le rythme, marqué généralement par un collectif faible ou absent ; ce groupe est fréquemment associé à des problèmes de santé physique et mentale et plus soumis que les autres aux risques d'atteinte à la dignité des personnes ;
- le « *travail sous automatisme* », fortement dépendant d'un rythme imposé par des outils, que ce soient des machines ou des normes aussi bien quantitatives que

qualitatives, avec très peu de marges de manœuvre et de possibilité de discuter, particulièrement exposé aux pénibilités physiques et aux risques toxiques ;

- le « *travail de servitude* », enfin, renvoyant à la relation de service, marqué par la pression marchande, l'absence de marges de manœuvre et de possibilités de discuter, très peu de formation continue et souvent lié à des emplois précaires et peu qualifiés, concernés selon les cas par l'hypersollicitation ou la fatigue physique.

Sur la base de la même enquête européenne de 2000 sur les conditions de travail, A. VALEYRE propose quant à lui une typologie sensiblement différente et complémentaire (2004 ; 2006). Il distingue ainsi les organisations :

- de forme « *apprenante* », où les salariés, travaillant fréquemment en équipe et de manière très autonome, sont amenés à résoudre des problèmes complexes dans un cadre peu contraint, caractéristique du modèle sociotechnique suédois ;
- en « *lean production* », modèle combinant travail en groupe, polyvalence, qualité totale et flux tendus, donc d'importantes contraintes de rythme et peu d'autonomie ;
- tayloriennes, caractérisées par des tâches répétitives, souvent à faible contenu cognitif, encadrées par des normes de qualité précises et un rythme contraignant ;
- de structure simple, le mode de contrôle privilégiant la supervision directe plutôt que les procédures formalisées, le travail y est souvent peu contraint dans ses rythmes mais relativement monotone et à faible contenu cognitif.

La recherche confirme que les conditions de travail ou de santé sont beaucoup plus favorables dans les organisations « *apprenantes* » que dans celles en « *lean production* » ou de type taylorien, même si les salariés des formes « *apprenantes* » manifestent un certain niveau de stress et de troubles psychologiques. Les formes les plus délétères sont clairement celles en « *lean production* », où les risques et les atteintes à la santé sont plus importants que dans les organisations tayloriennes. Or, les innovations organisationnelles, qui se sont le plus diffusées en France depuis la fin des années quatre-vingts, relèvent pourtant principalement de ce type de modèle.

Ces deux études soulignent les effets fortement délétères des organisations de type « *lean production* » ou « *travail flexible* », qui est précisément celui qui gagne de plus en plus les établissements de santé. Elles identifient comme des facteurs propice à la santé au travail l'autonomie et la possibilité de débatte en équipe des problèmes du travail.

On retrouvera peu ou prou le même type d'approche dans la recherche de P. GUIOL et J. MUÑOZ, qui s'intéressent aux déterminants non pas organisationnels mais managériaux de la santé au travail (GUIOL et MUÑOZ, 2007). Les auteurs cherchent à déterminer le

« *degré psychopathogénique* » des différents modes de direction du personnel, autoritaire *versus* participatif. Sans grande surprise, ils établissent une relation entre le degré d'autoritarisme et la multiplication des pathologies dans l'organisation, et inversement pour les entreprises plus participatives. Ils mettent en évidence notamment le besoin de reconnaissance manifesté par les salariés vis-à-vis du management, qui arrive toujours au premier rang des items cités comme source de souffrance au travail, et la détérioration du climat social systématiquement observée dans les organisation ou s'exprime une plainte.

De telles études confirment le rôle déterminant des conditions organisationnelles et managériales dans lesquelles s'effectue le travail, à la fois comme facteurs de risque directement susceptibles d'enclencher un processus de dégradation de la santé, mais aussi comme levier d'action pour envisager des environnements plus favorables à la construction de la santé au travail. Elles rejoignent les conclusions de J-F. CHANLAT, et son analyse sur le lien entre santé au travail et modes de gestion, à partir d'une analyse de la littérature internationale, confirmant le caractère salutogène du mode participatif, par rapport aux modes taylorien, technobureaucratique ou à celui fondé sur la compétitivité (1999). Le management est donc un facteur déterminant du bien-être ou mal-être au travail.

C'est également ce qu'invite à penser l'analyse de P. ASKENAZY. Celui-ci constate que les nouveaux modes d'organisation, ou peut-être de « *désorganisation du travail* » (ASKENAZY, 2004 ; GOLLAC, 2005), qu'il qualifie de « *productivisme réactif* », entraînent certes les salariés dans une « *spirale effrénée d'intensification* » (ASKENAZY, 2004, p. 49) fortement délétère, mais que celle-ci n'est pourtant probablement pas inéluctable. C'est ce dont témoigne l'exemple du « *miracle américain* » de la dernière décennie, dès lors que le problème de la santé au travail est sérieusement et rapidement pris en compte. P. ASKENAZY (2004) observe en effet comment, sur la base de politiques très volontaristes, a été affrontée aux États-Unis la question des accidents du travail, qui atteignaient des niveaux record dans les années 90, pour aboutir à un renversement total de la tendance, sans renoncer au « *productivisme réactif* ». Il en déduit que ce ne sont pas tant les modèles en soi qui sont délétères que la manière dont ils sont accompagnés et l'attention que l'on porte à la dimension humaine dans les organisations.

Les études menées par V. DAUBAS-LETOURNEUX et A. THÉBAUD-MONY (2003) ainsi que par A. VALEYRE (2004 ; 2006) ont été réalisées à partir des données de la grande enquête européenne sur les conditions de travail en 2000. En France, a lieu également tous les sept ans, dans le cadre de l'enquête Emploi effectuée par l'INSEE en partenariat avec la

DARES[50], un volet sur les conditions de travail. Elle a concerné, en 2005, 19 000 actifs interrogés à domicile sur la manière dont ils perçoivent leurs conditions de travail. La prochaine est prévue pour 2012.

La DARES organise en parallèle une autre enquête intitulée Surveillance médicale des risques professionnels (SUMER) administrée à travers l'inspection médicale du travail et les médecins du travail. Celle-ci utilise désormais en auto-questionnaire les items du modèle de R. KARASEK (1979 ; KARASEK et THEORELL, 1990), outil internationalement validé, pour rendre compte du vécu au travail en termes de facteurs psychosociaux. La dernière collecte a eu lieu en 2009 et est en cours d'exploitation. Les résultats (« *scores Karasek* ») de l'étude SUMER servent aujourd'hui de référence dans la plupart des recherches sur les risques psychosociaux en France. C'est pourquoi nous présenterons maintenant le modèle correspondant, ainsi que celui de J. SIEGRIST (1996) également largement mobilisé.

2.2. L'analyse des facteurs psychosociaux

La littérature internationale recense de nombreux modèles théoriques explorant les causes les facteurs psychosociaux et leur impact sur la santé au travail. Parmi eux, il en est deux auxquels il est systématiquement fait référence dans tous les travaux sur la santé au travail : le modèle « *demande - latitude décisionnelle* » de R. KARASEK et le modèle « *effort - récompense* » de J. SIEGRIST.

2.2.1. Le modèle « demande – latitude décisionnelle » de KARASEK

Le modèle de R. KARASEK, l'un des plus utilisés dans les recherches sur la santé au travail, a pour objectif de faire le lien entre le vécu au travail, de manière la plus objectivée possible, et les risques médicaux que celui-ci représente pour la santé, notamment en termes de développement de maladies cardiaques (KARASEK, 1979 ; KARASEK et THEORELL, 1990). C'est l'un des premiers aux États-Unis à avoir déplacé la question, abordée jusque là essentiellement en termes psychologiques et médicaux de résistance individuelle au stress, vers les déterminants de la santé au travail, à savoir les risques représentés par l'environnement psychosocial du travail (KARASEK et THEORELL, 1990, p. 7). L'objectif

[50] La DARES est la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité. Elle a en charge notamment l'organisation de l'enquête SUMER sur les risques professionnels, celle sur les conditions de travail (CT), l'enquête Santé et itinéraires professionnels (SIP), celles intitulées Changements organisationnels et informatisation (COI) et Techniques et organisation du travail (TOTTO), ainsi que des statistiques sur les accidents du travail et les maladies professionnels (informations méthodologiques et résultats de ces enquêtes sur : http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-de,76/statistiques,78/conditions-de-travail-et-sante,80/).

affiché est d'en tirer des pistes pour penser le design d'organisations du travail plus favorables à la santé.

Le modèle propose un questionnaire dans lequel, à travers une série de 26 questions (cf. Q1 à Q26, annexe 3 p. 461-463), les salariés sont conduits à décrire leur situation de travail, évaluée d'après trois critères principaux :

- la demande psychologique, mesurée à travers la quantité de travail, son intensité, sa complexité et son caractère plus ou moins morcelé et prévisible ;
- la latitude décisionnelle, ou marge de manœuvre, ainsi que l'utilisation et la possibilité de développer ses compétences ;
- enfin, et ce critère a été rajouté par la suite (KARASEK et THEORELL, 1990), le soutien social, l'aide dont le salarié bénéficie de la part de ses supérieurs hiérarchiques et de ses collègues, au niveau tant professionnel qu'affectif.

Ces facteurs sont synthétisés sous forme de scores qui, combinés, permettent de caractériser les types d'exposition au stress, selon le degré de demande psychologique et de latitude décisionnelle : la situation de « *tension au travail* » (également appelé « *travail tendu* » ou « *jobstrain* ») correspondant à une demande forte et une latitude faible, est la plus défavorable pour la santé. Les travailleurs qui relèvent de ce type de situation, tant aux États-Unis qu'en Suède, sont ceux qui rapportent le plus de symptômes d'épuisement et de dépression, qui consomment le plus de médicaments, ont le taux d'absentéisme le plus élevé et manifestent la plus forte insatisfaction au travail (KARASEK, 1979). R. KARASEK observe également que les individus en situation de « *travail actif* » (demande et latitude fortes) expriment généralement un stress important mais sont en général plus satisfaits de leur travail que ceux relevant du « *travail passif* » (demande et latitude faibles), le « *travail détendu* » (demande faible et latitude forte) correspondant au mode optimal en termes de santé.

R. KARASEK démontre ainsi que le niveau d'exigence n'est pas en lui-même prédictif du stress et qu'il convient de prendre en compte la notion d'autonomie dont disposent les salariés et de soutien social. Cette conclusion rejoint d'ailleurs les conclusions des expérimentations menées depuis les années 1970 par les biologistes : le stress dépend non pas de l'agression mais de la possibilité de réagir. Il suggère ainsi qu'il est donc possible de choisir des modes d'organisation du travail plus favorables à la santé sans réduire la performance : il suffit d'accorder une plus grande latitude décisionnelle, même si la charge de travail reste inchangée (KARASEK, 1979, p. 303).

R. KARASEK et T. THEORELL ont ensuite développé le modèle initial pour y ajouter la dimension du soutien social (1990). Ils constatent que les risques pour la santé et

l'insatisfaction au travail sont augmentés lorsque le « *jobstrain* » est associé à un soutien social faible (situation qualifiée d'« *isostrain* »).

Dans une perspective dynamique, le modèle de 1990 met également en évidence le fait que le stress réduit l'apprentissage tandis que l'apprentissage réduit le stress. Le « *travail tendu* » entraîne donc dans un cercle vicieux, tandis que le « *travail actif* » produit un cercle vertueux pour les individus comme pour l'organisation (KARASEK et THEORELL, 1990).

L'intérêt de ce modèle, outre sa validité scientifique qui n'est plus à prouver (NIEDHAMMER *et al.*, 2006), réside avant tout dans sa très large utilisation dans de nombreuses études, et notamment en France, depuis 2003, dans le cadre de l'enquête SUMER réalisée par la DARES (GUIGNON *et al.*, 2008). Diverses études en France (par exemple DERRIENNIC et VÉZINA, 2006), confirment la corrélation entre les facteurs psychosociaux mis en évidence par le modèle de R. KARASEK et les troubles de santé mentale. Il tient aussi à sa capacité à exprimer de manière synthétique les caractéristiques d'un contexte de travail, tel qu'il est vécu par les intéressés. En revanche, il ne permet pas d'expliquer les variations interindividuelles et doit être complété par une analyse plus fine afin de déterminer ce qui produit une telle situation et en quoi précisément elle met en tension l'activité et crée du stress.

2.2.2. Le modèle « effort - récompense » de SIEGRIST

J. SIEGRIST cherche à prendre en compte l'incidence du stress dans le temps et la capacité de l'individu à résister, en fonction du type de contrôle qu'il cherche à exercer (SIEGRIST, 1996). Il va donc s'intéresser au sentiment de l'individu que l'effort qu'il fournit doit être récompensé, faisant alors apparaître le stress comme le résultat d'un déséquilibre entre l'effort consenti et la récompense obtenue. L'auteur considère que, contrairement aux théories de la motivation qui affirment qu'un tel déséquilibre ne sera jamais maintenu dans le temps et produira nécessairement un départ, il n'est pas toujours possible aux salariés de quitter un emploi pour lesquels la reconnaissance est insuffisance. Dans bien des cas, un désengagement serait trop coûteux.

Le modèle a permis de mettre en évidence la prévalence de risques cardiovasculaires supérieurs pour les travailleurs pour lesquels l'effort consenti est élevé et la récompense perçue comme faible (SIEGRIST, 1996). Comme celui de R. KARASEK, il a été depuis largement validé par de nombreuses études épidémiologiques et fait désormais figure de référence incontournable sur le sujet (NIEDHAMMER *et al.*, 2000).

Cette approche présente l'intérêt de combiner la dimension psychologique de l'individu, à travers la prise en compte de ses motivations, et des éléments de contexte tels que les

contraintes qui s'exercent sur l'activité de travail. Elle intègre les différentes dimensions de la notion, essentielle, de reconnaissance : rémunération, estime, statut, sécurité de l'emploi, possibilité d'évoluer, de donner du sens à son travail… Ainsi que le reconnaît l'auteur lui-même, elle ne permet cependant pas de distinguer précisément la nature de la reconnaissance ni de pondérer les facteurs qui entrent en jeu de manière prépondérante.

Tout comme le modèle de R. KARASEK, celui de J. SIEGRIST est aujourd'hui très largement utilisé dans les études épidémiologiques sur le travail et se révèle particulièrement approprié pour objectiver de manière simple des situations de risque psychosocial pour lesquelles les conséquences sur la santé sont établies. Le modèle de J. SIEGRIST a permis de souligner le rôle fondamental de la reconnaissance dans la santé au travail, en complément de la notion de marges de manœuvres mise en évidence par R. KARASEK. L'un comme l'autre éclairent également sur la dimension relationnelle qui se joue dans le travail : la réciprocité de l'échange pour J. SIEGRIST et le soutien social, des collègues et de la hiérarchie, pour R. KARASEK. Éléments que nous retrouverons dans nos études de terrain, avec des méthodologies pourtant très différentes. Ces études, par leur solidité, nous permettront de valider le lien entre ces dimensions et les effets sur la santé au travail.

Néanmoins, transformer l'organisation pour diminuer le niveau de risque psychosocial dans chaque situation contingente suppose de disposer de méthodes plus contextualisées et d'une analyse plus fine des processus en jeu.

Ces différentes études ont en effet pour point commun leurs méthodologies quantitatives utilisant des données secondaires issues de vastes enquêtes réalisées à partir de questionnaires constitués essentiellement de questions fermées[51]. Leur démarche, fondée sur des traitements statistiques approfondis, est typique des approches hypothético-déductives positivistes visant à démontrer une vérité scientifique en termes de lois de causalité (DAVID, 2000a).

La santé perçue des salariés y est mesurée, par autoévaluation ou à travers les médecins du travail, objectivée, quantifiée, analysée en fonction de l'effet de variables modératrices, et la représentation obtenue est considérée comme pouvant exprimer le réel, dont on cherche à se saisir avec le moins de biais possibles. Des questions précises sont ainsi formulées afin de procéder à un travail soigneux de quantification du ressenti en fonction de critères objectifs et de tenter d'éliminer les biais liés aux processus sociaux (prise de conscience des phénomènes) et aux effets inévitablement suscités par l'effort de mesure lui-même

[51] Remarquons que, même si l'article rapportant l'étude de P. GUIOL et J. MUÑOZ est sous-titré : « *Des médecins et des salariés parlent* », la recherche a été réalisée sans aucun contact direct avec les organisations et les salariés concernés (GUIOL et MUÑOZ, 2007).

(HATCHUEL, 2005). La méthodologie de la recherche consiste à démontrer par des critères mesurables et des méthodes statistiques, que les phénomènes observés sont réels, objectifs et explicables « *toutes choses égales par ailleurs* ».

Les approches épidémiologiques ne peuvent en effet donner que des réponses statistiques globales et ne permettent pas d'identifier de manière fine les mécanismes, contingents à chaque équipe ou situation, qui entrent en jeu dans la construction ou la dégradation de la santé au travail. C'est au contraire la tentative d'approcher au plus près le réel du travail et ce qui le conditionne qui va caractériser les perspectives plus centrées sur l'individu et son activité, en s'immergeant dans le contexte qui est le sien. Ces approches, qui se qualifient elles-mêmes de « *sciences du travail* », tentent de saisir ce qui se joue dans l'activité, non pas tant telle qu'elle est décrite dans les définitions de postes mais telle qu'elle se déroule concrètement au fil des événements quotidiens et des imprévus, et telle qu'elle est vécue par ceux qui y sont confrontés. Ce sont des perspectives qui vont chercher à prendre en compte la dimension subjective et invisible du travail, tant individuel que collectif et à en mettre en lumière les enjeux psychologiques et sociaux.

2.3. Les approches centrées sur le travail

Parmi ces approches, deux grands courants se distinguent aujourd'hui, la psychodynamique du travail et la clinique de l'activité, qui n'en formaient initialement qu'un seul, tous deux fondés sur les travaux de ce que l'on appelle aujourd'hui communément « *l'ergonomie de langue française* ». Nous évoquerons donc brièvement l'héritage de ce courant de l'ergonomie qui continue de nourrir les diverses approches cliniques du travail. Nous exposerons ensuite de manière synthétique les principaux apports de la psychodynamique du travail que nous retiendrons pour la suite de notre étude, et ceux de la clinique de l'activité qui a progressivement pris ces distances avec l'approche psychanalytique de la psychodynamique du travail. Nous commenterons quelques unes des limites de ces deux courants, qui appellent, pour le chercheur en gestion, à d'autres contributions.

2.3.1. L'ergonomie de langue française

Parmi ces approches, celle de l'ergonomie s'intéresse, dans son courant francophone, non pas tant aux caractéristiques physiologiques du « *facteur humain* » mais à la différence entre travail prescrit et travail réel ou plus précisément encore entre tâche et activité (DARSES et DE MONTMOLLIN, 2006). « *Le travail est toujours autre chose que ce que l'on peut croire lorsqu'on l'observe de l'extérieur. (…) les gens ne font jamais ce qu'on leur dit de faire, ils font bien autre chose et c'est précisément pour cela que ça marche* »

observe P. DAVEZIES (1997). Comme nous le verrons dans le prochain chapitre, malgré toutes les prescriptions, le travailleur garde en effet toujours à sa charge une part de « *travail d'organisation* » (DE TERSSAC 1992 ; DE TERSSAC et LALANDE 2002) pour « *faire avec* » et malgré les contraintes.

L'ergonomie intéresse directement la gestion (HUBAULT, 2006) en ce qu'elle a pour objet d'étudier l'activité de travail dans tous ses aspects, y compris les contraintes, procédures, normes, organisation sociale, qui viennent interagir dans la situation. Elle s'intéresse aux dynamiques de régulation individuelle et collective permettant de faire face aux tensions entre le prescrit et le réel.

Les ergonomes interviennent donc directement sur les questions de charge de travail, de rythme, de conditions de travail, de stress, de troubles musculo-squelettiques (TMS), etc. Mais leur influence va bien au-delà de leur apport direct sur ces questions. L'ergonomie dite « *de langue française* », centrée sur l'activité (DARSES et DE MONTMOLLIN, 2006), inspire aujourd'hui largement ou du moins dialogue avec toutes les sciences du travail. F. DANIELLOU (2005) souligne ainsi son influence notamment en psychologie du travail, dans les courants de la psychodynamique du travail et de la clinique de l'activité sur lesquels nous reviendrons ci-dessous, mais aussi dans certaines approches de la sociologie du travail s'intéressant aux processus de production et d'appropriation des règles de travail, ou encore dans les recherches sur les outils de gestion et les interactions entre l'homme et les systèmes d'information ou de communication.

L'ergonomie est bien sûr aussi très mobilisée par la médecine du travail, dont elle tire ses origines et constitue un des outils sur le terrain. Ainsi, P. DAVEZIES, par la « *clinique médicale du travail* », vise à aider les médecins du travail à prendre en compte non seulement les causes des pathologies mais également dans quelle mesure les salariés sont dans les conditions d'élaborer, individuellement ou collectivement, des réponses leur permettant de faire face aux contraintes (DAVEZIES, 2005 ; 2006a ; 2006b).

Ce dernier rejoint la préoccupation d'Y. CLOT de reconnaître au salarié un « *pouvoir d'*agir » et de lui permettre de se développer à travers son activité en faveur d'autrui, condition essentielle de sa santé. Lorsque, au contraire, l'organisation (ou la « *désorganisation* ») ne le lui permet plus dans des conditions éthiquement satisfaisantes, l'échec est vécu en termes personnels et engendre la souffrance, ainsi que l'avait déjà démontré en 1956 L. LE GUILLANT avec son étude sur la névrose des téléphonistes (2006). Santé et rapport au travail sont intimement liés : devoir renoncer à faire un travail de qualité revient à amputer sa dignité de travailleur. Si les conséquences sont individuelles, l'origine des atteintes à la santé se trouve bien du côté de l'organisation. La réponse ne pourra donc venir que du côté

du collectif, à travers des espaces où l'activité puisse être discutée et organisée avec la participation même des acteurs concernés (DAVEZIES, 2004 ; 2005 ; 2006a).

Cette approche est celle, aujourd'hui très répandue, proposée par deux courants spécifiques qui se sont dissociés ces dernières années l'un de l'autre : la psychodynamique du travail, fondée par C. DEJOURS et la clinique de l'activité autour d'Y. CLOT. Nous allons maintenant en tracer les quelques caractéristiques principales avant d'en discuter les limites et les perspectives qu'elles invitent par conséquent à explorer à leur suite.

2.3.2. La psychodynamique du travail

Un des courants issus de la psychopathologie du travail et s'inscrivant dans le courant des approches ergonomiques de l'activité est ce que l'on nomme actuellement la « *psychodynamique du travail* ». Fondée par le psychiatre C. DEJOURS (2008 ; 2009), la psychodynamique du travail se donne pour objet « *l'analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail* » et pose comme hypothèse centrale une relation significative entre organisation du travail et santé mentale (ALDERSON, 2004). Pour C. DEJOURS, qui s'inspire dans ses travaux de la psychanalyse, le travail est par nature empreint de souffrance, il est une épreuve de « *corps à corps avec la résistance* » du réel (2009, p. 13). Par conséquent, si « *travailler, c'est combler l'écart entre le prescrit et l'effectif* » (p. 20), cela signifie inventer à chaque fois un chemin pour le faire en mobilisant son intelligence et son corps tout entier.

Cette perspective donne une grande place à la notion de reconnaissance, en tant que rétribution attendue en retour de la contribution singulière que représente la mobilisation de son intelligence et de sa subjectivité et l'engagement dans la coopération et le débat (DEJOURS, 2009, p. 35-36). La notion de reconnaissance est ici entendue au sens de « *constat* » de la réalité du travail mais aussi au sens de « *gratitude* » pour ce que chacun apporte à l'organisation du travail (p. 104-105).

La reconnaissance passe par des jugements portant sur le travail en lui-même, sur le faire et non pas sur la personne. Ces jugements sont de deux types : le « *jugement d'utilité* » provenant de la hiérarchie, et le « *jugement de beauté* » proféré par les pairs, qui marque l'appartenance à la communauté, au métier (p. 36). La reconnaissance est essentielle à la construction identitaire, l'identité étant l'« *armature même de la santé mentale* » (p. 107). La psychodynamique de la reconnaissance permet la construction du sens et la sublimation de la souffrance en plaisir. Lorsque, par manque de reconnaissance, un sujet ne peut transformer sa souffrance au travail en plaisir, il développe pour se protéger des mécanismes de défense individuels ou collectifs (2008).

L'auteur insiste sur la nécessité de collectifs de travail solidaires et d'« *espaces de délibération* » sur le réel du travail permettant la construction de compromis sur les règles du travail et d'un « *vivre ensemble* » (2009).

La psychodynamique du travail a donc établi un lien fort entre santé mentale et organisation du travail. Elle connaît un fort succès médiatique depuis la multiplication des suicides au travail qu'elle a contribué à expliquer, ainsi qu'auprès des médecins du travail.

2.3.3. La clinique de l'activité

Issu à l'origine du même courant de la psychopathologie, Y. CLOT s'est ensuite clairement différencié de la psychodynamique du travail en développant une « *clinique de l'activité* ». Rappelant, selon la formule du psychologue russe L. VYGOTSKI qu'il aime à citer, que « *l'homme est plein à chaque minute de possibilités non réalisées* », il se propose d'analyser l'activité non seulement à travers ce que le salarié fait, mais également dans ce qu'il est « *empêché de faire* » par les contraintes de l'organisation, l'activité « *rentrée* » mobilisant parfois de considérables énergies au cours du travail (CLOT, 2010, p. 168).

Il avance l'hypothèse que la souffrance et la perte de sens dans le travail soient le fait, non pas d'individus débordés par l'intensification et la densification de la tâche, mais plutôt de la défaillance d'organisations « *débordées* » qui ne savent plus assurer les conditions d'un « *travail d'organisation* » efficace, auquel le collectif reste, quoi qu'il en soit, confronté. Le travailleur se trouve alors privé de son « *pouvoir d'agir* », le travail ne remplit plus sa « *fonction psychologique* », « *l'action contrariée* » devient le ressort de la souffrance mentale (CLOT, 1999).

Dépassant la distinction entre travail prescrit et réel, l'auteur distingue le « *genre du métier* » et le « *style de l'action* » (CLOT, 1999 ; 2008 ; CLOT et FAÏTA, 2000). Le genre correspond au travail d'organisation pris en charge par le collectif, préalable à l'activité, définissant « *la gamme des gestes possibles ou récusés* » (CLOT, 2010, p. 102) en usage dans le métier. Le collectif de métier est vu comme un instrument de travail qui « *contient* » les gestes de chacun (p. 80), une ressource pour l'action maintenue vivante par ceux qui constamment la mobilisent. Le travailleur fait partie du métier, mais le métier est aussi en lui, tel un « *diapason collectif pour l'activité singulière* » (p. 177). Le style, « *métamorphose du genre en cours d'action* » (2008, p. 110), est la manière spécifique à l'individu de le mettre en œuvre, exprimant sa singularité et sa créativité. Pour Y. CLOT, « *c'est le grippage de la dynamique des rapports entre styles et genres qui se trouve être à l'origine des situations pathogènes de travail. Car alors c'est le développement des sujets qui se trouve "mis en souffrance" par amputation du pouvoir d'agir.* » (2008, p. 113)

C'est pourquoi l'auteur propose, pour redonner du pouvoir d'agir et par conséquent des possibilités de développer la santé au travail, des méthodes fondées sur la mise en évidence des genres et des styles de l'action, par une analyse très fine de l'activité élaborée sur un mode dialogique avec les acteurs eux-mêmes. Qu'il s'agisse de l'auto-confrontation croisée ou de la méthode des instructions au sosie, l'objectif est de permettre d'accéder aux activités « *empêchées, suspendues, différées, anticipées ou encore inhibées* », « *mises en souffrance* » (p. 129), par la pratique de la controverse sur le travail bien fait et ses critères. Y. CLOT considère en effet que « *faire bien quelque chose est une source de joie* » (2010, p. 40), que bien-être et bien-faire sont indissociablement liés et que le développement du pouvoir d'agir non seulement préserve mais développe la santé. Il propose donc de « *soigner le travail* » par la « *dispute de métier* » (p. 176).

2.3.4. Les limites de ces approches

Ces approches, si elles s'intéressent en premier lieu au travailleur, avec sa dimension subjective, aux prises avec l'activité en train de se faire, ont en commun d'ouvrir sur la dimension du collectif dans lequel sont insérés les acteurs. Les modalités d'action ressortissent toutes à la discussion, la délibération, la dispute sur le travail[52]. C'est par la mise en mots du travail, au sein du collectif, dans ses modalités les plus concrètes, que le sujet sort de l'isolement dans lequel les contraintes organisationnelles le placent qu'il retrouve les « *ressources psychologiques et sociales* » nécessaires, affirme Y. CLOT en jouant sur le sigle « *RPS* » connu pour évoquer les risques psychosociaux (2010, p. 128). Il faut donc prendre le « *risque d'instituer un conflit sur la qualité du travail* » (p. 187).

Un aspect cependant étonne le gestionnaire : dans ces approches, il n'est que très rarement question du rôle du management dans ces processus. L'organisation dans ses formes actuelles et son « *idéologie managériale* » sont en général considérées comme la source des pathologies actuelles. Face à cela, la clinique du travail place l'accent sur la capacité du travailleur lui-même, en « *connaisseur* », à « *retourner* » la situation dégradée (CLOT, 2010, p. 187), et non pas sur des bonnes pratiques toutes faites importées de l'extérieur. Et c'est là tout l'intérêt de cette approche.

Là où en revanche nous ne suivons pas Y. CLOT tout à fait jusqu'au bout, c'est dans sa conviction que la solution pour « *soigner le travail* » et donc résoudre le problème des risques psychosociaux se trouve seule dans les mains de ceux qui y sont confrontés chaque

[52] Ils rejoignent par là l'analyse de M. DETCHESSAHAR qui a qualifié d'« *avènement de l'entreprise communicationnelle* » le phénomène de multiplication des espaces de discussion dans les organisations, dont les nouveaux outils sont le plus souvent, directement ou indirectement, à finalité communicationnelle (2003).

jour, à savoir les travailleurs, aidés par les cliniciens du travail. Il affirme ainsi : « *C'est le rôle des experts et peut-être même le cœur de leur métier que de solliciter [la controverse sur le travail], de la provoquer et aussi de l'"équiper"* » (CLOT, 2010, p. 187). Mais à aucun moment il ne considère que la sollicitation et l'équipement de la controverse sur les critères de qualité du travail bien fait puisse être une des missions du management, que par ailleurs il considère pourtant comme responsable de ce « *malmenage du métier* » (2008, p. 256).

Or c'est là précisément que nous prenons nos distances, non pas tant avec son analyse que nous partageons entièrement, mais avec la conclusion qu'il en tire quant aux manières d'y remédier. Y. CLOT reconnaît pourtant avec F. OSTY le rôle de cet « *acteur hybride* » (OSTY, 2003, p. 227) que représente l'encadrement de proximité comme réducteur des tensions (CLOT, 2008, p. 252) et son rôle dans l'élaboration des tâches prescrites où se trouve consigné le métier sous sa forme « *impersonnelle* » (p. 258). Mais il ne conçoit pas que celui-ci puisse par conséquent avoir un rôle à jouer dans le desserrement des contraintes sur le travail et le métier ainsi que sur l'équipement de la discussion au sein du collectif afin de permettre le développement du pouvoir d'agir et de la santé au travail.

Dans le paragraphe intitulé « *le nœud du problème* » en conclusion de son ouvrage de référence « *Travail et pouvoir d'agir* », Y. CLOT indique toutefois que « *la reconnaissance du métier en développement par la hiérarchie managériale jusqu'au plus haut niveau est peut-être l'un des problèmes majeurs du travail contemporain* » (2008, p. 267) et que « *le rôle de la ligne hiérarchique consiste donc aussi à fournir un "cadre" réglé incitant à cet "acte responsable"* » (p. 268), précisant même avec P. LORINO que « *les travailleurs doivent pouvoir trouver sur cette ligné hiérarchique des interlocuteurs qui privilégient le réel du travail sur l'imaginaire gestionnaire* » (p. 268).

Pour libérer les activités « *rentrées* », peut-être convient-il de se tourner non pas seulement – aussi bien sûr - vers le travailleur et ses « *ressources psychologiques et sociales* » (CLOT, 2010, p. 128), mais d'étudier comment le « *désempêcher* » et définir des conditions permettant de soigner le travail et avec lui l'organisation (p. 171), en travaillant sur le rôle du management. C'est la perspective que nous avons choisi d'explorer ici.

La position de C. DEJOURS sur ce sujet est sensiblement différente. Celui-ci considère que le travail – il dit même le « *travailler* » (2009, p. 20) - n'est pas seulement une activité, une mise à l'épreuve de la subjectivité, orientée à la production ; il est aussi un rapport social (p. 32), un « *vivre ensemble* » (p. 34). Tout comme l'ergonomie distingue tâche et activité, C. DEJOURS propose de distinguer, sur le même principe, coordination – la prescription du travail collectif - et coopération – le travail collectif effectif. La coopération permet d'aboutir à la construction de « *règles de métier* », « *stabilisations*

d'accords entre les membres du collectif sur les manières de travailler » (p. 34). Or cela suppose un débat au sein du collectif, la confrontation des opinions ainsi que des arbitrages. C'est ce que C. DEJOURS nomme « *activité déontique* » (p. 80). L'« *espace de délibération* » ou de discussion qui est au principe même de la coopération, censé produire à la fois les règles de travail techniques mais aussi celles du vivre ensemble, doit être, dit-il en référence à J. HABERMAS, « *structuré comme un espace public* » (p. 81).

Pour éviter que la controverse ne s'épuise dans des discussions stériles, elle doit reposer certes sur la confiance et la convivialité, mais suppose aussi qu'il existe un arbitrage ayant le pouvoir de trancher, une autorité (DEJOURS, 2009, p. 80) qui ne peut être fondée que sur la compétence professionnelle (p. 133).

Par conséquent, faire face au « *désastre* » provoqué par le tournant gestionnaire signifie pour C. DEJOURS « *reprendre la main sur les sciences de gestion* », ce qui à ses yeux « *n'est rien d'autre que réintroduire le point de vue des sciences du travail dans la direction des entreprises* » (p. 212-213).

Une telle approche, plus que celle de la clinique de l'activité sur ce point, entrouvre la porte à une réflexion (par les sciences de gestion…) sur le rôle du management dans l'équipement des espaces de discussion, nécessaires à la coopération et à la production des règles de métier comme du vivre ensemble. Et c'est précisément dans cette direction que nous entendons poursuivre notre réflexion.

En revanche, là aussi c'est sur les conclusions - mais probablement cette fois aussi en partie sur les fondements - de la pensée de C. DEJOURS que nous ne le suivons pas totalement. L'espace de délibération est pour lui non seulement un espace du politique à part entière, mais un espace « *générateur du politique* » (2009, p. 182), d'apprentissage de la démocratie. Son rôle est de faire remonter « *la force propositionnelle et déontique* » de ce qui s'y élabore jusqu'aux institutions (p. 183). Cependant, ainsi que le note Y. CLOT, il n'est pas sûr que cette théorie critique suffise à apporter une véritable réponse aux problèmes sur lesquelles elle alerte (CLOT 2010, p. 155-161). C'est également ce que confirme P. MOLINIER en observant que le discours sur la souffrance au travail n'a pas fait monter « *le point de vue du travail* » dans l'espace public (LALLEMENT *et al.*, 2011, p. 15). L'objectif de C. DEJOURS semble relever plus d'une critique, visant la prise de conscience à un niveau politique et théorique de l'urgence d'élaborer de nouveaux modèles d'organisation moins délétères, que de travailler à la mise en place de conditions immédiatement plus favorables sur les terrains de son intervention même. A l'inverse d'Y. CLOT, C. DEJOURS semble en effet douter que les individus ordinaires, en butte

constante à la souffrance, aient une réelle capacité à transformer la situation (CLOT, 2010, p. 155 et 161).

Certes, le tome deux de son ouvrage sur le « *travail vivant* » intitulé « *Travail et émancipation* » adopte une tonalité beaucoup plus optimiste qu'à l'accoutumée et tente de théoriser une anthropologie du sujet et du travail « *permettant de penser l'organisation du travail en sorte qu'elle offre aux hommes et aux femmes qui travaillent des voies assurant l'articulation entre le travail ordinaire et le développement de la civilité, du vivre ensemble et des œuvre de la culture* » (DEJOURS, 2009, p. 216). Son approche demeure néanmoins celle d'une vision du travail fondée sur la souffrance, d'où ressort l'impuissance des sujets à qui l'organisation du travail ne donne plus la possibilité de transformer leur souffrance en plaisir, les enfermant ainsi dans des stratégies défensives qui les conduisent à anesthésier leur pensée et à rejeter la responsabilité sur autrui dans un processus de déni collectif de la réalité. Une telle approche, qui d'ailleurs fragilise l'idée même d'une action possible à partir de la controverse sur le travail (MOLINIER, in LALLEMENT *et al.*, p. 17), donne relativement peu de clés, pensons-nous, pour proposer des voies d'amélioration aux organisations concernées.

Notre posture nous porte plus volontiers, avec Y. CLOT, à miser sur le désir des salariés de travailler « *malgré tout* », même lorsqu'ils s'en trouvent « *empêchés* », déployant ainsi une capacité insoupçonnée à se frayer un chemin de développement de leur pouvoir d'agir et donc de leur santé.

Nous retiendrons cependant de ce détour par la psychodynamique de l'activité et la clinique deux travail, outre leurs nombreux éclairages, l'invitation à penser les modalités de la mise en débat du travail qu'ils appellent de leurs vœux et indiquent comme essentielle aux processus de protection et de construction de la santé mentale au travail. C'est pourquoi nous mobiliserons en complément une approche issue cette fois-ci des sciences de gestion et visant à analyser les liens entre la santé au travail et l'existence d'« *espaces de discussion* » (DETCHESSAHAR, 2001 ; 2003) comme lieux de prise en charge collective des tensions provoquées par la montée des contraintes dans les organisations.

2.4. L'approche par les espaces de discussion

La recherche autour des « *espaces de discussion* » et leur ingénierie « *vise à rendre visible et à expliciter les tensions du travail, à les atténuer ou les réduire à travers leur mise en discussion et l'élaboration de compromis d'action permettant de travailler dans un contexte cognitif et identitaire stabilisé ce qui soutient une dynamique positive de construction de la santé au travail* » (DETCHESSAHAR *et al.*, 2009b, p. 10).

Une telle perspective a fait l'objet d'un vaste programme de recherche dans une vingtaine d'organisations, financé entre 2006 et 2008 par l'Agence nationale de la recherche, intitulé « *Santé, Organisation et Ressources Humaines* » (SORG)[53], dans lequel s'inscrit cette recherche doctorale. Prenons le temps d'en donner les principales grandes lignes.

L'analyse de l'équipe SORG prend pour point de départ les transformations qui ont traversé la plupart des organisations depuis deux décennies et qui ont profondément renouvelé les contenus et les modalités du travail dans tous les domaines (CLERGEAU *et al., 2006)*. Mondialisation, « *hypercompétition* » (D'AVENI, 1995), développement des nouvelles technologies de l'information, sont aujourd'hui associés aux vagues de rationalisations et de restructurations, à l'intensification croissante du travail, à la modification de la relation d'emploi. Le lien entre ces transformations et la santé des salariés n'a cependant rien d'évident et pose un certain nombre de problèmes, entre autres de mesure (ABORD DE CHATILLON, 2004 ; NASSE et LÉGERON, 2008).

La recherche SORG pose l'hypothèse que les risques pour la santé au travail ne sont pas, en soi, liés à telle ou telle pratique organisationnelle mais plutôt aux tensions qui naissent lorsque les acteurs se trouvent confrontés à des paradoxes qu'ils ne peuvent gérer de manière satisfaisante, du fait de l'incohérence entre différents outils, modes d'organisation ou de management qui contraignent leur activité. Dans ce cadre, le premier axe de recherche consistait à observer le travail au plus près et à mettre en évidence les conséquences des transformations récentes et des nouvelles pratiques organisationnelles sur la manière dont se déploie l'activité des acteurs et les contradictions auxquelles ils sont amenés à faire face.

Il s'agissait cependant, dans une optique de compréhension des processus de construction de la santé au travail, d'analyser le travail et l'impact des dispositifs et pratiques organisationnels non pas de manière absolue et décontextualisée, mais à travers la perception qu'en ont les acteurs, les possibilités qu'ils ont de se les approprier et de leur donner du sens, dans la situation qui est la leur à ce moment-là.

Ainsi, cela signifiait par exemple chercher à identifier si les contradictions entre les différentes contraintes qui leur sont imposées sont vécues par les acteurs comme de simples dilemmes qu'ils ont les moyens de trancher, à l'aide de la norme collective, ou comme des

[53] Sur la recherche SORG, se reporter, pour la problématique initiale de la recherche à la communication dont elle a fait l'objet lors d'un congrès AGRH (CLERGEAU *et al.*, 2006) et, pour les résultats, au rapport final rédigé pour l'ANR (DETCHESSAHAR *et al.*, 2009a) ou à sa synthèse présentée lors du congrès ANR de septembre 2009 (DETCHESSAHAR *et al.*, 2009b). Elle a par ailleurs fait l'objet de nombreuses publications dans diverses revues académiques et grand public par les membres de l'équipe, et notamment dernièrement dans la Revue française de gestion (DETCHESSAHAR, 2011 ; BERTRAND et STIMEC, 2011 ; MINGUET, 2011).

paradoxes irréductibles qui les laissent dans l'incertitude et l'insécurité du fait de leur incapacité à prendre une décision satisfaisante, engendrant crainte de l'erreur, perte de sens et démotivation.

Les réactions des acteurs face aux tensions se sont révélées à ce propos un des moyens appropriés pour se saisir des dynamiques de construction ou de dégradation de la santé à l'œuvre dans le travail. Persistance de l'engagement, retrait, protestation (HIRSCHMAN, 1995), « *lassitude* » (ALTER, 1993 ; 2010) ou encore « *apathie* » (BAJOIT, 1988), sont en effet autant de modalités pour gérer des situations de tension et trouver une issue vivable.

Parmi les facteurs affectant le processus de construction de la santé au travail, mis en évidence par la littérature, il est une dimension qui revient constamment, nous l'avons vu, même si les termes varient : il s'agit de l'importance du collectif et de la mise en débat du travail concret. C'est ce qui a conduit l'équipe SORG à centrer ses recherches sur les « *espaces de discussion* » (DETCHESSAHAR, 2011) et à analyser les dynamiques communicationnelles qui s'y déploient et la manière dont elles permettent ou non la prise en charge des tensions auxquelles les acteurs sont confrontés, constituant ainsi un soutien à la construction de la santé au travail.

Les concepts de communication et de discussion, et la manière dont ils sont utilisés généralement dans la littérature, mériteraient un traitement à part, de manière bien plus approfondie que ce qui est fait ici. Nous nous contenterons de préciser qu'il ne s'agit en aucun cas ici d'en rester à une acception restreinte et utilitaire de la communication au sens où elle est souvent entendue dans les directions qui en portent le nom, comme un vecteur d'information, généralement exclusivement descendante et monologique, en vue de susciter l'adhésion des destinataires au changement promu, conçu en dehors d'eux. La communication est ici entendue dans une perspective « *dialogique* » (GIROUX et GIORDANO, 1998) qui intègre les fonctions politiques, relationnelles et représentationnelles de la langue, pour devenir co-construction collective de solutions et de règles d'organisation du travail. C'est ce que M. DETCHESSAHAR propose, dans une perspective habermassienne, de nommer « *discussion* » (2001).

Dans la mesure où l'on s'intéresse aux possibilités d'énonciation des contradictions et aux processus d'élaboration de compromis permettant de les dépasser, cela suppose de considérer l'ensemble des échanges discursifs, en tant qu'ils sont l'outil même de la production de l'accord et qu'ils forment la substance du « *travail d'organisation* » (DE TERSSAC et LALANDE, 2002) si nécessaire au déroulement de l'activité (DETCHESSAHAR, 2001 ; 2003).

En ce sens, les résultats de l'étude SORG (DETCHESSAHAR *et al.*, 2009a ; DETCHESSAHAR, 2011) rejoignent ceux de la clinique de l'activité, qui soulignent le rôle de la discussion dans la construction de compromis de sens et de normes communes sur le travail, ainsi que dans la construction identitaire individuelle et collective.

La recherche SORG confirme l'hypothèse que ces dynamiques communicationnelles sont essentielles à la construction de la santé au travail, dans la mesure où elles permettent une prise en charge collective des tensions et paradoxes auxquels les acteurs sont confrontés dans leur activité (DETCHESSAHAR *et al.*, 2009a).

Les directions ont cependant bien du mal à reconnaître que les travailleurs ont quelque chose à dire au management sur la meilleure manière d'exercer leur activité et peuvent être source d'initiative et de solutions pertinentes. L'étude SORG a constaté, à l'instar de P. UGHETTO, que bien souvent l'autorisation de parole concédée par les directions, y compris celles qui se disent les plus participatives, est très limitée et encadrée et que les espaces de discussion ne représentent pas de véritables « *chambres d'écho* » des réalités du travail (2007, p. 118-119).

L'étude souligne également le rôle clé des managers de proximité dans l'animation de la discussion et la remontée de ses produits. Elle met en évidence le travail nécessaire en amont, de la part des directions, pour traduire et négocier les contraintes externe de manière à dégager des marges de manœuvres pour la régulation locale (MINGUET, 2011). Lorsque ce travail fait défaut ou que les marges de manœuvre conquises ne sont pas réinvesties dans le soutien au travail concret, les tableaux de santé dans ces organisations se révèlent les plus dégradés. Ces résultats, nous le verrons, correspondent tout à fait à ceux mis en évidence dans les deux recherches ici présentées.

Poursuivant les travaux sur la « *théorie des espaces de discussion* » (DETCHESSAHAR, 2001 ; 2003), l'étude SORG a contribué à préciser les caractéristiques essentielles du design des espaces de discussion permettant qu'ils jouent pleinement leur rôle dans la régulation locale et par conséquent dans la construction de la santé au travail (DETCHESSAHAR *et al.*, 2009a ; 2009b). Elle a notamment déterminé que la discussion doit y être centrée sur le travail concret des opérateurs et non sur des considérations stratégiques ou générales, qu'elle doit être fréquente mais courte afin de ne pas devenir une contrainte supplémentaire. La discussion doit ensuite être animée par un cadre du métier présent régulièrement dans l'activité et s'appuyer sur des outils équipant l'échange d'opinions. Les produits de la discussion doivent être mémorisés et remontés à la direction et à ceux dont dépend la mise en place des solutions débattues. La discussion s'inscrit dans le long terme et doit permettre la construction de la confiance, qui est une de ses conditions et un de ses produits.

Or finalement, « *concevoir et animer ces espaces de discussion, qu'est-ce d'autre que faire du management, c'est-à-dire piloter et animer une action collective finalisée ?* », affirme M. DETCHESSAHAR (2011, p. 102). Cette perspective souligne avec force la responsabilité et le rôle des managers, qu'il s'agisse de l'encadrement supérieur comme des équipes dirigeantes, dans la mise en place des conditions nécessaires aux processus vertueux de construction de la santé au travail.

La centralité, dans cette perspective, de l'observation de l'activité et du « *travail d'organisation* » (DE TERSSAC et LALANDE, 2002) que le salarié est amené à mettre en œuvre pour faire face aux contradictions produites par les dispositifs mis en place, ainsi que la volonté de saisir les dynamiques communicationnelles intervenant dans la construction de la santé au travail, ont conduit naturellement à envisager un cadre théorique permettant de prendre en compte ces dimensions. Mais plus encore, c'est bien l'activité de régulation du management de proximité que nous allons chercher à saisir, le continuel « *travail d'organisation* » si essentiel au fonctionnement du collectif et des espaces de discussion. C'est pourquoi la théorie de la régulation sociale (REYNAUD, 1997 ; DE TERSSAC, 2003a) est apparue dans un premier temps particulièrement pertinente pour étudier les modalités du travail d'organisation qui se jouent au cœur de la discussion et son caractère de construction collective. Nous y avons adjoint ensuite une autre perspective permettant d'appréhender plus finement encore les dynamiques de la régulation et les enjeux identitaires et de reconnaissance que souligne la psychodynamique du travail, à savoir les approches en termes de don. C'est ce à quoi nous allons procéder dans le prochain chapitre.

*

Après avoir, dans le premier chapitre, brossé un rapide panorama du tournant gestionnaire dans les établissements de santé et le malaise qu'il provoque chez les soignants, nous avons voulu aborder ici la thématique de la santé au travail selon quelques unes de ses principales perspectives théoriques. Nous avons donc dans un premier temps procédé à un bref repérage de l'ampleur du phénomène et de la manière dont il s'exprime actuellement dans les milieux professionnels et dans l'opinion publique.

Nous avons rapporté quelques uns des résultats des grandes enquêtes nationales sur les conditions de travail et sur les risques psychosociaux, puis présenté les deux outils les plus utilisés pour analyser la santé perçue au travail : le modèle « *demande – latitude* » de R. KARASEK et le modèle « *effort-récompense* » de J. SIEGRIST.

Dans un deuxième temps, nous avons proposé de mobiliser les approches centrées sur l'activité, telles que l'ergonomie de langue française, la psychodynamique du travail et la clinique de l'activité, qui mettent en évidence l'importance du collectif pour faire face

aux difficultés du travail et la nécessité de redonner du pouvoir d'agir au travailleur par une mise en débat de ce qui se joue au cœur de l'activité. Nous avons observé que ces approches ne considèrent pas ou très peu le rôle du management dans cette délibération sur le travail, ce que permet en revanche d'envisager une analyse choisissant comme clé d'entrée l'étude des espaces de discussion et des dynamiques communicationnelles en leur sein, qui souligne la nécessité de l'animation des dispositifs d'échange.

C'est pourquoi nous allons à présent approfondir le cadre théorique qui sera le nôtre, mobilisant conjointement la théorie de la régulation sociale permettant d'analyser les processus de régulation locale et le travail d'organisation qui se déploie au quotidien face aux multiples contradictions du travail et une approche par les dynamiques de don afin de saisir plus finement les modalités de l'engagement dans l'activité de régulation et de mise en débat du travail au sein du collectif et dans la coopération.

CHAPITRE 3 – LES RESSORTS DE L'ENGAGEMENT DANS LA REGULATION COLLECTIVE

Dans le premier chapitre, nous avons constaté le malaise des professionnels de santé confronté au tournant gestionnaire du secteur sanitaire. Nous avons mis en évidence le déficit d'espaces et de temps permettant une prise en charge plus collective des tensions nouvelles engendrées par la montée des contraintes et l'intensification du travail.

L'étude des approches s'intéressant à la question de la santé au travail et des risques psychosociaux a également conduit à souligner le rôle protecteur fondamental des collectifs pour élaborer des stratégies collectives de défense et construire des règles de métier permettant aux acteurs de retrouver du pouvoir d'agir lorsque l'activité est empêchée. Nous avons vu cependant que les espaces de discussion sur le travail demandaient à être soutenus, animés et équipés pour que les dynamiques communicationnelles puissent s'y déployer et qu'ils permettent l'élaboration de solutions productives et de compromis de sens nécessaires aux processus de construction de la santé au travail.

C'est pourquoi, parmi les différentes approches possibles pour appréhender les questions de santé au travail d'un point de vue organisationnel et managérial, l'angle privilégié ici sera celui d'une perspective « micro », centrée sur le travail concret et ce qui le constitue au quotidien. Nous proposons un cadre conceptuel constitué de différents apports théoriques que désormais on voit fréquemment mobilisés conjointement. Sur la base de la distinction typique de l'ergonomie entre travail prescrit et travail réel, et à l'aide notamment de la théorie de la régulation sociale (REYNAUD, 1997 ; de TERSSAC, 2003a), nous définirons une vision du travail comme « *activité de régulation* » collective, reconnaissant des acteurs pluriels et autonomes engagés dans une activité de régulation conjointe qui doit être soutenue pour pouvoir se déployer.

Afin d'aller plus loin dans la compréhension de ce qui constitue l'activité de régulation des acteurs et leur motivation à faire le pari de la coopération, nous mobiliserons les théories du don afin d'analyser le travail comme un engagement dans l'activité de régulation et la reconnaissance de la réciprocité que suppose ce don. Nous verrons enfin combien l'organisation est bousculée par les dynamiques de don, qui pourtant sont indissociables des autres formes d'échange. Nous proposerons une vision relationnelle du don, où la réciprocité se distingue de l'équivalence et où la personne et sa liberté viennent interroger les règles de l'organisation. Cela nous amènera à poser la question de la reconnaissance du don dans l'organisation.

1. LE TRAVAIL COMME « *ACTIVITE DE REGULATION* »

Dans une première partie, nous approfondirons la théorie de la régulation qui va constituer la première base de notre cadre conceptuel pour appréhender le travail et la manière dont il est heurté par le tournant gestionnaire. Nous nous intéresserons à l'activité collective de production des règles du travail et du vivre-ensemble, et aux possibilités de construction d'une forme de régulation que J-D. REYNAUD nomme « *conjointe* » (1988) au sens où elle est rencontre et négociation entre les différentes sources de rationalité prétendant définir, du dedans ou du dehors, les règles du travail. Nous nous interrogerons sur les conditions qui permettent que le travail de régulation aboutisse à la construction de compromis et à la coopération entre les acteurs. C'est ce qui nous amènera à proposer de mobiliser un autre cadre conceptuel complémentaire : les approches par le don, que nous développerons dans la seconde partie.

1.1. L'action collective, une activité de régulation

1.1.1. La reconstruction permanente des règles

L'organisation, qui ne se réduit pas aux formes données de sa structure, est en réalité constituée d'un travail permanent d'ajustement, d' « *activité organisatrice* » (ALTER, 2010, p. 131-154), que les anglo-saxons expriment par le terme « *organizing* ».

Le sociologue français J-D. REYNAUD et, à sa suite, G. DE TERSSAC (2003a) ont largement contribué à développer cette approche. Centrée initialement sur le conflit et la négociation, elle est née de l'observation des relations professionnelles (REYNAUD, 1979), a ensuite été étendue à l'analyse de l'organisation (REYNAUD, 1988) puis généralisée à l'ensemble des systèmes sociaux (REYNAUD, 1991) sous le nom de théorie de la régulation sociale.

La théorie de la régulation sociale (désormais TRS) est une théorie qui considère l'action collective comme une activité de régulation, c'est-à-dire d'élaboration et de reconstruction permanente des règles. Elle se donne pour objectif de comprendre comment les acteurs, individuellement et collectivement, produisent cette régulation, structurent leur action commune autour d'un projet partagé.

« *Élaborer ou accepter une règle, c'est chercher à établir une manière de vivre ensemble* » (REYNAUD, 2003b, p. 322). La règle, qui ne se limite donc pas aux formes cristallisées de normes écrites, est ce qui permet d'établir la réciprocité, de mettre en

œuvre une action collective, elle est un « *principe organisateur* » caractéristique de tout échange social, ce qui permet de régler les interactions (REYNAUD, 1997, p. XVI).

Pour J-D. REYNAUD, les règles ne sont pas exogènes à la relation que les acteurs entretiennent entre eux, ni préexistantes à l'action collective. Il propose une théorie qui prend pour objet l'activité même de régulation, c'est-à-dire le processus de construction et de négociation des règles, et s'intéresse aux raisons pour lesquelles les individus agissent dans ce processus de régulation, et à leur position les uns par rapport aux autres. Il s'agit de « *situer les enjeux des actions qui se combinent plus ou moins harmonieusement pour faire fonctionner le processus de travail* » (de TERSSAC, 1992, p. 37).

Une telle approche postule qu'il existe une relation forte d'interdépendance entre l'activité telle qu'elle est mise en œuvre par les acteurs et les contraintes qui s'exercent sur elle. Autant le travail est contraint par un ensemble de règles explicites ou implicites, imposées de l'extérieur ou fruit d'identités collectives, autant ces contraintes ne déterminent jamais complètement l'activité et l'acteur dispose toujours d'une marge de manœuvre et d'une autonomie dans la manière dont il applique les règles qui s'imposent à lui. La TRS essaie de « *rendre compte de la relation entre le système de contraintes et les comportements des acteurs individuels* » (de TERSSAC, 1992, p. 35).

1.1.2. Une vision de l'organisation fondée sur la pluralité des acteurs

La TRS est fondée sur le paradigme de la négociation – où la négociation est le jeu même de l'échange par lequel se forment les règles ou pratiques collectives - que l'auteur considère comme étant à la base de tout échange social. Il se démarque ainsi du fonctionnalisme, classique en sociologie, pour lequel le système social – préexistant – est déterminé par des contraintes, les normes et les valeurs. Pour J-D. REYNAUD, c'est l'action, l'initiative des acteurs, qui produit le système et construit les règles, comme les normes et les valeurs. Le collectif naît de la régulation – autrement dit de l'échange, de la relation - et non pas l'inverse. La règle est à la fois le produit de la communauté et la condition de sa formation et de son existence, elle définit son identité et ses frontières.

La TRS s'inscrit donc dans l'individualisme méthodologique et rejette une approche holiste de l'organisation comme du système social. Elle porte une vision de l'organisation fondée sur la pluralité des acteurs, où les collectifs hétérogènes sont constitués d'individus aux rationalités différentes et en conflit d'intérêts (REYNAUD, 1979). L'organisation est un ensemble d'équilibres instables entre de nombreuses interdépendances partielles et locales. Cette conception de l'action collective organisée comme un construit imparfait aux frontières floues, de cohérence faible et souvent locale (REYNAUD, 1991), rejoint la

notion de « *système d'action concret* » de l'analyse stratégique des organisations (CROZIER et FRIEDBERG, 1977). Elle diffère profondément, en revanche, de l'approche cybernétique, qui s'intéresse aux conditions d'équilibre d'un système et à sa capacité d'autorégulation.

Le point de départ n'est donc pas l'unité de l'organisation ou de la société mais la diversité des acteurs, la dispersion des intérêts et des valeurs (REYNAUD, 1979), pluralité qui s'exprime dans l'interaction et l'activité commune de régulation. Une telle approche représente en ce sens un renversement de perspective par rapport aux théories de l'organisation centrées sur l'environnement et sur les contraintes s'exerçant sur le système ; il s'agira plutôt de partir de l'action, de l'acteur et des initiatives qu'il met en œuvre dans son activité.

1.1.3. L'autonomie irréductible des acteurs

J-D. REYNAUD souligne la place centrale de l'autonomie des acteurs dans le travail (de TERSSAC, 1992) et introduit la notion, essentielle, de légitimité. « *Énoncer une règle, c'est dire la manière légitime dont doivent se dérouler les interactions. La prétention à être source de régulation, c'est-à-dire à être acteur social, est en même temps une revendication de légitimité* » (REYNAUD 2003a, p. 106). Une règle n'est telle que si elle est mobilisée ; si personne ne consent à l'utiliser - quelle que soit la manière dont elle est appliquée -, elle cesse d'être une règle, étant entendu que, pour J-D. REYNAUD, la légitimité d'une règle est toujours contextuelle, spécifique et locale, et non pas une valeur absolue, analysable en dehors de toute interaction (REYNAUD, 1997).

L'approche de la TRS souligne la pluralité des sources légitimes – ou au moins prétendant à la légitimité – de régulations qui se combinent ou s'opposent entre elles dans l'organisation. Elle dépasse ainsi la distinction classique entre règles formelles (régies par la « *logique de l'efficacité* ») et informelles (« *logique des sentiments* »), proposée par F.G. ROETHLISBERGER et W.J. DICKSON en 1939, à la suite d'E. MAYO (REYNAUD, 1988 ; REYNAUD & REYNAUD, 1994) et rejoint plus volontiers les notions de travail prescrit et travail réel des ergonomes.

La TRS se donne comme postulat de départ un acteur intelligent, doté de réflexivité, rationnel au sens des travaux de H. SIMON sur la rationalité limitée (MARCH et SIMON, 1991). Cependant, pour J-D. REYNAUD, l'acteur ne se borne pas à choisir la meilleure éventualité ou la première satisfaisante, il invente des solutions, maintient ou transforme les règles du jeu (REYNAUD, 1991). Dans cette approche, la caractéristique majeure de l'acteur est l'autonomie, « *sa capacité de construire des règles et d'y consentir* ». G. de TERSSAC parle ainsi de « *paradigme de l'acteur social irréductible* » (de TERSSAC, 2003a, p.20).

La théorie de la régulation articule donc deux concepts centraux pour les sciences de gestion et souvent considérés comme contradictoires : l'autonomie et le contrôle. Elle interroge les modalités de l'ajustement qu'opèrent les individus pour mettre en œuvre les règles imposées par la hiérarchie, tout en prenant en compte les contraintes réelles de l'activité.

1.2. La régulation conjointe et ses dérèglements

L'auteur lui-même résume ce qu'il nomme « *la régulation conjointe* » comme « *une rencontre entre deux régulations* », une régulation de contrôle - la tentative du management de contrôler le comportement des acteurs de l'organisation - et une régulation autonome - l'effort des acteurs, à la base, pour résister à cette emprise et peser eux-mêmes sur le contenu de leur travail afin de le rendre plus facile (REYNAUD, 1988).

Selon la définition de J-D. REYNAUD, « la régulation conjointe crée un ensemble de règles qui sont acceptables pour les deux parties, par exemple parce qu'elles combinent harmonieusement règles de contrôle et règles autonomes ; plus fréquemment parce qu'elles arbitrent de manière acceptable sur les points où les parties s'opposent » (REYNAUD et REYNAUD, 1994, p. 230).

1.2.1. Une rencontre entre différentes sources de régulation

« *Une théorie des règles sociales (…) doit s'intéresser à leur source et à la situation où elles se forment* », note J-D. REYNAUD (REYNAUD, 2003a, p. 103). L'analyse de la régulation impose donc de se situer au plus près de l'activité de travail, telle qu'elle est vécue par les acteurs, quotidiennement aux prises avec la réalité, et de considérer la manière dont cette activité est organisée, comment elle s'articule avec le travail des autres acteurs.

J-D. REYNAUD souligne combien chacune des sources de régulation est rationnelle, y compris et notamment la régulation autonome, à la fois dans le sens où les acteurs agissent de manière cohérente à leurs fins, tel que le décrit l'analyse stratégique (CROZIER et FRIEDBERG, 1977), mais aussi dans la mesure où ils sont reconnus comme susceptibles d'agir en conformité avec les objectifs de l'organisation[54]. Une telle affirmation peut

[54] C. MIDLER questionne toutefois l'hypothèse, implicite dans une théorie qui s'intéresse au processus de négociation des règles, que les stratégies des différents acteurs soient clairement constituées *ex-ante* (MIDLER, 2003). Or c'est précisément ce que remet en cause la théorie de l'apprentissage organisationnel, qui considère que les acteurs, en situation d'incertitude, de complexité et de confusion d'objectifs, inventent et constituent « *chemin faisant* » leurs stratégies. J-D. REYNAUD (2003c) reconnaît d'ailleurs la complémentarité entre sa théorie et celle de l'apprentissage organisationnel, qui éclaire les processus cognitifs à l'œuvre dans les dynamiques sociales.

sembler aller de soi ; elle n'en est pas moins essentielle au processus de construction d'une régulation conjointe – et peut-être trop peu considérée (REYNAUD, 1988).

Ces rationalités, parce qu'elles sont différentes, sont par définition, pour J-D. REYNAUD, opposées : le contrôle est une emprise à laquelle répond l'effort d'autonomie des acteurs (REYNAUD, 1988, p. 230). La régulation « *d'en haut* » est donc nécessairement amenée à s'opposer à la régulation « *d'en bas* »[55], dans une logique d'affrontement constitutive de leur relation. La théorie de la régulation sociale est, rappelons-le, née de l'observation des conflits entre employeurs et salariés.

La notion de conjonction évoque un rapprochement, un lien, la réunion de deux éléments différents ; le terme de conjoint, en droit, signifiant « *uni par la même obligation* ». Il est donc intéressant de chercher à comprendre comment et dans quelles conditions se produit ou ne se produit pas cette rencontre entre les différentes sources de régulation, quel type de lien elle permet ou non d'instaurer, et quelles en sont les implications pour l'organisation.

1.2.2. La régulation conjointe

Plusieurs auteurs (PARADEISE, 2003 ; LICHTENBERGER, 2003 ; ALTER, 2003b ; REYNAUD, 2003a ; de TERSSAC, 2003b) questionnent la validité empirique du concept de régulation conjointe, au point d'en faire un cas particulier, voire un « *cas limite* » de la régulation sociale. Ils lui préfèrent l'appellation de « *régulation commune* », réservant le terme de « *conjoint* » à la « *co-construction de super-règles de pilotage entre acteurs antagoniques* » (PARADEISE, 2003). Bien souvent, en effet, de nouvelles règles prennent la place des précédentes en s'y substituant progressivement, plutôt que grâce à un compromis avec les règles en place (DE TERSSAC, 2003b, p. 134).

[55] A. BORZEIX remet en cause la vision de la TRS en interrogeant la pertinence de l'opposition « *règles d'en haut* » / « *règles d'en bas* » (BORZEIX, 2003). La notion de service, désormais omniprésente dans les organisations, y compris dans le secteur non-marchand, introduit une « *rationalité externe* » qui constitue en quelque sorte une nouvelle source de régulation hétéronome et remet en cause la dichotomie autonomie – contrôle. Le client, l'usager, est de plus en plus placé explicitement au cœur du travail, aussi bien dans les discours managériaux, que dans l'expérience des salariés qui lui sont confrontés en permanence. Or le rapport social en situation de service est en effet souvent en lui-même fortement ambivalent : on doit « *être au service* », mais aussi on peut « *rendre service* ». Le client ou usager est bien souvent à la fois une contrainte externe et un allié avec lequel on est amené à collaborer dans l'exercice de son activité pour atteindre les objectifs fixés par l'organisation. Il représente une nouvelle source de régulation, qui impose ses exigences au travail, et avec lequel aussi bien la régulation autonome que de contrôle sont appelées à composer. Le salarié peut tout à la fois y perdre et y gagner en autonomie, et bien des fois sa prise d'initiative ne se déploiera pas « *contre* » la règle de contrôle mais « *pour* » le client, donc pour un objectif qui rejoint ceux de l'organisation (BORZEIX, 2003).

J-D. REYNAUD distingue en réalité deux cas de figure : la régulation conjointe lorsque la négociation, implicite ou explicite, permet d'aboutir à un accord, et les situations de « *concurrence de régulations* » où, à défaut d'accord, un équilibre implicite est trouvé, délimitant le domaine de légitimité de chacune des formes de régulation. J-D. et E. REYNAUD décrivent ainsi comme des « *équilibres paradoxaux* » ces cas de « *juxtaposition de régulations* », où « *il y a plutôt un armistice et un partage entre deux régulations parallèles qu'une véritable régulation conjointe* ». Ils ajoutent que ces cas, relevant de « *dérèglements de la régulation* », sont « *beaucoup plus fréquents que les cas de régulation conjointe proprement dite* » (REYNAUD et REYNAUD, 1994, p. 232). Il arrive ainsi que les employeurs délèguent complètement aux opérationnels le soin d'organiser le travail, ou inversement visent à ne leur laisser aucune marge de manœuvre.

Précisons que pour J-D. REYNAUD, la négociation doit être entendue comme « tout échange où les partenaires cherchent à modifier les termes de l'échange, toute relation où les acteurs remettent en cause les règles et leurs relations » (REYNAUD, 1999). Elle peut donc être explicite ou implicite et l'accord obtenu, caractéristique de la régulation conjointe, ne se limite pas aux formes juridiques de compromis, telles les conventions collectives que l'auteur aime à citer comme figure emblématique.

1.2.3. Les dérèglements de la régulation

Mais les cas sont nombreux, et l'auteur de la TRS en convient, où la régulation ne prend pas les modalités décrites dans le modèle proposé et laisse apparaître de multiples formes de « *dérèglements* » (REYNAUD et REYNAUD, 1994). La régulation peut présenter un déficit, que J-D. REYNAUD qualifie d'« *anomie* », que ce soit du fait d'un défaut de la régulation de contrôle – qui peut aussi provenir d'une centralisation extrême, réduisant son pouvoir – ou d'un excès de contrôle, lorsque la direction refuse de reconnaître la légitimité de la régulation autonome et lui interdit toute possibilité d'exister. Dans un cas comme dans l'autre, l'anomie a pour effet de favoriser la défection individuelle. Inversement, la régulation autonome peut être amenée à se développer de manière anormale, lorsque la régulation de contrôle se révèle particulièrement inefficace ou contradictoire. Il arrive dans ce cas qu'elle devienne une hiérarchie parallèle dont les objectifs ne coïncident plus avec ceux de l'organisation, se retranchant derrière des thématiques ne relevant plus de l'activité de travail.

Les dérèglements de la régulation peuvent aussi prendre des formes plus extrêmes et aboutir à un blocage complet et parfois volontaire de la négociation, lorsque l'affrontement systématique est utilisé à des fins de domination, ou encore qu'un conflit latent laisse place

à des jeux de pouvoir paralysant le système, conduisant alors à un détournement de la régulation. Le conflit ouvert, en revanche, n'est pas considéré par les auteurs comme la forme la plus problématique, en tant qu'il contraint les acteurs à affronter explicitement les problèmes et à chercher une issue acceptable par les deux parties, autrement dit à poser les bases d'une nouvelle régulation conjointe. E. et J-D. REYNAUD recensent d'autres cas encore, comme ceux où les risques de la mise en débat deviennent trop grands, la participation trop coûteuse, du fait, par exemple, d'un collectif trop faible, les acteurs préférant alors se réfugier derrière la stricte exécution des règles en place.

« *La régulation est initiative* » écrit J-P. BRÉCHET (2008), la distribution du pouvoir d'initiative est donc un élément critique sans quoi il ne peut y avoir de régulation conjointe. La participation de nombreux acteurs à l'activité de régulation ne représente cependant pas en soi une garantie d'efficacité. Les risques sont également grands pour l'organisation, lorsque le droit à la parole est largement dispersé et menace la capacité du collectif à construire un sens commun, produisant ce que J-D. REYNAUD appelle la « *pléistocratie* », le trop-plein de pouvoirs (2003c).

1.3. Soutenir le travail de régulation

La construction d'une régulation conjointe suppose qu'existent la possibilité d'un jeu avec les règles, des formes et des espaces de négociation. La régulation conjointe n'est pas le résultat automatique d'un phénomène naturel, c'est un processus de construction qui doit être pensé, organisé, équipé.

1.3.1. Organiser le « travail d'organisation »

G. de TERSSAC a proposé la notion de « *travail d'organisation* » pour décrire « *la manière dont les acteurs, dans un contexte particulier, se mobilisent pour inventer des solutions singulières face à un problème particulier et pour mettre en place des dispositifs pour régler leurs échanges* » (2003b, p. 122). Le travail d'organisation est donc l'expression d'une mobilisation, d'en engagement face à un problème à résoudre, mais également dans le but de gérer les interactions et les interdépendances entre acteurs. Le travail d'organisation est donc bien pour son auteur « *un travail de régulation au sens de la théorie de la régulation sociale élaborée par Reynaud* » (de TERSSAC, 2003b, p. 133).[56]

[56] C'est souvent dans le sens plus spécifique de « *travail d'articulation* », au sens d'A. STRAUSS (1992 ; 1997), que ce concept est mobilisé lorsque par exemple M. GROSJEAN et M. LACOSTE le qualifient de point aveugle, d'impensé du travail (1999, p. 171ss). Décrivant le travail à l'hôpital, A. STRAUSS définit le travail d'articulation comme le « *travail supplémentaire [qui] doit être fait pour que les efforts collectifs de l'équipe soient finalement plus que l'assemblage*

La TRS implique des méthodes de management qui reconnaissent l'autonomie et l'initiative des acteurs ; un environnement perçu comme trop contraignant découragerait leur participation. A l'inverse, le manque de régulation épuise et rend difficile voire impossible un travail de qualité.

La TRS n'évoque pas, pour autant, le rôle d'un éventuel pilote chargé de veiller à l'adhésion des acteurs et d'animer la co-construction du système d'action collective (PARADEISE, 2003). Quelle serait la place dans l'organisation de ce ou ces pilotes chargés de favoriser l'instauration d'authentiques processus de régulation conjointe fondés sur la réciprocité ? Nous y reviendrons plus loin.

1.3.2. Équiper le travail face à la sollicitation

P. UGHETTO rejoint et défend l'idée de la nécessité d'une régulation conjointe entre les travailleurs et le management, supposant négociation et élaboration commune des règles, telle qu'elle est proposée par la théorie de la régulation de J-D. REYNAUD.

Il souligne combien les salariés sont de plus en plus demandeurs de voir leur travail organisé, « *managé* », facilité par des dispositifs leur permettant de faire face au mieux aux exigences et aux difficultés auxquelles ils sont sans cesse confrontés (UGHETTO, 2007). D'autant que cette activité est de plus en plus « *sollicitée* » par une multitude de contraintes, de standards de performance et de qualité extrêmement élevés. Bien loin de refuser l'intervention d'une régulation de contrôle, le travailleur en est aujourd'hui fortement désireux[57] afin de lui permettre d'assumer l'autonomie qu'on lui impose dans des situations souvent contradictoires, voire paradoxales. L'injonction d'autonomie peut en effet souvent être vécue comme un manque de soutien de la part de responsables hiérarchiques qui, face à la difficulté, se défaussent d'une partie de leurs responsabilités sans donner les moyens de l'assumer.

---

chaotique de fragments épars de travail accompli » (1992, p. 191). Il s'agit du travail réalisé par l'ensemble des parties prenantes (personnel médical et soignant mais aussi malade, conjoint, etc.) pour se coordonner autour de la « *trajectoire* » de la maladie et la réarticuler constamment face aux perturbations incessantes qui viennent la désorganiser.

[57] Dans ce qu'il appelle une « *théorie du travailleur* » et non pas du salarié ou des ressources humaines (UGHETTO, 2007), il postule que le travailleur place au cœur des ses préoccupations son engagement dans l'activité et le souci d'arriver à un travail bien fait, à la hauteur des attentes de l'entreprise (UGHETTO 2004, 2005). A la différence de la sociologie du travail classique, centrée sur le lien de subordination, P. Ughetto propose un « *paradigme de l'activité* » qui postule le primat du faire plutôt que de la résistance des acteurs, leur disposition première à s'engager dans le travail et à rechercher une certaine performance (UGHETTO, 2004). Le travailleur est ici motivé avant tout par son envie de faire, sa disposition à donner de soi sans se mesurer et attend de son employeur que celui-ci lui permette d'atteindre les objectifs proposés malgré les innombrables contraintes et difficultés rencontrées et ce qu'il lui en coûte pour les dépasser.

Dans une telle logique, une règle provenant de la hiérarchie pourra être perçue comme facilitant le travail ou au contraire comme incapable de l'équiper voire même en contradiction avec les objectifs de l'organisation. Si la règle édictée en haut joue son rôle de facilitation du travail, elle renforcera l'engagement du salarié. Si, au contraire, elle est perçue comme compliquant ou faisant obstacle au déroulement de l'activité, elle est alors irrationnelle aux yeux du travailleur, qui ne pourra se l'approprier et la considérer comme légitime. Ce n'est donc pas le fait que la règle soit de contrôle ou autonome qui fait sa pertinence mais sa capacité à équiper le travail réel quotidien et à être perçue comme telle par les salariés. P. UGHETTO rejoint en ce sens le concept de légitimité de la règle proposé par J-D. REYNAUD, qui précise que ce n'est pas la localisation de la source de régulation - autonome ou de contrôle - qui rend la règle légitime, mais le consentement des acteurs à la prendre en compte.

1.3.3. Des espaces pour mettre en discussion le travail

« *Assurément* – note J-D. REYNAUD -, *tous les acteurs sociaux n'ont pas le même accès à la discussion et à l'énoncé des règles* » (1991, p.25). Dans la mesure où l'on s'intéresse aux possibilités d'énonciation des contradictions et aux processus d'élaboration de compromis permettant de les dépasser, cela suppose de considérer les échanges discursifs, en tant qu'ils sont l'outil même de la production de l'accord et qu'ils forment la substance du travail d'organisation si nécessaire au déroulement de l'activité (DETCHESSAHAR, 2001). Si la négociation et l'échange de règles ne se limitent pas aux échanges discursifs, la parole est en revanche un des vecteurs privilégiés des processus de régulation.[58]

Or précisément, la théorie de la régulation conjointe, qui a pour ambition de saisir les processus d'élaboration collective des règles à l'œuvre dans l'organisation et leur permanente redéfinition provoquée par la rencontre et la confrontation des différentes sources de régulation, ne traite pas de la forme et du contenu des arènes où s'élabore la régulation, ni de l'outillage et de l'animation nécessaires des espaces de délibération.

Il est donc nécessaire, dans une perspective gestionnaire, d'y adjoindre une réflexion sur l'ingénierie des espaces de discussion, telle que la propose M. DETCHESSAHAR (2009a, p. 43). Par « *espace de discussion* », l'auteur entend « *un espace, à la géométrie variable, de construction conjointe d'une perspective commune, d'un point de vue partagé entre acteurs*

[58] Rappelons, comme on l'a dit au chapitre précédent (p. 86) que la communication est ici entendue dans une perspective non pas monologique mais « *dialogique* » au sens de N. GIROUX et Y. GIORDANO (1998), qui intègre les fonctions politiques, relationnelles et représentationnelles de la langue, pour devenir co-construction collective de solutions et de règles d'organisation du travail (DETCHESSAHAR, 2003).

différents qui servira pour un temps de base d'inférence et d'action, de point d'appui à l'action collective » (DETCHESSAHAR 2001, p. 40). C'est un lieu outillé, structuré, de manière à rendre la discussion plus productive[59]. La possibilité que se déploie une « *vraie* » discussion suppose en effet un dispositif « *organisé et organisant* » (DETCHESSAHAR, 2001, p. 38), signalant que le droit à la publicité et à la confrontation des opinions est réel et que l'investissement dans l'activité, avec tous les coûts qu'il implique[60], sera récompensé.

Faute de quoi, M-A. DUJARIER pointe combien souvent « *à la multiplicité des occasions de discussion, correspond en fait une simulation de travail d'organisation* » (2006, p. 134)[61]. Elle rejoint là le constat de l'étude SORG (DETCHESSAHAR, 2011), soulignant combien les managers apparaissent absorbés par un « *travail au chevet des machines de gestion* » produisant une « *hypertrophie de l'information* » au détriment de la discussion (p. 98), ou par d'innombrables instances finalisées à la régulation externe, toutes aussi éloignées de la scène du travail quotidien les unes que les autres.

1.4. Le pari de la coopération

La TRS pose des acteurs qui font le choix de se lier mutuellement par une régulation et qui sont capables et désireux de s'engager dans une activité de création ou de transformation des règles de leur activité commune. Ils font donc le pari de la coopération[62], avec le coût et les contraintes de contrôle que cela implique.

---

[59] La discussion doit y être fréquente et courte, centrée sur le travail réel, nourrie par des outils, animée par un cadre de proximité qui assure également que soient mémorisés et diffusés les compromis d'action issus de la discussion. La discussion suppose enfin la confiance, en même temps qu'elle contribue à la construire et à la vérifier (DETCHESSAHAR, 2011).

[60] M. DETCHESSAHAR (2003) pointe ainsi le coût de la discussion pour les acteurs qui s'y engagent, d'un point de vue *cognitif* (avec les compétences langagières que demande la « *mise en mot* » du travail et le risque de révélation de soi à soi-même et aux autres qu'elle comporte), *politique* (la mise en commun d'informations ou de savoir-faire supposant de renoncer à des ressources stratégiques), *social* (l'implication dans un travail de production collective n'est pas sans créer des tensions pouvant menacer la cohésion du groupe) et enfin en termes de *responsabilisation* (du fait de la délégation d'autorité qui accompagne souvent l'appel à la participation et des risques de sanction liés au dévoilement du réel du travail et de ses problèmes).

[61] M-A. DUJARIER souligne en effet, et nous y reviendrons par la suite dans la discussion, que lorsque les nombreuses réunions, mêmes dédiées à l'organisation du travail et à son amélioration continue, n'ont pas pour objet le travail réel et le travail d'organisation qui lui est directement lié, elles sont bien souvent « *tendues vers la sophistication des systèmes de gestion pour eux-mêmes* » et constituent plus pour les opérationnels un « *encombrement* » du travail qu'une ressource (2006, p. 133-134).

[62] Précisons que coopération ne signifie nullement altruisme pur. La coopération, si elle ne peut s'accorder avec le conflit ouvert, s'accommode en revanche fort bien avec la concurrence, en ce sens qu'elle permet de tirer de l'échange un intérêt individuel. Le pari de la coopération, qui sous-tend la TRS, ne suppose en aucun cas que l'échange soit exempt de calcul et d'opportunisme, ce que J-D. REYNAUD ne manque pas de reconnaître (REYNAUD, 2003b).

A l'instar de l'auteur de la TRS, C. PARADEISE souligne ce pari de la coopération, qui suppose la conviction « que l'interaction est porteuse d'un avenir plus riche que la simple action d'organisation, assortie de ses régulations de contrôle », rappelant qu'il doit cependant être partagé par les différents acteurs de l'organisation susceptibles d'entrer en interaction pour construire une régulation conjointe (2003, p. 44). La réciprocité de l'engagement est une condition nécessaire de l'échange social.

L'analyse en termes de régulation, et plus précisément des modes de construction de la régulation conjointe, suppose de s'intéresser aux relations et aux interactions entre les acteurs, notamment entre les différents niveaux hiérarchiques, et d'observer comment se négocie et s'instaure - ou ne s'instaure pas - une certaine réciprocité.

1.4.1. La coopération comme processus de régulation autonome

Dans un bref article de mars 1993 sur le sujet, C. DEJOURS propose de définir la coopération[63] comme « *les liens que construisent entre eux des agents en vue de réaliser, volontairement, une œuvre commune.* »[64] Il réserve ce terme aux relations horizontales ou verticales ascendantes, les relations de haut en bas étant essentiellement définies par l'organisation du travail et le management. Ces liens de coopération « *revêtent fondamentalement la forme de ''règles de travail'' construites par les agents d'un collectif pour faire face à ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation prescrite du travail* » (DEJOURS, 1993). La coopération telle que l'entend ici C. DEJOURS, qu'il nomme également « *tricherie par rapport au règlement et aux procédures* » correspond donc à ce que J-D. REYNAUD qualifie de régulation autonome[65].

---

[63] Pour une analyse détaillée de la notion de coopération tout au long de la théorie des organisations, voir J-P. DUMOND 2002 (p. 91-115). J-P. DUMOND met en relief la tension qui parcourt toute l'histoire de la théorie des organisations entre la règle impersonnelle et le lien interpersonnel. Il repère par conséquent « *deux conceptions canoniques de la coopération* », fondées l'une sur la conviction que « *les contributions individuelles à l'effort collectif peuvent être définies et régulées par des outils de gestion* » (p. 113), qu'il qualifie de perspective « *rationaliste* », l'autre soulignant la part de subjectivité des contributeurs à la coopération, qu'il dénomme approche « *interpersonnelle* » puisque « *la coopération s'y construit à partir de la confrontation des regards qui ne peuvent être en totalité connus et anticipés* » (p. 114). Pour notre part, nous nous contenterons ici d'analyser la manière dont le concept est proposé par les principaux auteurs de la perspective microsociologique développée ici, principalement la théorie de la régulation sociale et, plus loin, l'approche par le don développée par N. ALTER et les auteurs du courant maussien.

[64] Voir aussi l'ouvrage de C. DEJOURS de 2009 où celui-ci développe longuement le concept de coopération.

[65] La coordination est donc de l'ordre de la régulation de contrôle, pour reprendre les termes de J-D. REYNAUD, tandis que la coopération relève de la régulation autonome, de la part d'appropriation des règles techniques pour développer une efficacité locale. C'est pourquoi, d'une certaine manière, « *la coopération prend systématiquement le contrepied des principes et procédures définis par le management* » (ALTER, 2009, p. 17).

N. ALTER distingue la coordination qu'il qualifie de « *froide* », parce qu'elle n'est que technique, de la coopération que nourrit la dimension affective et personnelle des échanges. La coopération est de l'ordre du « *chaud* », du vivant, de la part humaine qui produit la compétence collective. « *La dimension affective des échanges représente le support, l'étayage de la coopération professionnelle* » (ALTER 2009, p. 14). C. DEJOURS souligne que la coopération relève de la volonté des personnes, là où la coordination tient aux conditions logiques et cognitives de l'articulation d'activités singulières (2008, p. 230). Si coordination et coopération « *ne se superposent pas* » (ALTER, 2009, p. 14)[66], elles ne vont pas non plus l'une sans l'autre. « *Les procédures techniques de coordination représentent en quelque sorte l'architecture des organisations complexes. (…) Encore faut-il que les opérateurs acceptent de coopérer pour leur donner du sens, en faire usage et finalement les rendre efficaces* » (p. 15). La coopération est donc une question d'engagement, d'implication. Elle est un « *fait de liberté* » (DEJOURS, 2008, p. 230), qui suppose un effort et une prise de risque qui ne peuvent être prescrits ou prétendus et appellent au contraire à être reconnus.

1.4.2. Le don, source de la coopération

Dans son ouvrage publié en 2009, *Donner et prendre. La coopération en entreprise*, N. ALTER (2009) propose une lecture de l'activité de régulation, à travers la théorie sociologique du don, qui permet de faire un pas de plus dans la compréhension de ce qui s'y joue. En intitulant le premier chapitre de son ouvrage « *coopérer, c'est donner* » (p. 9-44), il propose de considérer la coopération comme une forme de don, au sens de la théorie développée par M. MAUSS (1924)[67] et par les auteurs du courant anti-utilitariste.

---

[66] G. de TERSSAC observe que, bien souvent, les règles inventées par l'effort d'autonomie des acteurs remplacent les règles en place, plutôt que de les compléter dans une logique de compromis (2003a). Elles sont institutionnalisées et se substituent aux règles de contrôle sans qu'il y ait eu compromis, régulation conjointe.

[67] Marcel MAUSS (1872-1950), sociologue et anthropologue du début du XXe siècle, publie en 1923 et 1924 dans la revue *l'Année sociologique,* fondée par son oncle E. DURKHEIM, un essai intitulé : « *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés primitives* ». Il y étudie les échanges au sein ou entre des tribus de Mélanésie, de Polynésie et du Nord-Ouest de l'Amérique. M. MAUSS observe que, pour ces populations, « *les échanges et les contrats se font sous la forme de cadeaux, en pratique volontaires, en réalité obligatoirement faits et rendus* ». Il s'applique alors à mettre en lumière « *le caractère volontaire, pour ainsi dire, apparemment libre et gratuit, et cependant contraint et intéressé de ces prestations* » (MAUSS, 1924, p. 7). Son essai est ainsi articulé autour de la question suivante : « *Quelle est la règle de droit et d'intérêt qui, dans les sociétés de type arriéré ou archaïque, fait que le présent reçu est obligatoirement rendu ? Quelle force y a-t-il dans la chose qu'on donne qui fait que le donataire la rend ?* » (p. 7). M. MAUSS dégage, à la suite de B. MALINOWSKI (1989), les trois éléments du cycle caractéristique de ces échanges : ***donner***, qui suppose aussi de dépenser sans compter ; ***recevoir***, qui ne va pas sans une « dramatisation » de l'échange ; ***rendre***, afin de manifester la

N. ALTER invite à lire la coopération comme un système d'échanges sociaux dans lequel on donne sans jamais avoir l'assurance du retour, mais qui permet la poursuite de la relation et la mise en commun de savoirs, d'expériences, de règles, d'alliances. La coopération repose en effet sur des dispositions que ni l'organisation ni le partenaire ne peut s'approprier ou acquérir de lui-même. Elle nécessite toujours que l'autre choisisse d'entrer dans le jeu de l'échange.

Or dans le contexte de mouvement permanent qui est celui des organisations aujourd'hui (ALTER, 2003a), la coopération est indispensable pour faire face à l'imprévu et élaborer des réponses innovantes. Le don est alors susceptible de créer une situation d'endettement mutuel qui peut, non pas contraindre mais permettre d'espérer l'engagement dans la poursuite de la relation[68]. Le don « *scelle* » la relation (ALTER, 2009, p. 9). Le don est en effet lien, il est relation. La transmission de savoirs et de savoir-faire, le plus souvent non-codifiés, instaure une obligation implicite d'honorer le don en participant ensuite à la tâche collective. N. ALTER compare ainsi l'échange social à « *une bourse d'échange de savoirs et d'alliances* » (2006b, p. 149).

Coopérer suppose de sacrifier à son confort, de prendre des risques, de faire un effort supplémentaire. C'est donc un don au partenaire, au collectif. La coopération, du fait qu'elle est un don de soi, et un don de valeur, procure de la fierté, du prestige. C'est d'ailleurs un des premiers bénéfices du don accordé (ALTER, 2009, p. 13).

La coopération suppose également de faire confiance à la fois dans les normes qui encadrent la relation et dans le fait que les personnes vont s'y conformer. Les normes sur lesquelles repose la confiance sont l'interdiction de s'approprier ce qui circule dans le réseau, de le divulguer, et l'obligation de donner à son tour. Ne pas respecter ces règles est une trahison, une rupture du lien de confiance.

gratitude (ALTER, 2009). Le système social ainsi constitué, que M. MAUSS qualifie de « *fait social total* » est fondé sur la « *triple obligation de donner, de recevoir et de rendre* ».

[68] Dans leur ouvrage intitulé *L'esprit du don*, J. GODBOUT et A. CAILLÉ définissent le don comme « *toute prestation de bien ou de service effectuée, sans garantie de retour, en vue de créer, nourrir ou recréer le lien social entre les personnes* » (GODBOUT, 1992, p. 28). Les auteurs font la distinction entre le système de don archaïque observé par M. MAUSS, et le don tel qu'on peut l'observer dans nos sociétés actuelles, qu'ils qualifient de « *don moderne* » (GODBOUT, 1992). S'il s'agit fondamentalement du même phénomène, la manière dont il se déploie aujourd'hui met en évidence d'autres dimensions. Dans ce qui suit, nous tenterons de relever quelques unes des caractéristiques du don maussien moderne, à partir notamment de la riche analyse de J. GODBOUT et A. CAILLÉ (GODBOUT, 1992 ; 2000).

1.4.3. L'activité de régulation, une relation de don

Si l'on considère avec J-D. REYNAUD que « *ce qu'on échange ce sont des règles, les règles qui s'échangent et les règles de l'échange elles-mêmes* » (BRÉCHET, 2008, p. 26), l'activité de régulation peut être lue comme un échange social, symbolique, où l'on risque – et donc on donne - pour inventer des règles, un mode de fonctionnement qui permette de réaliser ensemble le travail. Ce qui importe, ce n'est pas ici les règles en elles-mêmes, qui sont échangées, mais l'usage commun que l'on négocie et la coopération que cela permet de mettre en place. Les ressources de la négociation, ce que l'on peut offrir, céder, mettre en jeu, c'est précisément ce que l'on accepte de risquer, d'investir de soi dans la relation, dans le jeu avec les règles de contrôle pour construire un mode de fonctionnement commun, une régulation autonome efficace voire une régulation conjointe. Toute coopération est un don, une négociation qui ne se dit pas, un « *échange de règles* ».

Les pratiques inhérentes à la coopération, le fait de faire plus que ce qui est demandé dans sa fiche de poste, d'aider un collègue à résoudre un problème ou à faire face à une difficulté, relèvent d'une certaine forme de transgression, de « *déviance ordinaire* » (ALTER, 2010)[69]. Ces comportements sont de l'ordre de la régulation autonome. Donner, coopérer, c'est sortir de son rôle, de sa fiche de poste, bouleverser les règles et l'organisation formelle du travail. « *La coopération émane d'un milieu qui s'arrange avec les règles de gestion pour parvenir à produire la compétence collective* » (ALTER, 2009, p. 42).

Les échanges sociaux sont par conséquent amenés à demeurer clandestins, car « *ils conduisent à transgresser les règles formelles de travail* » (ALTER, 2009, p. 22). Cet « *acte ''déviant'' par rapport à la norme* », qui « *s'apparente à la mise en œuvre de moyens illégitimes* » (p. 40), et le risque qu'il représente pour les acteurs, est au cœur du don. Il en constitue la valeur. Car un don qui ne coûte rien n'est pas un don.

La théorie de la régulation sociale, théorie « *ouverte* » (de TERSSAC, 2003a, p. 16) qui constitue un cadre conceptuel « *englobant et robuste* » (BRÉCHET, 2008, p. 14), a pour intérêt de permettre d'appréhender le travail de manière très fine. Elle va jusqu'à mettre en lumière les micro-règles du jeu qui structurent les comportements des acteurs face aux outils et procédures mis en place par le management et la manière dont se joue leur autonomie dans la tâche. Ce qu'en revanche elle ne permet pas de saisir, c'est pourquoi les

[69] N. ALTER souligne que les règles, qui sont un construit produit par les acteurs, lorsqu'elles sont cristallisées dans des formes qui perdurent, s'autonomisent du processus continuel de régulation (Alter, 2006a). Il s'introduit alors un décalage entre la temporalité des règles institutionnalisées, caractérisée par une forte inertie, et celle des pratiques et des tentatives de transformation issues de la régulation. C'est ce qui explique que l'innovation soit souvent, au départ, un acte de déviance et de rupture face à une règle devenue inadaptée et illégitime.

acteurs s'engagent dans l'activité de régulation, comment se joue cette négociation, cet « *échange de règles* » que constitue la régulation, et ce qui peut les conduire à y renoncer. La TRS reconnaît pourtant l'engagement comme une variable essentielle, puisqu'elle décrit la régulation comme « *l'engagement dans une action collective qui construit ses règles dans une réciprocité* » (REYNAUD, 2003b, p. 322).

Une « *sociologie par le don* », comme la nomme P. CHANIAL (2008a), permet précisément de centrer l'attention sur ce que la théorie de la régulation sociale constate mais laisse finalement inexpliqué[70], à savoir ce qui est engagé dans la négociation des règles, ce qui est donné, reçu, rendu. Elle s'intéresse aussi à ce qui motive l'engagement dans l'activité de régulation, à ce qui s'y joue, s'y produit, s'y consomme.

1.4.4. L'engagement dans la régulation, un don coûteux

L'approche par le don[71] permet de saisir et d'expliquer plus finement ce que précisément la théorie de la régulation met en évidence, à savoir l'engagement des acteurs dans l'activité de régulation, dans un « *travail d'organisation* » se déployant à tous les niveaux afin d'adapter les prescriptions reçues au contexte et aux imprévus de chaque situation.

Bien des chercheurs en sciences sociales se sont intéressés au phénomène de « *l'ingéniosité* », aux savoirs-faires locaux mobilisés par les opérateurs pour adapter la manière de travailler, telle qu'elle a été prescrite, aux conditions réelles du travail. C'est la part irréductible d'initiative, de créativité, propre à tout travailleur, car l'on sait fort bien que le strict respect des procédures conduirait immanquablement à l'inefficacité, comme l'illustre l'exemple de la grève du zèle. Cette adaptation, en partie individuelle mais aussi largement construction collective, représente une somme considérable de travail invisible et nécessite un investissement énorme et la consommation de temps et de ressources importantes. Le travail est donc très largement don. C'est à la fois un don de compétence,

[70] En ce sens, ne peut-on pas considérer la théorie du don comme un des modes d'opérationnalisation de la théorie de la régulation sociale ? La TRS nécessite en effet souvent d'être opérationnalisée pour devenir une théorie actionnable, au sens d'A. HATCHUEL (2005). N. ALTER, qui fonde son analyse sur la théorie du don, s'inscrit explicitement dans la TRS (2009, p.17).

[71] On peut aussi utiliser une telle perspective, par exemple avec L. PIHEL (2006a, 2010a, 2010b), pour analyser la relation d'emploi, son équilibre dans le temps et ses ruptures. Dans l'équation de la santé au travail, il convient sans doute de prendre en compte l'équité de la relation d'emploi et son histoire, l'équilibre de l'échange entre les acteurs et l'organisation. Personne n'est plus en mesure dans les organisations de garantir que le retour que l'on peut espérer demain sera bien conforme à ce que l'on prévoit aujourd'hui. Invités à être autonome, les salariés savent qu'ils doivent aujourd'hui se soucier eux-mêmes de leur employabilité et de la gestion de leurs compétences, car l'entreprise ne peut plus leur offrir un cadre sûr et stable à long terme. Nous mobiliserons ici le don pour porter un regard à un niveau plus « *micro* » encore sur les interactions telles qu'elles sont vécues par les acteurs au quotidien dans le travail.

de créativité ; un don d'engagement, d'investissement dans le travail et dans la coopération ; c'est enfin une prise de risque et donc un coût pris en charge par le donateur.

N. ALTER met en évidence le phénomène de la densification des tâches dû à la « *gestion du désordre* » (2009, p. 96) qu'alimente le mouvement permanent dans les organisations. Les procédures ne suffisent plus, il est fait appel constamment à l'initiative, amenant chacun à gérer seul une multitude de micro-tâches invisibles dont la somme représente un travail considérable et cependant jamais reconnu. Ces multiples ajustements incessants représentent désormais un telle proportion de la charge de travail que les opérateurs ont de plus en plus l'impression de n'avoir plus le temps de bien faire leur travail, et encore moins de s'investir dans la vie collective et les échanges sociaux. Précisément parce qu'il est invisible, ce travail perpétuel de régulation représente un don significatif fait à l'organisation, à la collectivité. C'est aussi la position de J-P. DUMOND[72] (2010) qui suggère que le rapport au réel du travail, en tant qu'il est reconfiguration des prescriptions, constitue un don.

M. THÉVENET (2007) identifie comme indicateurs de l'implication le fait d'en « *faire plus* », le débordement du travail dans la sphère privée et le fait de s'évertuer à trouver des moyens de perfectionner son travail, quitte à outrepasser les règles de sa fonction. L. PIHEL confirme quant à elle que « *travailler, c'est donner* » (2011, p. 42) : « *Qu'on l'analyse comme le fait d'en ''faire plus'' ou encore de ne pas parvenir à se détacher de son travail, montre que s'engager n'est rien d'autre que donner* » (2010b, p. 60).

La créativité, la prise de liberté par rapport à l'organisation prescrite du travail représente pour le sujet un risque, un don. Elle est aussi le signe de l'exercice d'une forme spécifique d'intelligence, une « *contribution* » du sujet à l'organisation du travail, supposant par conséquent une reconnaissance en guise de rétribution symbolique.

1.4.5. Le travail en clé de don

Les auteurs de la psychodynamique du travail définissent généralement le travail, selon une expression empruntée à P. DAVEZIES, comme l'activité concrète déployée par les acteurs pour faire face à tout ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation. C. DEJOURS formule plus précisément la définition suivante :

> « *[Le travail se définit] comme ce que le sujet doit ajouter aux prescriptions pour pouvoir atteindre les objectifs qui lui sont assignés ; ou encore ce qu'il doit ajouter de soi-même*

[72] J-P. DUMOND réalise par ailleurs dans sa thèse (2002, p. 116-151) une analyse très riche de la manière dont la notion de don est appréhendée à travers la théorie des organisations et de l'utilisation qui en est faite dans les différents domaines de la gestion, notamment en GRH.

> *pour faire face à ce qui ne fonctionne pas lorsqu'il s'en tient scrupuleusement à l'exécution des prescriptions. » (DEJOURS, 2009, p. 21)*

Il s'agit donc clairement d'un plus, d'un « *ajout* », de quelque chose « *de soi-même* » qui vient en plus de ce qui est déterminé et rendu obligatoire par les règles du travail.[73] Cette activité, que les ergonomes distinguent de la tâche prescrite et nomment « *travail réel* », correspond à l'ingéniosité mise en œuvre par les acteurs lorsqu'ils se heurtent à des événements imprévus, afin de « *sortir malgré tout la production* » (DE TERSSAC, 1992). Il s'agit aussi de l'engagement dans la coopération, que l'on peut encore décrire comme une « *activité de régulation* » (REYNAUD, 1988 ; 1997) ou un « *travail d'organisation* » (DE TERSSAC et LALANDE, 2002). Adopter une telle perspective invite à considérer la dimension de don que revêt l'activité de travail. N. ALTER affirme en effet :

> *« Ni obligatoires ni codifiés, ingéniosité et travail de régulation représentent bien un cadeau, un don que les opérateurs destinent au bon fonctionnement de leur métier ou de leur mission mais, également, au bon fonctionnement de l'entreprise. » (ALTER, 2009, p. 141)*

Dans une première approche, nous avons donc posé que le travail, en tant qu'il est déploiement d'une créativité pour faire face à la résistance du réel et à l'incomplétude des règles mais aussi coopération, donc engagement dans une activité collective de régulation, comporte par conséquent une dimension de don. Cette part de don, ce « *quelque chose de plus* » qui est mis en jeu au-delà de ce que prévoit le contrat, est un aspect irréductible du travail, sans lequel celui-ci ne pourrait produire les résultats attendus. Or cette part là est, précisément parce qu'elle est don, toujours librement consentie et appelle en retour la construction d'une relation de don.

Que signifie cependant une lecture de l'organisation, de l'activité de régulation, à travers le prisme du don ? Celui-ci n'est-il pas par principe antinomique à la logique économique ? L'organisation ne connaît que l'échange économique, les contrats, les procédures. Ses principes sont la standardisation et la rationalisation. Elle ne sait que faire du don, dont pourtant elle a si grand besoin. Incapable de le reconnaître, de rentrer dans l'échange qui suppose de recevoir et de rendre, elle refuse ou elle prend comme un dû. C'est là le cœur de la thèse de l'ouvrage de N. ALTER (2009). Comment alors penser le don qui semble malgré tout ne cesser de se glisser dans toute interaction humaine ?

[73] Précisons cependant que mobiliser cette définition ne signifie pas pour autant considérer que la part d'application stricte des règles, si tant est qu'elle puisse exister distinctement de l'appropriation qui en est faite, ne doive pas être considérée comme travail. Il s'agit de mettre en évidence une autre dimension, très bien mise en évidence par la sociologie et l'ergonomie, mais parfois non prise en compte dans certaines approches gestionnaires ou économiques. C'est cette part là à laquelle nous allons nous intéresser prioritairement ici.

2. QUAND LA DYNAMIQUE DU DON APPARAIT DANS L'ORGANISATION

Si le don paraît à première vue si étranger aux organisations, c'est bien parce qu'il est tellement paradoxal qu'on ne sait jamais comment le définir, qu'on hésite toujours à le qualifier, qu'il échappe dès qu'on croit l'avoir saisi. On le voudrait gratuit et désintéressé et on le constate obligé. Pourtant, dès qu'il devient instrumental - c'est là le paradoxe soulevé par D. CARNEGGIE[74] - il perd de son efficacité. Depuis le célèbre *Essai sur le don* de M. MAUSS (1924), les controverses n'ont cessé sur sa nature et même sur son existence.

Dans un premier temps, nous allons donc situer le don tel que nous le concevrons ici par rapport à ces questionnements et, pour ce qui nous concerne plus précisément, par rapport au contrat qui règle le travail. Afin de poser ensuite un pas de plus vers une définition du don, nous mobiliserons la notion de « *réciprocité inconditionnelle* » avancée par L. BRUNI (2010) afin de construire une vision originale en mesure de réconcilier deux dimensions du don qui apparaissent en général exclusives : la gratuité et la réciprocité. Cette approche relationnelle des dynamiques de don permettra de porter un autre regard sur la question incontournable du calcul, central dans la vie des organisations et auquel le don semble « *allergique* » (GODBOUT, 1992) : le don compte-t-il ? Nous verrons enfin combien le don, parce qu'il réintroduit en permanence de l'humain et de la liberté, bouscule de bien des manières les organisations et leur lance de nombreux défis. C'est là tout l'intérêt d'une approche par le don.

2.1. Du contrat au don, une unique dynamique

Il y a don et don, serait-on tenté de dire. Entre le don maussien, dont on retient surtout le caractère obligé, et le pur don gratuit, que défendent les uns et récusent les autres[75], comment considérer le don et quelle place lui donner par rapport aux types d'échanges familiers dans les sciences économiques et sociales ?

---

[74] L'ouvrage de D. CARNEGGIE publié en 1936, devenu rapidement un best-seller, s'intitulait : *Comment se faire des amis et réussir dans la vie*. L'auteur y invite à s'intéresser aux autres avec sincérité, de façon non-utilitaire, pour devenir riche. Il est resté l'emblème de l'utilisation instrumentale des rapports sociaux dans une logique utilitariste.

[75] Nous ne ferons pas ici une revue de littérature sur l'ensemble des auteurs ayant traité du don. Nous nous contenterons de mobiliser ceux qui seront utiles à notre réflexion. Nous pouvons citer cependant à titre d'exemple l'introduction de M. DOUGLAS à la traduction anglaise de l'essai de M. MAUSS, titrant (en français) : « *Il n'y a pas de don gratuit* » (DOUGLAS, 2004). On retrouve cette même idée dans les travaux de J. DERRIDA, pour qui le seul vrai don qui soit est le don du temps, puisqu'il ne peut être rendu. Inversement, L. BOLTANSKI dans sa réflexion sur « *l'agapè* » (1990) ou S. FREMEAUX et G. MICHELSON (2011) avec l'idée de « *don existentiel* » (voir aussi DUMOND, 2007), envisagent un don totalement gratuit, qu'ils opposent au don maussien supposant la réciprocité. Nous reviendrons par la suite sur cette question.

2.1.1. La logique du don par rapport à l'échange marchand

Un certain nombre de débats, traversant les travaux des auteurs qui mobilisent les approches par le don, visent notamment à situer ces dernières par rapport à l'échange marchand. Les auteurs du mouvement anti-utilitariste en sciences sociales (M.A.U.S.S.) ont ainsi développé la réflexion sur le « *paradigme du don* » (CAILLÉ, 2000) et ses spécificités, en réponse à certains auteurs, tels que C. LEVI-STRAUSS, P. BOURDIEU ou J. DERRIDA[76] qui ont contesté le caractère spécifique du don mis en évidence par M. MAUSS, le réduisant à un simple système d'échange économique différé dans le temps.[77]

Ainsi, lorsque L. CORDONNIER analyse la coopération à la lumière du don/contre-don, c'est pour en faire une lecture conforme au paradigme utilitariste, alors même qu'il reproche à G. AKERLOF (1982) de présenter « *une version de la réciprocité qui est aisément assimilable à un calcul utilitariste* » (CORDONNIER, 1997, p. 129). L. CORDONNIER soutient ainsi que l'intérêt n'est pas le seul principe de l'échange et que la coopération ne peut s'expliquer que si l'on considère les comportements de type « *coopère pour que l'autre coopère* », acceptant dans un premier temps le risque de la perte afin d'éviter la défection, défavorable à tous les partenaires dans une logique de recherche de l'utilité maximale. L'intérêt, selon L. CORDONNIER, reste cependant fondamentalement fin de l'échange.

La plupart des auteurs, depuis M. MAUSS lui-même, refusent une anthropologie réduisant l'homme à des comportements purement utilitaristes et individualistes. A. CAILLÉ propose de considérer « *l'anthropologie du don* » comme un « *tiers paradigme* » (2000), marquant ses distances aussi bien vis-à-vis de l'individualisme méthodologique que des approches holistes. J. GODBOUT oppose quant à lui « *homo œconomicus* » et « *homo donator* » (2000).[78]

---

[76] Voir à ce sujet J. GODBOUT (1992), A. CAILLÉ (2000) et P. CHANIAL (2008a) ou encore J-P. DUMOND (2002, p. 49) ou L. BOLTANSKI (1990, chap.3.3).

[77] De fait, la théorie du don sera souvent mentionnée dans les articles publiés dans les revues anglo-saxonnes sous le nom de « *gift exchange theory* » (BALKIN et RICHEBÉ, 2007 ; BERTHOIN ANTAL et RICHEBÉ, 2009 ; FRÉMEAUX et MICHELSON, 2011). Plus souvent, les travaux mobilisant ce champ théorique y feront référence sous le terme de théorie du don/contre-don (PIHEL, 2006a ; MASCLEF, 2004), à moins qu'ils ne se réclament de l'appellation « *anti-utilitariste* » (DUMOND, 2002). Nous préférerons, à l'instar d'A. CAILLÉ (2000) et J. GODBOUT (1992), parler simplement de « don » au sens le plus large du terme, saisissant non pas seulement l'un des mouvements de l'échange de la trilogie « *donner, recevoir, rendre* » mais l'ensemble du phénomène dans sa totalité et l'esprit qu'il révèle (GODBOUT, 1992). C'est aussi pourquoi souvent nous y ajouterons le terme de « *dynamique* » ou de « *relation* » de don.

[78] Il ne faut pas cependant penser que la théorie maussienne opposerait un « *homo oeconomicus* » égoïste à un « *homo donator* » (GODBOUT, 2000) purement altruiste. Intérêt et « *désintéressement* », tout comme « *obligation* » et « *liberté* », y sont intimement liés dans une double tension irréductible (CAILLÉ, 2000) que P. CHANIAL décrit quant à lui comme une grammaire mêlant étroitement « *générosité, réciprocité, pouvoir et violence* » (2008b).

Devrait-on alors se résigner à considérer les relations humaines soit comme des échanges économiques soit comme une relation de don, comme si ces deux caractéristiques étaient mutuellement exclusives ? C'est ce que laisse penser par exemple L. BOLTANSKI, lorsqu'il observe les différents régimes d'action et le basculement de l'un à l'autre, où l'état d'*agapè* serait par nature exclusif du calcul et de l'équivalence, propres au régime de la justice (1990). C'est aussi ce que semble induire la comparaison entre les caractéristiques de l'échange marchand et celles de l'échange social, proposée par D. BALKIN et N. RICHEBÉ (2007, p. 56) ou par N. ALTER (2006b, p. 145). « *Le don ne relève pas du modèle marchand* », affirme en effet J. GODBOUT (2000, p. 134).

Faudrait-il alors, pour comprendre les échanges, endosser tantôt les « *lunettes de l'échange-don* » (BERTHOIN ANTAL et RICHEBÉ, 2009, p. 79), tantôt celles de l'échange économique, selon la nature de la relation observée ? A. BERTHOIN ANTAL et N. RICHEBÉ suggèrent plutôt, à la suite de P. BLAU, que toute relation de don comporte par définition une dimension utilitaire et que ce qui distingue le don de la relation marchande n'est donc pas l'absence d'intérêt mais la focalisation sur la relation elle-même plutôt que sur ce que l'on retire de l'échange (BERTHOIN ANTAL et RICHEBÉ, 2009, p. 88). L'échange-don est par conséquent, pour les auteurs, enchâssé dans la transaction et inversement (p. 86) ; le cadre formalisé du contrat constituant la base pour le don, qui se situe « *au-delà et au-dessus* » (p. 80).

P. FUSTIER (2000) propose quant à lui d'analyser l'interaction d'après la lecture de la relation qui en est faite par les acteurs. Dans le cadre d'une relation salariale impliquant une dimension de don, les actes posés pourront ainsi être interprétés soit comme l'expression d'un don, soit comme la réalisation de la tâche telle qu'elle est prévue par le contrat, selon la manière dont le bénéficiaire se représente les intentions de celui qui agit.

Toute relation, qu'elle s'inscrive dans le cadre d'une relation salariale, d'une prestation de service ou d'un échange entre deux partenaires, peut donc être analysée sous de multiples angles[79], dans sa dimension d'échange économique où l'on s'intéressera au bien qui circule, comme dans sa dimension de don, où « *le lien importe plus que le bien* » (CAILLÉ, 2000, p. 124).

[79] Ainsi, N. ALTER (2006b ; 2008 ; 2010) résume les principales caractéristiques de l'échange appliquées à la relation d'emploi : le retour de l'échange est différé, sans délai précis ; la valeur des services ne définit pas la nature de la relation ; cela n'empêche aucunement la manifestation de l'intérêt, qui relève aussi de l'ordre du symbolique, du rang social ; entre les salariés et l'employeur, la relation procède plus du registre de l'endettement mutuel que de celui du principe d'équivalence ; ce système d'échange est collectif. Or N. ALTER note que précisément, à travers ce qu'il nomme « *la modernisation des entreprises* », le retour tend de plus en plus à devenir immédiat, la valeur des services à définir la nature de la relation, l'intérêt à se situer sur le plan économique, le principe de l'équivalence à l'emporter et le système d'échange à devenir individuel (2008). Le changement des règles du jeu est alors perçu comme une trahison de la part de l'organisation, une rupture de la chaîne du don.

Nous proposons ainsi de considérer que tout échange contient à la fois une dimension d'échange marchand, utilitariste, et à la fois une dimension de don et que ces différentes dimensions sont indissociables et s'alimentent réciproquement plutôt qu'elles ne s'excluent. Certains échanges toutefois seront plus dominés par une logique utilitariste, d'autres par une logique de don. C'est pourquoi on sera tenté de les analyser plutôt selon une perspective ou une autre, sans pour autant que l'on ne puisse les réduire à l'un ou l'autre. Les règles du contrat peuvent ainsi être support à une relation de don, qui par la confiance qu'elle permet de tisser, rend à son tour possible l'échange marchand.

Si maintenant nous transposons ces remarques sur le plan du travail, comment pouvons-nous situer la dimension de don au regard du contrat de travail qui règle l'activité professionnelle et précise ce qui est dû par le salarié à l'organisation et inversement ?

2.1.2. Sans la part de don, le contrat de travail perd son sens

Comme on l'a vu plus haut, le travail peut être lu comme une relation salariale, exprimée par le contrat de travail et la fiche de poste ou de mission, mais il peut aussi être observé dans sa dimension de don, pour mettre en lumière ce qui s'y joue de plus et que l'on ne peut réduire au contrat. On peut même considérer qu'au-delà même de la nécessité du don pour construire la coopération nécessaire au travail, il ne peut y avoir de contrat de travail valable sans reconnaissance du don, comme nous allons tenter de le montrer ici.

Rappelons qu'au sens de la théorie du don, ce qui est donné ne peut être considéré comme un dû ou simplement pris sans reconnaitre le geste. Ce serait trahir l'intention de celui qui, avec le geste, s'engage et se donne lui-même pour établir un lien. Ne pas reconnaître le don revient à s'approprier un bien de manière indue et bafouer à la fois le donateur et la relation qu'il propose. Or c'est précisément l'attitude que, à l'instar de N. ALTER (2009), nous constatons bien souvent dans les organisations lorsque le management se trouve démuni devant une forme d'interaction qu'il ne sait comment accueillir.

> *« (…) au lieu de recevoir ce cadeau, [les entreprises] préfèrent le prendre ou acheter la valeur qu'il représente (…). Elles interdisent finalement de donner, au profit d'échanges équilibrés et prévisibles. » (ALTER, 2009, p. 7)*

M. MAUSS avait en effet souligné les trois éléments inséparables et indispensables à la dynamique du don : « *la triple obligation de donner, de recevoir et de rendre* » (1924). Face à un geste de don, le donataire doit donc accepter de recevoir et de rendre, autrement dit de reconnaître le don. « *Refuser de prendre équivaut à déclarer la guerre ; c'est refuser l'alliance et la communion* », observe M. MAUSS (1924, p.18-19). L'absence de reconnaissance

face à ce qui est considéré par son auteur comme un geste de don équivaut donc à refuser une collaboration, à ne pas accepter de s'engager ensemble pour un but commun.

Lorsque l'interaction s'inscrit dans une relation salariale, le refus de la part de l'employeur de reconnaître le don du salarié apparaît alors comme une remise en cause du contrat dans lequel se déroule l'échange, la négation même par l'employeur de ce pour quoi le salarié a été engagé. Ainsi, omettre de reconnaître la part de don inhérente au travail ne signifie pas seulement fermer les yeux sur des pratiques « *en plus* », hors contrat, qui n'ont initialement pas été requises ; c'est remettre en cause l'essence même du contrat. La situation peut en quelque sorte être interprétée comme un refus de l'employeur de travailler avec son salarié, tout en lui demandant par ailleurs un lien de subordination.

L'absence de reconnaissance du don n'entre donc pas seulement en contradiction avec les discours du management invitant à la mobilisation et à l'implication et avec tous les dispositifs de gestion des ressources humaines supposés soutenir et récompenser ce type de comportements. Dans une lecture maussienne, c'est d'une certaine manière exprimer au salarié que rien ne le lie à l'organisation, que rien ne sera possible avec lui, que sa contribution n'est pas attendue ni bienvenue. Il est par là-même réduit à un simple instrument utilisé pour les tâches convenues dans le contrat, mais sans que sa personne soit convoquée, sans que sa créativité soit souhaitée ni son implication voulue. On exige de lui un lien de subordination, on lui refuse un lien de coopération.

L'absence de reconnaissance de la dimension de don dans le travail est donc lourde de conséquences dans la relation salariale et remet en cause jusqu'au contrat lui-même qui, dans son esprit, se trouve nié[80]. Le don est bien une part essentielle du travail, il est ce qui lui donne sens, dans toutes les significations du terme (ALTER, 2011, p. 55-56).

2.1.3. Une dynamique bousculée par le tournant gestionnaire

Si le don appelle une reconnaissance et un retour, est-il alors nécessairement obligé, intéressé, ainsi que le suggèrent nombre d'analyses à la suite de M. MAUSS ? Nous reviendrons aussitôt après sur cette question, essentielle, de la réciprocité et de la gratuité du don. Contentons-nous pour l'instant de poser que, de la même manière qu'un

[80] C'est également ce que défend L. PIHEL, pour qui la notion de contrat n'épuise pas la relation de travail. Dénonçant « *l'utopie d'une stricte séparabilité entre l'individu et ce qu'il donne au quotidien* » (2011, p. 42), elle invite à une lecture de la relation salariale comme une chaîne de don/contre-don (PIHEL, 2010a). Étudiant les relations d'emploi chez France Télécom (2006a, 2006b), elle propose de considérer la relation d'emploi durable comme un phénomène social total, où les restructurations sont vécues comme des moments de rupture où l'on fait les comptes de la relation qui peuvent conduire au désengagement (PIHEL, 2009). Nous reviendrons par la suite sur ce point.

échange contient toujours à la fois une dimension de don et une dimension d'échange marchand, quelque soit la part de l'un ou de l'autre, de la même manière le don lui-même peut être à la fois pour une part obligé et cependant conserver une dimension de gratuité et d'inconditionnalité. Nous considérons par conséquent que vouloir définir un don soit comme « *maussien* » soit comme « *don pur* », gratuit ou « *existentiel* » (DUMOND, 2007 ; FRÉMEAUX et MICHELSON, 2011) est un classement nécessairement artificiel qui n'a d'autre but que d'analyser les formes variables et indissociablement mêlées d'un même phénomène, selon la perspective d'où l'on se place. C'est le paradoxe propre au don que d'être toujours libre et gratuit et à la fois d'appeler à un retour, à une réciprocité, à une démultiplication du don et de la gratuité. C'est la logique même de « *l'esprit du don* » qui parcourt tout l'ouvrage de J. GODBOUT (1992).

Dans la plupart des cas, ainsi que l'a démontré O. MASCLEF (2004), ce n'est qu'*a posteriori* que l'on pourra éventuellement qualifier le don d'intéressé ou d'obligé au sens de M. MAUSS. Mais lorsque le geste initial est posé, comme un « *don d'ouverture* » ouvrant une possible relation nouvelle (MASCLEF, 2004), rien ne dit alors qu'il sera accepté, qu'il suscitera une réponse et une relation. Ce n'est qu'ensuite que se manifestera ou non la réciprocité de l'échange et que, si la relation de don est alors jugée trahie, s'exprimera une plainte et l'attente explicite d'un retour qui semblera alors dû.

Sur la base d'une telle conception, il sera dès lors intéressant de chercher à comprendre pourquoi, dans telle ou telle circonstance, l'échange revêt tantôt la forme du don, tantôt celle d'un échange réglé par des normes ou un contrat et à quoi doit-on que l'absence de retour laisse parfois indifférent, tandis qu'elle se révèle d'autres fois profondément blessante. Si dans la vie quotidienne nous identifions le plus souvent intuitivement sur quelles modalités est fondé l'échange et la manière dont il convient d'y répondre, il ne semble pas toujours en être aussi évident dans le cadre des relations organisationnelles.

Admettre la présence d'une dimension de don dans tout échange, et *a fortiori* dans le travail, invite à formuler une hypothèse : le malaise au travail ne refléterait-il pas une tendance de la gestion à phagocyter progressivement les dynamiques de don pour les réduire à des pratiques contractuelles plus rationalisables ?

C'est ce que laisse penser l'analyse de L. BRUNI qui observe que nos sociétés contemporaines, pour éviter le risque de la « *blessure* »[81] que peut provoquer toute

[81] Dans son ouvrage intitulé *La blessure de l'autre* (*La ferita dell'atltro*, en italien), l'économiste italien L. BRUNI (2008), à partir de l'image biblique du combat de Jacob avec l'ange, rappelle combien fondamentalement toute relation interpersonnelle est potentiellement à la fois bénédiction et blessure. Elle est ce qui permet la « *floraison humaine* » (« *Human flourishing* » ou « *eudaimonia* », bonheur en grec, au sens aristotélicien du terme), mais comporte toujours le

rencontre avec autrui, ont ainsi progressivement étendu à l'ensemble des relations humaines les modalités du marché ou de la hiérarchie permettant de s'en protéger ; « *l'immunitas* » a pris la place de la « *communitas* » (2008, p. 57-89). Des échanges immunisés ont ainsi remplacé chaque fois que possible l'incertitude et la vulnérabilité des relations humaines en face à face sans autre médiation.[82]

Ce phénomène d'étouffement du don par la logique marchande est certainement un des effets du tournant gestionnaire que l'on observe dans les établissements de santé comme dans bien d'autres organisations. Le contrat prend la place du don, les outils de gestion et la technologie se substituent aux relations humaines, l'immunité remplace la communauté. C'est ce que nous tenterons d'analyser dans cette thèse.

2.2. La finalité relationnelle du don

Mais il nous reste tout d'abord à clarifier un point central dans les débats sur le don. Nous avons posé qu'entre le don « *pur* », gratuit, et le don totalement obligé et intéressé, si tant est que l'un et l'autre puissent être pensés en eux-mêmes, il existe toute une gamme de situations dans lesquelles le don et l'échange marchand se mêlent et s'alimentent réciproquement. Comment peut-on cependant conjuguer gratuité et réciprocité ? Une bonne part des auteurs mobilisant le don écarte systématiquement la notion de réciprocité, comme si l'existence d'un retour ne pouvait se concevoir dans un geste qui se veut initialement inconditionnel.

Cette question n'est pas un simple débat théorique. Si, avec N. ALTER, nous retenons que le malaise au travail tient à l'incapacité des organisations à reconnaître le don de leurs salariés (2009, p.8), une telle hypothèse signifie que l'on considère que le don n'a de sens que s'il est reçu, reconnu. Un don non reçu, qu'il soit refusé ou qu'il n'ait pas été vu, est

---

risque de la blessure. Or la science économique s'est construite comme une tentative d'échapper à la blessure de l'interaction, grâce à la médiation du contrat ou, dans les organisations, par la hiérarchie, tentant de transformer la communauté (« *communitas* ») en immunité (« *immunitas* »). « *Le contrat est avant tout ce qui n'est pas don, absence de munus* » affirme R. ESPOSITO (in BRUNI, 2008, p. 35). Il représente le tiers médiateur, la zone franche, libre du don et de ses obligations, impersonnelle et anonyme, permettant d'éviter le risque de la rencontre face à face. De la même manière, la relation hiérarchique permet de prévoir, de contrôler, de réduire les risques de « *blessures* » potentielles. Cependant, constate L. BRUNI, cette « *économie sans gratuité* » a conduit a une vie immune, aseptisée, à une vie sans bonheur. C'est à cette « *carence de gratuité* » qu'il attribue entre autres le mal-être dominant de nos économies (p. 91). Il est, selon l'auteur, nécessaire d'accepter le « *corps-à-corps* », la rencontre sans protection avec l'autre, avec le risque que cela représente (p. 198).

[82] On retrouve un peu la même idée, quoique moins développée, chez C. DEJOURS lorsque celui-ci décrit la coopération « *machinique* », réduite à la simple recherche de compatibilités, qui détruit la convivialité et déshumanise le monde du travail (2009, p. 87-90), par opposition à la coopération « *vivante* », productrice de liens de « *civilité* » (p. 95).

une offense[83]. C'est le principe de la triple obligation qu'a proposé M. MAUSS dans son *Essai sur le don* (1924) : l'obligation de donner, de recevoir et de rendre. La reconnaissance est donc essentielle à la relation de don. « *La gratitude, parce qu'elle associe deux êtres et non deux biens, ne disparaît pas avec le retour, avec le contre-don. Au contraire, elle nourrit ces échanges* » (ALTER, 2009, p. 37).[84] Elle est l'expression de la réciprocité. Elle est la part de retour immédiat, en même temps que ce qui va perdurer jusqu'au retour différé. Or précisément, l'idée même de réciprocité du don semble faire problème et doit être précisée.

2.2.1. La réciprocité au principe de la relation de don ?

A. GOULDNER posait en 1975 « *la norme de la réciprocité* » comme un principe aussi universel que l'interdit de l'inceste (1975a). Le terme même de réciprocité n'est pourtant pas sans poser problème du fait de son acception assimilée pour nombre d'auteurs à l'équivalence, incompatible avec la logique d'un don gratuit. Dans cette perspective, le don ne saurait se concevoir sans l'obligation de rendre, tôt ou tard, un contre-don. Le don serait alors un échange déguisé et différé dans le temps, conduisant immanquablement à l'équivalence. Ainsi, à la suite d'A. GOULDNER qui distingue bien la « *norme de réciprocité* » (1975a) de la « *norme de bienfaisance* » correspondant au fait de « *donner quelque chose contre rien* » (1975b, 2008), J. GODBOUT associe clairement réciprocité et équivalence. « *L'équivalence, c'est la mort du don* », exprime-t-il avec force (1992, p. 192).

> *« Il faut rejeter la réciprocité comme norme principale des systèmes de don. (…) Ces systèmes ne sont pas fondés sur la réciprocité même s'il y a retour, souvent plus important que le don initial d'ailleurs. (…) La réciprocité existe bien sûr, et dans les faits il y a retour. Mais le don, fondamentalement, n'est pas un modèle d'équivalence, pas même à long terme. » (GODBOUT, 2000, p. 148)*

Pour se démarquer de cette réduction du don à un simple échange équivalent, qui revient à le rapprocher d'une relation marchande, les défenseurs du don soulignent plutôt sa dimension de gratuité, d'inconditionnalité (CAILLÉ, 2000) et tendent à écarter la notion ambigüe de réciprocité. Clarifions ce que nous entendons alors en optant pour ce terme.

---

[83] « *Refuser de prendre équivaut à déclarer la guerre ; c'est refuser l'alliance et la communion* », observe M. MAUSS (1924, p.18-19).

[84] « *La gratitude fonde la réciprocité durable des échanges* », affirme N. ALTER (2009, p. 20), elle en constitue « *la régulation centrale* » (p. 37), ce qui relie au donateur, le sentiment d'être obligé qui engage à donner à son tour. On pourrait dire, pour reprendre les termes de M. MAUSS, que c'est la reconnaissance qu'on porte en soi le « *hau* » du donateur, « *l'esprit de la chose donnée* » qui devra désormais nécessairement être rendu d'une manière ou d'une autre (MAUSS, 1924, p. 14).

A. CAILLÉ qualifie le don maussien d'« *inconditionnalité conditionnelle* », par opposition à la « *conditionnalité inconditionnelle* » caractéristique de la logique de l'intérêt (2000, p. 111-114). Nous ne sommes pas non plus ici dans l'inconditionnalité inconditionnelle, qui correspondrait à l'*agapè* décrite par L. BOLTANSKI (1990), considérée comme la figure par excellence du don gratuit sans retour.[85]

Sur la base de la même distinction classique des grecs et des latins entre *éros*, *philia* et *agapè* et à l'aide de la théorie des jeux, l'économiste italien L. BRUNI (2010) propose quant à lui une « *théorie de la réciprocité, plurielle et pluraliste* ». Il y aurait ainsi une première forme de réciprocité, propre au contrat, qu'il nomme « *sans bienveillance* » et associe à l'*éros*, où aucun sacrifice de l'intérêt personnel n'est exigé. C'est une forme de réciprocité purement conditionnelle qui ne comprend aucune gratuité. Elle n'exclut pas pour autant la coopération, du moment que l'équivalence est respectée. Une seconde forme de réciprocité, que l'auteur situe dans le paradigme de l'amitié, la *philia*, introduit la notion de sacrifice et donc de risque. Elle est caractérisée par l'équivalence, l'égalité, la liberté, l'électivité et l'inconditionnalité conditionnelle. Elle conduit ainsi à faire le premier pas, mais dans la mesure où l'autre répond. Les dispositions, les intentions et l'identité y jouent un rôle central. L. BRUNI propose enfin une troisième forme, celle de la « *réciprocité inconditionnelle* », où le choix de la coopération est maintenu indépendamment des résultats de l'action et du retour. Cette forme de réciprocité que l'on peut appeler généralisée car elle ne restreint pas son champ à quelques uns mais est potentiellement universelle, et qui correspond pour l'auteur à l'*agapè*, est fondée sur la notion de récompense intrinsèque, la satisfaction liée à l'action elle-même. [86]

L. BRUNI souligne cependant que dans une logique de « *réciprocité inconditionnelle* », si la réponse des autres ne conditionne pas le choix de l'action, elle conditionne en revanche le résultat, à savoir le fait que le don soit reçu et que s'établisse le lien, la réciprocité. Par conséquent, le retour effectif n'est pas sans incidence sur la récompense intrinsèque qui motive la réciprocité inconditionnelle.[87] « *La logique de la rationalité inconditionnelle*

[85] Notons que pour ce dernier, du fait que l'*agapè* se situe dans l'ordre de l'« *incommensurable* », par définition en dehors même du concept d'équivalence propre au régime de la justice, elle ne repose pas sur un schéma interactionniste. L'obligation de rendre serait en effet « *inconcevable hors d'un espace de calcul permettant de faire l'équivalence du contre-don au don – serait-elle rendue plus approximative par la longueur des délais de restitution* » (BOLTANSKI, 1990, p. 220).

[86] N. ALTER souligne également combien souvent, plus encore que le don à un partenaire dans une relation interpersonnelle directe, on donne à un tiers qui peut être le travail, le métier, le projet, l'organisation (ALTER, 2009, p. 111). On donne « *pour* » être ensemble, « *pour ne pas interrompre le flux des échanges* », dans une logique de réciprocité généralisée. Ce don « *à un tiers* » procure le « *sentiment d'exister* » (p. 117). On consomme à cet effet du temps et des ressources.

[87] Comme l'explique J. GODBOUT (1992), le premier retour du don réside d'abord dans le geste de don lui-même, dans le plaisir éprouvé et dans la transformation qui en résulte pour le donateur. Mais cela suppose que le donateur ait la conviction que le don a bien été reçu comme tel.

inspire une ligne de conduite indépendante des choix d'autrui, mais la félicité qui couronne cette conduite (…) dépend en partie de la réciprocité » (BRUNI, 2010, p. 239). A la différence de L. BOLTANSKI pour qui l'*agapè* exclut l'idée de réciprocité, L. BRUNI défend donc l'idée que l'*agapè* peut tout à la fois renoncer à la conditionnalité et rester une forme de réciprocité. Les comportements de « *réciprocité inconditionnelle* » sont même précisément ceux susceptibles d'engendrer des dynamiques de réciprocité, car ils s'inscrivent dans une logique profondément relationnelle.

J. GODBOUT observe d'ailleurs que dans bien des cas, même le don aux étrangers, plus anonyme que celui réalisé dans la sphère primaire puisque visant à une réciprocité généralisée et non pas à la construction d'un lien direct avec le destinataire, est en réalité marqué par la dimension relationnelle. Don unilatéral, « *inconditionnel par excellence* » en tant qu'il se veut par définition sans attente de retour (GODBOUT, 2000, p. 70), le don aux étrangers, caractéristique du don moderne, exprime selon l'auteur le « *refus du rapport instrumental à autrui* », « *la relation voulue pour elle-même* » (p. 103) et non pour ce qu'elle peut éventuellement rapporter. « *Le don fait du lien à autrui une fin en soi* », affirme également J-P. DUMOND (2002, p. 330).

J. GODBOUT dira également : « *Le premier don est par définition non réciproque* [au sens de geste n'impliquant pas un retour équivalent]. *Il engendre le système* » (2000, p. 147). Il est « *performateur* » des relations interpersonnelles (1992, p. 17) [88]. C'est donc bien la capacité du geste de don inconditionnel à engendrer un système de don, donc à déclencher un retour, qui nous conduit à le qualifier de mécanisme de réciprocité. Le retour n'est pas visé en lui-même mais il est le signe de la relation établie.

Dans le même sens, A. GOULDNER propose une analogie explicite pour décrire la dynamique de don ainsi enclenchée, suggérant que la gratuité est la clé de la réciprocité :

> *« (…) la norme de bienfaisance est la clé de contact qui met en mouvement le mécanisme de démarrage – la norme de réciprocité -, qui à son tour fait tourner le moteur – le cycle des échanges mutuels. » (GOULDNER, 2008, p. 83)*

[88] O. MASCLEF (2004) analyse ainsi, à la lumière du don/contre-don, les « *processus d'émergence en situation* » des organisations, qu'il s'agisse de la création d'entreprises ou de structures hybrides de type alliance stratégique ou partenariat vertical. S'intéressant à « *l'organisation-en-train-de-se-faire* », il analyse comment le lien social se construit progressivement, *ex-nihilo,* entre les parties prenantes à travers une série de dons de différents types (dons d'ouverture, sollicitoires, de verrouillage et sacrifices) alors que l'issue de l'échange et les modalités de son déroulement sont encore incertaines. A la différence des théories analysant l'émergence *ex-post*, supposant le temps « *réversible* », la théorie du don permet, selon O. MASCLEF, d'appréhender les processus de socialisation comme une série incrémentale de « *petits pas* » dont le résultat est inconnu aux acteurs au moment du cours de l'action.

Dans la même perspective, selon S. ZAMAGNI, autre économiste italien, le don gratuit est un don « *de et à la fraternité* » (2010, p. 214), il a donc pour finalité la réciprocité. Le don est gratuit pour que l'autre puisse donner en retour. Pour l'auteur, le terme réciprocité ne doit pas être confondu avec échange d'équivalent. Bien au contraire, « *ce n'est qu'à l'intérieur du paradigme relationnel qu'il est possible de voir le don gratuit comme ce qui fonde l'échange (d'équivalents) et non l'inverse, comme une réalité plus profonde que celle de l'échange* », affirme S. ZAMAGNI (2010, p. 220). La gratuité, en tant qu'elle construit la relation et la confiance, est donc ce qui permet ensuite l'échange marchand.

Par rapport au caractère d'« i*nconditionnalité conditionnelle* » qu'A. CAILLÉ attribue au don maussien, la notion de « *réciprocité inconditionnelle* » proposée par L. BRUNI présente l'intérêt de se situer plus largement dans la « *chaîne de dons* » (GODBOUT, 1992), où parfois l'on peut être amené à donner à plusieurs reprises sans être sûr que le don soit reconnu, reçu et retourné un jour. Lorsque le retour vient à manquer, il existe en effet la possibilité d'en conclure à une non-réciprocité et de rebasculer dans le registre de l'échange marchand – ou le régime de la justice, dirait L. BOLTANSKI (1990) – ou au contraire de poursuivre inconditionnellement le don, seule attitude susceptible de faire un jour basculer le partenaire dans le registre de la réciprocité ou de l'*agapè*, entendue ici au sens relationnel de L. BRUNI (2010).[89]

Nous utiliserons donc le terme de réciprocité comme une caractéristique et condition essentielle du don, non pas au sens de recherche d'équivalence mais pour signifier la finalité relationnelle du don gratuit et la centralité du lien pour les acteurs engagés dans l'interaction.[90] Cette définition rejoint celle de P. POIRIER qui distingue la « *réciprocité d'engagement* », « *signe de l'alternance des positions de donateur et de donataire* », qui est un « *appel à une relation équilibrée grâce au jeu du donner, recevoir, donner à son tour* », de la « *réciprocité marchande* », régie par la logique d'équivalence (2008, p. 107).

L'absence de réciprocité sera alors le signe patent de l'échec de la relation, de l'inefficacité constatée du don, du moins à ce moment-là. Ce qui ne veut pas dire pour autant que l'interaction sera par conséquent abandonnée, d'une part parce qu'elle peut s'inscrire également dans le cadre d'un contrat qui en contraigne le déroulement, d'autre part car les acteurs peuvent toujours choisir de poursuivre inconditionnellement l'échange, soit parce qu'ils croient encore en la possibilité d'une réciprocité, soit parce qu'une

[89] C'est en définitive ce dont convient L. BOLTANSKI lorsqu'il reconnaît que l'*agapè*, censée ignorer tout désir, est en réalité mue par le désir de donner que seul entrave le refus du don (BOLTANSKI, 1990, p. 235). L'*agapè*, le don gratuit inconditionnel, se nourrit donc de la réciprocité relationnelle et n'a d'autre but que celle-ci.

[90] La notion de réciprocité prend ici une acception proche de celle employée en logique ou en mathématique, de relation entre deux éléments, l'une impliquant l'autre et inversement.

défection leur serait trop coûteuse. Ils pourront alors choisir une modalité plus mesurée d'« *engagement raisonné* » (ALTER, 2009). Cette conception relationnelle du don sera fondamentale lorsque nous chercherons à explorer quelles sont les formes que peut prendre la reconnaissance du don dans les organisations.

Pour l'instant, après avoir posé le sens relationnel que nous donnons au terme réciprocité, nous allons maintenant tenter de repérer les formes que prend celle-ci dans l'organisation.

2.2.2. L'enjeu de la réciprocité dans l'organisation

Le travail dans une organisation comme un établissement de santé ne peut se concevoir sans que s'établisse une certaine forme de réciprocité. Réciprocité de l'engagement dans la coopération, que suppose toute activité de régulation au sein d'un collectif, comme nous l'avons vu plus haut, nécessaire du fait même de la part de travail d'organisation laissée à chaque individu, quand ne s'y ajoute pas également celle non réalisée par les niveaux hiérarchiques supérieurs (DUJARIER, 2006). Réciprocité au sens de réponse à l'ingéniosité personnelle développée pour faire face à l'incomplétude des règles, qui demande à être validée, confirmée, encadrée, appropriée par le management et le collectif, sans quoi l'effort n'en vaut pas la peine. L'organisation a donc besoin des liens de réciprocité engendrés par le don, elle ne peut se contenter de la stricte application des règles, qui la conduirait à la paralysie, comme en témoigne le principe de la grève du zèle.

Face au changement, au « *mouvement permanent* » (ALTER, 2003a), à la montée des contraintes, l'organisation doit pouvoir compter sur la capacité d'adaptation et de créativité de ses ressources humaines, qui précisément parce qu'elles sont humaines ne sont jamais automatiquement acquises et demeurent libres de leur engagement. Dès lors, observe J-P. DUMOND, « *à chaque interaction, de multiples signes de l'ordre du don (politesse, bienséance, marques d'accueil et de considération) orientent ou non vers la coopération* » (2002, p. 347).

L. BRUNI et A. SMERILLI (2009, 2011) ont analysé les risques pour l'organisation lorsque certains acteurs, insatisfaits de la manière dont l'organisation honore les valeurs dont elle est censée être porteuse, se retirent. Les auteurs mettent ainsi en évidence combien, dans des organisations ayant une mission caractérisée par des valeurs fortes[91] comme peuvent

[91] Les auteurs situent leur analyse dans le cadre de ce qu'ils appellent les « *organisations fondées sur des valeurs* » (« *value-based organizations* »). Il s'agit d'organisations dont l'activité est liée à l'identité, dont la mission est en quelque sorte une « *vocation* », et dont les valeurs sont incarnées par certains membres en particulier qui en sont les « *gardiens* » (BRUNI SMERILLI, 2009 ; 2011). Même si les établissements de santé ne rentrent pas nécessairement tous dans cette définition, on peut néanmoins considérer qu'ils s'en rapprochent par bien des points.

l'être d'une certaine manière les établissements de santé, les salariés les plus impliqués seront potentiellement, selon le modèle d'A. HIRSCHMAN (1995), les premiers à quitter en cas d'insatisfaction, lorsque le niveau de qualité « *idéale* », au sens d'adéquation aux valeurs de l'organisation, se dégrade. Il est alors essentiel d'entendre leur prise de parole, signal qui, s'il n'est pas pris en compte, risque de se transformer ensuite en défection, lorsque la loyauté n'est plus possible.

L. BRUNI et A. SMERILLI démontrent à l'aide de la théorie des jeux que le départ de quelques uns parmi les plus « *inconditionnellement coopératifs* », par le rôle qu'ils jouent dans le déclenchement de l'engagement des « *suiveurs* », peut avoir un impact déterminant sur les pratiques de coopération du reste du groupe et fragiliser voire mettre en danger l'ensemble de l'organisation. Les auteurs notent cependant que certains acteurs peuvent adopter un comportement « *inconditionnellement coopératif* » dans un certain domaine et conditionnel dans d'autres (2011, p. 130-131).

2.2.3. Les modalités de la réciprocité

Quel est le type de retour attendu de l'organisation lorsqu'un salarié se donne dans son travail ? Quelle forme de réciprocité espère-t-il engager et avec qui ? La question soulève celle du type de socialité engagée par le don, qu'A. CAILLÉ explique ainsi :

> *« (…) une des caractéristiques majeures de la société moderne [tient] à la disjonction croissante qu'elle tend en principe à établir entre deux registres de la socialité (…). Le premier est celui de la socialité primaire, dans lequel les relations entre les personnes sont réputées l'emporter ou devoir l'emporter en importance sur les rôles fonctionnels qu'elles jouent. (…) Dans la socialité secondaire au contraire, c'est la fonctionnalité des acteurs sociaux qui importe plus que leur personnalité. » (CAILLÉ, 2000, p. 86)*

C'est pour cela, constate-t-il, que le don semble aujourd'hui cantonné à la sphère de la socialité primaire ou à la forme de don spécifique que constitue le don aux étrangers. « *Le champ de l'intérêt instrumental est donc bel et bien désintriqué de celui du don* », affirme-t-il (p. 86), même si cela ne signifie nullement que le don ne joue plus de rôle dans le champ de la socialité secondaire, bien au contraire.

J. GODBOUT indique quant à lui qu'il existe trois modèles différents de don à comparer : le don dans les liens primaires, le don aux étrangers et le don agonistique (2000, p. 105). De quelle nature est alors le don situé dans la sphère des relations secondaires ? Existe-t-il simplement ? Ou est-il en réalité une forme de relation où se cachent des formes de socialité primaire déguisées se déployant dans le champ des liens secondaires ?

Dans le chapitre qu'il consacre au don aux étrangers, J. GODBOUT distingue le don aux étrangers inconnus, connus et familiers (2000, p. 68). D'une certaine manière, les patients peuvent être considérés comme des étrangers connus voire familiers, car le contact avec eux est direct, personnel. Ce type de don est par principe unilatéral, au sens qu'il ne prévoit pas de retour (p. 62). Il n'établit pas de réciprocité directe, même s'il nourrit le lien social. Il se situe dans la sphère de la socialité secondaire, quand bien même la relation, du fait de son caractère personnel, possède également une dimension primaire.

Qu'en est-il pour les relations au sein de l'organisation, dans le cadre de situations de travail ? Si les relations entre collègues présentent bien des caractéristiques de la socialité primaire, celles entre salariés et encadrement sont plus ambigües. Si nous reprenons une définition plus complète, A. CAILLÉ définit la socialité primaire comme recouvrant « *des domaines aussi variés et étendus que ceux de la parenté, de l'alliance, du voisinage, de la camaraderie, de l'amitié, de l'amour et, transversale à tous ces champs, la conversation* » (1991, p. 115). Certains auteurs de la théorie des organisations, notamment ceux s'inscrivant dans le courant de la communication organisationnelle, considèrent l'organisation comme constituée de conversations (BOJE, 1991 ; BOUILLON, 2009). Dans cette perspective, l'organisation serait alors toute entière traversée par la socialité primaire et donc potentiellement par les relations de don qui la caractérisent.

Bien que l'espace des organisations soit largement régi par la logique économique propre à la socialité secondaire, celle de l'échange marchand et du lien salarial, où dominent les rôles, statuts ou fonctions plus que les personnes, le don s'y glisse par le biais des relations interpersonnelles et des conversations et n'en est pas absent, loin s'en faut. La relation avec l'organisation se joue, instant après instant, au travers des interactions vécues avec les personnes rencontrées, et notamment avec les membres du management qui incarnent l'entreprise. C'est bien au travers de la multitude de relations singulières expérimentées dans l'organisation, et tout particulièrement dans le cadre des « *espaces de discussion* » (DETCHESSAHAR, 2001, 2003) qui en sont le lieu privilégié, que chacun jugera de l'équilibre global de l'échange et choisira de poursuivre ou non son engagement.[92]

La relation avec l'organisation s'exprime aussi à travers l'ensemble du discours adressé par l'organisation aux salariés, dans les textes et les outils qu'il promeut (DETCHESSAHAR et

[92] P. FUSTIER évoque également sous le nom d'« *interstices institutionnels* » les espaces temps hors productivité, constitués à la fois de travail et de non travail, situés simultanément dans et hors de l'institution et qui servent directement à vérifier et renforcer les liens entre les membres de l'équipe (2000, p. 72). Le terme d'interstices souligne leur « *statut indécidable* », « *chargé d'ambiguïté* », souvent clandestin et à peine toléré, au détriment de la nécessité et de la responsabilité de l'organisation de prendre en compte, soutenir, animer et équiper ces espaces de construction du collectif qui nourrissent directement la régulation et le travail d'organisation.

JOURNE, 2007). La perspective du don invite à prendre en considération la relation qui se tisse entre les personnels récipiendaires de ce discours organisationnel et ceux qui en sont à l'origine. Celle-ci, moins directe et personnelle que l'interaction en face à face, n'en est pas moins une relation qui sera évaluée à l'aulne du don.

Pour saisir les échanges au sein de la socialité secondaire, il convient donc de savoir y lire également les relations de type primaire qui s'y jouent indissociablement. A. BERTHOIN ANTAL et N. RICHEBÉ ont constaté le rôle que conservent les différences de statut dans le cadre de l'échange-don entre enseignants-chercheurs lorsque ceux-ci partagent des connaissances (2009, p. 88-90). Les relations de don se tissent bien à l'intérieur des échanges tels qu'ils sont formalisés dans l'organisation, en forment le support et la substance. Dès lors que deux personnes entrent en interaction, quand bien même leurs relations sont régies par des règles et des statuts, voire médiatisées par des outils, une relation de don est susceptible de s'y jouer à l'intérieur même du contrat.

Nous avons donc défini à ce stade la dynamique de don comme une relation qui s'établit entre des personnes engagées l'une envers l'autre par un échange de dons, inconditionnel au départ mais ayant pour finalité le lien et la réciprocité de la relation, et qui se déploie au cœur même des relations organisationnelles et du travail.

Le terme de réciprocité, s'il pose bien souvent problème à de nombreux auteurs maussiens, par le spectre de l'équivalence qu'il soulève en permanence, pointe un autre élément critique pour le don : celui du calcul, de l'évaluation. Constater qu'un geste de don a engendré ou non une réciprocité revient à considérer qu'il peut exister d'une certaine manière une part d'évaluation, de calcul dans le don. Pourtant, on le sait, par principe « *le don fuit le calcul* » (GODBOUT, 1992, p. 66). Il y a là un paradoxe qu'il convient d'élucider.

2.3. Un don qui compte ?

2.3.1. Vérifier sans jamais calculer

Il peut sembler paradoxal d'évoquer la manière dont les partenaires d'un échange-don font les comptes de la relation, alors précisément que le compte exprime en principe la conditionnalité, la sortie de la logique du don et de la gratuité. La revendication à une certaine équité dans la relation, si souvent entendue dans les milieux de travail, est-elle simplement la marque de « *la mort du don* » (GODBOUT, 1992, p. 192) ?

Par définition, la logique du don renonce au principe d'équivalence, caractéristique de la logique marchande. Le passage au calcul est le signal de la crise de la relation. « *Avoir*

besoin de compter, c'est déjà l'indice que l'on sort du système de don, c'est l'indice d'une dégradation du rapport », confirme J. GODBOUT (1992, p. 48).

Dans le contexte du travail, et notamment du travail de santé, P. FUSTIER a en effet observé que les salariés revendiquent par moments le registre du compte comme un moyen de mettre en crise une relation qu'ils estiment trahie par la direction, qui ne respecte pas le double registre nécessaire au travail et les « *traces de socialité primaire* » qui en font partie (FUSTIER, 2000, p. 26). L'ambiguïté de la nature de la relation, entre don et contrat salarial, est nécessaire à son équilibre. Elle permet le maintien de la dimension du don dans l'échange. Dès lors que l'une des parties formule explicitement la part de don se mêlant au contrat, officialisant ce qui doit demeurer de l'ordre de l'implicite, le paradoxe n'est plus tenable, explique P. FUSTIER (2000, p. 25). « *L'explicitation de la règle de réciprocité tue le don et peut même entraîner la non-réciprocité* », confirme J. GODBOUT (1992, p. 203)

Pour autant, lorsqu'A. CAILLÉ qualifie le don de forme d'« *inconditionnalité conditionnelle* » (2000), c'est bien qu'il peut exister des moments où la relation n'est pas jugée satisfaisante, qu'elle est soumise à conditions, ce qui suppose l'existence d'une forme d'évaluation qui permette de vérifier la pertinence de la poursuite de l'inconditionnalité.

L. PIHEL identifie les restructurations, moments de rupture, de changement dans les termes du contrat, comme des moments d'évaluation de la « *trajectoire des dons* » où les salariés déterminent s'ils réitèrent ou non les dons. Si la dynamique de réciprocité n'est plus jugée satisfaisante, ils renégocient alors leur participation (2006b). N. RICHEBÉ constate également des moments où les salariés, dans une démarche rétrospective, font « *les comptes de la relation* » (2002, p. 112) par rapport à un échange salarial jugé « *juste* » avec l'employeur, alors même qu'ils sont attachés à une logique d'échange dans laquelle « *on ne compte pas* » ce qu'on donne à l'entreprise (p. 106).

Quels sont les facteurs déclenchant ces moments de calcul rétrospectif, pourtant par principe étrangers à la logique du don[93] ? Cela peut être, on l'a vu, tout changement significatif dans le contexte de la relation, susceptible de modifier les termes du contrat. Ce sera le cas des restructurations (PIHEL, 2006b) ou de l'introduction d'un nouvel outil de gestion, comme le passage à la logique compétence observé par N. RICHEBÉ (2002).

Nous pouvons également penser - et ce sera une de nos hypothèses - que, lorsqu'une relation dégradée s'est installée, n'importe quel événement, parfois même un tout petit fait, peut potentiellement provoquer ou raviver le sentiment de déséquilibre dans la

[93] Dans sa description de l'*agapè*, L. BOLTANSKI (1990) associe le don gratuit au temps présent et au futur. L'*agapè* s'inscrit dans le concret, dans le temps de l'action, et représente un pari sur l'avenir, tandis que le calcul représente un regard sur le passé et se situe dans l'ordre du jugement, du retour sur soi, du discours.

relation, rendant patent le manque de reconnaissance de l'engagement et de la compétence mise en œuvre. Dès lors, à chaque don non reçu comme tel, à chaque rencontre avec l'un des destinataires supposé reconnaître le don, le sentiment d'offense est susceptible d'affleurer et de déclencher un calcul rétrospectif des apports de part et d'autre. Cette rapide évaluation rétrospective sera en revanche aussitôt balayée lorsque le plaisir expérimenté confirme le lien créé, conférant ainsi sens au travail et stimulant l'envie de donner sans compter.

C'est ce que confirment également les analyses de J-C. KAUFMANN dans son étude sur le partage des tâches ménagères dans la vie conjugale. Il observe que les deux logiques contraires du don de soi et du calcul de la dette sont en réalité intimement mélangées « *en d'inextricables enchevêtrements* » (1990, p. 96). L'explicitation du calcul de la dette se révèle même parfois ce qui permet de rendre tenable dans la durée une situation déséquilibrée.

Si le calcul est étranger au don, il n'en est jamais loin dès lors que le don n'est pas accueilli comme tel. Les émotions, marqueurs du don (ALTER, 2009), en sont là aussi le témoin le plus immédiat : colère, sentiment d'injustice, d'offense et d'humiliation sont souvent perceptibles lorsque les acteurs décrivent la relation ainsi bafouée.[94] En effet, lorsque la relation est perçue comme injustement déséquilibrée, détournée ou exploitée, émerge alors un sentiment de trahison, l'impression d'être floué. J. GODBOUT observe que le sentiment de « *se faire avoir* », lorsque le don n'est pas reconnu comme tel, qu'il est pris comme un dû, « *affecte plus profondément que faire une mauvaise affaire* » (GODBOUT 1995, p. 19). Le sentiment de trahison est d'autant plus douloureux que le don engage la personne toute entière (nous reviendrons par la suite sur ce point).

Les signaux de « *l'équilibre* » de la relation, ou de la dynamique de réciprocité, permettent de décider de réitérer le don, même si le retour n'est pas encore constaté, ou de choisir au contraire de mesurer l'engagement. Il n'est pas pour autant facile de dénoncer l'inégalité de la relation, car celle-ci repose sur le principe du non-dit et du tabou officiel du calcul.

S'il est donc un tabou dans le don, c'est précisément le fait de révéler la part de calcul qu'il comporte inévitablement, ainsi qu'en témoignent A. BERTHOIN ANTAL et N. RICHEBÉ (2009, p. 87-88). Elles affirment :

> « *La perception de l'équilibre dans l'échange est importante non pas tant parce que les participants ont besoin d'en garder des comptes précis, mais parce que cela assure chaque partie que l'autre n'est pas en train de profiter de la situation, autrement dit que la*

[94] B. HENRIET et M. NAULLEAU observent ces mêmes processus émotionnels qui « *débordent l'entendement* » caractéristiques du sentiment de violation du contrat psychologique (2010, p. 9-10).

motivation de l'échange n'est pas la poursuite d'intérêts extrinsèques. »[95] *(BERTHOIN ANTAL et RICHEBÉ, 2009, p. 88, notre traduction)*

L'évaluation secrète et intime de l'échange est donc le moyen de vérifier que la relation n'est justement pas fondée sur le calcul, qu'elle reste la finalité de l'échange. En ce sens, elle permet que le don soit véritablement « *abandon conscient à l'absence de calcul* » (GODBOUT, 1992, p. 221).

Quel est cependant cet équilibre que le don recherche, alors même que le retour équivalent, annulant la dette, aurait pour effet d'interrompre le cycle du don ?

2.3.2. Équilibre en déséquilibre soutenable

« *Le don a horreur de l'équilibre* » affirme J. GODBOUT (1992, p. 192). Quel est donc l'équilibre que pourtant la relation de don cherche à vérifier ? Une fois de plus il ne s'agit en aucun cas d'équivalence, d'un état où les contributions de chacun se contrebalanceraient, tel le régime de la justice de L. BOLTANSKI (1990), sur un principe d'égalité. « *La recherche d'égalité interrompt et tue le don* » (GODBOUT, 1992, p. 192)

Le don est toujours déséquilibré, mais sous la forme d'une « *inégalité alternée* ». Il correspond à un « *état de dette volontairement entretenu* » à un point de déséquilibre soutenable, jamais ni trop près de l'équivalence (ce qui remettrait en cause le don) ni au contraire trop loin (car le don pourrait alors être abandonné). « *L'équilibre du don est dans la tension de la dette réciproque* » (GODBOUT, 1992, p. 231). Il tend à un « *endettement mutuel positif* » dans lequel « *chacun a le sentiment de recevoir plus qu'il ne donne* » (CAILLÉ, 2000, p. 49).

Dans le cadre d'une situation de travail, la dynamique de don est, on l'a vu, encastrée dans une relation salariale qui, elle, suppose une certaine équivalence sans quoi le contrat ne peut tenir. Par conséquent, la relation de don se construit dans un subtil équilibre instable entre les contributions de part et d'autre. Ce qui permet que la dette ne soit pas annulée par un contre-don, tel que prévu par le contrat, c'est non seulement le décalage temporel, fréquemment invoqué comme une caractéristique essentielle de l'échange-don,

[95] « *The perception of balance in the exchange is significant not because the participants need to keep exact count but rather because it assures each party that the other is not seeking to take advantage of the situation, in other words, that the motivation for the exchange is not the pursuit of extrinsic interests.* » (BERTHOIN ANTAL et RICHEBÉ, 2009, p. 88)

mais aussi la nature différente des dons réciproques[96]. L'important n'est cependant pas que l'équivalence puisse être constatée, mais qu'un flux à double-sens soit à l'œuvre.

C'est également ce que constate J-C KAUFMANN lorsqu'il exprime à propos de l'impression de justice qu'elle « *émane moins de l'évaluation des résultats que du sentiment que l'un et l'autre ont fait leur possible pour s'en rapprocher* » (1990, p. 98).

Ce n'est donc pas le résultat de l'évaluation en termes de proportions de don et de dette qui importe. C'est en revanche la perception d'un flux de dons à double-sens qui caractérise l'équilibre de la relation, la réciprocité, bien qu'à tout moment le solde puisse être et doive être négatif, tantôt en faveur de l'un, tantôt en faveur de l'autre.

Réciprocité du don signifie donc réciprocité de l'échange, de l'engagement dans la relation et non pas retour équivalent ni même différé ou différent. C'est donc bien la finalité relationnelle de la dynamique de don que le terme réciprocité entend souligner. L'emploi du mot « *dynamique* » entend par ailleurs souligner ce flux à double sens que constitue une relation de don, et que l'on ne peut isoler comme on tendrait parfois à le faire par une interprétation trop rapide de la trilogie de M. MAUSS : « *donner, recevoir, rendre* ». La dynamique de don, plutôt que d'être un cycle en trois temps[97], est donc un aller-retour permanent, un flux continuel à double sens[98].

Des dons sont sans cesse mis en jeu dans une relation, sans compter ni attendre de retour, mais la dynamique ne fonctionne pleinement que si les dons affluent de part et d'autre, faute de quoi le calcul de la dette risque de devenir dominant et de faire basculer la

---

[96] Les uns vont offrir par exemple leur ingéniosité, leurs efforts, leur engagement dans la coopération, les autres une rémunération intéressante ou une indulgence quant au respect des règles, ainsi que l'observait déjà G. AKERLOF (1982, p. 552).

[97] J. GODBOUT (1992) précise d'ailleurs que si M. MAUSS décompose bien le don en trois « *moments* » - donner, recevoir, rendre - c'est uniquement pour des raisons analytiques, mais qu'il ne s'agit en aucun cas d'actes isolés, consécutifs. Les trois obligations se confondent souvent et peuvent même constituer parfois un seul et même geste. On ne sait d'ailleurs jamais bien si l'acte initial de donner n'est pas en réalité un rendre pour avoir « *tant reçu* », comme en témoignent si souvent les personnes. Le geste s'inscrit dans une « *chaîne de don* ». D'autant que, dans le don, l'important est en fait de donner, plus que recevoir. La volonté de rendre est désir de « *donner à son tour* », de devenir donateur. Dans le don, le plaisir de donner, « *l'appât du don* », est fondamental ; la gratification se trouve dans le geste même du don, pour celui qui donne comme pour celui qui reçoit. C'est pourquoi le don ne recherche pas d'abord le contre-don, l'équivalence ; il prend tout son sens dans le geste même de donner. C'est pourquoi nous estimons que le terme souvent employé pour mobiliser la théorie de M. MAUSS, « *la théorie du don / contre-don* » ne rend pas justice au souci des auteurs maussiens de souligner combien ce « *phénomène social total* » qui s'étale dans le temps ne se réduit pas à un échange marchand fondé sur l'équivalence et que l'important n'est pas le bien qui est donné et rendu mais le lien ainsi entretenu et la dette jamais soldée.

[98] Il est intéressant de noter que les termes généralement employés pour décrire le don maussien : univers, esprit, atmosphère, système, phénomène, mouvement, geste, moment, cycle, cercle, spirale, boucle, circulation… relèvent pour la plupart du registre du mouvement, de l'espace et du temps. J. GODBOUT décrit le don comme un « *mouvement social perpétuel* » (1992, p. 231).

relation de don en une relation où l'on compte ce que l'on donne. C'est la réciprocité de la dynamique de don qui garantit son plein accomplissement, qui nourrit le plaisir de donner sans compter et donne sens au don inconditionnel.

Il reste alors une difficulté : comment peut donc se manifester la réciprocité, la reconnaissance du geste de don, dès lors que celui-ci doit demeurer de l'ordre de l'implicite, du non-dit, sous peine de paraître un geste calculé ?

2.3.3. Exprimer sans jamais dire

Pour éviter de tomber explicitement dans le calcul, signal de la dégradation du don, il est donc essentiel que le don soit reconnu et que la gratitude soit manifestée afin qu'il n'y ait aucun doute sur la réception du don, sur l'accord du récipiendaire de rendre le moment venu et de se considérer engagé dans une relation de dette réciproque. La manifestation de la gratitude, parce qu'elle confirme explicitement la dynamique de don, éloigne la nécessité du calcul et protège ainsi la relation de ce qui la met en danger.

L'expression de la reconnaissance du don n'est cependant pas sans difficultés. En effet, ainsi que le constate J. GODBOUT, « *plus il y a explicitation, plus on se rapproche du contrat, moins le geste de rendre est libre. Moins il a de valeur au sein de la relation* » (1992, p. 202). Le don doit donc trouver le moyen d'être dit sans se dire, d'être vu sans pour autant s'afficher, de toujours rester dans un subtil jeu de non-dits qui en sont la marque. [99]

Pour qu'une dynamique de don puisse se déployer, il faut dans un premier temps que le don lui-même soit identifié par le donataire, à savoir le geste et l'objet de l'échange, ce qui est consenti, mis en jeu par le donataire. M. MAUSS rapporte ainsi l'exemple du chef Maori qui refusait d'être accueilli dans un village qui n'aurait pas vu son cortège passer (1924, p. 19). Sur le terrain du travail, la problématique des salariés au quotidien est effectivement que soit identifié l'effort, bien souvent réalisé loin des regards de la hiérarchie et que rien ne rend visible dans le résultat final de l'activité. Le management est sensible aux résultats agrégés, qu'il lit de loin à travers des indicateurs rarement en mesure de transmettre l'effort engagé pour dépasser une à une les difficultés rencontrées, et encore moins la contribution personnelle de chacun au résultat final. Et quand bien même il le tenterait, la mise en mots - pire, la mise en chiffres - serait un véritable affront pour ce qui est censé être un don « *apprécié* » sans jamais être calculé.

[99] « *Le don s'efface dans le non-dit pour laisser au geste le soin d'énoncer lui-même la parole* », affirme également P. POIRIER (2008, p. 109).

Il faut ensuite que la gratitude soit témoignée, en signe de réception du don par le donataire. A nouveau, toute explicitation de ce qui a été mis en œuvre consisterait à dévoiler le don et donc à lui faire perdre son caractère spontané et gratuit. Le réduire ainsi à un bien dont on accuse réception en vue de le rétribuer par la suite serait là encore dénaturer ce qui en fait toute la valeur.

C'est pourquoi autant le geste du don que sa réception seront généralement dramatisés, mis en scène, selon des règles très précises et en même temps extrêmement ouvertes. Le regard, l'intonation, l'expression des émotions en sont des éléments centraux. N. ALTER constate par exemple que « *le don s'accompagne toujours d'un regard qui sous-titre en quelque sorte le geste* » (2009, p. 29). Même si « *l'explication* » du don, qui en définit la valeur, peut consister précisément à nier son importance[100].

Inversement, dénoncer la trahison du don, reprocher l'absence de réponse satisfaisante du partenaire, l'inégalité de l'échange, peut se révéler particulièrement délicat car cela revient à se placer soit même dans une logique de compte et à apparaître précisément comme celui qui refuse de donner avec largesse et recherche l'équivalence, donc comme celui qui trahit (BOLTANSKI, 1990 ; ALTER, 2009). Là encore, le langage se fera parfois discret pour exprimer le déséquilibre de la relation de don. N. ALTER nomme ainsi « *tentation de l'égoïsme* » le fait de limiter son investissement, pour rendre moins douloureux le sentiment de trahison, mais il signale que ce repli sur soi « *correspond plus à un comportement de prudence qu'à une volonté affirmée d'équilibrer les échanges* » (2009, p. 209). Le retrait, « *l'engagement raisonné* » (p. 176), est aussi une forme de « *voice* », de « *prise de parole* » (HIRSCHMAN, 1995) silencieuse qu'il convient de prendre au sérieux (BRUNI et SMERILLI, 2009 ; 2011) dans ce qu'elle dit du don.

Le don ne peut être dit et pourtant il doit être vu. Il ne peut être montré mais nécessite que l'on sache qu'il a bien été perçu. La reconnaissance du don est un jeu subtil de non-dits et de mise en visibilité de l'indicible. Elle engage personnellement le donataire dans une relation de réciprocité avec le donateur, où la valeur du don, c'est-à-dire son coût, le risque qu'il a supposé, a valeur de lien. Il devient patrimoine commun parce qu'il a été considéré par les deux partenaires et est au cœur de la relation. Mais peut-on parler de valeur du don, dès lors que celui-ci répugne à faire l'objet d'un calcul ?

[100] Si le don est souvent nié dans le discours l'accompagnant, c'est afin de préserver la liberté du donataire et donc la capacité de ce dernier de donner « *spontanément* » en retour. La dynamique de don va jusqu'à « *nier non seulement le retour, mais le don lui-même* » (GODBOUT, 1992, p. 200).

2.3.4. Apprécier la valeur du don

Comme on ne peut se saisir que de ce qui existe à ses propre yeux, autrement dit ce qu'on est capable d'appréhender à partir des outils dont on dispose, la tentation est grande dans les organisations, pour reconnaître le don et lui donner une place, d'essayer de l'évaluer selon les catégories rationnelles existantes. C'est ce que l'on observe parfois dans des entreprises ou associations sensibles à la dimension sociale ou parmi les chercheurs soucieux de bilans rendant compte de ce qui est véritablement mis en jeu dans les organisations[101]. Le défi est en effet de taille, par exemple pour les organisations de l'économie sociale et solidaire fondées pour une grande part sur l'engagement de leurs membres et parfois sur le bénévolat.

De manière plus générale, la question reste souvent entière pour le management : que faire de ce don si couramment inaperçu, non-identifié, indicible et qui pourtant appelle si vivement à être reconnu et pris en compte dans les pratiques managériales ?

La valeur de lien n'a en effet pas d'équivalent monétaire ; c'est l'intention qui compte, le geste, la relation, la gratuité et non pas l'aspect utilitaire de la chose. « *Le don manifeste une sorte d'allergie au prix* » (GODBOUT, 1992, p. 192). Cela ne signifie cependant qu'il n'a pas de valeur, qu'il ne comporte pas un coût. Mais ce n'est pas un coût économique, ou du moins ne peut-on le calculer sous peine de faire disparaître le don lui-même.

Dans cette optique, l'économiste italien B. GUI a proposé de considérer la relation qui se crée par le don comme un bien, à l'aide de la notion de « *bien relationnel* » (1996) permettant de prendre en compte ce qui se crée et se consomme dans l'échange au-delà des biens matériels et symboliques échangés[102]. L'intérêt de ce concept réside dans le fait

[101] Nous pensons par exemple aux efforts particulièrement intéressants de M-G. BALDARELLI (BALDARELLI et MATACENA, 2007) qui s'intéresse à l'« *accountability* » d'organisations ayant mis le don au fondement de leur culture, comme celles du courant de l'Économie de Communion (BRUNI et ZAMAGNI, 2004), problématique qui ouvre des défis passionnants par le paradoxe soulevé.

[102] B. GUI, développe depuis plusieurs années le concept de « *biens relationnels* » (GUI, 1996). Il observe ainsi que lors d'une interaction économique entre deux personnes vue ici comme une « *rencontre* », sont échangés des biens matériels mais se crée également quelque chose de plus relevant de la sphère interpersonnelle (reconnaissance, écoute, appartenance…). Il propose d'appeler ce « *quelque chose* », ces produits intangibles de l'interaction « *biens relationnels* » car, dit-il, « *donner à ces éléments la "dignité" de biens contraint la science économique à les prendre en considération* » (GUI, 2009). Ces biens « *liés aux relations interpersonnelles* » (GUI, 1987, p. 37), qui n'émergent que de la réciprocité, sont « *simultanément créés et consommés par les parties en interaction* » (GUI et STANCA, 2010, p. 109). Le concept de « *biens relationnels* » rejoint la notion de « *valeur de lien* » (GODBOUT, 1992), au sens où on s'intéresse dans les deux cas à appréhender ce qui se produit dans la relation et que l'on reconnaît comme significatif pour les personnes qui s'engagent dans l'interaction. Au-delà de l'échange économique visible, il y a bien « *quelque chose de plus* » qui se « *produit* » dans la relation, qui justifie que l'on s'investit dans l'échange, que l'on donne de soi, au risque de devoir consommer quelque chose dans l'interaction, apparemment en pure perte. Le concept de « *bien relationnel* » invite à prendre en

d'attirer l'attention sur la valeur de la relation, celle que représente l'échange en lui-même, celle qui apparaît dans le fait d'établir un lien avec le partenaire de l'échange, celle qui se crée et se consomme dans le plaisir d'échanger, et sur la « *consumation* » (ALTER, 2009) que peut représenter le don dans le but de créer une valeur supplémentaire, que les biens consommés seuls ne pourraient procurer.

Le risque existe cependant, dès lors que l'on mobilise le terme de « *bien* », de considérer qu'on puisse par conséquent le valoriser, en mesurer la valeur en termes économiques, le réduisant alors à un des produits de l'échange marchand. Car peut-on vraiment valoriser en termes économiques un don, par nature incommensurable, sans le dénaturer ?

Prétendre chiffrer la valeur d'un don, n'est-ce pas annuler précisément tout ce qui en fait la véritable valeur ? Chacun sait combien le fait d'annoncer le prix d'un cadeau ou de le laisser visible enlève aussitôt une part de son enchantement et introduit le doute quant à l'intention réelle du donateur et donc à la nature du geste. Le don doit être tu, il est même le plus souvent nié afin de pouvoir être authentiquement don.

Par ailleurs, la réduction de la relation à un bien, fut-il d'une nature différente des autres biens, pourrait laisser entendre une fois de plus que l'on se situe dans le paradigme de l'« *homo œconomicus* » dont l'action est guidée par le seul calcul de son intérêt, ce qui précisément n'est pas l'intention de B. GUI (1996). L'approche par le don attire l'attention non pas seulement sur les biens échangés, créés ou consommés dans l'échange, mais sur la relation qui lie les partenaires, considérés comme des personnes au sens le plus fort du terme, et prenant donc en compte bien d'autres dimensions que le seul aspect économique. Le don a pour effet de « *mettre en relation des êtres incommensurables, car il respecte leur incommensurabilité* », affirme J-P. DUMOND (2010, p. 156).

Ce que souligne le concept de « *biens relationnels* », c'est que la relation, ce qui se vit dans l'échange, a une valeur et que le fait de ne pouvoir en déterminer le prix ne signifie pas, bien au contraire, que cette valeur est nulle[103]. On le constate lorsque la relation est brisée ; on peut alors percevoir et mesurer, ne serait-ce qu'en partie par ses conséquences, le coût de la perte de la relation. De même que la santé n'a pas de prix, les conséquences de sa dégradation ont un coût qu'il est parfois possible, du moins

considération la valeur de l'échange social, y compris dans une certaine mesure sur le plan économique, à la fois au sens de la « *valeur de lien* » créée, mais aussi la part de « *consumation* » (ALTER, 2009) qui existe dans l'échange, sacrifiée en faveur de la relation. M. MAUSS évoque quant à lui une « *valeur de sentiment* » des choses, qui s'ajoute à leur valeur vénale (MAUSS, 1924, p. 90).

[103] Le célèbre saint François d'Assise, lorsqu'il envoyait ses frères annoncer l'Évangile dans les campagnes, leur recommandait de ne jamais accepter aucun argent en retour car, disait-il, il aurait fallu sinon pour les payer tout l'or du monde. Le prix de la gratuité, en effet, n'est pas nul mais infini et le seul moyen de payer la gratuité est le don, le fait de donner à son tour.

partiellement, d'évaluer. Considérer donc la relation uniquement en termes de risques et de coûts, c'est oublier qu'elle est aussi une ressource, y compris d'un point de vue économique, qu'elle a « *du prix* » et qu'il convient, à défaut de la mesurer, du moins de l'apprécier à sa juste valeur.

La finalité relationnelle du don tel que nous le concevons ici et son caractère inconditionnel finalisé à la réciprocité ayant été posés, il nous reste maintenant à évoquer une autre dimension du don, tout aussi essentielle à notre sens : sa dimension personnelle, son insistance sur la personne engagée dans la relation. Le don met en lumière la personne avec son identité, sa singularité, sa créativité, sa liberté. Et cela n'est pas sans bousculer également les organisations.

2.4. L'irruption de la personne dans l'univers des règles

Le don ne se réalise pas entre des individus anonymes, il met en jeu l'être tout entier, la personne avec sa singularité et son originalité. Le don est d'abord un risque pour l'identité. C'est aussi un risque problématique pour l'organisation, sans cesse défiée par la liberté que ne cesse de prendre le don dans un univers qui se voudrait régit par les règles.

2.4.1. L'identité au risque du don

La question de l'identité mise en péril par le don, et celle de la dette qui lui est liée, a fait l'objet d'un ouvrage entier de J. GODBOUT (2000) et apparaît au cœur des réticences qui se font parfois jour lorsque l'on développe la perspective du don, comme si en donnant on risquait toujours quelque part de se perdre.

Le don est un risque, mais il est aussi ce qui révèle la personne, sa capacité à entrer en relation, à construire du lien, à donner de soi, à offrir une contribution unique et singulière ; il est un acte de liberté, de gratuité.[104] J. GODBOUT le décrit comme :

> *« (…) un acte qui remplit l'espace de signification du sujet et fait qu'on est dépassé par ce qui passe par nous et par ce qui se passe en nous. Le don serait une expérience d'abandon à l'inconditionnalité. Donner, c'est vivre l'expérience d'une appartenance communautaire qui loin de limiter la personnalité de chacun, au contraire l'amplifie. » (GODBOUT, 2000, p. 108)*

[104] On peut effectivement se demander si le fait de déplacer la focale de l'individu lui-même vers la relation ne lui permet pas de se décentrer des préoccupations liées à son intérêt, à la dimension stratégique de son action et au retour de l'autre dont dépend son identité, et d'explorer avec une liberté majeure de nouveaux espaces d'autonomie, de créativité, de compétence individuelle et collective qui contribuent de manière différente et certainement très riche à la construction identitaire de la personne.

C'est aussi pourquoi le moment de la reconnaissance a tant d'importance. « O*n donne pour être reconnu* », note N. ALTER (2009, p. 190). Par la manifestation des émotions, le « *dévoilement de soi* » (p. 33), les partenaires se révèlent ainsi réciproquement en tant que personnes engagées l'une envers l'autre et non pas comme de simples individus anonymes en interaction. Le partage des émotions, dans un échange de personne à personne, permet de donner du sens au vécu, de reconstruire le sens lorsque la cohérence a été bouleversée par le mouvement et les événements. Inversement, « *l'absence de manifestation explicite de gratitude renvoie à une situation de coopération froide, désincarnée, étroitement intéressée et égoïste* » (p. 15).

Bien que le don dans les sociétés archaïques analysées par M. MAUSS soit le fait des collectivités et non des individus, J. GODBOUT et A. CAILLÉ constatent à partir de leurs observations de nos sociétés modernes que le don souligne l'unicité de la personne destinataire du don et de la relation établie avec elle. J. GODBOUT rappelle ainsi qu'un cadeau doit exprimer ce que l'on sait des goûts ou centres d'intérêt de la personne à qui on l'offre ; il fera d'autant plus plaisir qu'il aura été « *choisi entre mille* » pour le donataire et mettra en valeur ce qu'elle est ou le lien que le donateur entretien avec elle (1992, p. 187). Le don est ainsi non seulement « *''performateur'' des relations de personne à personne* » (1992, p. 17) mais aussi révélateur du lien entretenu, une sorte de « *test* » (MASCELF, 2004, p. 84), non seulement de la possibilité d'engager une relation mais aussi de la qualité de celle-ci, de son authenticité.

L'emploi du terme « *personne* » n'est pas ici anodin, et il s'agit bien d'exprimer que le don n'opère pas avec des agents économiques anonymes et strictement égoïstes, ni non plus seulement avec des acteurs stratèges. Le paradigme du don suppose une anthropologie de type « *personnaliste* » (MOUNIER, 1949), où les partenaires de l'échange sont des personnes à part entière, uniques et engagées avec tout leur être, et non pas des individus anonymes et interchangeables. [105]

Le terme « *personne* » dans ses différentes formes ou acceptions, parcourt d'un bout à l'autre l'ouvrage de J. GODBOUT « *L'esprit du don* » (1992) et s'y trouve utilisé 295 fois. « *Le don n'est rien d'autre que le système des relations sociales de personne à personne* » répète ainsi l'auteur (1992, p. 26) ; « *dans un rapport de don la personne en tant que telle est engagée* » (p. 232).

[105] C'est ce qui explique qu'il soit aujourd'hui souvent cantonné à la sphère de la « *socialité primaire* », celle de la famille, des amis, de l'intimité et des liens personnels, et de plus en plus exclue de celle de la « *socialité secondaire* » qui vise à standardiser, à rendre les rôles interchangeables (GODBOUT, 1992, p. 28).

En même temps, et c'est précisément ce qui rend le don dangereux, le rapport de don menace l'identité. Car si donner représente un risque, celui de ne pas voir le geste accueilli, recevoir est plus périlleux encore car c'est prendre le risque de se perdre, de mettre en jeu son identité par l'acceptation de la dette, de la dépendance envers autrui. Le don peut en effet être domination, il est susceptible d'être détourné, perverti (p. 110)[106] ; en obligeant à recevoir, il « *met en péril l'identité* » (p. 115).

J. GODBOUT propose cependant « *l'idée de la* dette comme valeur positive, *comme "joie", parce que le don a été fait "de bon cœur"* » (2000, p. 42, soulignement de l'auteur). Il explique que, tandis que la « *dette négative* » peut constituer une atteinte à l'individualité, le don vécu sous la forme de la « *dette positive* » est au contraire susceptible de renforcer l'identité, de faire faire « *l'expérience d'une identité non individualiste* » (2000, p. 126).

> *« (…) l'état de dette positif émerge lorsque le receveur, au lieu de rendre, commence à donner à son tour. On passe de l'obligation de rendre au désir de donner. (…) C'est un état de confiance mutuelle qui autorise un état de dette sans culpabilité, sans inquiétude. Cet état se reconnaît au fait que la dette devient libre : on est en dette et libre. L'état de dette face au partenaire n'est plus redouté, il est au contraire valorisé. » (GODBOUT, 2000, p. 44-45)*

De même que le geste de « *rendre* » peut être considéré comme un don, susceptible par conséquent de procurer de la joie, celui de « *recevoir* » ne pourrait-il pas l'être lui aussi, si, comme l'affirme J. GODBOUT, « *un don gratuit gratifie autant celui qui le fait que celui qui le reçoit* » (1992, p. 197) ? J-P. DUMOND rappelle que les travaux de D. McGREGOR (1969) soulignent qu'une conception relationnelle du management impliquerait de valoriser l'acceptation de la dépendance à autrui et de la considérer comme un signe de maturité. J-P. DUMOND qualifie cette approche de « *conception relationnelle et personnaliste de l'être humain au travail* » (2002, p. 83-84).

Le postulat de J. GODBOUT selon lequel la principale « *bonne raison* » de ne pas vouloir participer à la dynamique du don est le risque identitaire qu'il représente (2000, p. 145), la peur de se perdre, est-il également pertinent pour analyser le rapport à l'organisation, la difficulté de l'organisation à accepter les dynamiques de don ?

2.4.2. « Persona non grata » dans les organisations

Ce qui menace le plus les organisations, dès lors qu'elles laissent le don se déployer en leur sein, ne serait-ce pas plutôt l'irruption de la personne ? Dans le monde de la socialité secondaire, tout est réglé en fonction de statuts, de rôles, de fonctions, auxquels sont

[106] J-P. DUMOND développe dans sa thèse les liens entre oblativité et perversité et leur commune tendance au dépassement ou à la transgression des règles et des normes (2002, p. 344 à 370).

affectés des individus supposés interchangeables. Nul ne doit être irremplaçable et les pratiques de la polyvalence et de la mobilité sont là pour s'en assurer. On définit des normes, des procédures, des protocoles pour s'assurer que le travail soit toujours réalisé de la même manière, indifféremment de la personne qui l'exécute. Si la créativité et l'initiative sont parfois encouragées, c'est en principe de manière très encadrée et à la condition que le résultat – du moment qu'il est positif - soit bien imputé à l'organisation et non à l'individu qui en est à l'origine. L'erreur, en revanche, sera bien en général celle de la personne, dont le comportement est toujours source de risque.[107]

Tout se passe comme si au fond, la dimension humaine était bien souvent malvenue, « *persona non grata* » dans la vie des organisations.

Il est clair qu'il est bien moins difficile pour une entreprise de gérer une masse d'individus anonymes et interchangeables qu'une multiplicité de personnes singulières et créatives, dont les relations les unes aux autres sont chargées d'émotions et d'imprévus. C'est pourtant précisément ce à quoi le don confronte en permanence l'organisation. Alors que la gestion tend à anonymiser et à égaliser, le don alimente les dissymétries (DUMOND, 2010, p. 157) et fait fleurir la singularité.

Le don glisse de l'humain partout où la logique gestionnaire cherche à rationaliser. Il prend des libertés par rapport aux règles. Ainsi, le « *glissement de tâches* »[108], problématique extrêmement fréquente dans les établissements de soins, comme nous le verrons, peut être lu comme l'expression du passage d'un mode de socialité secondaire (CAILLÉ, 2000) à la logique du don. Un glissement de tâches est un plus qui n'est pas demandé, spontanément offert au nom de la relation, de la coopération, du besoin de la personne bénéficiaire. Il est un dépassement des règles au risque de défier les normes de sécurité. Toujours imprévu et jamais dû, il réintroduit de l'humain, à savoir de l'incertitude mais aussi de la chaleur, des émotions, dans l'organisation.

A. GOULDNER explique que le principe qui met en mouvement « *le fait de donner quelque chose contre rien* » - qu'il dénomme « *la norme de bienfaisance* » - est le besoin de la personne à qui s'adresse l'aide, aide qui ne lui serait pas nécessairement due selon la norme de justice et qu'elle ne pourrait prétendre de la norme de réciprocité, n'ayant pas la

[107] L. HONORÉ a ainsi étudié le « *risque comportemental* » qu'introduit toujours l'humain dans les organisations et les modalités de gestion de ce risque (1999, 2002).

[108] F. OSTY en donne la définition suivante : « *Le glissement de tâches se caractérise par l'incursion d'une catégorie de personnel dans la réalisation d'actes pour lesquels il n'est pas explicitement habilité. Il s'agit, sur le plan réglementaire, d'une dysfonction par rapport à une définition stricte des tâches de chacun et des niveaux de qualification. Symptôme d'un ordre local propre au service, le glissement de tâches correspond à une modalité construite par les différents acteurs pour garantir un niveau d'efficience satisfaisant.* » (2003, p. 188)

capacité de donner en retour (2008, p. 73). La relation, la dimension humaine, est par définition de l'ordre du don, tandis que les principes régissant le fonctionnement de l'organisation seraient ceux du dû, de la justice et du donnant-donnant.

F. OSTY (2003) développe également la dimension identitaire des glissements de tâche, en tant qu'ils sont un processus de régulation locale visant à faire reconnaître une identité de métier et pas seulement une tentative de montée en compétence individuelle. Au-delà des enjeux de négociation de nouvelles zones d'autonomie personnelles et collectives dans « *l'ordre négocié* » (STRAUSS, 1992) dans lequel s'inscrit l'activité, transparaît dans ces pratiques le désir de faire reconnaître le collectif dans sa capacité à se donner des règles propres pour permettre la collaboration. A l'intérieur du collectif, sur la base de la compétence reconnue de certaines personnes et grâce à la confiance construite dans des interactions répétées, le détournement des règles formelles que représentent les glissements de tâches, qui peut apparaître d'abord comme une transgression autonome, est en réalité une maîtrise collective du travail, un processus encadré et sécurisé par les règles du métier et la régulation conjointe locale avec le management de proximité (OSTY, 2003, p. 83).

Ce processus est fondé sur des pratiques relationnelles où la confiance et la convivialité ont une part essentielle. L'auteur pointe « *le débat comme processus d'élaboration des règles, la confiance comme principe de coopération et la convivialité comme mode de sociabilité* », caractéristiques du « *type de lien social original* » qu'elle retrouve dans toutes les formes de métier (OSTY, 2003, p. 235). Le type de « *lien social original* » construit par ces pratiques est sans nul doute de l'ordre de la relation de don. Il est essentiel au processus identitaire.

Le don bouscule l'organisation car il est une remise en cause constante. Il convoque la personne avec sa créativité, sa singularité et son unicité, qui ne peut se soumettre entièrement à la standardisation et aux règles formelles. Il est un espace irréductible d'autonomie et d'initiative, de liberté.

2.4.3. La liberté, « règle du don »

De manière générale, pour qu'un geste puisse être considéré comme un don, il est nécessaire qu'il soit libre. J-P. DUMONT rappelle :

> *« La gratuité suppose que la réponse du donataire ne peut être exigée, ni attendue, ni envisagée, ni même pensée, afin de tenir compte de l'altérité du récipiendaire et, donc, de ses caractères inconnu et imprévisible. » (DUMOND, 2010, p. 156)*

Tandis que le marché libère en permettant de sortir du lien social, le don construit un lien et instaure des espaces de liberté à l'intérieur même du lien (GODBOUT, 1992, p. 205)

pour en accroître la valeur (GODBOUT, 2000, p. 37). C'est la liberté que prend le don avec les règles qui signifie la valeur du lien, l'importance de la personne à qui le don s'adresse. C'est pourquoi la liberté par rapport aux règles est au fondement du don. J. GODBOUT affirme ainsi que la règle du don consiste « *à libérer l'échange et à faire apparaître de l'imprévu, quelque chose qui vient en plus et qui sort des règles* » (2000, p. 107). Il n'y a pas de don sans transgression, sans excès par rapport aux règles.

Le don a de plus pour effet de créer en permanence de nouvelles zones d'incertitude afin de « *libérer* » l'autre de tout engagement pour que le geste du contre-don en soit d'autant plus authentique et puisse être lu comme un don en retour et non pas tant comme l'accomplissement d'une obligation (GODBOUT, 1992, p. 202). Il apparaît nécessaire de « *libérer l'autre en permanence de son obligation pour que le don occupe son espace et prenne sa valeur, pour qu'il soit un "vrai" don.* » (GODBOUT 1995, p. 19).

Liberté du don qui ne peut être exigé comme un dû, liberté par rapport aux règles comme mode d'expression du don, liberté aussi de celui qui reçoit, que le don va tenter sans cesse de préserver et d'accroître, pour que le retour ne soit pas obligé mais libre à son tour ; la liberté définit le don.

J. GODBOUT observe que la liberté est une caractéristique qui distingue le don « *moderne* » du don « *obligatoirement rendu* » tel que décrit par M. MAUSS (1924), dont le degré important de contrainte « *semble s'être échappé* » (GODBOUT, 1992, p. 108).

La liberté de la dynamique de don constitue précisément un point d'achoppement pour le management. Comment l'organisation, qui bien souvent aujourd'hui n'a de cesse d'éliminer l'incertitude et de chercher à atteindre les plus hauts niveaux de fiabilité sur des critères qualité toujours plus nombreux, peut-elle laisse libre court à des pratiques si imprévisibles ? Pourtant, si la coordination peut être pensée, organisée et prescrite, la coopération est précisément ce que l'on ne peut décréter. « *Comme le don, la coopération interpersonnelle ne se gère pas. Elle se forme de surcroît* », affirme J-P. DUMOND (2002, p. 397). Elle est un résultat contingent, n'appartenant pas à l'organisation ni même au collectif. Elle est ce que chacun décide librement d'engager.

Parce qu'il est libre, le don ne peut faire l'objet de contraintes, de prescription. Le travail, en tant qu'il est constitué d'une dimension de don, ne peut donc être ni considéré comme un dû revenant de droit à l'organisation, ni totalement commandé et assuré par quelque moyen que ce soit. Le don est par nature indécidable, jamais dû ni prétendu, et donc problématique pour une organisation dont la performance en dépend. P. FUSTIER décrit cette caractéristique comme une « *règle d'incertitude ou d'indécidabilité* » du don (2000, p. 59). J. GODBOUT constate à son tour :

> *« Le don est par définition spontané. Or, il est tellement essentiel à la société qu'elle aura continuellement tendance à le rendre obligatoire, à douter de la capacité de ses membres et à faire des lois qui le nient. » (GODBOUT, 1992, p. 156)*

C'est précisément ce qui fait problème dans bien des organisations. Non pas tant que le management ne comprenne pas l'extrême nécessité du don d'eux-mêmes par les salariés dans leur travail, mais bien plutôt que ce don soit si indispensable à l'organisation qu'elle est amenée à chercher en permanence comment s'assurer qu'il ne viendra pas à lui manquer par de multiples dispositifs et encouragements qui finissent par contredire la possibilité même pour le don d'exister. Alors que tous ses efforts sont en permanence dirigés vers la lutte contre l'incertitude, la suppression de tout imprévu pouvant faire obstacle au bon déroulement du travail, se placer dans la perspective du don revient à demander au management d'accepter que ce qui fait l'efficacité même du travail soit par définition indécidable et incertain.

Du fait de l'incertitude qu'elle crée et maintient en permanence, la dynamique du don ne peut se développer que dans le terreau d'une solide confiance. L'indécidabilité du don « *oblige* » en quelque sorte la confiance. A peine la défiance, ou simplement un soupçon de méfiance, s'introduisent-ils, et le don devient un risque trop important, la dépendance problématique. Contrairement à aux relations marchandes, il ne suffit pas de compter sur les dispositifs de gestion pour garantir le don (ALTER, 2009, p. 62), il est nécessaire de croire dans la capacité de don des personnes, dans leur volonté d'entrer dans une relation de réciprocité. Par ailleurs, la construction de formes de réciprocité personnalisées suppose du temps, afin d'éprouver la confiance et de bâtir l'interconnaissance nécessaire. Cela suppose par conséquent un cadre suffisamment stable, aujourd'hui de plus en plus rare dans le contexte actuel de « *désordre* » (ALTER, 2010), de « *mouvement et dyschronies* » (ALTER, 2003a) et du fait des politiques de mobilité de plus en plus répandues dans les organisations.

Le don ne se laisse pas saisir aisément. Dès lors qu'on pense l'avoir identifié, il s'échappe, crée du neuf, sort des cadres, va « *au-delà des règles du don lui-même* » (GODBOUT, 1992, p. 238). « *L'univers du don est par définition impossible à circonscrire* » (p. 232). Il y a toujours quelque chose d'excessif dans le don, un peu de dilapidation, de consommation, qui exprime le fait que ce qui compte, ce n'est pas le bien mais le lien. C'est un échange qui n'obéit pas aux règles de la rationalité économique. Il comporte « *une folie, un excès* » : « *dans le don, il est rationnel d'être irrationnel* » (GODBOUT, 1995, p.20). A. CAILLÉ le qualifie de « *pari de confiance nécessaire à l'établissement de la confiance, choix du raisonnable préféré au rationnel* » (CAILLÉ 2000, p. 49). J. GODBOUT se plaît d'ailleurs à souligner que le don n'obéit pas non plus aux lois de la physique : il « *engendre toujours*

autre chose, fait apparaître un supplément. (…) dans le don quelque chose se crée », il est un « *système de réception excédentaire* » (p. 228).

Lorsque B. MALINOWSKI (1989) décrit la pratique de la « *kula* »[109] chez les habitants des îles Trobriand, il note qu'au don est toujours associé une consommation de biens. Donner implique de « *dépenser sans compter* » (ALTER, 2009, p. 19). N. ALTER relève ce « *principe de dépense* » ou « *consumation* » nécessaire à tout don pour en signifier la valeur, la part de sacrifice pour le donateur (p. 26). Tout échange social amène à consacrer du temps au lien, au plaisir partagé. Or les dépenses improductives et le temps non consacré directement à la production des biens attendus sont précisément ce que traquent les outils de rationalisation des organisations[110]. Alors que les temps d'échanges (réunions, repas…) sont non seulement permis mais financés pour les managers ou les commerciaux, ils sont souvent perçus comme un temps à éliminer pour les opérationnels, y compris parfois dans les activités de service. Les comportements de coopération, le don, le temps consacré à la discussion et aux échanges sociaux – au « *dire* » plutôt qu'au « *faire* » (DETCHESSAHAR, 2001) - sont contre-nature pour la logique de rationalisation économique ; ils sont un coût inutile, une prise de risque, un non-respect des procédures et des normes d'organisation du travail.

Par sa dimension de sortie des règles, de transgression et de consumation inutile qui bien souvent enfreint les principes prônés par l'organisation, le don pose problème à l'organisation. Le management est alors bien embarrassé lorsqu'il s'agit de manifester publiquement sa gratitude pour de tels dons, dont pourtant il sait la valeur et la nécessité. Comment pourrait-il d'ailleurs remercier d'enfreindre les règles que lui-même établit, récompenser une prise de liberté et d'autonomie par rapport aux priorités qu'il impose ?[111]

---

[109] Dans l'*Essai sur le don*, M. MAUSS s'appuie notamment sur la description de deux formes d'échanges observées dans les sociétés primitives étudiées, que J. GODBOUT qualifiera plus tard de « *figures imposées* » de toute « *présentation* » sur le don (GODBOUT, 1992, p. 120) :

- Le « ***potlatch*** », terme signifiant « *consommer* », succession de démonstrations ostentatoires de richesses et d'échanges à la fois religieux, économiques et juridiques permettant d'affirmer la domination sur l'autre.
- La « ***kula*** » (« *cercle* »), vaste système d'échange inter- et intratribal des habitants des îles Trobriand en Mélanésie, rapporté par B. MALINOWSKI (1989), où chacun donne et reçoit à tour de rôle, en feignant de le faire de façon désintéressée et modeste pour bien marquer qu'il ne s'agit pas de troc (ou « *gimwali* »).

[110] P. ZARIFIAN propose au contraire d'élargir la vision de temps productif et de considérer quatre types de temps réellement productifs : le temps de la communication sociale, le temps de la réflexivité sur l'action, le temps de l'apprentissage, et enfin le temps immédiatement nécessaire à la production (ZARIFIAN, 1995, p. 144-145).

[111] En réalité, les entreprises trouvent bien le moyen de compenser, et même de récompenser, la prise de risque personnelle de leurs dirigeants, quand bien même elle engage l'organisation et peut avoir des conséquences significatives pour sa survie ou sa rentabilité. Tandis que la prise de risque assumée quotidiennement par ceux qui, sur le terrain, se mettent en jeu de manière parfois coûteuse pour assurer une performance sans faille malgré des contraintes toujours plus nombreuses se solde souvent par une sanction, comme nous le verrons par la suite.

La logique rationalisatrice réduit tout au calcul, cherche en permanence l'équivalence, enferme dans des procédures et empêche la transgression. Le don, qui ne peut être que libre, spontané, gratuit, hors de tout calcul et de toute équivalence, semble ne pas pouvoir y avoir sa place. Il est dépensier, non directement productif et fondé sur un temps long. Il entre donc en tension avec la logique gestionnaire, qui n'a de cesse de le faire disparaître, l'interdire, le nier, ou de le prendre sans le reconnaître, échappant ainsi à l'obligation de rendre. A l'endettement mutuel nécessaire à la coopération, par définition incertain, on substitue des relations contractuelles de client-fournisseur interne, des fiches de postes délimitant strictement les tâches et les responsabilités, la relation est remplacée par des outils informatiques et des modes de communication formalisés. Ces mesures ont pour résultat de limiter la coopération et l'engagement. Et on arrive au paradoxe relevé par N. ALTER : tandis que les salariés n'ont d'autre désir que de se donner dans leur travail, le management refuse ce don spontané et cherche par ailleurs les moyens de « *remobiliser* » les salariés. Alors que ceux-ci « *souhaitent donner et l'entreprise ne sait que prendre* » (2009, p. 222).

2.5. L'organisation incapable de don ?

Face au don, les organisations semblent actuellement de plus en plus démunies, observe N. ALTER (2009). Il suggère que le mal-être au travail provient « *de l'incapacité de l'entreprise à reconnaître la valeur des dons des salariés, la valeur de leur travail* » (p. 8). Comment expliquer cette tentation de prendre plutôt que de recevoir, cette difficulté à accueillir ce don pourtant si précieux et si nécessaire à sa vie ? Nous proposons ici l'hypothèse qu'il ne s'agirait pas tant d'une « *incapacité culturelle du management* » (ALTER, 2011, p. 58) mais que cette situation serait le résultat d'empêchements qui pour autant ne seraient pas nécessairement rédhibitoires à l'entrée dans une dynamique de don. Nous considérons en effet qu'il existe des espaces pour le don dans les organisations et que ce qui souvent l'entrave pourrait au contraire en être le soutien, à condition de respecter ce processus délicat et fragile sans vouloir le maîtriser.

J-P. DUMOND a avancé l'idée de « *don empêché* » (2010). Il affirme que « *la relation de travail peut être considérée comme l'enchâssement problématique et parfois conflictuel de transactions, d'une relation de subordination et d'échanges de dons, tolérés, acceptés ou empêchés.* » (p. 151) Il analyse la manière dont la « *reconfiguration des prescriptions* », autrement dit les processus de régulation autonome, enchâssés dans un rapport de subordination lui-même encadré par une transaction, sont constitués d'une intense circulation de dons, qui cependant sont souvent entravés. Les empêchements au don

seraient constitués pour l'auteur de l'absence de reconnaissance, des contraintes dues à la division du travail, de la recherche d'efficience, d'un trop fort contrôle et de modes d'évaluation inadaptés (p. 159). Toutefois J-P. DUMOND ne développe pas ces différentes formes d'empêchement et la manière dont elles interviennent pour contraindre ou « *épuiser* » la dynamique de don (p. 159). C'est pourtant précisément ce que, dans une perspective gestionnaire, il est indispensable d'analyser plus amplement afin d'identifier les modalités possibles de « *désempêchement* » des dynamiques de don.

Précisons tout d'abord que c'est peut-être, plus encore que le geste de don lui-même, au sens de mouvement initial supposé enclencher la dynamique de réciprocité, sur la reconnaissance de ce geste comme un don que porte vraisemblablement le plus souvent l'empêchement. Le don est en effet par définition, nous l'avons vu, une initiative libre, spontanée, que l'on ne peut véritablement interdire. On peut tout au plus détruire la dynamique de réciprocité qu'il vise à produire en ne l'accueillant pas, en lui faisant l'affront du refus ou de l'appropriation indue. On peut le prohiber mais non pas l'empêcher. Le don est un acte de liberté qui peut toujours être délibérément réitéré quelque soit le sort qu'on lui réserve. Il ne se laisse pas contraindre par les règles.

En revanche, ce qui se trouve bien souvent altéré dans le quotidien des organisations, c'est la relation que le don est supposé enclencher, du fait de l'absence de reconnaissance dont il fait l'objet. C'est donc le sort réservé au don qu'il convient d'examiner, sa réception et la manière dont se déploient ou non les dynamiques relationnelles qu'il a pour objet de susciter ou de nourrir. Nous chercherons également à comprendre les processus d'épuisement dans les dynamiques de don « *empêchées* » et leurs motifs, leurs modalités, ainsi que leur impact sur la construction de la santé au travail. Nous tenterons d'identifier les conditions pour le déploiement de relations de don favorables au travail et à la construction de la santé des salariés et le rôle du management dans ces dynamiques.

N. ALTER distingue le management « *par l'amont* », fondé sur la logique rationalisatrice, et le management « *par l'aval* », qui consiste ensuite à réadapter les règles édictées en amont aux contraintes réelles du travail (2009, p. 150-152). Tandis que le management par l'amont interdit le don, incompatible avec ses principes d'économie, et tente de le réduire à de la coordination « *froide* », le management par l'aval est nécessairement amené à le tolérer et à le prendre en compte partiellement. Le management par l'aval est le lieu où peut être réintroduit une certaine souplesse, une marge de liberté par rapport aux règles et au contrôle. Il est le lieu par excellence de la régulation conjointe, de la rencontre entre la logique de contrôle et les initiatives issues de la régulation autonome.

Cette distinction proposée par N. ALTER invite à réfléchir au rôle du management intermédiaire comme un espace possible de désempêchement du don, de reconnaissance de sa logique propre. C'est effectivement à ce niveau que se joue la régulation locale du travail, celui de « *l'articulation de la prescription gestionnaire idéale et du travail réel possible* » (DUJARIER, 2006, p. 130-133). Le management aurait-il un rôle dans la régulation des dynamiques de don au sein de l'organisation ?

*

Après avoir évoqué dans le premier chapitre les grandes transformations qui traversent depuis deux décennies le secteur des organisations de santé et le malaise au travail qui se développe chez les soignants, nous avons mis en évidence au chapitre précédent l'intérêt des approches cliniques pour saisir ce qui se joue au quotidien de l'activité et qui permet ou non des processus de construction de la santé au travail. Nous avons vu de quelle manière ces perspectives invitent toutes à ouvrir le débat sur l'activité et ses difficultés, mais aussi, comme le souligne l'approche par les espaces de discussion, la nécessité de considérer le rôle essentiel du management de proximité pour soutenir et équiper ces temps de parole sur le travail et en faire des lieux d'élaboration de sens et de règles communes.

C'est pourquoi nous avons choisi un cadre conceptuel permettant d'observer le travail d'organisation dont l'activité fait l'objet et la manière dont se conjugue ou non le travail de régulation locale avec les règles venues d'en haut que le tournant gestionnaire ne cesse de multiplier. Nous avons voulu saisir les dynamiques de l'engagement dans la coopération et dans la mise en discussion du travail au sein du collectif, identifiées au chapitre précédent comme essentielles à la construction de l'identité et de la santé au travail. Nous avons alors retenu une approche par le don, en tant qu'elle permet d'expliquer à la fois l'engagement dans le travail et les réactions de retrait ou la plainte de manque de reconnaissance si souvent repérées dans les études sur les risques psychosociaux. Nous avons proposé une vision relationnelle du don, que l'on peut considérer comme une dimension inhérente au travail, et pointé le défi que représente le don pour la logique gestionnaire. Nous avons identifié là encore le rôle essentiel du management dans la reconnaissance du don permettant de donner sens au travail et d'éviter des processus délétères d'épuisement dans des dynamiques de don empêchées.

C'est sur la base de cette grille de lecture, de ce cadre conceptuel ainsi construit, que nous allons maintenant approcher le terrain et tenter d'observer le travail et ce qui s'y joue dans les deux établissements de santé où nous avons été appelés à intervenir. Les données recueillies dans ces deux recherches-interventions, que nous allons présenter dans le prochain chapitre, nous permettront ensuite d'apporter des éléments de réponse aux

questions soulevées jusqu'ici et de proposer une interprétation des déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail dans les établissements de soin traversés par le tournant gestionnaire, ainsi que des pistes pour un management plus favorable à une meilleure qualité de vie au travail.

DEUXIEME PARTIE :
METHODOLOGIE ET TERRAINS
DE RECHERCHE

CHAPITRE 4 – LA RECHERCHE-INTERVENTION COMME APPRENTISSAGE DE LA DISCUSSION

Contrairement à de nombreuses thèses, où à l'issue d'un premier et long travail sur la définition de l'objet de recherche et d'une revue de littérature sur la problématique déterminée, une réflexion est alors engagée pour construire le *design* de la recherche susceptible de répondre à la question posée, ici les principes méthodologiques ont au contraire fait l'objet d'une réflexion plutôt *a posteriori* qu'*a priori*. L'opportunité d'intégrer l'équipe d'un programme de recherche constitué, qui avait déjà défini la problématique et la méthodologie devant être appliquée à l'ensemble des cas étudiés, présentait en effet d'énormes avantages pour débuter dans la recherche. Outre le fait d'éviter une confrontation immédiate et solitaire à des questions parfois périlleuses en début de parcours, la solution présentait l'intérêt considérable de permettre de bénéficier non seulement d'une formation sur le terrain, par « compagnonnage » avec des chercheurs expérimentés, mais aussi des échanges extrêmement stimulants au sein de l'équipe. Après une première étude de terrain dans un centre de soins de suite, réalisée sur le mode de la recherche-intervention dans le cadre du programme SORG (que nous allons présenter ci-dessous dans ses grandes lignes), un deuxième terrain s'est ouvert dans une clinique et une petite équipe s'est à nouveau constituée pour s'engager dans une recherche-intervention, dans le prolongement de la précédente et selon des principes méthodologiques les plus similaires possibles afin de pouvoir effectuer ensuite des comparaisons avec les autres terrains du secteur de la santé étudiés dans le cadre du programme SORG.

Si la réflexivité a accompagné tout le processus de recherche, ce fut dans un premier temps sur le mode de la découverte et de l'étonnement, pour comprendre l'intérêt et les conséquences de tel ou tel choix méthodologique. Puis progressivement, ce fut pour être capable de les justifier, pour tenter de vérifier si les termes employés pour les décrire correspondaint effectivement à la réalité expérimentée. La réalité vécue sur le terrain, aux prises avec les contraintes imposées par le commanditaire ou par les circonstances, relevait-elle d'un « bricolage » indéfinissable ou pouvait-on y retrouver les principes méthodologiques initialement énoncés ? C'est ainsi que la réflexion méthodologique a procédé plutôt d'une relecture réflexive, parfois critique, que d'une construction *ex-ante* déroulée ensuite selon un protocole préétabli. C'est en quelque sorte la dimension de « *régulation autonome* » (REYNAUD, 1988) par rapport au dispositif de recherche initialement construit que nous allons chercher à analyser ici, le réel et non la méthodologie prescrite.

1. LES PRINCIPES METHODOLOGIQUES

Nous commencerons par présenter le cadre méthodologique tel qu'il a été défini par le programme SORG dans lequel s'inscrit au départ cette thèse, puis nous introduirons brièvement les deux recherches-interventions réalisées. Nous développerons quelques uns des principes qui nous semblent être au fondement de la recherche relatée ici et notamment l'articulation entre recherche et intervention d'abord, puis entre niveaux micro et macro ensuite. Nous tenterons alors d'expliciter succinctement la visée de l'intervention et la posture de la recherche et nous questionnerons l'usage du qualificatif d'approche ethnographique et de théorie enracinée qui sous-tendent la méthodologie décrite.

1.1. Le cadre méthodologique de la recherche SORG

Le projet SORG, pour « *Santé, organisation et gestion des ressources humaines* », a été construit par une équipe d'une vingtaine de chercheurs de différentes disciplines, appartenant ou associés au Laboratoire d'Économie et de Management de l'Université de Nantes. Il a obtenu le financement de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR) pour la période 2006-2008, dans le cadre d'un programme s'inscrivant dans le volet recherche du « *Plan national santé environnement* » porté par les ministères chargés de la Santé, de l'Environnement, du Travail, de la Recherche, et dans le volet recherche du « *Plan santé travail* » du ministère chargé du Travail.

La démarche, telle qu'elle a été définie à l'origine, consiste, sur chaque terrain étudié :

- à analyser l'état de santé des personnels de l'entreprise et évaluer en particulier les éléments de santé mentale ;
- à caractériser les dispositifs d'organisation déployés et leur réception / appropriation par les personnels, afin d'approfondir la compréhension des tensions ayant émergé et de leurs raisons ;
- et, enfin, à examiner comment ces tensions et paradoxes sont gérés et pris en charge, dans un processus de communication permettant leur reconnaissance et leur traitement.

Il s'agit d'élaborer un diagnostic destiné à la direction de l'entreprise étudiée afin de l'aider à repérer les risques et à mieux piloter la relation d'emploi en cohérence avec les dispositifs et pratiques de management qu'elle déploie.

Les objectifs finaux de la recherche SORG sont les suivants :

- construire et valider un modèle théorique permettant de comprendre l'interaction entre les dynamiques de la régulation locale et la construction de la santé au travail ;
- repérer les pratiques de management des ressources humaines et les configurations organisationnelles les plus favorables à la santé des salariés ;
- sur cette base, élaborer des propositions concrètes pour l'ingénierie des espaces de régulation du travail, permettant aux dynamiques communicationnelles de se déployer et aux acteurs de mieux faire face aux contraintes et aux contradictions de l'activité ;
- contribuer à replacer les questions de santé au cœur des recherches en organisation et en management (CLERGEAU *et al.*, 2006).

La question de recherche est la suivante : quels sont les déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail ? Il s'agit d'une approche micro, centrée sur le travail et sa régulation et en particulier sur l'appropriation par les acteurs des outils et pratiques leur permettant de faire face aux contraintes et aux contradictions de l'activité réelle. La démarche est, par conséquent, essentiellement qualitative, même si elle utilise également, de manière complémentaire, des données statistiques recueillies par questionnaire.

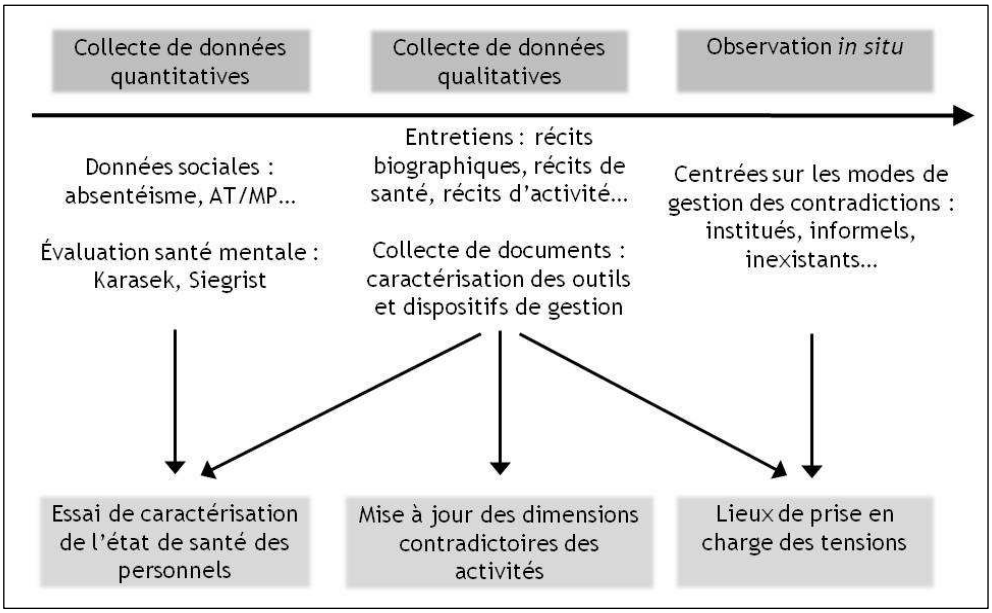
La méthodologie est fondée sur des études de cas de type ethnographique dans une vingtaine d'organisations de cinq secteurs choisis pour leurs innovations organisationnelles (industrie, métiers du téléphone, médico-social, services à domicile, La Poste).

L'ensemble du projet comporte trois niveaux d'analyse différents : l'étude de chaque cas ; l'analyse inter-cas au niveau sectoriel ; l'analyse intersectorielle sur l'ensemble de l'étude. Cette analyse multi-niveaux se traduit par une méthodologie articulant plusieurs étapes.

Dans un premier temps, une phase de diagnostic est mise en œuvre sur chaque terrain de recherche, aboutissant à une monographie décrivant l'étude réalisée et les résultats auxquels les chercheurs sont parvenus. Le recueil des données déploie plusieurs types d'outils, de natures différentes, afin de pouvoir interroger diversement les trois facteurs que sont l'organisation, le management et la santé (cf. schéma ci-dessous). Pour approcher l'organisation, plusieurs moyens sont utilisés : le recueil de documents officiels sur la structure formelle (organigrammes, fiches de postes…) ; les entretiens permettant d'appréhender la perception de ces dispositifs par les salariés ; l'observation *in situ* en suivant les acteurs dans leur travail quotidien, afin de saisir au plus près le réel de leur activité. Ces deux derniers outils, entretiens et observation, permettent également d'analyser le management mis en œuvre dans l'organisation, dans sa dimension d'animation des équipes. Ils sont complétés, pour ce deuxième facteur et pour celui de la santé, par un instrument quantitatif : le questionnaire. Ce questionnaire est en effet constitué de manière

à recueillir à la fois des informations sur le management et sur la santé perçue des salariés : il mobilise d'une part des éléments des questionnaires de R. KARASEK et de J. SIEGRIST permettant de calculer un score de santé perçue, d'autre part des questions issues de l'enquête SUMER sur les conditions de travail, pour laquelle il existe des données régionales par secteurs permettant des comparaisons, et enfin des questions spécifiques centrées sur le management et les dynamiques communicationnelles. Identique pour tous les terrains de l'étude SORG, il a pour visée l'élaboration de comparaisons intra- et intersectorielles et des rapprochements avec des indicateurs nationaux et régionaux. Par ailleurs, des informations complémentaires sont recueillies auprès des directions des ressources humaines (indicateurs sociaux) et des médecins du travail (données de santé, rapport annuel…) afin d'étayer l'analyse. Les entretiens avec le médecin du travail permettent aussi de vérifier et de compléter les informations recueillies. L'objectif des entretiens avec les salariés est également de mettre les différentes données rassemblées en perspective avec leurs récits de santé et les liens qu'ils font avec les conditions de leur activité.

Table 3 : *Design* global de la recherche SORG



Source : DETCHESSAHAR et al., 2009b, p.5

Dans un second temps, une fois l'ensemble des seize monographies rédigées par les différentes équipes de recherche, des groupes de travail, constitués avec tous ceux ayant travaillé sur des terrains appartenant à un même secteur, ont eu pour rôle de mettre en relation les résultats obtenus et d'en tirer, à partir d'une analyse comparative sectorielle inter-cas, des conclusions plus générales.[112] L'ensemble a fait l'objet d'un rapport de 790 pages remis à l'ANR en 2009 (DETCHESSAHAR *et al.*, 2009a).

[112] Une présentation de la recherche et de ses principales conclusions est disponible en ligne (http://www.agence-nationale-recherche.fr/documents/uploaded/2009/SEST2005/37detchessahar.pdf).

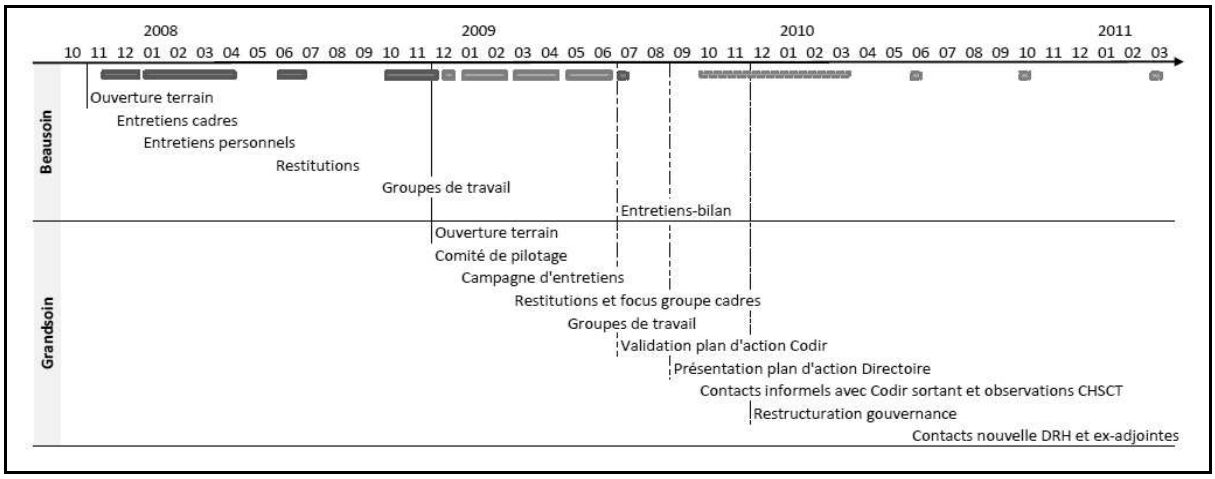
1.2. Deux recherches-interventions dans des établissements de santé

La première des deux recherches présentée ici a été réalisée dans le cadre de l'étude SORG, en binôme avec Mathieu Detchessahar, dans un centre de soins de suite de structure associative que nous avons nommé, pour des raisons évidentes de confidentialité, Beausoin. Elle a, comme celle qui suivra, pris la forme d'une recherche intervention, répondant à une demande de la direction, formalisée par un contrat. Elle s'est étalée sur une année environ.

La seconde recherche-intervention, dans une importante clinique privée que nous appellerons ici Grandsoin, a été réalisée avec Mathieu Detchessahar, Arnaud Stimec et Stéphanie Gentil, alors que le programme de recherche SORG venait de se conclure. Elle a cependant repris dans ses grandes lignes la méthodologie et les outils de SORG, afin de pouvoir la mettre en perspective avec les autres études réalisées sur des terrains du secteur médico-social. La recherche-intervention en elle-même, telle que prévue dans le contrat, s'est déroulée en quelques mois seulement : six mois après le début de l'enquête, un plan d'action était construit et validé, prêt à être déployé dès l'accord du directoire, repoussé à la fin de l'été.

A l'automne, un changement inattendu dans la gouvernance de la clinique a cependant bousculé le déroulement prévu, conduisant à la démission du comité de direction. Pendant six mois, nous aurons la possibilité d'observer de l'extérieur ces changements, à travers des contacts informels avec le directeur et la DRH sortants qui nous consulteront à plusieurs reprises. Dans l'année qui suivra, nous aurons à nouveau épisodiquement des entretiens avec la nouvelle DRH ou les cadres intermédiaires restées en poste, afin de continuer à suivre l'évolution de la clinique et d'identifier ce qui avait pu être mis en œuvre du plan d'action initialement construit dans le cadre de notre intervention.

Table 4 : Déroulement des deux recherches-interventions



1.2.1. L'articulation intervention – recherche

La première question que pose la recherche-intervention est l'articulation entre le principe d'une action soumise à une commande et à des temporalités et la production de connaissances qui suppose une démarche aux règles de scientificité bien établies. Si certaines méthodologies prétendent poursuivre conjointement y compris la définition des objectifs de la recherche et la production des savoirs avec les acteurs de terrain, la démarche adoptée ici distingue les deux dimensions, bien que celles-ci se superposent et s'alimentent réciproquement. On ne peut à proprement parler de deux phases successives, puisqu'elles tendent à se chevaucher et à s'entremêler, mais il existe bien deux démarches parallèles, aux temporalités et aux logiques différentes.

D'une part, les interventions constituent une réponse à une commande précise, en l'occurrence un diagnostic sur les risques psychosociaux à Beausoin et l'aide à l'élaboration d'un plan d'amélioration du climat social à Grandsoin. Dans les deux cas, la démarche prévoit donc comme première étape la réalisation d'un diagnostic à partir de matériaux du terrain, qui sera restitué aux commanditaires ainsi que, *a minima*, aux acteurs ayant participé à l'enquête, ce qui jusque-là concorde avec la méthodologie de la recherche.

Dans un second temps, proposé mais non déterminé dans le contrat dans le cas de Beausoin, explicitement prévu à Grandsoin, l'intervention consiste en un dispositif d'accompagnement visant à aboutir à un plan d'action répondant au diagnostic précédemment exposé. Le rôle des chercheurs est alors de garantir les conditions de la production collective d'une réponse adéquate aux problèmes identifiés. Cette étape constitue également, dans le cadre de la recherche, un matériau d'enquête inédit, qui se rapproche d'une certaine manière de l'expérimentation puisque les acteurs sont mis en mouvement – mais contrairement à l'expérimentation, impossible en milieu humain, cela se produit de façon non maîtrisée -, et que les effets de ces mouvements sur le système vont permettre de révéler d'autres éléments que l'enquête n'avait pu jusque là percevoir. L'intervention agit donc comme un révélateur de données de terrain inaccessibles directement.

Dès lors que l'on considère, comme on l'a vu, que la clé de la question de la santé au travail réside dans la possibilité d'espaces de discussion sur le travail, où puissent se construire des compromis permettant de faire face aux contradictions, autrement dit des processus de régulation conjointe articulant les règles de contrôle avec le réel du travail, la méthodologie de l'intervention prend alors tout son sens en tant qu'elle est également porteuse d'une théorie. Dans la mesure où elle vise à instaurer des espaces de discussion qui permettront la construction des solutions, la méthodologie de l'intervention a par

conséquent un rôle d'expérience et d'apprentissage par les acteurs du terrain de ce qui constituera précisément le fondement du plan d'action élaboré.

Les espaces ainsi créés pour mettre en débat le travail sont dès lors des laboratoires d'observation des dynamiques de régulation qui font précisément l'objet de la recherche. Ils sont le lieu où s'éprouvent et s'élaborent non seulement les solutions opératoires pour l'organisation, mais aussi les hypothèses de la recherche quant à la structuration et l'équipement de ces espaces et des dynamiques communicationnelles qui s'y déploient. On peut donc considérer, avec A. DAVID, qu'ils sont à la fois « *lieu d'ingénierie* » et « *source de théories fondées* » (2000b, p. 210). La recherche-intervention est en effet l'occasion pour le chercheur de descendre « *dans l'arène pour éprouver lui-même les champs de force qui traversent l'organisation et la mettent en tension* » (MOISDON, 2010, p. 217).

Vient ensuite le moment où l'intervention prend fin, dans un cas lorsque l'équipe de recherche cesse d'être sollicitée, dans l'autre lorsqu'un changement brutal dans la gouvernance interrompt la relation. La recherche se poursuivra alors distinctement, à distance du terrain, à partir des données recueillies.

Dans le cas de la clinique Grandsoin, une phase d'observation continuera, de manière informelle, sur la base du lien construit avec les acteurs. Mais nous serons ici sortis de la recherche-intervention telle qu'elle était formalisée dans le contrat initial. Au départ, cela correspondra à une demande des acteurs dirigeants, perturbés par une situation de changement brutal et imposé, désireux de repères de compréhension pour mieux ajuster leur réponse. Quelques mois plus tard, un contact sera proposé à la nouvelle DRH par l'équipe de recherche pour prendre le pouls de la situation une année après la fin de l'enquête et tenter d'identifier ce qui avait été approprié et mis en œuvre du diagnostic et du plan d'action élaboré. Ce retour au terrain n'a alors plus qu'un objectif de validation de la recherche et de suivi dans le temps. Il permet aussi de garder l'accès au terrain pour une autre recherche doctorale en cours sur les blocs opératoires.

Ce qui distingue néanmoins la recherche-intervention d'une simple enquête de terrain sous forme d'étude de cas, non matérialisée par un contrat avec des engagements vis-à-vis de l'organisation, c'est notamment l'exigence d'une temporalité imposée, liée aux nécessités de l'action, souvent bien plus courte de celle que requiert la recherche scientifique. Ainsi, à Grandsoin, la direction demandait des premiers résultats dans les trois mois après le début de l'enquête. Il a donc fallu déployer des moyens en conséquence pour réaliser une campagne de soixante entretiens en un mois et le traitement des données recueillies dans le temps imparti, s'accordant peu avec les procédés habituels de la recherche. Le diagnostic provisoire ainsi construit, presque « à chaud », présentait cependant l'intérêt

de produire rapidement une première image, élaborée grâce à de nombreuses interactions entre les quatre chercheurs mobilisés, qui avaient assuré le plus possible d'entretiens – du moins au début – en binôme, afin de croiser constamment les interprétations et de garantir ainsi la plus grande rigueur possible au diagnostic.

Lorsqu'ensuite les entretiens ont ensuite été retranscrits et codés selon une méthodologie plus classique en sciences sociales, les très nombreuses données alors disponibles ont été analysées avec un recul différent, enrichi par l'observation de la réception du premier diagnostic par les différents acteurs et de la manière dont ils l'avaient retravaillé ensuite lors des séances d'élaboration du plan d'action. Les données et les interprétations ont pu, à ce moment là, être relues à la lumière d'événements ultérieurs susceptibles de les éclairer différemment. Elles ont alors permis de bâtir progressivement une analyse beaucoup plus fine et plus riche qui s'est nourrie des premières interprétations tout en les relisant avec la distance nécessaire à une posture de recherche.

Si la demande initiale des organisations coïncidait avec le projet de recherche, l'ouverture du premier terrain ayant été une conséquence directe du lancement du programme de SORG, un tel alignement ne semble pas en soi une condition nécessaire à toute recherche-intervention. La recherche se développe en effet librement, à partir des données rassemblées, et peut prendre des orientations non prévues initialement, précisément à partir de l'ancrage dans le terrain, indépendamment de la tournure que prend l'intervention. Différents axes théoriques ont ainsi pu être explorés à partir des mêmes données empiriques, sans qu'ils soient liés aux thématiques de la demande initiale.

Intervention et recherche sont donc à la fois intimement liées, en même temps que bien distinctes et s'alimentent réciproquement, c'est là la richesse d'une telle méthodologie.

1.2.2. L'articulation entre niveaux micro et macro

Si la recherche était positionnée clairement avec une entrée par la dimension micro, centrée sur le travail et sa régulation, l'équipe SORG s'était donné comme consigne de ne pas perdre de vue les éléments de contexte d'ordre macro susceptibles de donner une clé de compréhension des contraintes pesant sur l'activité. Or cette dimension s'est révélée structurante dans quasiment tous les terrains étudiés. Les comparaisons inter-cas au sein d'un même secteur, puis de l'ensemble des terrains étudiés dans le cadre de l'étude SORG, ont mis en évidence le rôle essentiel des directions pour retraduire localement les contraintes externes, qui, lorsqu'elles ne sont pas retravaillées pour dégager des marges de manœuvre locales, se reversent en chaîne tout au long de la chaine hiérarchique et constituent finalement de multiples injonctions contradictoires que les opérateurs locaux

n'ont pas les moyens ni la latitude de trancher. Cette tension entre les dimensions macro et micro s'est révélée particulièrement forte dans le secteur de la santé, où la régulation de contrôle externe, renforcée par le tournant gestionnaire, ne cesse de subir une importante montée en puissance, comme nous l'avons vu au premier chapitre.

L'établissement Beausoin représente en ce sens un cas particulièrement intéressant du fait de sa petite taille et de son extrême dépendance des normes externes. Il permet une analyse de l'impact du tournant gestionnaire sur le vécu des salariés au travail particulièrement lisible. Les contraintes externes sont omniprésentes dans le discours et l'activité de la directrice. L'incidence de la dynamique d'hyper-activisme gestionnaire que cela a suscité est évidente sur le travail des cadres de proximité, et les effets en sont ressentis fortement par le personnel soignant et de service. La taille de l'établissement mais aussi l'engagement très fort de la direction dans la régulation externe en ont fait un cas d'une grande pertinence pour répondre à la question de recherche avec une approche multi-niveaux, prenant en compte à la fois la dimension macro des contraintes externes et la dimension micro du travail, pour finalement mettre en lumière le rôle intermédiaire du management de proximité situé au cœur de la zone de tension.

Le cas de la clinique Grandsoin semble a priori se présenter différemment. La taille de l'établissement ne permet pas une approche globale et systémique de l'établissement. Les contraintes externes apparaissent d'abord très peu dans l'étude et ne sont quasiment jamais mentionnées dans le discours des acteurs rencontrés. Tout se passe comme si la clinique, grâce à son autonomie financière, était bien à l'écart de toutes ces tensions. Le système dans un premier temps semble se réduire à l'établissement et le jeu se jouer entre le niveau de la direction et celui des opérationnels. La suite révélera qu'il n'en est rien. L'effet du tournant gestionnaire n'apparaît pas ici sous forme de règles extérieures indérogeables, mais sous la forme de représentations profondément intériorisées, d'une culture gestionnaire forte sous-tendant toute l'action du management supérieur et incarnée par le directeur et plus encore sur le terrain par la directrice des soins. Les normes contraignant le travail ne sont pas tant ici exogènes qu'endogènes. Elles ne sont pas, autant qu'à Beausoin, construites collectivement, de manière participative, mais tombent d'on ne sait où comme dans une bureaucratie. Pourtant la philosophie gestionnaire qui s'exprime dans les règles et les outils produits en interne reflète bien les enjeux plus larges du secteur sanitaire, ainsi que ceux de la gouvernance du système. Se révèle par ailleurs progressivement un autre acteur dirigeant, et tout à la fois

opérationnel, issu d'un autre monde et d'une porteur d'une toute autre logique : les médecins-actionnaires, initialement demeuré dans l'ombre. [113]

Les monographies des deux terrains (chapitres 5 et 6) tenteront de faire apparaître cette double dimension, cette approche multi-niveaux. Avant de décliner plus en détail le dispositif de la recherche, il nous reste à en situer la posture générale.

1.2.3. Visée de l'intervention et posture de la recherche

Cette recherche s'inscrit dans une approche dynamique plutôt que statique, centrée sur les processus et qui traduit un projet de connaissance finalisé, porteur d'une intentionnalité (ALLARD-POESI et MARÉCHAL, 2003) que nous décrirons dans un premier temps comme la nécessité de faire apparaître des modes de management « *soutenable* » pour les organisations et pour les salariés. Le point de départ de ce type de recherche n'est pas tant la détection d'une insuffisance ou contradiction dans des théories ou encore le souhait de tester une nouvelle méthodologie, mais un problème concret, constaté empiriquement (et, dans le cas de la santé au travail, extrêmement coûteux pour les entreprises), pour lequel les modèles existants n'apportent pas d'explication satisfaisante.

La méthodologie de la recherche a pour objet de co-construire avec les acteurs du terrain des compromis possibles qui ont vocation ensuite à être proposés dans une démarche visant à transformer l'organisation (GIORDANO, 2003, p. 23).

On remarquera qu'on ne cherchera pas à mesurer objectivement un « *état de santé* », du point de vue médical, moral ou psychologique, mais à saisir la dynamique de « *construction de la santé* » au travail (CLERGEAU *et al.*, 2006). L'approche utilisée sera résolument qualitative. Le questionnaire utilisé se révèle ici tout à fait accessoire et a pour objectif simplement de conduire à définir avec la direction, y compris dans le langage des chiffres qui est souvent le sien, un diagnostic partagé.

Il apparaît aussitôt combien la santé, aussi bien que le management ou l'organisation du travail, sont des données subjectives dont il n'est pas aisé de se saisir. L'impossible accès au réel et la confrontation à la complexité sont évidemment le propre de tout diagnostic organisationnel (BRECHET, 2000). L'on comprend bien, face à ce type de problématique, tout l'intérêt que présente l'utilisation des entretiens comme méthode principale de

[113] Il y aurait là également une riche interprétation possible par les mondes sociaux de l'entreprise tels qu'analysés par F. OSTY, M. UHALDE et R. SAINSAULIEU, ou encore à travers les cités proposées dans les économies de la grandeur de L. BOLSTANSKI et L. THEVENOT, mais dans laquelle nous ne pourrons entrer ici.

collecte de données, afin d'approcher la richesse de la réalité organisationnelle et comment les acteurs en vivent les différentes caractéristiques au quotidien.

On constatera cependant combien ce qui est dit en entretien ne correspond pas forcément à la perception réelle des acteurs (il y a ce qu'on ne veut pas dire, ce qu'on ne doit pas dire, ce qu'on ne peut pas dire, ce qu'on ne sait pas dire…). Le chercheur doit donc non seulement chercher à gagner la confiance de son interlocuteur qui peut lui révéler des clés de lecture, mais aussi à bien comprendre les enjeux stratégiques qui sont les siens (CROZIER et FRIEDBERG, 1977) et utiliser constamment la méthode de la triangulation entre les différentes informations recueillies dans les autres entretiens, par l'observation *in situ* et grâce aux diverses sources documentaires mobilisées.

Mais l'ambiguïté vient ici également du fait que les concepts interrogés sont en eux-mêmes ambivalents : l'intensification du travail peut être à la fois ressentie comme facteur de souffrance et comme opportunité d'un travail plus intéressant ; un nouvel outil de gestion peut apparaître comme une contrainte pour certains, une amélioration de l'organisation du travail pour d'autres ; la présence autoritaire d'un supérieur hiérarchique peut se révéler un sujet de crainte et dans le même temps un soutien ; inversement l'absence de contrôle pourra être interprétée à la fois comme un espace d'autonomie apprécié et un comme un signe d'abandon. Le travail est toujours à la fois source de souffrance et de bonheur (DEJOURS, 2008 ; BAUDELOT et GOLLAC, 2003). La plainte elle-même est à la fois une construction sociale (LORIOL, 2006) et l'expression de multiples enjeux, à prendre avec beaucoup de précautions.

Par ailleurs, la confrontation au terrain met en évidence combien la présence du chercheur dans l'organisation et le déploiement du dispositif de l'étude à un moment donné sont loin d'être neutres. Les acteurs du terrain se saisissent de la recherche et du chercheur dans les jeux qui se jouent avec la hiérarchie : la participation aux entretiens fait l'objet d'une négociation, de refus (parole contrôlée, refus de l'enregistrement) voire de boycott ; elle est utilisée comme instrument de pouvoir (revendication du droit à être entendu), d'expression, d'autonomie (une heure en dehors du service, pour « *se lâcher* ») ; elle fait l'objet d'un questionnement de la part des acteurs (« *qu'est-ce que la direction peut bien en attendre alors qu'elle sait qu'on va révéler ses manques ?* »), révèle en partie les jeux stratégiques et les positions de chacun. Nous allons revenir sur ces différents points au cours de notre analyse dans ce chapitre.

1.2.4. Une approche ethnographique et ancrée dans le terrain ?

Au moment de mettre en forme tout le travail réalisé au cours de ces deux recherches de terrain, nous avons voulu nous poser la question : peut-on vraiment, ainsi que s'en réclament les auteurs de la recherche, qualifier la méthode d'approche ethnographique ? Ce sont bien les principes de l'ethnographie qui ont inspiré et sous-tendu en bonne part son déroulement.

La méthode, par sa durée relativement courte de présence sur le terrain, par le temps restreint consacré à l'observation directe, par le traitement d'un nombre important d'entretien sans systématiquement les accompagner d'une contextualisation et d'une caractérisation de la relation entre l'enquêteur et l'enquêté, ne rentre clairement pas dans les canons d'une véritable méthode ethnographique. Du fait avant tout des contraintes imposées par l'intervention, peut-être aussi parce que nous n'en avons découvert les principes que tardivement[114], une fois les deux études de terrains déjà réalisées. Néanmoins, nous avons tenté de développer un « *regard* » (HUGUES, 1996) plus ethnographique au cours de la phase d'analyse des données.

C'est ainsi qu'au cours de la phase de retranscription et de codage des entretiens de la clinique Grandsoin, nous avons adopté la technique de la rédaction de mémos pour y consigner précieusement les réflexions qui murissaient au fil de l'analyse. Au total, plus de 125 pages de mémos se sont ainsi ajoutées aux données empiriques recueillies sur les terrains. Ils se révéleront extrêmement précieux au moment de la théorisation et de la rédaction, dont ils constitueront une base essentielle.

Ce souci de la réflexivité accompagnera toute la suite du processus, et en particulier la rédaction de ce chapitre méthodologique qui, tout à la fin de la recherche, sera un retour très riche sur l'expérience vécue au cours de cette thèse et en particulier sur le terrain.

Le souci de rendre au maximum les observations du terrain se traduira par un certain nombre de choix lors de la rédaction des monographies : l'adoption du style récit, le fait de donner un nom et de décrire autant que possible chacun des personnages afin de faire apparaître leur singularité, de mettre en valeur le contexte et les interactions entre les personnes, la tentative de repérer les « *catégories indigènes* » récurrentes dans les discours et l'interprétation qu'en donnent les acteurs, la collecte de récits de pratiques et d'anecdotes qui émailleront ensuite le récit, la combinaison systématique des différentes sources pour analyser le décalage entre elles et les contradictions susceptibles d'ouvrir des

[114] Ce travail, et tout particulièrement les lignes qui suivent, ont particulièrement bénéficié d'un cours, suivi dans le cadre de l'école doctorale, sur les « *Usages des méthodes ethnographiques en sciences humaines et sociales* » par Marie Cartier en mars 2010.

postes d'interprétations possibles. Nous retrouvons d'ailleurs là également en grande partie les principes énoncés par H. KLEIN et M. MYERS, attendus lors de l'évaluation d'une recherche de terrain de ce type (1999).

S'il n'a pas été possible, étant donné leur nombre, de faire une exploitation intensive des entretiens réalisés, comme y invitent J-C. KAUFMANN (2007) ou S. BEAUD (1996), nous en avons cependant fait l'expérience en travaillant en profondeur l'entretien de 3h45 réalisé auprès de la directrice de Beausoin. Avec l'entretien de cadrage réalisé au début de l'étude et celui par téléphone postérieur à son départ de l'établissement, portant sur sa trajectoire personnelle, il a permis la rédaction d'un article sur la manière dont celle-ci s'appropriait les outils de gestion en vue d'une régulation conjointe avec les tutelles lui permettant de dégager des marges de manœuvre et d'obtenir des postes dans un contexte budgétaire très tendu[115].

Nous avons également voulu interroger la référence à la théorie enracinée de B. GLASER et A. STRAUSS (1967). Là encore, cette recherche ne prétend en aucun cas s'inscrire fidèlement dans cette méthodologie, particulièrement exigeante (SUDDABY, 2006), qui suppose le respect de règles très précises, aussi bien pour la collecte et l'analyse des données (CORBIN et STRAUSS, 1990), que dans l'étape de conceptualisation et de théorisation (GLASER, 2002), afin d'obtenir une théorie réellement « *enracinée* » dans les données, sans autre inscription préalable dans un cadre théorique déterminé. Comme dans nombre de recherches en France qui s'en réclament, nous avons surtout retenu le processus itératif de va-et-vient entre les données de terrain et la réflexion théorique. Si la construction théorique finalement proposée est clairement le fruit de ces « *frottements entre savoir local et savoir global* » (KAUFMANN, 2007, p. 90), il n'en demeure pas moins qu'elle n'est pas seulement le fruit d'une pure induction analytique. Elle résulte plutôt d'un processus en forme de boucle récursive d'abduction / déduction / induction tel que décrit par A. DAVID, où des hypothèses explicatives sont construites par abduction pour rendre compte de phénomènes observés, leurs conséquences possibles sont ensuite explorées par déduction afin de mettre à jour par induction une règle stable ou une théorie définissant ce qui a été observé (2000a, p. 87).

Il est cependant indéniable que la recherche était dès l'origine, comme nous le verrons plus loin, porteuse d'une certaine théorie servant de grille de lecture à la réalité observée plus loin et reflétée dans le *design* de la recherche lui-même. En ce sens, il ne peut s'agir à strictement parler de « *grounded theory* » au sens de B. GLASER et d'A. STRAUSS (1967).

[115] (GREVIN, 2010). Le contenu est repris en bonne part chap. 5 au paragraphe 2.2.

Cela n'a pas empêché la recherche de se construire pas à pas en fonction des surprises du terrain, de se laisser guider d'une entrée initialement micro vers une prise en compte plus importante des dimensions macro, et de rester ouverte à la mobilisation tardive de théories (l'approche par le don) absolument absentes du cadre initial.

Parcourons maintenant le cheminement réalisé depuis l'entrée sur le terrain jusqu'à la mise en forme de la recherche une fois finalisée.

2. LE DISPOSITIF DE RECHERCHE-INTERVENTION A L'EPREUVE DU REEL

La présente recherche est basée sur deux recherches-interventions, l'une dans un centre de soins de suite privé associatif, l'établissement Beausoin, et l'autre dans une importante clinique privée, ici dénommée Grandsoin. Chacune des deux études a fait l'objet d'une monographie (chapitres 5 et 6) décrivant de manière détaillée leurs caractéristiques et leur fonctionnement, ainsi que les modalités de l'intervention. Nous nous contenterons ici de souligner les éléments nécessaires à la compréhension de la démarche méthodologique.

2.1. La négociation de la recherche-intervention

2.1.1. L'accès aux terrains

C'est dans le cadre de *focus groups*, organisés au cours de la phase initiale de la recherche SORG, que le médecin du travail en charge du suivi de l'établissement Beausoin est entré en contact avec l'équipe de recherche. Le *design* du programme de recherche prévoyait des études de cas dans des établissements de tout le continuum de la filière de soins, depuis l'hôpital jusqu'aux soins à domicile et aux maisons de retraite. Un service de soins de suite d'un CHU a également été étudié par une autre équipe. Plusieurs maisons de retraite du secteur de Beausoin et de taille similaire font aussi partie de l'échantillon.

Préoccupé par les plaintes récurrentes de stress dans l'établissement et les cas de souffrance au travail qu'il était constatait régulièrement, le médecin du travail a proposé à la direction une intervention de l'équipe de recherche. Démunie face à la situation, la directrice a accepté bien volontiers, d'autant que l'étude était financée par l'ANR et qu'elle était déjà en contact avec d'autres enseignants de l'Université pour l'encadrement des stagiaires de l'IEMN-IAE qu'elle engageait régulièrement, appréciant ces échanges. Un contact a donc été pris et l'entretien définissant les modalités de l'intervention a eu lieu le 5 novembre 2007 en présence des deux chercheurs intervenants, de la directrice et de son attachée ressources humaines qui serait chargée du suivi logistique de l'étude.

Quelques six mois plus tard, alors que nous venions de présenter notre diagnostic, la directrice de Beausoin nous informe qu'elle a conseillé nos services à son collègue, directeur d'une importante clinique de la région, qu'elle connaît et apprécie depuis longtemps. Confronté à un climat social très tendu dans son établissement, ce dernier entre en contact avec notre équipe dès l'été, rencontre le directeur du programme de recherche puis donne son accord pour une intervention et signe une convention d'étude. Les premiers entretiens de cadrage auront lieu à l'automne 2008 et la campagne d'entretiens débutera dès début janvier 2009 en vue de déboucher sur un diagnostic dans les trois mois et de pouvoir mettre en route des réponses au plus vite.

Dans les deux cas, c'est donc le dirigeant de l'établissement et la personne en charge des ressources humaines qui nous ont introduits dans l'établissement et qui ont assuré dans un premier temps la communication en direction du personnel sur les objectifs et les modalités de l'intervention. Une telle entrée par l'intermédiaire de la hiérarchie n'est pas sans incidence sur la relation avec les salariés. C'est le cas notamment à la clinique Grandsoin où les élus au CHSCT, suite à une grève massive des salariés au mois d'avril précédent, avaient décidé de tirer la sonnette d'alarme et exigé de la direction une expertise par un cabinet extérieur sur les risques psychosociaux, votée unilatéralement le 1er août 2008 pour motif de danger grave et imminent. Voulant éviter toute interférence de la direction sur l'étude, les représentants du personnel choisissent comme prestataire un grand cabinet parisien spécialisé et réputé pour ses interventions dans d'importants groupes français. Ce dernier refusant toute négociation sur le périmètre de l'étude, la direction s'oppose au contrat et se voit envoyée au tribunal en référé par les délégués syndicaux pour délit d'entrave. C'est dans ce contexte de forte tension que la direction nous mandate pour une intervention, avec la consigne d'obtenir rapidement un diagnostic afin que soit mis en route un plan d'action au plus vite, avant que n'intervienne le cabinet extérieur mandaté par le CHSCT.

Nous poserons donc comme condition, dans les deux établissements, que les entretiens soient proposés sur la base du volontariat et insisterons continuellement sur la confidentialité des données recueillies. Si nous observerons quelques réticences dans les premiers temps de l'enquête, et parfois peu d'enthousiasme dans certains services à s'inscrire pour les entretiens ou à répondre au questionnaire proposé, assez rapidement la confiance se répandra suite aux premiers entretiens avec des membres des équipes soignantes. La relation qui s'établira dans l'entretien et la liberté de parole qui s'y autorisera rapidement fera des premiers interviewés les meilleurs ambassadeurs de l'étude. Notre présence répétée dans les services pour les temps d'observation, les entretiens ou la passation des questionnaires ou pour intervenir aux transmissions en vue

de réexpliquer et de reproposer à tous de participer, feront le reste. Au point qu'un mois à peine après le début de l'enquête[116], une salariée de Grandsoin rencontrée en entretien révélera qu'elle est membre du CE et proposera un contact avec l'équipe des élus CE/DP également au CHSCT, qui avaient refusé d'être associés au comité de pilotage de l'étude. Nous rencontrerons un mois plus tard, dans les locaux du CE, lors d'un long entretien de près de 2h30, la présidente du CHSCT, bientôt rejointe par deux de ses collègues, qui constatèrent la pleine convergence de vues entre notre approche et leurs préoccupations. Elles n'auront de cesse dorénavant de veiller à ce que la direction aille jusqu'au bout de la démarche et que le plan d'action élaboré suite à notre diagnostic soit poursuivi et mis en œuvre, quitte à reprocher à la DRH de n'avoir pas été associées au début…

La réelle préoccupation de tous face à la dégradation du climat social ou à la question des risques psychosociaux, ainsi que notre posture d'écoute et d'attention à la réalité quotidienne du travail des acteurs, ont sans doute joué favorablement dans la construction, somme toute relativement rapide, d'un climat de confiance vis-à-vis de notre équipe permettant une libre parole lors des entretiens, des temps d'observation ou des diverses séances de travail. Nous avons par ailleurs bénéficié dans les deux cas du soutien – quoique discret pour préserver leur neutralité – du médecin du travail, des psychologues exerçant dans l'établissement et de manière générale de l'encadrement tant administratif que médical. Les syndicats eux-mêmes, bien que circonspects par principe, étaient vivement intéressés par les résultats de notre intervention, tout comme de manière générale le personnel.

2.1.2. L'expression de la demande

Dans le cas de l'établissement Beausoin, la demande était formulée en termes d'étude sur le stress au travail et les risques psychosociaux. Un enquête conduite par le CHSCT auprès du personnel sur les risques professionnels avait révélé quelques années plus tôt que parmi les premiers risques exprimés, en termes de probabilité, de gravité et de fréquence, figurait le « *stress* » et les relations avec les collègues et la hiérarchie. Le médecin du travail avait par ailleurs fait part à la direction à plusieurs reprises de sa préoccupation pour des cas de souffrance au travail. La directrice, démunie, souhaitait comprendre comment apporter une réponse à cette plainte, qu'elle ne semblait cependant pas considérer comme justifiée, étant donné les conditions de travail particulièrement favorables de l'établissement.

La direction de la clinique Grandsoin se garde bien quant à elle de prononcer le terme de stress ou de faire référence aux risques psychosociaux, préoccupation du CHSCT. Il s'agit

[116] Nous aurons déjà, à cette date là, rencontré 55 salariés de la clinique.

de travailler à l'amélioration du climat social. Les membres de la direction sont en réalité fortement interrogés par une grève violente et très suivie, quelques mois plus tôt, qu'aucun d'eux n'avait vu venir, pas plus que les médecins-actionnaires. Il leur faut donc agir vite, d'autant plus que le dernier baromètre du climat social confirme la dégradation.

Au-delà de la demande officielle, il appartiendra aux chercheurs de détecter la « *vraie question* » (UHALDE, 2001, p. 411) qui se cache derrière la commande. Quel est en réalité le motif qui pousse ces dirigeants à s'exposer ainsi sur un sujet si sensible, à prendre le risque d'un diagnostic dont les résultats seront probablement douloureux à entendre et à s'engager sur un processus de changement certainement très peu maîtrisé ?

En ce qui concerne Beausoin, l'attachée RH nous le laissera entendre dès le premier entretien de cadrage de l'étude. Il existe dans l'établissement une tension forte entre la directrice et le médecin-chef, soupçonné de n'avoir pas la carrure pour un tel poste. La directrice et son assistante RH ont donc besoin d'éléments pour prendre une décision et espèrent que l'étude pourra leur en donner. Elles semblent convaincues que les problèmes dans l'établissement sont pour une bonne part le fait du comportement du médecin-chef.

Les motivations réelles du directeur de la clinique Grandsoin sont, dans un premier temps, moins évidentes. Il est en réelle difficulté sur le plan du climat social, depuis la forte grève du mois d'avril précédent. Le conflit avec le CHSCT en est une preuve de plus. Ce que nous ne mesurerons pas suffisamment au départ, c'est la pression des médecins-actionnaires vis-à-vis de lui sur ce plan. Ceux-ci n'ont pas du tout apprécié de voir le bloc opératoire bloqué par les grévistes et en attribuent la responsabilité à une mauvaise gestion du directeur, dont c'est la mission de faire fonctionner correctement l'établissement. Il lui faut donc prendre des mesures rapides pour faire taire la plainte et donner la preuve qu'il a bien l'établissement en main. C'est en réalité, bien plus que nous ne le penserons dans un premier temps, son poste qui se joue là. Il se trouve fragilisé, l'étude doit lui permettre de retrouver une légitimité. C'est pourquoi le diagnostic, l'interpellant directement dans sa responsabilité de dirigeant, le plongera dans un profond malaise et avec lui tout son comité de direction. Nous reviendrons sur cet épisode par la suite pour en tenter une interprétation plus approfondie.

2.1.3. Le cadrage de l'étude

Étant donné la sensibilité du sujet sur lequel nous intervenions, les tensions qui existaient dans l'un et l'autre des établissements autour de cette question et le fait que nous y étions introduits par la direction, l'issue de l'intervention n'était au départ en rien garantie et il nous fallait absolument conquérir la confiance et l'implication des salariés.

A Beausoin, l'étude s'est mise en place de manière plus simple. Nous avons rencontré la directrice et son attachée RH lors d'un entretien de plus de 2h où celles-ci nous ont longuement présenté l'établissement et les problématiques qu'elles avaient identifiées. Il a été convenu que l'enquête porterait sur l'ensemble de l'établissement, mais en privilégiant toutefois les services de soins, et débuterait par une première phase d'entretiens exploratoires avec les principaux cadres, avant de passer à l'étape d'observation du travail dans les services et à la campagne d'entretiens et de questionnaires auprès de l'ensemble du personnel concerné. La directrice nous a décrit chacun des acteurs-clé de l'établissement et a proposé d'organiser les entretiens avec une dizaine d'entre eux (soit la quasi-totalité) dans le mois qui a suivi.

A la clinique Grandsoin, étant donné la taille de l'établissement et le climat de tension qui y régnait lorsque nous sommes arrivés, nous avons pris soin de mettre sur pied un dispositif d'intervention le plus collaboratif possible. Après un premier entretien de cadrage avec le directeur, nous avons proposé lors d'un second avec la DRH la constitution d'un comité de pilotage *ad hoc*, dont nous avons soigneusement étudié la composition avec elle. Ce comité avait pour mission de déterminer avec nous le périmètre de l'étude, de valider le protocole de recherche et de constituer un espace de discussion dans lequel nous puissions débattre du diagnostic et de sa validité. Ce comité serait ensuite chargé de travailler à l'élaboration d'un plan d'action sur la base du diagnostic qui lui serait restitué de manière détaillée. Une quinzaine de personnes furent invitées à y prendre part, représentant toutes les catégories de personnel[117].

Lors de la première réunion, afin de leur témoigner la confiance de la direction, la DRH exposa en avant-première et en toute transparence les résultats complets – et très dégradés - du dernier baromètre de climat social. L'ensemble du dispositif de recherche fut présenté et discuté. Il fut convenu que l'enquête porterait sur un service d'hospitalisation (celui de chirurgie digestive), soit trois unités de soins, et au plateau technique sur une unité de blocs opératoires (celui d'orthopédie). Des représentants de l'ensemble des catégories de personnel opérant sur ces unités seraient rencontrés en entretien et les questionnaires seraient proposés à l'ensemble des équipes concernées, à savoir les soignants membres des unités ainsi que l'ensemble des ASH, des brancardiers et des agents de stérilisation, puisque ceux-ci ne sont pas affectés à une unité en particulier, ainsi qu'à une seconde unité de blocs pour comparaison (blocs de chirurgie digestive). Par

[117] Il était constitué de la DRH, de la directrice des soins et de ses deux adjointes, de deux responsables d'unité de soins, de deux infirmières (l'une du bloc et l'autre des services de soins), d'une aide-soignante, de deux ASH, de la directrice et de la responsable du service hôtellerie, de l'assistante de la responsable de stérilisation, ainsi que de la psychologue et du médecin du travail. Le directeur pharmacie et recherche clinique s'y joindra par la suite à sa demande.

ailleurs, un accès total a été donné à l'ensemble des cadres et intervenants transversaux que nous aurions jugé nécessaire de rencontrer. La première réunion avec le comité de pilotage fut l'occasion d'ouvrir la discussion sur les problématiques rencontrées et de familiariser ainsi les participants avec la liberté de parole que nous leur proposions. Les membres de l'encadrement présents furent très attentifs à jouer le jeu.

Table 5 : Récapitulatif de la commande dans les deux établissements

Établissement	**Centre de soins de suite BEAUSOIN**	**Clinique privée GRANDSOIN**
Taille	93 salariés (76 ETP) 80 lits	732 salariés (690 ETP) 350 lits
Type de gouvernance	Privé associatif, à but non lucratif, PSPH	Privée, détenue par les 100 médecins-actionnaires de l'établissement
Demande	Étude du stress et des risques psychosociaux	Plan d'amélioration du climat social
Motif de la demande	Interpellation du CHSCT et du médecin du travail	Grèves massives et plainte du CHSCT
Périmètre retenu	Services de soins et hôtellerie	Un service de soins de chirurgie et une unité de blocs opératoires

2.2. La collecte des données empiriques

Sur la base des conditions ainsi définies, la phase d'enquête a pu s'ouvrir, suivant à peu près les mêmes modalités dans chacun des deux établissements.

2.2.1. La stratégie de collecte des données

La stratégie de collecte des données pourrait être qualifiée à la fois de dirigée et d'émergente (GIROUX, 2003, p. 59). Dirigée puisqu'elle a été dans un premier temps planifiée avec les dirigeants de l'organisation, en fonction des objectifs de la recherche, d'une tentative de repérer les acteurs clés et de systématiser l'approche pour permettre une certaine logique et en vue d'une certaine représentativité de l'échantillon. Émergente également, comme dans le cas de la « *grounded theory* » (GLASER et STRAUSS, 1967), au sens où c'est au fur et à mesure de la collecte, débutée à partir d'une thématique large, en comparant les données recueillies aux précédentes, qu'il a été possible de préciser « *chemin faisant* » la stratégie de recherche et de déterminer les informations nécessaires pour aller plus loin. L'aller–retour constant entre l'analyse et les données a permis de déterminer le moment où la « *saturation* » était atteinte et de juger alors qu'il n'était plus nécessaire de rencontrer d'autres acteurs.

L'ordre d'utilisation des différents outils n'a pas été non plus anodin et révèle également le processus itératif et interactif de la collecte. Conçue pour se dérouler selon une certaine méthodologie, la recherche a été constamment « *bousculée* » par l'interaction avec les acteurs du terrain sollicités par l'intervention et la présence des chercheurs. Si l'ensemble de la méthodologie leur avait été annoncée, au fur et à mesure qu'ils la découvraient dans sa réalisation concrète et en faisaient l'expérience directement, ils en devenaient des acteurs, interpellant, hâtant ou au contraire ralentissant certaines étapes. Notre présence sur le terrain n'a certainement pas été étrangère aux événements qui s'y sont déroulés à ce moment-là, comme par exemple le conflit autour de la charge de travail à Beausoin qui déboucha sur la permutation des équipes entre les deux services, ou la restructuration engagée par le directoire à la clinique, sur lesquels nous reviendrons.

Les différents modes de collecte de données se sont ainsi alimentés réciproquement, l'ensemble du temps passé dans l'établissement se révélant un temps d'observation, ouvrant des opportunités de repérage ou de recueil de documents utiles, de mini-entretiens flottants ou encore d'encourager l'un ou l'autre à remplir le questionnaire ou à s'inscrire aux entretiens. Notre présence était également l'occasion pour ceux qui avaient déjà été rencontrés en entretien de se faire promoteurs de l'étude auprès de leurs collègues ou de venir nous communiquer telle ou telle information complémentaire.

2.2.2. Les entretiens

Dans les deux établissements, les entretiens ont pris dans un premier temps une forme très peu dirigée, que l'on pourrait qualifier avec J-C. KAUFMANN d' « *entretien compréhensif* » (2007). Quatre axes étaient proposés au début du face-à-face, formulés d'une manière simple et autant que possible adaptée à chaque interlocuteur :

- « *vous* » (formation, expérience passée, comment et pourquoi vous êtes arrivé dans l'établissement) ;
- « *votre travail* » (son déroulement, ses caractéristiques, ses difficultés…) ;
- « *votre regard sur le management et l'organisation du travail* » (rapport à la hiérarchie, circulation de l'information, rôle de l'encadrement, dysfonctionnements…) ;
- « *votre bien-être / mal-être au travail* » (problèmes de santé liés au travail, pénibilité, plaisir à venir travailler…).

Pendant le déroulement de l'entretien, et particulièrement au départ, les seules questions posées servaient à faire préciser une information ou à approfondir un point qui paraissait d'un intérêt particulier. L'interlocuteur était laissé libre de conduire la discussion selon ce

qu'il lui paraissait important d'aborder et de porter à la connaissance du (ou des) chercheur(s)[118], de manière à introduire le moins d'influences possible. Au fur et à mesure que l'entretien avançait et que la relation de confiance se tissait, il prenait de plus en plus la forme d'une conversation « à bâtons rompus », où le chercheur prenait la liberté de réagir lui aussi pour pousser plus loin l'échange ou inviter à raconter des anecdotes, « *un des leviers les plus puissants de l'entretien ethnographique* » selon S. BEAUD (1996, p. 242).

Souvent, l'entretien se terminait par une dernière question sur les atouts et/ou les aspects négatifs de l'établissement, qui permettait en général de revenir sur les points les plus problématiques aux yeux de la personne interrogée et de saisir la place et l'importance qu'il leur accordait par rapport aux autres sujets mentionnés.

Au fur et à mesure de l'avancée de la recherche et notamment à l'approche de la saturation, les entretiens ont pris une forme de plus en plus orientée, bien que préservant toujours l'ouverture à de nouveaux éléments. Les interprétations qui commençaient à prendre forme étaient ainsi testées auprès des interlocuteurs, en orientant la conversation plus spécifiquement sur les thématiques qui avaient été relevées dans les entretiens précédents. Ce fut notamment le cas de la deuxième rencontre avec l'une des cadres de santé de Beausoin ou avec la directrice de soins de la clinique, et plus encore avec une infirmière de Grandsoin qui avait exprimé au moment où elle devait partir avoir encore des choses à dire. Ces échanges plus poussés, à un moment où notre connaissance du terrain était déjà bien avancée et la confiance établie, ont permis de valider de nombreuses hypothèses formulées au cours de la recherche et de conforter ainsi l'analyse provisoire ébauchée. Ce type de vérification permet d'augmenter la validité interne des données.

A quelques rares exceptions près, notamment tout au début, où les acteurs faisaient preuve d'une parole très contrôlée, une relation de confiance s'est très vite établie lors de l'entretien, qui durait souvent plus longtemps que prévu et a quasiment toujours pu être enregistré, même dans les rares cas où les personnes avaient été, à l'origine, envoyées par leur responsable contre leur gré[119]. Tandis que souvent les soignants ou agents de service à

[118] 41 % des entretiens à Grandsoin ont été réalisés à deux (voire parfois trois chercheurs) afin de permettre au maximum une triangulation des informations et des perceptions, même s'ils étaient conduits en général par l'un des chercheurs, l'autre privilégiant la prise de note.

[119] Ainsi, à Grandsoin, un entretien avec une ASH, arrivée contrainte et forcée et refusant la discussion, s'est transformé en temps d'observation à sa suite dans le service, au cours duquel celle-ci interpella toutes ses collègues, les invitant à nous raconter nombre de situations auxquelles elles étaient régulièrement confrontées. Ce fut finalement un véritable entretien collectif. Inversement, il s'est produit qu'un brancardier décide de s'inscrire pour un entretien, après que tous ses collègues se soient désistés suite à des pressions de leur responsable, afin de se faire le porte-parole de son équipe parce qu'il avait constaté que nous n'avions rencontré que des brancardiers en responsabilité ou des nouveaux qui n'étaient pas représentatifs de leurs préoccupations.

Beausoin prétextaient au départ n'avoir pas le temps de se poser un quart d'heure pour remplir le questionnaire, nombre d'entre eux prirent finalement sans problème plus d'une heure pour dialoguer en entretien, sans pour autant être remplacés dans le service. Beaucoup sortaient de l'entretien en remerciant de ce qui s'était échangé.

Au total, dans le centre de soins de suite Beausoin, une première phase de dix entretiens a été réalisée au cours du mois de décembre 2007 auprès des principaux cadres du service de soins, complétée par une deuxième phase entre janvier et avril 2008 auprès d'infirmières, aides-soignantes et agents de service, ainsi que des différents intervenants paramédicaux, et des cadres et employés des services fonctionnels. Au total, 38 entretiens ont été réalisés[120], soit plus d'un tiers du personnel de l'établissement rencontré au cours d'un face à face de une à deux heures.

Table 6 : Effectifs par catégorie professionnelle rencontrés en entretien à Beausoin

Catégories professionnelles	Salariés rencontrés	Effectif total de la catégorie	Part salariés rencontrés
Cadres administratifs (ou assimilés)	4	6	67 %
Médecins	4	5	80 %
Kinés	2	3	67 %
Intervenants paramédicaux et socio-éducatifs	5	6	83 %
Cadres de santé	2	2	100 %
Infirmières	6	15	40 %
Aides-soignantes	5	26	19 %
Agents de service	6	15	40 %
Employés administratifs	2	6	33 %
Services logistiques (cuisine, technique…)	0	9	0 %
TOTAL	**36**	**93**	**39 %**

Décidée à ne pas biaiser l'étude, la direction avait proposé d'ouvrir à tous les personnels la possibilité de s'inscrire aux entretiens. Mais la situation de tension dans les équipes de soins à ce moment-là a rapidement révélé une forte réticence des soignants et agents de service, peu rassurés au départ quant à la confidentialité du procédé, qui préféraient éviter de s'exprimer. Par une information orale répétée lors des transmissions, l'appui des premiers interviewés et en interpellant souvent directement les salariés présents dans les services, il a été possible de rencontrer un échantillon varié, aussi bien en termes d'âge, d'ancienneté, de fonction, que de mode d'engagement et d'opinion sur la structure.

[120] Sans compter l'entretien de cadrage au début de l'étude et les six entretiens réalisés un an plus tard, en phase d'évaluation. Aux 36 salariés interviewés, il convient d'ajouter le médecin du travail, externe à l'entreprise. Un cadre de proximité a par ailleurs été rencontré deux fois.

A la clinique Grandsoin, il nous avait été demandé d'intervenir dans des délais extrêmement brefs. C'est pourquoi une équipe de quatre chercheurs-intervenants a été constituée, qui a réalisé, en l'espace quasiment d'un mois, 63 entretiens[121]. La campagne a commencé par une douzaine d'entretiens aux cadres ou membres de la direction, avant de se poursuivre ensuite avec les équipes des services choisis. Au total, 5 membres du comité de direction ont été rencontrés, 10 cadres intermédiaires ou de proximité, 3 chirurgiens, ainsi que divers acteurs transversaux[122]. Parmi les équipes soignantes et agents de service en hospitalisation ou au plateau technique, entre 3 et 5 représentants de chaque catégorie (8 pour les infirmières du bloc) ont été rencontrés, soit au total 22 % de la population identifiée.

Table 7 : Effectifs par catégorie des soignants ou agents rencontrés en entretien à Grandsoin

Catégories professionnelles	Salariés rencontrés	Effectif dans la catégorie	Part salariés rencontrés
Infirmières - services de soins	5	35	14 %
Aides-soignantes - services de soins	5	22	23 %
ASH – services de soins	4	12	33 %
Infirmières - bloc	8	20	40 %
Infirmières – salle de réveil	4	25	16 %
Aides-soignantes – salle de réveil	3	16	19 %
ASH - bloc	3	18	17 %
Brancardiers	4	16	25 %
Stérilisation	3	17	18 %
TOTAL	**39**	**181**	**22%**

Tandis que la quasi-totalité des entretiens de Beausoin a pu être enregistrée (seuls deux ASH et un agent d'accueil ont refusé, deux fichiers ont été par ailleurs endommagés), nous n'avons pu disposer d'enregistrements que pour une partie seulement des entretiens de Grandsoin, certains ne l'ayant pas été pour des raisons matérielles d'organisation des équipes, d'autres ayant été perdus lors de la disparition accidentelle d'un appareil. 38 entretiens au total sur les 63 réalisés par l'ensemble de l'équipe à Grandsoin ont pu être retranscrits. En revanche, des notes détaillées d'entretien[123] étaient disponibles pour 60 d'entre eux et ont permis une analyse et un codage, sur lesquels nous reviendrons ensuite.

[121] Précisément 59 entretiens ont été réalisés entre le 6 janvier et le 6 février 2009. Se sont ajoutés dans le courant du mois suivant les 3 entretiens avec les chirurgiens et celui avec les élus du CHSCT.

[122] Médecin du travail, psychologue, diététicienne, ainsi que les membres du CE élus au CHSCT.

[123] Nous avions en général entre 2 et 8 pages de notes (près de 4 pages en moyenne), contenant l'essentiel des propos rapportés sous forme de *verbatim*.

2.2.3. L'observation in situ

Pour permettre une immersion plus complète dans les services et une connaissance plus approfondie du travail des soignants et des agents de service, le dispositif prévoyait également, en complément des entretiens, des séquences d'observation du travail *in situ*.

Cinq demi-journées ont été consacrées à des séquences d'observation dans les services de soins de Beausoin, et quatre dans les services de soins de Grandsoin, sans compter celles effectuées par les autres membres de l'équipe de recherche. Le statut choisi était celui de l'« *observateur qui participe* » (GROLEAU, 2003), où le chercheur est identifié comme tel dans l'organisation et circule librement dans les services sans prendre part à l'activité mais avec la possibilité d'entrer en interaction avec les acteurs pour les questionner sur leurs pratiques ou sur les événements observés.

Étant donné le temps relativement court qui a pu y être consacré, les stratégies d'observation choisies, à la suite de B. JOURNÉ (2005), correspondent à des périodes brèves, tantôt sur un périmètre fixe (l'infirmerie ou le couloir du service concerné) afin de saisir les interactions entre les différents acteurs au cours de l'activité, tantôt sur un mode itinérant, en suivant un des acteurs dans tous ses déplacements pendant un temps déterminé de sa journée.

A ces temps d'observation directe et de contact privilégié avec les équipes dans le cadre de leur activité quotidienne, il faut ajouter les multiples occasions qui se sont présentées au cours des quinze journées complètes passées dans l'établissement à Beausoin et les dix à Grandsoin pendant la phase de diagnostic, ponctuées d'épisodes parfois significatifs, saisis au vol au cours d'un repas au restaurant du personnel, d'un passage à l'accueil ou dans une des infirmeries, lors des transmissions pour communiquer sur les modalités de participation à l'étude, ou dans un moment d'échange spontané avec l'un ou l'autre des membres du personnel ou de la direction.

Plusieurs entretiens flottants ont ainsi pu être réalisés en dehors de tout cadre prévu, à la demande parfois des intéressés qui souhaitaient profiter de la présence des chercheurs pour leur soumettre un problème de management[124] ou vérifier leur neutralité et la confiance accordée[125]. C'est ainsi qu'au fur et à mesure du temps passé dans

[124] Ce sera le cas notamment de la directrice des soins de Grandsoin qui, à plusieurs reprises, nous invitera à passer dans son bureau pour nous consulter sur une problématique de management qu'elle estimait directement liée à l'intervention en cours.

[125] Il arrivera par exemple qu'une cadre de proximité de Grandsoin, nous repérant à la cafétéria, vienne tenter de vérifier ce qu'elle pensait que nous avions remonté à la direction à son sujet, suite au refus d'une salarié de son équipe de participer à un entretien au motif qu'elle avait été contrainte par sa responsable. Le dialogue qui s'est établi, après avoir rappelé notre position de

l'organisation, notamment suite aux séquences d'observation et aux entretiens, s'est instaurée, en particulier avec les acteurs fréquemment croisés par la suite, une relation privilégiée, comme en témoignent les confidences recueillies au passage dans un couloir ou les invitations spontanées à observer telle situation ou à constater le non-respect inévitable de procédures pourtant fermement imposées.

En revanche, un peu dépassée au départ par la richesse du matériau recueilli sous toutes ses formes, nous n'avons pour Beausoin ni pensé en amont ni systématisé en aval la collecte des notes d'observation, constituées plus d'annotations permettant de mémoriser les situations repérées que d'un véritable matériau utilisable pour un codage approfondi comme nous avons pu le faire pour les entretiens. Lors de la recherche à Grandsoin, nous avons rédigé après de chaque séquence d'observation prévue et pour les temps significatifs d'observation flottante, un compte-rendu reprenant les notes d'observations et les commentaires de contexte. Des extraits de ces comptes-rendus d'observation ont été pris en compte dans l'analyse et les *verbatim* qu'ils contenaient ont été codés au même titre que les entretiens.

Les temps d'observation se sont démontrés utiles essentiellement pour deux types d'apports. D'une part, ils ont permis de repérer des faits précis qui sont venus étayer les propos recueillis en entretien ; des événements, parfois insignifiants *a priori*, qui se sont révélés *a posteriori* d'un pouvoir particulièrement illustratif en regard des problématiques identifiées. D'autre part, l'immersion dans le déroulement quotidien de l'activité s'est avérée ensuite précieuse pour mieux contextualiser l'analyse, fournissant une multitude d'éléments précis de description permettant de mieux donner à voir le cadre de l'action et les modalités de son exécution dans la rédaction des monographies, ou d'exemples à citer lors des restitutions afin de confirmer le propos et la légitimité des chercheurs[126].

Par ailleurs, on peut considérer avec S. BEAUD (1996) que les entretiens eux-mêmes sont susceptibles de constituer un matériau ethnographique, en tant qu'ils sont occasion d'observation d'une scène sociale porteuse de nombreux éléments d'interprétation. Nous venions en effet souvent retrouver les acteurs dans leur service, les attendre dans la salle de soins le temps qu'ils puissent se rendre disponible ; chaque moment de la journée était une

neutralité et de confidentialité sur le contenu des entretiens, et expliqué notre intention de contribuer à décrypter des effets de système indépendants de la bonne volonté constatée de la part de chacun des acteurs, a permis de reconstruire la confiance.

[126] Ce fut le cas par exemple à Beausoin, au moment de l'épisode de la permutation des équipes entre les étages imposé par la direction. Nous avons pu ainsi assister, lors de discussions dans la salle de soins, aux interrogations entre les soignants sur les modalités du changement, alors que nous venions d'observer dans notre dos, sur le panneau d'affichage, la note de service déclinant l'ensemble des informations. Les salariés rencontrés en entretien à la même période confirmeront n'avoir aucune idée de ce qui avait précisément été décidé, alors même que la note était affichée depuis quinze jours.

occasion de « traîner » dans les couloirs et d'observer, de rencontrer à nouveau les acteurs, de repérer visuellement les outils dont ils avaient parlé en entretien. Nous les saisissions alors dans leur contexte, et l'entretien n'était que le prolongement de l'activité, pendant un temps comme suspendu où elle était poursuivie en quelque sorte virtuellement dans la description que l'enquêté en donnait au chercheur, avant de reprendre son cours normal. Souvent, les acteurs faisaient directement référence en entretien à des situations qui venaient de se passer et dont nous avions pu être témoin : les entretiens devenaient alors des moments d'interprétation commune de la situation observée.

2.2.4. Les questionnaires

Parallèlement, le questionnaire de l'étude SORG était également administré. A Beausoin, il a été proposé à l'ensemble du personnel, lors de séances en auto-administration en présence d'un chercheur, tout d'abord sur rendez-vous pendant des demi-journées bloquées à cet effet puis par la suite librement convenus au hasard des candidats rencontrés et sollicités dans les couloirs. Pour les équipes de nuit, un exemplaire leur a été remis avec une lettre explicative à l'occasion de la visite de leur cadre de santé, en leur proposant d'y répondre sur place et de laisser ensuite le document à l'accueil sous pli scellé. Au total, 65 réponses ont été collectées, soit 70 % de l'effectif, dont 14 infirmières (sur 15), 16 aides-soignantes (sur 26) et 11 agents de service (sur 15).

A Grandsoin, le questionnaire a été transmis aux salariés concernés par l'intermédiaire de leurs cadres de proximité. Les taux de réponse très divers selon les services ont dons un premier temps révélé la manière dont l'information avait été faite et parfois le rapport des équipes avec leur cadre. Après un passage dans les services initialement moins répondants, nous avons récolté au final 149 questionnaires, avec des taux de réponse oscillant entre 62 % et 94 % selon les services, à l'exception des ASH (1/2 en hospitalisation, 1/3 au bloc), soit une moyenne pour l'établissement se situant comme à Beausoin autour de 70 %.

Le questionnaire (cf. annexe 3 p. 458), élaboré spécifiquement pour l'étude SORG, était constitué de plusieurs parties, pour certaines déjà largement validées par des recherches nationales ou internationales, pour d'autres construites pour permettre de mesurer les variables jugées nécessaires à la question de recherche. Il devait rester identique pour tous les terrains étudiés, à l'exception de quelques questions personnalisables dans la partie initiale d'identification des caractéristiques du poste de travail.

Un événement à Beausoin est venu perturber l'étude, qui posa question notamment pour l'exploitation du questionnaire lors de tris incluant la variable « *service* ». Entre les premiers questionnaires administrés en décembre et les suivant, est intervenu dans les

équipes de soin un changement d'étage : les soignants ont tous permuté d'un service à l'autre. En revanche, les médecins, dont le mode de management est très différent d'un étage à l'autre, n'ayant pas changé, c'est toute l'organisation de l'activité quotidienne qui s'en est trouvée bouleversée pour les équipes.

Les questionnaires se révéleront particulièrement utiles lors des restitutions pour situer l'établissement par rapport aux quelques données nationales disponibles sur le sujet en termes de perception de la santé au travail et d'évaluation des risques psycho-sociaux. Nous n'avons utilisé à ce stade que de simples tris à plat (cf. annexe 4 p. 471), mais les pourcentages obtenus étaient suffisamment explicites pour constituer des arguments de poids sur l'importance de prendre au sérieux le diagnostic, attirant ainsi l'attention sur la suite de l'exposé, cette fois-ci plus qualitatif.

2.2.5. Le recueil de documents

Le dispositif de recueil de données a été complété dans les deux établissements par la collecte d'un certain nombre de documents et indicateurs de gestion, fournis par la direction, les services RH et qualité, ainsi que par le médecin du travail.

Dans les deux cas, le nombre de documents communiqués (cf. liste annexe 5 p. 476), y compris des données stratégiques ou confidentielles, témoignage de l'engagement des directions à nourrir l'étude de la manière la plus transparente possible. L'empressement de la directrice de Beausoin à nous fournir jusqu'au bout – y compris encore après la fin de l'étude - toutes sortes de données non seulement sur son activité et sur tout le travail réalisé pour la valoriser, mais aussi sur celle de ses concurrents, peut certes être lue comme une volonté de montrer l'établissement sous son meilleur jour. En revanche la nature des informations transmises par le directeur de la clinique Grandsoin est tout aussi expressive du rapport entretenu avec l'équipe de recherche : ils n'hésiteront pas à nous communiquer un tract des délégués syndicaux les mettant fortement en cause ou le projet encore très confidentiel de réorganisation de la part du directoire qui allait aboutir à leur démission.

Dans les deux établissements, nous obtiendrons toutes les informations demandées : non seulement les indicateurs sociaux (les DRH nous transmettrons dans les deux cas le fichier sur lequel elles travaillent directement et pas seulement des synthèses officielles), l'accès aux comptes-rendus du CHSCT et aux diverses statistiques d'activité, mais aussi les éléments correspondant à des événements particuliers dont nous avions été témoins ou qui nous avaient été rapportés par des salariés[127]. Alors même qu'il nous avait été annoncé au

[127] Tels que les fiches d'événement indésirables sur la charge de travail qui avaient fait l'objet d'une crise à Beausoin au cours de notre étude et abouti à la permutation des équipes entre les services,

départ, à Grandsoin, que nous n'aurions aucun contact avec l'équipe du cabinet mandaté par le CHSCT pour l'expertise sur les risques psychosociaux dont l'enquête se déroula alors que nous étions en train d'accompagner la construction du plan d'action, la DRH nous communiqua finalement l'intégralité de leur rapport d'enquête et nous convia même à assister en tant qu'observateurs à la réunion du CHSCT où ils firent leur restitution finale.

Le médecin du travail inter-entreprise en charge de Beausoin, rencontré à deux reprises, au début et à la fin de l'enquête, communiqua également des données précises sur les pathologies recensées dans les dossiers médicaux pour les différentes catégories de personnel, ayant fait l'objet ou non d'arrêts ou de déclarations, et sur les cas de souffrance au travail constatés.

Les éléments collectés ont pour certain permis d'élucider des questionnements récurrents dans les entretiens, telle que la question de la différence de charge de travail entre les deux services à Beausoin ou les mesures réellement prises lors de la permutation des équipes, ou encore la manière dont les tâches avaient été réparties entre aides-soignantes et agents de service à Grandsoin.

Parmi les documents collectés à Grandsoin, deux d'entre eux ont un statut particulier en regard de la validité de la recherche, puisqu'il s'agit de deux études, quasiment similaires à la nôtre, réalisée sur le même terrain dans un intervalle de temps très proche par des équipes de cabinets de conseil mobilisant le même type de méthodologies. La première, peut-être la plus différente, est un baromètre du climat social, effectuée à peine quelques mois avant notre arrivée dans la clinique, sous la forme d'un questionnaire adressé à l'ensemble du personnel de l'établissement. La seconde, réalisée alors que nous étions encore sur le terrain dans la phase d'intervention, fut une expertise sur les risques psychosociaux mandatée par le CHSCT de la part d'un cabinet parisien renommé pour ses interventions sur le sujet dans de grandes entreprises françaises. La méthodologie est quasiment la même que la nôtre : le questionnaire utilise notamment, comme nous, les items du modèle de R. KARASEK (1979) et a été suivi d'une analyse qualitative sur la base d'une campagne d'entretiens, le tout sur une population relativement équivalente et pour partie même identique. Nous disposerons du rapport intégral des deux études. Si le baromètre sur le climat social avait servi de point de départ à notre étude, le rapport du cabinet sur les risques psychosociaux sera lu par tous les acteurs comme une confirmation – quoiqu'avec une interprétation de leur part un peu moins poussée – de notre diagnostic.

ou le compte-rendu de la réunion déclinant les mesures prises ; à Grandsoin le compte-rendu d'un séminaire où les responsables d'unité de soins avaient été conviés à travailler sur leurs missions.

2.2.6. Le focus group

A la clinique Grandsoin, nous ajouterons au dispositif de recherche initialement prévu un élément supplémentaire. Nous percevions que, comme à Beausoin, les cadres de proximité étaient absorbés par d'innombrables tâches gestionnaires qui les rendaient de moins en moins disponibles pour une présence auprès de leurs équipes. Mais nous n'avions pu rencontrer en entretien qu'un petit nombre d'entre eux[128]. Afin de mieux repérer ce qui constituait les « empêchements » des responsables d'unité et d'ouvrir un dialogue avec eux sur les difficultés de leur fonction et leur perception de la situation, nous avons donc demandé à organiser un *focus group*.

Sept d'entre eux pourront être présent ce jour-là (quatre des services de soins et trois du plateau technique) pour un échange qui dura près de 2h30. La réunion débuta par une restitution du diagnostic centrée de manière privilégiée sur les problématiques de management. La présence parmi eux d'un des responsables d'unité également membre du groupe de travail aida à accueillir une restitution qui fut pour eux très douloureuse, leur renvoyant, selon l'expression de l'un d'entre eux, « *la savante caricature de ce que je vis actuellement* ». Dès le tour de table initié, le dialogue s'amorça avec l'équipe de recherche et bien souvent d'abord entre eux, et fut par moments très animé.

A la fin de la séance, l'un des responsables, qui avait avoué être venu réfractaire, tint à signaler le bien que lui avait fait la réunion, au point de décoincer son torticolis. Un autre, enthousiaste de cet échange de pratique entre eux, sans la présence d'aucun responsable hiérarchique, se prit à souhaiter renouveler l'expérience et en fera ensuite la proposition à ses collègues, non sans provoquer quelques remous lorsque la direction en fut au courant.

2.3. L'étape de co-construction du plan d'action

Comme nous l'avons dit au début, la phase de collecte de données ne cesse pas lorsqu'arrive la restitution, bien au contraire, tout comme l'intervention commence dès les premiers contacts avec le terrain. Toutefois, l'enquête d'abord puis le travail de co-construction avec les acteurs ensuite constituent bien la caractéristique dominante de la première puis de la deuxième étape, dont le temps fort de la restitution représente le sommet, à la jointure entre les deux.

[128] Nous avons rencontré en réalité 2 responsables d'unité de soins sur les 3 du service concerné et la responsable d'unité du bloc étudié, ainsi que les responsables de proximité des ASH et des agents de stérilisation, ce qui en proportion de la population est largement significatif, mais trop peu pour une analyse approfondie des pratiques de management des cadres de proximité en général.

2.3.1. La restitution

Une étape fondamentale dans la méthodologie est celle de la restitution aux acteurs de l'analyse effectuée, en vue de valider l'interprétation des chercheurs et d'engager une réflexion avec eux pour déterminer les pistes d'actions à envisager pour la suite. Cette étape est particulièrement importante dans le *design* de la recherche. C'est en quelque sorte un passage clé, une transition entre une phase où les chercheurs ont travaillé seuls sur les donnés recueillies, pour présenter une première image de la problématique telle qu'elle est perçue par les acteurs de la structure, et l'étape suivante ou s'amorce une réflexion collective avec les acteurs concernés pour interpréter cette image, en déterminer les causes, et comprendre ce qui doit être éventuellement transformé.

Tout l'enjeu était de faire ressortir, à partir de cas particulièrement riches et délicats, une image facilement compréhensible. Il apparaissait essentiel dans un premier temps de ne pas réduire les problèmes au comportement de l'une ou l'autre des personnes, mais de mettre en évidence la dynamique globale du système qui s'était peu à peu formé, sur la base d'un certain nombre de comportements s'alimentant les uns les autres. L'une des principales caractéristiques des organisations étudiées étant précisément la défiance, il était indispensable de permettre à chacun des acteurs de prendre conscience de son propre rôle dans un système qui cependant ne dépend pas que de lui. Placé comme face à un miroir décryptant les modes de relations entre les acteurs et les conséquences des comportements, les siens et ceux des acteurs qui les entourent, chacun peut ainsi repérer les points d'appui dont il pourra se saisir pour contribuer à la transformation du système afin de le rendre plus vivable pour tous (FIREDBERG, 1997).

Il a donc été décidé dans les deux cas de présenter dans un premier temps, à partir des données objectivées issues des tris à plat du questionnaire, les principaux points d'appuis : l'attachement des salariés à la structure, à leur travail et à l'équipe, et les atouts majeurs de l'établissement. Cette première partie, qui faisait également référence au sentiment d'intensification du travail et au manque de soutien et de reconnaissance exprimé par les salariés, a permis de préparer le terrain pour aborder ensuite de manière plus explicite les problèmes, à partir de *verbatim* significatifs extraits des entretiens.

La restitution est un moment pédagogique, où les résultats sont longuement expliqués, dans un dialogue qui permet à chacun des acteurs d'intégrer et de faire sienne cette image, afin de pouvoir ensuite entrer de manière active dans le processus de transformation qui en découlera. C'est donc un moment déterminant pour la suite du travail.

A Beausoin, la phase de recueil et de traitement provisoire de données s'est conclue par deux séances de restitution, mi-juin 2008 pour l'équipe de direction et la seconde, trois semaines plus tard, proposée à l'ensemble du personnel disponible ce jour-là. Lors de la première, les membres de l'équipe de direction n'ont manifesté que peu de surprise face aux résultats exposés, et lorsqu'il y a eu étonnement, celui-ci était plutôt le reflet d'une réticence à accepter une constatation que tous leurs collègues corroboraient amplement. Le débat qui a suivi l'exposé a aussitôt porté sur les motifs de cet état de fait, reconnu par tous, ou sur les éventuelles solutions qui pourraient être mises en place. Si la direction tentait parfois de modérer l'ampleur du problème – à l'exception du point central, la défiance, sur lequel elle a eu à plusieurs reprises des propos encore plus expressifs que les salariés eux-mêmes - les dysfonctionnements étaient souvent attestés par les acteurs directement concernés.

La position de la responsable qualité est, à ce sujet, tout à fait significative. Lors d'un dialogue au cours de la collecte de documents quelques mois plus tôt dans son bureau, elle avait semblé ignorer les effets produits par les outils dont elle a la responsabilité et la manière dont ils sont perçus par les utilisateurs. En revanche, au cours de la restitution, elle a pleinement approuvé les dysfonctionnements soulignés, affirmant qu'elle avait pris conscience de défaillances importantes auxquelles il fallait remédier. L'interrogation du chercheur et la demande de consulter les statistiques qu'elle tenait fidèlement à jour depuis des années l'ont ainsi amenée à lire ces données avec un regard différent et à changer sa propre perception pour prendre en compte celle des autres acteurs du système.

La deuxième restitution s'adressait à l'ensemble du personnel. La directrice avait souhaité que l'exposé se fasse exactement dans les mêmes termes que pour ses collaborateurs, afin de jouer la transparence absolue et d'affronter les problèmes jusqu'au bout. Environ vingt-cinq salariés étaient présents, représentant à peu près toutes les catégories de personnels, depuis les agents de service et ouvriers jusqu'aux médecins. Les délégués du personnel étaient bien sûr largement représentés. L'attitude attentive et les remerciements exprimés personnellement à l'issue de la restitution semblaient témoigner que l'interprétation exposée était largement partagée, confirmation essentielle à la validité interne du travail d'analyse réalisé.

A la clinique Grandsoin, plusieurs restitutions se sont succédées. La première a eu lieu à l'intention des membres du comité de direction, le 9 mars 2009, suivie le 17 mars d'une autre, à l'identique, au comité de pilotage de l'étude. Le 29 avril, une grande partie de la restitution sera également présentée lors du *focus group* avec les responsables d'unité, puis aura lieu le même jour une restitution intégrale au CHSCT. Enfin, la restitution complète sera à nouveau présentée le 22 juin à deux reprises à destination des membres

du personnel ayant été sollicités pour l'enquête, une séance l'après-midi et une autre en soirée. Près d'une trentaine d'entre eux y assisteront. La restitution sera à nouveau présentée aux membres du directoire le 28 août, accompagnée cette fois du plan d'action construit entre temps. Chacune donnera lieu à de longs et nombreux échanges qui confirmeront largement le diagnostic présenté et l'interprétation qui en était faite. Si surprise il y avait, c'était plus de la part des salariés pour s'étonner qu'un tel état de fait ne soit pas déjà reconnu, par la direction notamment.

Le directeur ne contestera pas non plus le diagnostic, mais demandera à être accompagné. Nous reviendrons un mois plus tard, pour reprendre en détail l'analyse et en discuter avec les membres du comité de direction, une fois digéré le premier moment de choc. Nous apprendrons en effet par la DRH qu'ils étaient sortis accablés de la première restitution, mais bien déterminés à prendre en main une situation qu'ils supposaient mais dont ils ne mesuraient pas l'ampleur. Nous aurons finalement cinq séances de travail avec eux.

2.3.2. La construction du plan d'action par les groupes de travail

Suite à la restitution des résultats de l'enquête, la directrice de Beausoin demanda à ce que soit initié un travail visant à déterminer un plan d'action. La démarche fut relativement brève. Lors d'un premier groupe de travail, où l'essentiel du diagnostic fut présenté à nouveau à l'intention des deux nouvelles cadres de santé, il fut proposé pour amorcer le débat, difficile dans un climat de forte défiance, que chacun explique qui il encadrait et par qui il était encadré, et les espaces dans lesquels se jouait cette relation. L'objectif était d'amener chacun des présents à prendre conscience de son propre rôle de management et à identifier les outils qui pouvaient être mobilisés à cet effet. L'idée même de management était en réalité très confuse pour la plupart des présents et mit à jour de nombreuses incompréhensions et flous dans les relations organisationnelles. L'expérience fut déroutante pour certains et alimentera ultérieurement une rigidification encore plus grande de la structure. Les acquis de l'enquête et de la séance, que les chercheurs avaient longuement répétés, à savoir dégager du temps aux cadres de proximité en diminuant le nombre de réunions au niveau de la direction, afin qu'ils puissent mettre en place de courts mais fréquents temps de dialogue avec leurs équipes, avaient probablement été intégrés, mais apparurent peu dans le projet de plan d'action que la direction présenta comme convenu la fois suivante (cf. chap. 5). Le « *projet social* » présenté était précisément la caricature de ce qui constituait justement la source des problèmes : une hyper régulation de contrôle étouffante. Mal à l'aise face notre réaction

pointant le décalage entre les objectifs convenus et le plan élaboré, la directrice cessa simplement par la suite de nous solliciter.

A la clinique Grandsoin, en revanche, un processus très riche se mit en place, qui produisit des résultats étonnamment développés. Lors de l'échange qui suivit la restitution au groupe de travail, il fut décidé, avec l'accord de la direction, de mettre en route deux sous-groupes qui travailleraient, l'un aux questions touchant les ASH et leur collaboration avec l'équipe soignante, l'autre aux problématiques liées au management. Chacun des deux sous-groupes se réunit une première fois pour défricher la question, puis une petite équipe, autour de la directrice des soins pour le management et de la directrice hôtellerie pour les ASH, fut mandatée pour en tirer des propositions concrètes à rediscuter lors de la seconde réunion du sous-groupe. L'expression commençait à se faire plus libre dans les groupes, mais l'influence de la présence de la direction, et notamment de la directrice des soins, se faisait encore fortement sentir. La directrice hôtellerie présenta cependant un plan d'action très concret et intéressant, évacuant la question délicate du management de l'équipe ASH, particulièrement stigmatisé, sur laquelle elle tenait à garder la main, mais intégrant les nombreuses propositions qui avaient émergé de l'échange au sein du groupe.

En revanche, la directrice des soins avait visiblement tenu à garder la maîtrise de ce qui se construisait, et au lieu de laisser les membres du sous-groupe désignés dans ce but faire des propositions, elle avait traité la question lors d'une réunion avec tous les responsables d'unité, où la parole est beaucoup moins libre et sous son contrôle. Il se trouva cependant que lors de la seconde réunion du sous-groupe de travail, après avoir présenté son plan d'action, qui laissa bon nombre de présents plus que sceptiques, elle dû abandonner la réunion, appelée ailleurs par un autre impératif. La parole put alors se libérer et la version « martyre » du plan d'action initial permit une discussion beaucoup plus productive et plus centrée sur la question essentielle, celle des empêchements des cadres de proximité. Il fallut par ailleurs désarmer de nombreuses réticences pour que ceux-ci comprennent que ce n'était pas une mise en cause de leurs capacités mais bien l'occasion de les remettre dans de meilleures conditions pour exercer leur rôle, qu'ils finirent par reconnaître comme soumis à des attentes très contradictoires.

Ce furent au total 9h de réunions, soigneusement enregistrées, qui se révélèrent d'une grande richesse. Afin d'éviter que certains acteurs de la direction ne reprennent la main, il fut convenu que l'équipe de recherche se chargerait de faire la synthèse et de présenter elle-même les propositions construites dans ces deux espaces au comité de direction.

2.3.3. L'accompagnement de la direction

Parallèlement au travail des deux sous-groupes du comité de pilotage, un chemin en profondeur était parcouru avec le comité de direction de la clinique. Progressivement, les cinq séances d'une heure trente à deux heures avec le comité de direction ont permis de poser les bases d'une juste acceptation et appropriation du diagnostic mais aussi du plan d'action qui s'élaborait en dehors de lui, alors même que le directeur avait tenu dans un premier temps à réaffirmer que lui seul avait le pouvoir de décision.

L'ensemble du suivi avec le comité de direction a en effet consisté en un véritable travail de médiation interne, d'articulation avec le comité de pilotage. Le comité de direction a dû accepter de voir se renverser la logique descendante dans laquelle il travaillait jusqu'ici. Notre mission a dès lors consisté à présenter à ses membres l'état d'avancement du travail au sein du comité de pilotage, afin qu'ils acceptent de n'être plus désormais unique force de proposition mais qu'ils considèrent les projets d'amélioration remontés par les équipes, les arbitrent, les valident puis se les approprient. Ainsi, alors que le directeur affirmait d'emblée qu'il envisageait d'externaliser les ASH, il a peu à peu perçu les enjeux de leur meilleure insertion dans les services de soin pour favoriser la coopération entre soignants et agents de service, dans les faits proscrite par les procédures de sécurité.

La DRH a joué dans ce processus un rôle clé, nous informant régulièrement des réactions des uns et des autres, de leurs attentes ou de leurs questionnements, nous éclairant sur des éléments d'histoire ou de contexte que nous ne possédions pas. Entre deux interventions de notre équipe, elle reparlait avec les différents membres du comité de direction, retravaillant avec eux sur les registres dans lesquels leur implication était nécessaire. C'est ainsi que l'un des membres du comité de direction, le pharmacien, a demandé à participer aux travaux du comité de pilotage pour mieux comprendre notre démarche et ce qui s'élaborait dans ce cadre. Il y vint probablement au départ par curiosité. Il y acquit une meilleure compréhension des problèmes sur laquelle il s'appuya ensuite pour prendre une part de plus en plus active dans les débats sur les aspects les plus cruciaux.

2.3.4. Un plan d'action impliquant tous les niveaux hiérarchiques

Tout l'intérêt du plan d'action ainsi construit à la clinique Grandsoin (voir synthèse table 16 chap. 6 p. 321, et la présentation faite au CHSCT annexe 6 p. 479), à l'issue d'une démarche associant de si nombreux acteurs de toutes catégories, est sa capacité à prendre en compte tous les niveaux de l'organisation. Ainsi le plan d'action visant l'amélioration du climat social prévoyait-il différentes mesures afin de retisser la coopération au sein des services entre les ASH et les équipes soignantes. Afin d'en assurer le suivi effectif et pour

qu'une nouvelle dynamique puisse réellement s'enclencher dans les équipes et tenir dans la durée, la collaboration entre les responsables d'unité des services de soins et ceux du bloc ainsi qu'avec leurs collègues de l'hôtellerie et des autres services devait être renforcée et entretenue par les réunions régulières et un véritable dialogue. Divers moyens concrets devaient également permettre de dégager du temps aux cadres de proximité. Le niveau de l'encadrement intermédiaire devait par ailleurs être repositionné, afin de placer les adjointes de la direction des soins dans une position de véritable responsabilité et d'encadrement des cadres de proximité plutôt que de fonctionnelles administratives au service de la direction. Il a été souligné la responsabilité de la direction dans le suivi du management de proximité, pour s'assurer que chaque responsable ait bien les moyens de jouer son rôle auprès de son équipe et que les besoins et les initiatives de la base remontent bien jusqu'aux niveaux décisionnaires. Un travail en profondeur a par ailleurs été fait pour aider le comité de direction à basculer dans une logique plus ascendante, d'arbitrage de projets remontés par les collectifs de professionnels mis en place, plutôt que de simple information descendante de décisions centralisées. Au niveau des médecins-actionnaires, il était proposé à la fois de renforcer les liens avec le directoire pour un travail plus en collaboration avec les médecins, et de voir avec eux comment disposer de référents interlocuteurs pour les cadres afin de trancher en cas de situation difficile, notamment au bloc. Le plan d'action retissait donc tous les niveaux de l'organisation.

A Beausoin, quoique de manière plus légère, les objectifs étaient les mêmes : aider la direction à prendre conscience de sa responsabilité de dégager les cadres de proximité plutôt que les aspirer dans des tâches stratégiques ou gestionnaires, afin qu'ils assurent mieux leur rôle d'animation auprès des équipes et de soutien face aux tensions rencontrées.

2.3.5. La reprise en main par les acteurs

Si entrer sur un terrain est toujours un moment délicat, le quitter au bon moment peut l'être tout autant. Dans les deux cas présents, le départ s'est fait de manière simple une fois le plan d'action construit. Dans bien des recherches, le sort classique de l'étude une fois terminée est de se retrouver dans un dossier classé et c'est là qu'apparaît alors ce qui, des résultats du travail fourni, a véritablement été réapproprié par les acteurs. C'est à peu près le sort que connu *a priori* l'étude menée à Beausoin.

A la clinique Grandsoin, une fois le travail conclu et validé par le comité de direction fin juin, en attendant le dernier aval du directoire fin août et le lancement officiel du déploiement à la rentrée, la directrice des soins et sa collègue de l'hôtellerie travaillèrent avec leurs adjointes pour en prévoir la déclinaison concrète dans ses diverses modalités et

coordonner leur action et la communication qui en serait faite. A un plan déjà extrêmement complet, elles ajoutèrent donc tout un volet encore plus opérationnel avec des échéances et des procédures de suivi de la mise en place. Ce travail fut essentiel. Une fois la plupart des membres du comité de direction partis à la suite de la réorganisation qui eut lieu peu après, le plan d'action enterré et les chercheurs ayant quitté le terrain, les adjointes qui avaient ainsi participé à toute la construction du plan d'action et à sa déclinaison concrète avec la direction le possédaient pleinement. C'était même devenu en quelque sorte leur programme de travail, lorsqu'elles virent leurs responsabilités élargies à la faveur de la réorganisation. Elles seraient d'autant plus en mesure de s'appuyer dessus qu'elles le savaient approuvé à la fois par les équipes, par la direction et par une compétence scientifique extérieure. Cela joua certainement dans la résolution avec laquelle elles assumèrent leurs premières véritables responsabilités managériales. Lorsque le plan d'action détaillé fut présenté quelques mois plus tard par la DRH aux membres du CHSCT, ceux-ci s'en emparèrent également pour y ajouter nombre de commentaires et suggestions pour le pousser encore plus loin. Il était désormais porté par différents acteurs de la clinique qui chercheraient à le faire vivre.

2.3.6. L'évaluation ex-post

Revenir sur un terrain après l'avoir quitté pour mettre en place un dispositif d'évaluation n'est pas simple, surtout lorsque, comme c'est bien souvent le cas dans les organisations, bien des responsables ont entre temps changé.

Ce fut le cas à Beausoin, où à peine six mois après notre dernier passage, nous apprenions que la directrice quittait l'établissement. Les deux cadres de santé avaient déjà changé moins d'un an plus tôt, le médecin-chef n'était plus le même. Les équipes de soin elles-mêmes venaient de re-permuter à nouveau entre les étages, un an après le premier changement en notre présence. A la veille de l'été, il s'annonçait difficile de lancer un protocole même léger de nouvelle collecte de données. La distribution de questionnaires fut cependant tentée et trente réponses furent collectées. Il est cependant difficile d'en tirer une véritable exploitation, étant donné le faible effectif pour chaque catégorie. Quelques entretiens furent conduits avec les deux cadres de proximité, avec le nouveau médecin-chef ainsi qu'avec un délégué du personnel l'ayant demandé, et bien sûr avec la directrice.

A défaut de plan d'action clairement formalisé, quelques éléments des recommandations - et finalement pas des moindres - avaient néanmoins été mis en place : le déplacement du bureau des cadres de santé à proximité des services de soin, la diminution de la fréquence des réunions de direction, des petites réunions régulières dans les équipes de soins. Ces

éléments étaient cependant rendus peu visibles par plusieurs messages contradictoires envoyés parallèlement par la direction : rigidification de la structure, sanctions envers des soignants, mise en défaut du médecin-chef suite à un audit conduisant à le démettre de son poste. Les membres de l'encadrement restaient toutefois visiblement marqués par le message passé lors de l'étude et déploraient plutôt la difficulté à le mettre véritablement en œuvre, témoignant par là qu'ils en portaient malgré tout l'intention.

A la clinique Grandsoin, la restructuration de la direction générale suspendit dans un premier temps le processus prévu de la recherche, mais nous entretinrent pendant ce temps des relations régulières avec le directeur et la DRH, jusqu'à leur départ. A deux reprises, nous avons été invités à assister en observateurs aux réunions du CHSCT, afin de manifester notre volonté de suivi dans la durée. Quelques mois après son arrivée, la nouvelle DRH nous proposa de venir la rencontrer pour recueillir notre avis sur la structure. Cela nous permis de la re-solliciter ensuite pour un entretien bilan avec une des anciennes adjointes, pour faire le point sur ce qui avait été mis en œuvre depuis notre départ. Par ailleurs, grâce à la présence sur le terrain d'une des membres de l'équipe de recherche pour des observations au bloc dans le cadre de sa thèse, nous avions eu entre temps un entretien également avec sa collègue responsable du bloc, qui démissionna peu après.

Nous découvrirons alors que l'adjointe discrète et effacée que nous connaissions, devenue entre temps responsable des services d'hospitalisation, avait, sans peut-être en avoir réellement conscience, déployé non seulement l'ensemble des éléments prévus dans le plan d'action mais plus encore porté véritablement la philosophie véhiculée par la recherche. Elle avait mis en place un véritable modèle managérial fondé sur la discussion et assuré un suivi très régulier de l'équipe des responsables d'unité de soins dont elle avait la charge. Elle conclut ainsi l'entretien-bilan que nous avons eu avec elle le 28/03/2011 :

> *« Je retiens que l'essentiel du plan d'action, c'est l'échange et la communication. C'est vrai qu'il y a eu de l'échange avec le Directoire. A partir du moment où on l'a mis en place, ça fonctionne. On a bien évolué. » (Responsable services de soins)*

Avant de décrire le travail de recherche à proprement parler, voici synthétisé, pour récapituler, l'ensemble du dispositif d'intervention dans les deux établissements.

Table 8 : Récapitulatif du dispositif d'intervention dans les deux établissements

Établissement	**Centre de soins de suite BEAUSOIN**	**Clinique privée GRANDSOIN**
Diagnostic	39 entretiens (34 retranscrits) 4 demi-journées d'observation 65 questionnaires, collecte documents	63 entretiens (38 retranscrits) 5 demi-journées d'observation 149 questionnaires, collecte documents, 2 expertises parallèles

Restitutions	2 restitutions : Codir et personnel	6 restitutions : Codir, comité de pilotage, CHSCT, salariés interviewés (x2), directoire
Construction plan d'action	2 séances de travail avec le Codir	3 séances de travail avec le Codir, 4 séances avec le groupe de travail, 1 *focus group* cadres de proximité
Évaluation	6 entretiens 1 an après, 30 questionnaires	5 entretiens 1 à 2 ans après, observation de 2 CHSCT

2.4. Le travail de production des connaissances

2.4.1. Le codage des données qualitatives

L'étape de collecte des données a été suivie d'une phase d'exploitation et de traitement. Comme souvent dans les études de cas, la quantité des données rassemblées s'est révélée importante et les informations contenues particulièrement riches.

Sur les 45 entretiens réalisés au total à Beausoin, 38 ont été intégralement retranscrits, et le même nombre à Grandsoin, sur les 70 réalisés dans la clinique, soit finalement 103 heures d'enregistrement matérialisées par 1137 pages de retranscription, sans compter les 236 pages de notes des 63 premiers entretiens à Grandsoin et les *verbatim* extraits des notes d'observation de Grandsoin. L'ensemble a été codé une première fois en vue de la restitution, sur la base de notes d'entretiens à Grandsoin et d'une partie des retranscriptions pour Beausoin. Il a été procédé à un nouveau codage une fois l'ensemble du matériau disponible, sur les retranscriptions restantes à Beausoin et sur l'ensemble des entretiens retranscrits à Grandsoin, d'abord de ceux de l'encadrement puis du reste du personnel. Les éléments rassemblés lors de ces différents codages ont été utilisés pour l'analyse.

Pour le codage, qui se voulait « *ancré dans une compréhension de l'action et de ses enjeux* » (GROSJEAN et LACOSTE, 1999, p. 65), ont été choisies des unités d'analyse correspondant non pas à des unités de texte (mots, phrases, interventions), sans référence aucune à leur signification, mais bien plutôt à des unités de sens déterminées en fonction des catégories progressivement identifiées. Ces unités de sens peuvent correspondre aussi bien à une portion de phrase qu'à une intervention complète d'un acteur, en principe la plus petite unité d'information qui fasse sens en dehors même de leur contexte.

Les unités d'analyses ainsi identifiées ont été regroupées en catégories, telles qu'elles ont émergé dans un premier temps au cours du codage. Catégories qui étaient au départ de natures diverses (ALLARD-POESI, 2003), ainsi qu'on le voit ici pour Beausoin :

- des catégories thématiques : ASH, attentes par rapport à l'étude, charge de travail, communication, confiance / défiance, démotivation, enjeux macros, fonctions, management de proximité, points positifs de l'établissement, reconnaissance extérieure, respect, système qualité, santé, syndicat, tension direction médicale / administrative, vitesse.
- des catégories plus conceptuelles : autonomie – contrôle, discussion, reconnaissance du travail, soutien social.
- une catégorie caractérisant le type de discours : les histoires, au sens des « *stories* » de D. BOJE (1991), épisodes racontés par plusieurs salariés et porteurs de sens, d'un message sur l'organisation.

Ces catégories relèvent de niveaux d'inférence différents, allant de la simple description à l'interprétation et à la conceptualisation des données codées. Bien que pressenties pour certaines, elles ont émergé au cours du codage et leur définition s'est faite dans un premier temps par un processus d'essai – erreur.

Au fur et à mesure du codage, dans un processus itératif de comparaison constante tel que le proposent J. CORBIN et A. STRAUSS, ce premier « *codage ouvert* » a pris la forme progressivement d'un « *codage axial* » ou « *codage sélectif* » (1990)[129]. Les catégories ont ainsi été redéfinies, regroupées en « *méta-catégories* » à un second niveau, plus conceptuel, qui a abouti aux regroupements suivants (ici toujours pour Beausoin, pour celles de la clinique Grandsoin, plus nombreuses, voir annexe 7 p. 483) :

- catégorie « *communication* » : contenant tout ce qui se référait à la communication, aux relations interpersonnelles, aux espaces de discussion ou aux modes de circulation de l'information ainsi qu'à l'écoute et aux possibilités d'expression des salariés.
- catégorie « *défiance* » : regroupant les unités d'analyse ayant trait à l'absence de confiance, à la parole contrôlée, au manque de soutien de la hiérarchie, à la logique de protection, à l'utilisation accusatoire du système qualité, à la tension entre direction médicale et direction administrative.
- catégorie « *management* » : rassemblant les références à l'encadrement de proximité, aux écarts constatés entre les services sur la charge de travail et au rôle des cadres dans cette régulation, aux notions d'autonomie et de contrôle, à la définition des fonctions et des responsabilités.

Ce sont ces catégories conceptuelles qui ont permis ensuite la présentation des données lors de l'étape de restitution des résultats aux acteurs de l'organisation.

[129] M. Huberman et M. Miles qualifient quant à eux ce type de codage de « *thématique* » par opposition au « *codage descriptif* » de l'étape précédente (ALLARD-POESI, 2003, p. 265-266).

Une quatrième catégorie avait émergé dans un premier temps comme très significative et volumineuse, puis s'est révélée ensuite comme étant en quelque sorte le produit des trois précédentes puisqu'elle pouvait être reliée à chacune d'elles. Il s'agissait de la « *reconnaissance* » : reconnaissance du travail (le management ne connaît pas l'activité de ses équipes), respect des personnes (reflétant à la fois un mode de communication et un mode de management), les histoires de salariés en souffrance justifiant pour leurs collègues la rupture du lien de confiance et, par contraste, les signaux de reconnaissance extérieure de l'établissement et leur vécu par les salariés.

Parallèlement à ces trois principales « *méta-catégories* » plus conceptuelles, ont été conservées quelques catégories plus descriptives pouvant servir de ressource dans la description : les références aux contraintes ou enjeux à un niveau macro et aux points positifs de l'établissement, ainsi que ce qui relevait des réactions des salariés face à ces contraintes, à savoir démotivation et syndicalisation.

Peut-on parler de catégories définies *a priori*, selon la méthode d'M. HUBERMAN et M. MILES par exemple, ou de catégories émergentes, déterminées *a posteriori*, selon une approche purement inductive ou « *enracinée* » comme celle de B. GLASER et A. STRAUSS ? F. ALLARD-POESI parle de catégories et d'unités identifiées « *a prio-steriori* », autrement dit s'appuyant nécessairement sur des catégories préalables plus ou moins précises, ne serait-ce que les grandes lignes du cadre conceptuel ou les questions de recherche, et tout à la fois émergeant au cours d'un processus de comparaison, de redéfinition, de reconstruction constante des « *boites* » dans lesquelles sont placées les unités de sens (2003, p. 280-282). C'est probablement l'approche qui définit le mieux la démarche utilisée ici. Ne serait-ce que parce que le codage, pour des raisons de contraintes temporelles, a débuté une fois seulement que les entretiens étaient pour la plupart terminés et en bonne partie retranscrits, un certain nombre de catégories ont dès le départ été envisagées. D'autres cependant ont émergé, qui n'avaient pas été prévues. Et c'est seulement au cours du codage, demeuré résolument ouvert, qu'ont réellement pris forme les caractéristiques des différentes catégories. Si en définitive les « *méta-catégories* » obtenues ne surprennent guère en regard de celles qui avaient été conçues au préalable, elles sont en réalité le fruit d'articulations bien spécifiques entre différentes catégories qui n'avaient pas nécessairement été envisagées au départ. On peut bien parler, à l'instar d'Y. GIORDANO, d'une certaine forme, certes méthodique et élaborée, de « *bricolage* » (2003).

Les 20 réunions (2 restitutions et 2 réunions du groupe de travail à Beausoin ; à Grandsoin 6 réunions du comité de pilotage ou de ses sous-groupes, 5 avec le comité de direction, 1 *focus group*, les restitutions au CHSCT, aux salariés interviewés et au directoire), si elles

ont quasiment toutes été enregistrées[130], n'ont été pour l'instant que pour partie retranscrites[131]. Les 9 qui l'ont été ont fait l'objet d'un codage simplifié, par l'inscription des catégories identifiées dans la marge du document, afin de garder la vision globale du déroulement de la réunion. Un large usage de ces données a été fait dans l'analyse.

Ces éléments ont ensuite été croisés avec les sources documentaires disponibles pour trianguler le plus possible les informations et les interprétations.

2.4.2. Le traitement des questionnaires

Les 65 questionnaires de Beausoin ont été saisis et traités dans un premier temps avec le logiciel SPAD, au moyen d'abord de tris à plat. Pour permettre une lecture simplifiée des résultats, les modalités ont ensuite été ramenées, pour l'ensemble des variables nominales, à deux seulement : « *d'accord* » et « *tout à fait d'accord* » (ou, selon les cas, « *souvent* » et « *de temps en temps* ») étant recodées en « *oui* » ; « *pas d'accord* » et « *pas du tout d'accord* » (ou « *rarement* » et « *jamais* ») en « *non* » (voir synthèse des résultats annexe 4 p. 469). Quelques tris croisés ont été ébauchés afin de caractériser, par classe et par modalité, les variables qualitatives et les variables quantitatives les plus significatives, mais ils nécessiteraient une analyse approfondie et systématique qui n'a pas pu pour l'instant être poursuivie. Ils ne seront donc pas mentionnés ici.

Pour Grandsoin, nous avons simplement procédé à une saisie des questionnaires, recodés de la même manière, dans une feuille de calcul Excel qui a permis ensuite, par le biais de tableaux croisés dynamiques, le calcul de pourcentages de réponses positives ou négatives pour chaque item, par catégorie de personnel.

Lors du calcul des « *scores Karasek* »[132], les questionnaires incomplets ont du être éliminés (6 sur 149 à Grandsoin, 22 sur 65 à Beausoin). Les médianes de ces scores ont ensuite été calculées par catégories de personnel et comparées aux médianes nationales de référence,

---

[130] A l'exception de l'une des deux restitutions aux salariés de Grandsoin et de la dernière réunion avec le comité de direction préparant la restitution au directoire.

[131] Ont été retranscrites et codées toutes les réunions de Beausoin, et à Grandsoin prioritairement les 4 réunions des groupes de travail du comité de pilotage sur le management et sur les ASH, le *focus group*, ainsi qu'une des réunions avec le comité de pilotage de la même période et la restitution aux salariés.

[132] La formule pour les « scores Karasek » est la suivante (GUIGNON *et al.*, 2008), Q étant le numéro de la question du questionnaire Karasek, conservée dans le questionnaire SORG utilisé :
Demande psychologique : Q10+Q11+Q12+(5-Q13)+Q14+Q15+Q16+Q17+Q18
Latitude décisionnelle : 4xQ4+4x(5-Q6)+4xQ8+2x(5-Q2)+2xQ5+2xQ7+2xQ1+2xQ3+2xQ9
Soutien social : Q19+Q20+Q21+Q22+Q23+Q24+Q25+Q26

correspondant à celles de la dernière enquête nationale SUMER (GUIGNON *et al.*, 2008)[133] ainsi qu'à celle de l'échantillon des terrains du secteur de la santé de l'étude SORG (DETCHESSAHAR *et al.*, 2009a). La prévalence des salariés par catégorie en situation de « *strain* » (travail tendu) et « *iso-strain* » (travail tendu avec soutien social faible) a pu alors être calculée (KARASEK, 1979 ; KARASEK et THEORELL, 1990).

Des analyses statistiques plus approfondies sont prévues par la suite, dans le cadre de la poursuite du travail sur les donnes recueillies pour l'ensemble des terrains de l'étude SORG.

2.4.3. La remontée théorique

Il est difficile de décrire la manière dont s'est déroulé le processus de conceptualisation à partir des données analysées. Peu d'ouvrages de méthodologie le font d'ailleurs de façon très précise[134]. Il est certain que ce fut un processus laborieux, sans cesse remis à l'ouvrage, fruit d'un va-et-vient constant entre les données empiriques et les théories disponibles.

La capacité de généralisation tient essentiellement, dans les études qualitatives de ce type, à la description fine et à la qualification précise du contexte qui a permis la construction des conclusions, afin de donner les clés permettant de mieux comprendre les transpositions possibles dans un processus collectif de généralisation analytique (DAVID, 2000a ; 2004).

Une fois conclue l'analyse et l'interprétation de chacun des deux cas, concrétisées sous la forme d'une monographie, nous avons procédé à une comparaison des deux cas, qui n'était pas initialement prévue. Nous étions alors en train d'approfondir le nouveau champ théorique ayant émergé au cours de la recherche : celui des approches par le don. Nous avions pour ainsi dire provisoirement deux cadres théoriques, cohérents entre eux mais encore dissociés : le cadre initial construit autour de la théorie de la régulation et de la discussion, et celui du don, qui prenait progressivement forme à partir des théories sociologiques auxquelles se sont ajoutées peu à peu des éléments provenant de travaux d'économistes. A de multiples reprises, l'avancée dans la théorisation est passée par un retour aux données empiriques. C'est pourquoi nous avons voulu les reprendre pour une analyse plus en profondeur et procéder à une comparaison des principaux éléments qui

[133] Les médianes nationales de référence sont 21 pour la demande psychologique, 70 pour la latitude décisionnelle et 23 pour le soutien social. Tout salarié dont la demande psychologique est supérieure et la latitude inférieure à ces médianes se trouve considéré en situation de travail tendu et en « *iso-strain* » s'il dispose d'un soutien social faible.

[134] Ni celui d'Y. GIORDANO (2003) ni celui de R-A. THIETART (2007) en management ne traitent véritablement la question. Celui de J-C. KAUFMANN sur l'entretien compréhensif (2007) y consacre en revanche deux chapitres. A. DAVID lui-même, dans son article sur la généralisation scientifique en sciences de gestion (2004) décrit plus les niveaux de généralisation auxquels on parvient à partir d'études de cas que la manière dont concrètement on passe de l'un à l'autre.

ressortaient des deux cas, afin de renforcer le modèle qui peu à peu se construisait. Ce n'est que tardivement que le résultat a pris forme et que l'ensemble des apports théoriques ont trouvé leur cohérence dans une explication satisfaisante des données de terrain.

La dernière phase de rédaction a alors été l'occasion d'affiner les conclusions ayant ainsi émergé et de les mettre en discussion avec les divers apports théoriques mobilisés, consolidant la cohérence de l'ensemble. Les premiers éléments de théorie intermédiaire, ainsi confrontés aux diverses théories en présence et aux interprétations construites à partir des deux cas et de leur comparaison, ont permis de passer progressivement à un niveau, nous l'espérons, de théorie plus générale (DAVID, 2000a, 2004), de principes actionnables qui contribuent à la compréhension de l'action collective (HATCHUEL, 2005).

2.4.4. La mise en forme finale

Tandis que le processus général de la recherche est chaotique, laborieux, fruit d'un incessant va-et-vient et de bricolages multiples, la rédaction finale a pour ambition de faire apparaître un résultat lissé et cohérent, selon les canons classiques de la recherche. C'est ce que B. FORGUES appelle « *l'encodage du texte* » (2007). Rationalisé *a posteriori* comme il se doit, puisque c'est l'exercice de la thèse auquel le jeune chercheur doit se soumettre et faire la preuve de ses capacités à le maîtriser, on y devinera cependant les cheminements sinueux et parfois parallèles de la pensée, tantôt alimentée par le terrain, tantôt par la théorie, bouclant avec peine une pensée cohérente sur le tard, un combat avec les idées dont la perception entre les lignes ne donne que plus de force au résultat final (VAN MAANEN, 1995).

L'ensemble de la recherche se présente donc sous la forme classique d'une revue de littérature, de la présentation du cadre théorique, de la méthodologie puis des études de terrain. Les résultats de l'analyse des données empiriques sont ensuite passés au crible du cadre conceptuel mobilisé afin d'explorer tout ce que celui-ci permet d'en dire et d'évaluer son pouvoir explicatif et sa pertinence par rapport à la problématique étudiée. Les conclusions tirées sont le résultat de cet exercice précis.

Nous voudrions ici revenir sur un choix spécifique qui a été posé dans la rédaction des monographies retraçant les deux études de terrain : celui du récit, de la narration comme méthode de description des données (GIROUX et MARROQUIN, 2005, p. 21).

Le choix du style est en lui-même porteur de la théorie, affirme J. VAN MAANEN (1995). Ainsi, tandis que le chapitre de comparaison entre les deux cas a eu recours plutôt à un style « *réaliste* », plus neutre et impersonnel, organisé en catégories et porteur d'interprétations, et que le présent chapitre sur la méthodologie relève plus du style

« *confessionnel* », laissant apparaître le cheminement propre du chercheur, celui adopté pour les monographies pourrait être qualifié avec J. VAN MAANEN d'« *impressionniste* », au sens où il vise à faire vivre une expérience au lecteur, par une narration linéaire, la personnalisation des sujets et une tension dramatique rendant le récit le plus vivant possible (FORGUES, 2007, p. 533). On n'y trouvera quasiment pas de références théoriques : le récit se veut autant que possible un moment de plongeon dans le terrain, de découverte, d'enquête, une expérience d'observation ethnographique partagée avec le lecteur, même si se dessine progressivement une histoire et un dénouement.

Le fait de donner à voir des personnages clairement identifiés, avec un nom (bien sûr fictif) et non des individus anonymes, rejoint par ailleurs non seulement les principes de l'ethnographie mais aussi l'anthropologie prônée dans cette thèse et par les théories mobilisées.

Le choix du récit semblait par ailleurs adapté pour tenter de rendre compte de l'activité en train de se faire, si centrale dans les approches de la psychodynamique du travail (DEJOURS, 2008) et de la clinique de l'activité (CLOT, 2008) auxquelles nous faisons référence ici, l'expérience sensible de la confrontation au réel que font quotidiennement les travailleurs et que l'on ne peut objectiver ou réduire à un résultat produit et visible. C'était aussi un moyen de faire apparaître la dimension affective, celle des émotions, des liens, des intentions, de ce qui circule ou s'échange au-delà des structures et outils, ainsi que l'ont souligné par exemple N. ALTER (2009) ou J. GODBOUT (1992) ; le reflet de l'ambition de tenter de donner à voir le don, invisible par nature, qui se cache dans toute situation de travail. Là encore, les choix méthodologies sont le reflet de la théorie sous-jacente.

3. QUELQUES REFLEXIONS SUR LA DEMARCHE

Avant de conclure ce chapitre, nous voudrions revenir sur quelques réflexions qui ont accompagné notre recherche et la formalisation de sa méthodologie. L'analyse du déroulement des deux recherches-interventions menées invitait par exemple naturellement à comparer les résultats obtenus et à nous interroger sur les conditions qui ont conduit à des formes d'appropriation différentes selon les cas. Les événements imprévus survenus au cours de la recherche dans la clinique Grandsoin et l'interprétation que nous en avons fait à différents moments posent également la question des erreurs potentielles dans notre analyse et des raisons qui nous ont amenés à formuler telle ou telle interprétation. Ce sera l'occasion de revenir sur la philosophie sous-jacente à la recherche

et à ses effets sur l'intervention. Nous soulèverons enfin quelques questionnements d'ordre éthique qui surviennent inévitablement au cours de toute recherche-intervention.

3.1. Les conditions de l'appropriation des résultats

La première interrogation qui vient à l'esprit en analysant ces deux recherches-interventions est : pourquoi l'une semble avoir – malgré tout – si bien réussi et l'autre, en quelque sorte, échoué dans l'appropriation des résultats de la recherche ? Tentons d'examiner les deux situations et le relatif succès ou échec de ces interventions.

Ainsi que le démontrent M. UHALDE et ses collègues (2001), la restitution du diagnostic est un moment « *violent* » et décisif pour l'appropriation qui en est fait et par conséquent pour la suite de l'intervention. Si elle l'est pour tous les acteurs, elle l'est tout particulièrement pour les dirigeants. D'une part du fait du déplacement cognitif que représente la confrontation à une interprétation du système différente de celle qui légitimait jusque-là leur action (p. 259) ; d'autre part parce que leur position dans le système se trouve bousculée par l'émergence de nouveaux acteurs qui prétendent à une légitimité dans la construction de la régulation ; enfin parce que, leur responsabilité étant engagée plus fortement que tous dans l'organisation par la position décisionnaire structurante qu'ils occupent, ils vivent la confrontation au diagnostic comme « *un problème narcissique d'appréciation de leur pratique de management* » (p. 388). C'est pourquoi l'accompagnement des dirigeants tout au long de l'intervention va se révéler fondamentale dans leur capacité ensuite à s'approprier le diagnostic, à s'en saisir et à le cristalliser dans des décisions pour l'avenir.

Cet accompagnement a été tenté à Beausoin, mais n'a pas pu réellement avoir lieu dans un temps suffisant pour permettre les déplacements et apprentissages nécessaires. Un long entretien de 3h45 avait permis de préparer la réception du diagnostic, de s'assurer que la directrice en comprenait les enjeux et de sa capacité à se remettre en cause. Elle ne cessait en effet de redire sa disposition à prendre sa part de responsabilité dans la situation, à tout entendre et à vouloir affronter les problèmes pour y trouver des solutions. Et cette intention était certainement réelle puisqu'elle a affronté la restitution sans nier aucunement le diagnostic, autorisé la restitution à l'identique à tous les salariés, à laquelle elle a personnellement assisté, et demandé un accompagnement pour construire un plan d'action. Cela ne l'a pas empêchée de vouloir ensuite trop vite en tirer des actions et des résultats, perdant ainsi de vue ce que pourtant elle avait acté lors de la première réunion du groupe de travail sur le plan d'action. A posteriori, son attitude n'est pas surprenante. Tous l'avaient décrite (y compris elle-même d'ailleurs) comme quelqu'un qui

fonce et qui tient par-dessus tout à la réussite, quitte à écarter rapidement les problèmes. Par ailleurs, elle nous avait elle-même expliqué le travail qu'elle avait fait sur elle, accompagnée d'un coach, pour prendre en compte ses défauts (notamment sa tendance à prendre la place des autres quand le résultat est en jeu), mais le fait est que tous continuaient de constater ses réguliers « *dérapages* ». Le jeu n'était donc pas gagné. Il aurait fallu par conséquent un accompagnement probablement beaucoup plus long et soutenu pour une appropriation en profondeur du diagnostic, ce qui n'a pas été possible à ce moment-là, puisque commençait pour nous, à cette même période, la phase intensive d'enquête sur le second terrain. C'est certainement l'une des raisons de ce qui a suivi.

Par ailleurs, le diagnostic avait renvoyé la directrice à ses propres responsabilités managériales, là où précisément elle attendait des éléments pour renforcer sa légitimité et objectiver en revanche les faiblesses de sa rivale, le médecin-chef. Or la restitution avait pris le parti de ne mettre personne directement en cause et de montrer plutôt les effets de système et la nécessité de revoir les modes de management. Le médecin-chef était donc concerné, précisément dans son rôle de manager, mais pas directement mis en défaut plus que les autres. Sans attendre, la directrice prit donc les moyens d'arriver plus directement à son but, et dans le mois qui suivit notre dernière rencontre, elle sollicitait un consultant pour un diagnostic visant directement les défaillances du médecin-chef, qui lui permit de la destituer peu après. Là encore, il lui fallait des résultats rapides, elle les obtint en évitant les temporalités longues et les remises en cause embarrassantes que prônait notre étude.

Faut-il pour autant considérer que l'intervention à Beausoin fut un échec ? Six mois après notre dernière réunion, le bilan des quelques salariés interviewés était plus que réservé sur les actions mises en place dans l'établissement. Cela ne veut pas dire pour autant qu'aucune appropriation n'avait eu lieu. Un des médecins, propulsé peu après au poste de médecin-chef, après avoir dans un premier temps contesté le diagnostic qui lui semblait dur, a en réalité pris très au sérieux la nécessité d'une proximité aux équipes, de temps d'animation réguliers avec ceux dont il a la responsabilité et garde le souci de veiller à l'écoute et au dialogue dans son service. Parmi les deux nouvelles cadres de santé, l'une avait déjà des pratiques très en phase avec les propositions du diagnostic, qu'elle entendait de toute façon mettre en place. La récupération de ses initiatives comme résultats de l'étude l'indisposa au départ et freina son ardeur, mais ne l'empêcha pas de les mettre peu à peu en place dans la plus grande discrétion possible. Sa collègue, en revanche, peu préparée à affronter le dialogue avec une équipe difficile, baissa vite les bras après une première tentative malheureuse et, sans soutien, n'avait pas encore, lorsque nous l'avons rencontrée, réussi à rétablir la confiance avec les agents. Malgré le resserrement de la régulation de contrôle et les signaux négatifs envoyés par la direction à la même période, on peut considérer que

« *l'inscription de ce référentiel dans la mémoire et l'expérience des acteurs* » a bien eu lieu et reste susceptible d'imprégner les pratiques « *selon des voies diffuses, indirectes, inattendues et selon des temporalités indéterminées* » (UHALDE, 2001, p. 458).

Inversement, à Grandsoin, le processus d'accompagnement régulier du directeur et de son comité de direction, parallèlement à l'avancée de l'intervention, fut décisif. Il permit, après un premier moment de confrontation « *violente* » lors de la première restitution, de revenir sur le diagnostic en réexpliquant l'articulation des différents phénomènes observés et l'effet de système qui s'était ainsi créé. Un des moments décisifs pour soigner la blessure narcissique provoquée par la restitution fut la présentation, en introduction de la réunion suivante avec le comité de direction, du modèle des valeurs antagoniques de R. QUINN (QUINN et ROHRBAUGH, 1981). Celui-ci met en évidence l'inévitable complexité du management, appelé à se mouvoir en permanence tantôt vers l'externe, tantôt vers l'interne, avec plus ou moins de contrôle ou de flexibilité selon les phases traversées par l'organisation, et souligne que c'est précisément là que réside la performance. Le directeur trouva là des ressources qui, au lieu de le fragiliser, pouvaient au contraire justifier son action et les mesures à prendre, non pas comme la réponse à un échec de management, mais au contraire comme le signe de la performance, la marque de la compétence d'un dirigeant capable de « *complexité comportementale* » (DENISON *et al.*, 1995). Il révéla alors à demi-mots l'enjeu que représentait pour lui le fait que les membres du directoire entendent le diagnostic ainsi resitué, dévoilant un peu de la fragilité de sa position vis-à-vis d'eux. Le diagnostic rejoignait là précisément sa « *vraie question* » (UHALDE, 2001, p. 411), implicite dans la commande officielle – comme probablement dans toute demande de recherche-intervention (DUBOST et LEVY, 2002, p. 412) -, celle de lui donner de nouvelles ressources pour conforter sa position par rapport aux actionnaires.

A partir de là, son soutien étant pleinement et explicitement acquis, les autres membres du comité de direction les plus convaincus par la démarche purent plus librement travailler à désarmer ou neutraliser les résistances de celle qui demeurait encore fermée à des changements qu'elle percevait comme mettant en danger sa position hégémonique dans le système : la directrice des soins.

Paradoxalement, c'est finalement là où l'on ne l'attendait pas que se produisit ce qui allait dans un premier temps menacer le processus, puis finalement le renforcer. La temporalité lente des changements se heurtait en effet souvent à celle, rapide, des événements et de la logique gestionnaire, ici paradoxalement représentée par ceux qui précisément la contestaient, à savoir les médecins. Ne voyant pas venir de résultats immédiats, les médecins-actionnaires décidèrent de reprendre en main la gouvernance et

d'éliminer l'obstacle, à savoir le directeur général et la directrice des soins. C'est en quelque sorte la source de la logique gestionnaire et de l'excessive régulation de contrôle qu'ils voulaient ainsi supprimer. Ils rétablirent un fonctionnement beaucoup plus fondé sur l'autonomie des professionnels et beaucoup moins sur la course à la standardisation. La structure s'en trouva par ailleurs simplifiée : les médecins-actionnaires, qui étaient *de facto* les prescripteurs et les contrôleurs du travail opérationnel, devinrent hiérarchiquement les supérieurs ; ils étaient désormais officiellement et pleinement les dirigeants. L'administration se retrouva dans un rôle de simple support. Pendant un premier temps, la contrainte se desserra provisoirement, en l'absence d'équipe dirigeante disponible, et l'encadrement intermédiaire se trouva alors les mains libres pour mettre en place ce qui avait été construit et appris lors de l'intervention. Les adjointes, désormais responsables respectivement des services de soins et du plateau technique, fondèrent leur management sur le dialogue, la consultation, une attention soutenue à aider les cadres de proximité à jouer leur rôle d'animation managériale.

Pour que cela puisse cependant modifier profondément le système, ainsi que le notent M. UHALDE et ses collègues (2001), encore faut-il que le relai soit assuré au niveau du sommet hiérarchique. Or l'un des médecins-directeurs joua ce rôle et se plaça en réel soutien de l'encadrement intermédiaire, à qui il laissa toutefois une large autonomie. Se mit en place finalement un modèle fondé sur l'autonomie, où le sommet hiérarchique - par ailleurs peu disponible parce que très occupé… et non pas à l'extérieur mais précisément sur le terrain du travail opérationnel - est au service de ce qui remonte de la base pour prendre les décisions permettant le fonctionnement de l'ensemble du système.

Pour agir sur le système (du moins le système d'intervention, car on n'a pas, ou peu, ici de prise sur les contraintes macro externes), il convient donc certes de redonner du pouvoir d'agir à la base par une mise en discussion du travail, mais ce travail doit s'articuler avec deux autres niveaux. D'une part, ainsi que le note M. UHALDE (2001, p. 386-394), celui de la direction pour qu'un réel desserrement des contraintes puisse se produire et que l'excès de régulation de contrôle puisse laisser place à des processus de régulation conjointe. Cela suppose un changement en profondeur des représentations des dirigeants, ce qui demande un temps long, tandis que celui de l'action est souvent court. D'autre part, et c'est peut-être une contribution plus originale de cette recherche et de celles de l'équipe SORG, au niveau de l'encadrement intermédiaire et de proximité, cela suppose de les avoir suffisamment associés à la démarche, à la fois lors du diagnostic, permettant son appropriation et l'ouverture d'une démarche réflexive et de changement, et à la fois dans la phase de construction des solutions, qui seront donc *in fine* les leurs. Ceci sur un temps suffisamment long pour que des effets d'apprentissage leur permettent d'intégrer

profondément les principes qui sous-tendent l'intervention, à savoir la théorie de l'organisation portée par la recherche, celle d'un modèle fondé sur la discussion et la participation de tous à l'organisation sur le mode de la régulation conjointe. Alors, indépendamment de l'appropriation ou non par l'acteur dirigeant, l'apprentissage réalisé est susceptible d'irriguer les pratiques au niveau local plus durablement, même si c'est parfois de manière invisible.

Tandis que les dirigeants vivent la confrontation au diagnostic comme une blessure narcissique et les acteurs opérationnels comme une question de reconnaissance (UHALDE, 2001, p. 388), comment les membres de l'encadrement intermédiaire reçoivent-ils la restitution ? Les nouvelles cadres de Beausoin ont rapporté l'impression de leurs collègues directement confrontées à la restitution, et l'expérience à Grandsoin lors d'un *focus group* avec les cadres de santé l'a confirmé, il s'agit pour eux d'une véritable épreuve. Même si leurs décisions sont moins structurantes pour l'ensemble de l'organisation que celles du dirigeant, ils vivent également le diagnostic comme une remise en cause directe de leurs pratiques de management, qui de plus se fait sous les yeux de leurs propres supérieurs hiérarchiques. En même temps, ils éprouvent, comme leurs équipes, un fort sentiment de manque de reconnaissance, d'autant plus que leur action est directement identifiée comme défaillante, alors même qu'ils n'ont souvent pas les moyens de faire autrement. Bien qu'il soit pointé qu'il ne s'agit pas d'une incompétence de leur part mais d'une question d'empêchements, ce qui devrait les déculpabiliser, la restitution représente pour les managers de proximité la révélation de la faiblesse de leurs marges de manœuvre et souligne donc la fragilité de leur position dans le système en même temps que l'immense attente vis-à-vis d'eux, tant de la part des équipes que de la direction. La restitution s'avère par conséquent une épreuve bien plus déstabilisante pour eux que pour quiconque, étant donné le peu de ressources dont ils disposent face à la pression ressentie.

Or c'est peut-être une des limites des interventions relatées ici, le soin qui a été pris – bien que toujours insuffisant – pour soigner la blessure narcissique produite chez les dirigeants, ne l'a pas été tout autant vis-à-vis de ceux qui se sont révélés les plus atteints par le diagnostic, précisément parce qu'ils l'ont pris très au sérieux et se sont véritablement remis en cause sans se défausser de leurs responsabilité sur quiconque.

3.2. Des erreurs d'interprétation ?

Un autre épisode de la recherche à Grandsoin a conduit l'équipe de recherche à s'interroger tout particulièrement sur sa pratique. Lorsque le directoire a décidé la restructuration de la direction de la clinique, conduisant au départ du directeur et avec lui

de quasiment toute son équipe, ce fut une véritable surprise. Aussi, nous avons relu toutes nos interprétations à la lumière de cet événement, pour comprendre ce qui avait pu nous échapper. Nous avons alors constaté que nous avions probablement sous-estimé le rôle des médecins-actionnaires dans le système. De fait, à plusieurs reprises, le directeur avait cherché à nous provoquer en nous disant que nous n'avions pas vu combien les médecins étaient véritablement la cause de tous les problèmes de la clinique. Ce à quoi nous répondions que nous avions bien identifié les nombreux dysfonctionnements que leurs comportements provoquaient, mais que ceux-ci n'étaient pas le seul élément en jeu, et qu'il y avait bien d'autres éléments sur lesquels, en tant que direction, ils avaient déjà le pouvoir d'agir directement. Avons-nous fait fausse route ?

Plus qu'une erreur d'interprétation du rôle des médecins, il s'agit d'abord une erreur d'interprétation des intentions du directeur. Nous avons en effet considéré qu'il cherchait à se défausser de sa responsabilité sur les médecins et avons donc moins insisté lors de la restitution sur leur rôle et plus sur les possibilités d'action de la direction par rapport à la question du management, considérant que là résidait la marge de manœuvre possible pour un changement. De fait, les médecins ne semblaient pas faire partie du « système client » tel qu'il était a priori défini. Autant nous avons eu soin d'associer le directeur et son équipe à la démarche, autant il semblait à ce moment-là que ce n'était pas possible pour les médecins, qui n'ont été consultés que de manière très périphérique et tardive dans l'étude.

Il y a donc eu de la part de l'équipe de recherche une erreur quant au périmètre du système. M. UHALDE (2001) explique ainsi comment dans toute intervention sociologique, l'intervenant réajuste implicitement le périmètre de l'étude pour le faire correspondre non pas à la population indiquée dans la commande mais à l'ensemble du système d'action concerné. Or dans le cas présent, nous avons considéré les médecins-actionnaires comme des intervenants extérieurs (GLOUBERMAN et MINTZBERG, 2001 ; 2002) et non pas comme des parties prenantes incontournables du système d'action. Nous n'avons pas suffisamment cherché à décrypter les jeux de pouvoir entre ce que nous considérions comme « *l'acteur dirigeant* » (UHALDE, 2001, chap. 4) et les véritables détenteurs du pouvoir, à savoir les médecins-actionnaires, notamment ceux du directoire et peut-être du conseil de surveillance. M. UHALDE constate ainsi le paradoxe du « *pari réformateur* » porté par la recherche-intervention :

> *« Il fait porter l'effet attendu de changement sur une population particulière de l'entreprise (les décideurs), mais ses logiques d'action et de décision échappent en très grande partie à la connaissance produite dans le cadre contractuel de l'intervention. En d'autres termes, ce qui est au cœur de la théorie implicite de changement réformateur constitue l'un des points aveugles du matériau d'information avec lequel le sociologue agit. » (UHALDE, 2001, p. 258).*

Une meilleure perception du rôle des médecins aurait-il changé quelque chose au déroulement de l'intervention et au résultat ? Difficile de le dire. Il semblait nécessaire pour le directeur de nous faire rencontrer le directoire une fois seulement que de véritables résultats auraient été obtenus, à savoir une fois construit un plan d'action réaliste et validé par les acteurs de terrain. Cela a été fait dans des temps records (moins de six mois à compter du début de l'enquête), compte-tenu de la mobilisation qui était nécessaire à tous les niveaux : gagner la confiance des acteurs opérationnels pour obtenir un diagnostic fiable – et jusqu'au soutien des élus du CHSCT - et les impliquer dans l'élaboration du plan d'action avec une liberté de parole réelle ; faire faire aux membres du comité de direction le difficile chemin de l'acceptation du diagnostic, de l'ouverture d'espaces de parole et donc d'une nouvelle distribution du pouvoir et de l'initiative, aboutissant au fait que le plan d'action serait construit par la base, sans qu'ils en aient la maîtrise ; faire prendre conscience enfin aux managers de proximité de l'importance de leur rôle d'animation managériale de leurs équipes et des empêchements qui y font obstacle afin d'identifier des pistes pour les aider à retrouver du pouvoir d'agir ; obtenir par ailleurs de la direction de réels moyens supplémentaires pour permettre le désempêchement effectif du management. Or déjà, au moment où nous envisagions avec le comité de direction une rencontre avec les membres du directoire, ceux-ci s'organisaient pour un remaniement de la gouvernance. Il était déjà trop tard.

Peut-être le courrier des représentants syndicaux exaspérés, envoyé à l'ensemble des médecins-actionnaires au lendemain d'une nouvelle grève en mars 2009 où la continuité des soins n'avait pas été assuré par les soignants – fait extrêmement rare dans le secteur -, les avait-il convaincu qu'ils devaient reprendre les choses en main. Courrier dont à l'époque nous avions eu copie, mais qui ne nous avait semblé que confirmer notre diagnostic et l'urgence d'un plan d'action construit avec la participation de tous.

En revanche, il n'est pas exclu que les membres du directoire aient tenu compte, au moins pour une part, de ce qui avait été signalé dans la présentation qui leur a été faite du diagnostic et du plan d'action, si ce n'est au moment même de la réorganisation, du moins peut-être dans la mise en œuvre qui en a été faite ensuite. Ils ont en tout cas compris la nécessité d'une implication de leur part dans les questions organisationnelles ainsi que d'une réactivité sur les questions remontées par l'encadrement intermédiaire. Ils ne pouvaient par ailleurs que partager l'intention d'un desserrement de la régulation de contrôle pour plus d'autonomie.

3.3. La recherche-intervention comme lieu d'apprentissage de la discussion

Le choix posé, malgré les critiques du directeur, de continuer de placer la direction de Grandsoin en première ligne des responsabilités vis-à-vis du problème, révèle la théorie du changement implicitement portée par la recherche-intervention (UHALDE, 2001, chap. 9). La recherche postule tout d'abord que les acteurs ne sont pas totalement déterminés et qu'ils disposent de la capacité de s'engager dans un processus de changement. Elle pose qu'une évolution est possible en touchant certains acteurs du système, dont le comportement est susceptible de produire des « *effets de système* », mais que les dirigeants ont dans ce processus un rôle bien spécifique. A la différence cependant des démarches d'interventions sociologiques décrites dans l'ouvrage coordonné par M. UHALDE (2001)[135], la présente recherche pose ici l'hypothèse que les acteurs de l'encadrement intermédiaire ont également un rôle fondamental et bien spécifique dans le processus de mise en œuvre du changement, par l'apprentissage et la diffusion des nouvelles expériences acquises dans le cadre de l'intervention.

La méthodologie proposée postule enfin que les outils même de la recherche sont des espaces d'expérience et d'apprentissage des processus de discussion, de régulation conjointe. L'étape de construction du plan d'action avec les acteurs se fonde sur le principe que les acteurs de terrain sont les mieux placés pour construire des solutions pertinentes aux problèmes qui sont les leurs, accréditant là le « *pari de la connaissance* » et du raisonnement d'E. FRIEDBERG (1994 ; 1997). La phase d'intervention ne se limite cependant pas à un travail de recherche de solutions, mais est une véritable période d'apprentissage du changement, des outils et surtout des produits attendus du changement, à savoir un mode de fonctionnement plus démocratique, le développement de véritables espaces de discussion qui soient des scènes de construction d'une régulation conjointe.

[135] Les dix récits de recherches-intervention dans l'ouvrage coordonné par M. UHALDE (2001) sont regroupés en trois types d'intervention, selon les « *scènes* » sur lesquelles elles se déroulent : celles sur les systèmes locaux de production, celles sur les acteurs dirigeants (qui peuvent être souvent des dirigeants de site), et celles sur les acteurs fonctionnels de la technostructure. Bien évidemment, toute intervention prend en compte l'ensemble du système, mais le levier de changement est bien d'abord à l'un de ces niveaux. L'encadrement intermédiaire y est parfois associé aux opérationnels (récits 1 et 2), soit considéré comme faisant partie de « *l'acteur dirigeant* », constaté de fait comme hétérogène (récit 7). L'intervention sociologique vise dans ce cas à leur redonner une identité et à les constituer comme acteur collectif agissant dans le système. Toutefois, si le rôle que se donne l'intervention est de reconstruire la possibilité d'une régulation conjointe en crise, les relais entre le contrôle et les dynamiques locales autonomes peuvent certes être des acteurs en position d'extériorité relative et de médiation, avec toutes les questions de légitimité et de stratégies personnelles liées aux trajectoires professionnelles que cela pose (récits 8 et 9), mais ils peuvent aussi être constitués des cadres de proximité, dont c'est fondamentalement leur rôle. Or on semble bien peu souvent les prendre en considération dans ce sens. Tout du long de l'ouvrage, les auteurs distinguent le niveau socio-productif (opérationnels) et le niveau des acteurs dirigeants ; le niveau intermédiaire et les déplacements qui se font à son niveau est systématiquement occulté.

Ce fut le cas très explicitement des groupes de travail constitués à partir du comité de pilotage de Grandsoin, mais aussi du *focus group* vécu avec les responsables d'unité, et en quelque sorte également lors des réunions de travail successives avec le comité de direction.

Au-delà de la réponse à la commande, la visée de l'intervention est donc implicitement de transformer le modèle gestionnaire des organisations étudiées en un modèle, jugé meilleur, d'animation par la discussion, que la méthode d'intervention véhicule et diffuse. La recherche-intervention a donc implicitement une visée normative. A. DAVID (2000b) considère que c'est d'ailleurs le propre de toute recherche en gestion.

En ce sens, le dispositif méthodologique est un dispositif d'habilitation[136] :

- il donne la parole à de nombreux acteurs qui n'avaient pas jusque là accès aux espaces du politique de l'organisation ;
- il leur donne un mandat, les invite à être acteurs et auteurs de l'organisation, à prendre part à l'élaboration des règles ;
- il leur donne pour cela les outils et les moyens nécessaire, leur fournit l'information et la capacité d'interprétation du système permettant ainsi un débat plus « éclairé » ;
- il porte pour eux les représentations qu'il leur serait trop risqué de rendre publiques ;
- il pacifie l'ambiance en permettant d'aborder des sujets difficiles mais en les faisant porter par des acteurs extérieurs et en sécurisant la discussion par des règles précises s'imposant également aux membres de la hiérarchie présents ;
- il prend l'initiative d'associer et de construire des liens avec tous les acteurs nécessaires et entre les différents niveaux, assurant que le chemin parcouru l'est également à tous les niveaux et notamment à celui de la direction ;
- il garantit autant que possible que les résultats produits soient le fruit de compromis entre tous et soient une véritable réponse aux problèmes identifiés ;
- il porte ensuite les produits de la discussion vers les instances décisionnaires et invite le management supérieur à prendre ses responsabilités.

C'est l'effet « *capacitant* » à long terme de l'intervention décrit par P. FALZON (2005) :

> *« En fait, à long terme, l'évaluation ne peut pas se fonder seulement sur les changements tangibles, qui souvent ont disparu du fait de l'évolution des conditions économiques et matérielles. Mais elle doit considérer les facteurs comme le comportement de l'entreprise en terme de participation des travailleurs aux décisions, ou du degré de considération donné au travail dans les processus de décision du management. » (FALZON, 2005, p. 10)*

[136] Les éléments qui suivent sont tout particulièrement le fruit d'un travail avec les autres membres de l'équipe ayant participé à l'intervention en vue d'un article encore en cours de rédaction, et ont largement bénéficié d'une discussion autour de cette réflexion dans le cadre du laboratoire.

En ce sens, le dispositif méthodologique est plus important que les résultats eux-mêmes de l'intervention, au sens où il est un outil pédagogique, formation par l'action, et occasion de vérifier par l'expérience de sa pertinence. C'est ce qui explique que certains des acteurs présents, une fois que les conditions y seront favorables, seront capables d'aller plus loin encore que le plan d'action initialement construit, pourtant déjà très poussé, et de mettre en place un véritable modèle de management fondé sur la discussion, alors même que les chercheurs auront quitté le terrain depuis longtemps et le comité de direction porteur du projet aura été renouvelé entre temps. Ils seront devenus les « *managers délibératifs* » que D. DUCHAMP et J. KOEHL appellent de leurs vœux (2008).

3.4. Questions éthiques

La recherche-intervention renvoie constamment les chercheurs qui la pratiquent à une réflexion sur leur rôle dans le cours des événements qu'ils observent et sur lesquels ils interviennent. Dans l'ouvrage coordonné par M. UHALDE, les auteurs s'accordent pour définir le principe du « *diagnostic avant toute chose* » (2001, p. 91), supposé suspendre l'action et la décision jusqu'à la phase d'intervention à proprement parler, une fois restitué le diagnostic. Pour autant, il apparaît évident que l'intervention commence effectivement dès qu'est mis le pied dans l'établissement et que l'enquête est annoncée, ne serait-ce que par les attentes qu'elle provoque, les espaces de parole et d'écoute qu'elle ouvre, ainsi que par les questionnements et les réactions que l'étude suscite.

Ainsi, à Beausoin, les revendications en terme de charge de travail ayant émergé pendant l'intervention, après une période de calme apparent, au travers de moyens encore jamais mobilisés auparavant par le personnel (dispositif de signalement des dysfonctionnements du système qualité) et provoquant une réponse autoritaire de la direction (permutation des équipes entre les étages) ne sont probablement pas étrangères au fait que la recherche ait remis les problèmes de santé sur le devant de la scène. Attentes qui ne sont pas sans influence sur le chercheur, qui se trouve malgré lui au cœur d'événements qu'il a contribué à engendrer, qu'il doit lire et décoder en engageant sa réflexivité et qui interrogent ses principes éthiques. Plus encore, le départ forcé du directeur général et de la directrice des soins de la clinique Grandsoin et avec eux de la quasi-totalité de l'équipe de direction, juste après la restitution du diagnostic au directoire, n'est pas non plus sans interroger sur une possible responsabilité partielle de la recherche dans l'événement.

En dévoilant l'état du système et en rendant intelligible à tous ses dynamiques, la recherche fragilise certains acteurs, donne des ressources nouvelles à d'autres, plus ou moins en mesure de les saisir et de les mobiliser, en fonction de jeux de pouvoir qui

peuvent pour partie d'ailleurs demeurer cachés. L'intervention se heurte par ailleurs à des temporalités différentes : celle du changement qui est celle du temps long, tandis que l'action managériale est celle des résultats attendus à très court terme. Pour quelle raison les membres du directoire n'ont-ils retenu que le diagnostic présentant une situation alarmante et non pas le plan d'action d'une rare ampleur et le long travail de dialogue qui avait permis de le construire et de le valider à tous les niveaux ? Peut-être ces résultats servaient-ils aussi à ce moment-là d'autres enjeux stratégiques encore inconnus à ce jour, que les rapprochements depuis avec d'autres établissements laissent entrevoir, dans un environnement subissant de fortes tensions et des mouvements de concentration.

Une fois restitué le diagnostic, les chercheurs sont beaucoup moins souvent présents dans l'établissement, où ils se rendent seulement de temps à autre pour accompagner les groupes de travail chargés de construire le plan d'action. Ils peuvent alors découvrir qu'entre deux réunions, des décisions ont été prises qui ne vont pas toujours dans le sens de la démarche proposée. Si la recherche-intervention est par définition toujours un processus incertain et imprévisible, les intervenants expérimentent à ce moment-là particulièrement qu'ils n'ont plus qu'une maîtrise somme toute très faible de la tournure que prennent les événements. Les décisions rapides auxquelles ils assistent parfois, lorsqu'elles consistent par exemple à éliminer purement et simplement un acteur problématique[137], ne sont pas sans renvoyer fortement aux chercheurs leur part de responsabilité dans l'utilisation qui est faite de leur diagnostic, même si à ce stade ils ne sont plus directement impliqués. Mais elles leur rappellent que chaque acteur reste définitivement libre et jamais totalement déterminé, pas plus par les effets de l'intervention que par les contraintes extérieures.

En même temps, le fait que la directrice de Beausoin n'ai pas réussi à tirer du diagnostic les éléments suffisants pour mettre en cause personnellement le médecin-chef et qu'elle ait fait ensuite appel à un autre consultant spécialement mandaté pour cela en vue d'arriver à ses fins, démontre aussi la liberté que conservent les chercheurs vis-à-vis du commanditaire et de ses attentes, malgré l'utilisation qui peut-être faite de leur travail.

*

La recherche-intervention telle que nous l'avons vécue s'est véritablement révélée une aventure au sens où, malgré un *design* de recherche défini à l'avance, à aucun moment nous n'étions en mesure de prévoir ni ce qui allait se passer sur le terrain, se construire avec les

[137] Nous apprendrons ainsi, encore pendant la période de l'intervention, le licenciement de la responsable des ASH de Grandsoin, dont le mode de management avait été fortement pointé dans le diagnostic, puis nous assisterons à la démission provoquée du directeur général et de la directrice des soins, et à Beausoin à l'abandon de sa fonction de responsable de l'équipe médicale par le médecin-chef (tout en restant en poste dans l'établissement).

acteurs, ni ce qui allait émerger sur le plan théorique du frottement répété entre les données récoltées et les modèles explorés. Et pourtant, au-delà de la reconstruction *a posteriori* que l'on est conduit nécessairement à faire – surtout dans l'exercice de la thèse – apparaît une ligne conductrice implicite mais forte. La description soigneuse de la méthodologie n'est pas seulement une condition de scientificité des connaissances produites, elle est aussi révélatrice du modèle développé et vient renforcer sa cohérence.

C'est donc avec cet arrière-plan que nous allons maintenant décrire les deux terrains étudiés, comme si nous les découvrions pour la première fois tout en considérant que le récit ainsi produit procède de et à la fois fonde l'interprétation que nous en ferons ensuite.

CHAPITRE 5 – BEAUSOIN, UNE ORGANISATION MALADE DE « *GESTIONNITE* »

Ainsi que nous l'avons vu dans le chapitre précédent, l'entrée par le vécu des salariés au travail a conduit à choisir une méthodologie de recherche de type ethnographique requérant à la fois une analyse fine et compréhensive du ressenti des salariés face à leur activité quotidienne et à ses difficultés mais également une interprétation poussée de l'environnement et des enjeux complexes qui contraignent le travail. C'est pourquoi nous proposons maintenant au lecteur de se glisser lui aussi dans le rôle d'observateur sur le terrain et de se laisser guider par le récit pour découvrir de l'intérieur l'établissement, ses contraintes, la manière dont il est dirigé et dont le travail est organisé au quotidien. Au fil des *verbatim* rapportés ici, il pourra percevoir les préoccupations des acteurs mais aussi la passion qui anime leur travail et la manière dont ils s'y investissent.

Nous verrons ainsi comment cet établissement, un des plus performants du territoire malgré sa petite taille, se trouve aujourd'hui confronté à des cas de souffrance au travail. Nous constaterons tout le travail que fait pourtant la directrice, mobilisant tous les outils à sa disposition, pour obtenir des postes supplémentaires malgré les réductions budgétaires. Mais nous observerons aussi les tensions que cela crée sur l'activité des cadres et par conséquent sur le vécu des équipes.

Nous écouterons la manière dont s'exprime la plainte des salariés, leur sentiment d'abandon et de manque de reconnaissance de leur travail, leur perturbation face à des modes de communication inadaptés et mal maîtrisés et la défiance qui s'est ainsi répandue dans l'établissement. Nous décoderons leurs réactions ambivalentes de retrait et de protestation silencieuse.

A travers la manière dont les acteurs ont accueilli le diagnostic et ce qu'ils en ont fait, nous saisirons les défis auxquels se trouve confronté l'établissement et les cercles vicieux dans lesquels il s'est engagé, ce que nous appellerons, pour en souligner le caractère quasi pathologique, la « *gestionnite* ».

Laissons-nous donc maintenant guider par le récit, qui n'a d'autre but que de faire pénétrer le lecteur dans cet univers afin de le comprendre de l'intérieur. Nous pourrons ensuite, au chapitre sept, prendre plus de recul et porter sur les données ainsi recueillies, et sur celles de l'autre terrain décrites au prochain chapitre, un regard plus analytique. Pour le moment, entrons à Beausoin et découvrons l'établissement et ceux qui y travaillent…

1. UN CENTRE DE SOINS DE SUITE A LA POINTE

1.1. Un établissement de grande qualité et très bien doté

Au milieu d'une campagne verdoyante, à quelques kilomètres d'une petite ville rurale de 15 000 habitants, se dresse l'établissement Beausoin, entouré d'un parc bien entretenu contenant trente-trois essences feuillues et résineuses classé par l'Office national des forêts, à côté un vieux manoir caché au creux de la colline. Le bâtiment d'origine a été construit en 1936 par une congrégation religieuse pour accueillir un préventorium[138] de jeunes filles. Beausoin obtiendra en 1950 un agrément comme maison de repos et de convalescence pour dames et jeunes filles. Les sœurs se retireront en 1978, confiant leur établissement à une association à but non-lucratif dont le conseil d'administration et les directions successives continueront de porter les valeurs originelles.

Un deuxième bâtiment sera construit en 1973 et l'ensemble sera entièrement rénové au cours des années 1990 afin de médicaliser progressivement toutes les chambres et d'agrandir la surface disponible. Il constitue aujourd'hui une structure moderne et fonctionnelle, dont tous apprécient l'excellente qualité. Le personnel reconnaît unanimement bénéficier de conditions matérielles largement supérieures à celles de beaucoup d'établissements : les chambres, presque toutes individuelles, sont spacieuses et les équipements nombreux (lève-malade électriques, lits médicalisés, etc.).

Lorsque Martine Dupont[139] a pris la direction de Beausoin, fin 2001, son prédécesseur venait de conclure la rénovation et l'agrandissement des bâtiments, d'obtenir la première accréditation et de doter le centre d'une politique qualité, d'un nouveau projet d'établissement et d'un contrat d'objectifs et de moyens.

Elle hérite d'un établissement dont l'activité a considérablement évolué au fil des années, et accompagnera un tournant plus marqué encore. De préventorium accueillant des bien-portants en quarantaine, puis progressivement maison de repos et de convalescence, le centre est devenu en effet un centre de soins de suite fortement médicalisé.

Avec la médecine physique et de réadaptation (MPR), les soins de suite font partie de l'activité dite SSR (soins de suite et de réadaptation), autrefois appelée moyen séjour. Les structures

[138] Un préventorium est une institution destinée à accueillir des patients infectés par la tuberculose mais n'ayant pas encore développé la forme active de la maladie, afin de les isoler aussi bien des bien-portants que des tuberculeux nécessitant un traitement en sanatorium.

[139] Les nom et prénom ont été changés, pour des raisons évidentes de confidentialité, comme tous ceux de ce chapitre et du suivant.

SSR sont chargées de poursuivre les soins après la phase aiguë d'une pathologie médicale ou chirurgicale récente ou chronique avec accident évolutif récent. On distingue les soins de suite polyvalents, à forte composante gériatrique, et ceux spécialisés (addictologie, états végétatifs chroniques…). Beausoin est un centre de soins de suite polyvalent. Il a aujourd'hui le statut d'établissement PSPH (participant au service public hospitalier).

Parmi le personnel, cependant, beaucoup ont connu - et racontent volontiers - l'époque où les patients, pour la plupart valides, aidaient à « *éplucher les haricots dans le jardin pendant qu'on tuait le cochon* » et où un personnel peu qualifié suffisait à distribuer « *les gouttes dans les yeux* » et « *la canne pour la promenade* », jouant quasiment un rôle de dames de compagnie.

La grande part du personnel qui a vécu cette évolution[140] a ainsi vu se transformer en profondeur non seulement le contenu de l'activité mais également l'ensemble de l'organisation : infirmières, médecins et professionnels de santé se sont multipliés, la croissance et la complexité de l'activité ont nécessité des cadres fonctionnels toujours plus nombreux, la prolifération des normes et des procédures a codifié de plus en plus le travail. Une totale autonomie avec de larges responsabilités pour les personnels non qualifiés a laissé place à une délimitation stricte des fonctions et à un système de 450 procédures où chaque acte doit être sécurisé par une traçabilité absolue.

L'établissement Beausoin, avec ses 80 lits et 93 salariés (76 ETP)[141], est deux fois plus gros que les autres établissements SSR du territoire où il se situe. Il accueille aujourd'hui environ 800 patients par an, quasiment tous originaires des localités voisines, d'un âge moyen de 74 ans. La durée de séjour, en baisse constante, y est d'environ 35 jours, et le taux d'occupation stabilisé autour de 90 %.

Avec ses six places réservées aux soins palliatifs reconnues par les autorités sanitaires, ses quatre médecins gériatres permanents, son équipe paramédicale très étoffée (2 cadres de santé, 15 infirmières et 26 aides-soignantes, 3 kinésithérapeutes, mais également à temps partiel 2 ergothérapeutes, 1 diététicienne et 1 psychologue), ses deux assistantes sociales, son animateur art-thérapeute, sa qualiticienne et sa chargée de ressources humaines, ressources inhabituelles dans des structures de sa taille, Beausoin fait figure d'avant-gardiste parmi les établissements de la région.

Afin de valoriser les ressources internes, des « *pôles de compétence infirmiers* » ont été constitués dans les domaines-clés de l'activité : soins palliatifs, prise en charge de la douleur, hygiène, stomathérapie, psychiatrie et gérontologie. Ils ont pour mission de

[140] 46 % des salariés interrogés ont plus de 12 ans d'ancienneté dans l'établissement.

[141] Au moment de l'intervention, en 2007-2008.

mener des actions de formation auprès du personnel et de formaliser les procédures de travail pour améliorer la qualité de la prise en charge. Les infirmières responsables de ces pôles, spécialement formées, prennent une part active et reconnue dans les différents réseaux, ce qui contribue à renforcer le positionnement et la reconnaissance du centre dans le tissu de soins local.

Le centre bénéficie en effet des compétences et du soutien des nombreux réseaux auxquels il participe activement, en gérontologie, cancérologie, alcoologie, soins palliatifs, hygiène et qualité. Il a établi des partenariats avec les principaux centres hospitaliers situés à proximité.

Agréé pour la première fois en 1950, l'établissement a été accrédité en tant que centre de soins de suite et de réadaptation (SSR) en 2001. La procédure, désormais appelée certification, a été renouvelée auprès de la Haute autorité de santé (HAS) en 2006 et en 2010, obtenant à chaque fois la mention « *sans réserve ni recommandation* ». Dans le cadre de cette démarche, une politique de management par la qualité a été mise en place, avec un poste dédié à la qualité et à la gestion des risques, de nombreux outils et une douzaine de groupes de travail spécifiques fonctionnant en permanence.

L'excellente image de l'établissement atteste de la grande qualité des soins dispensés. Les patients et leurs familles expriment unanimement combien ils apprécient l'accueil, l'écoute, l'attention du personnel et la qualité de la prise en charge médicale et humaine.

On retrouve d'ailleurs comme une constante dans le discours des acteurs, à tous les niveaux de la hiérarchie, la conviction d'avoir des équipes très compétentes, avec une grande conscience professionnelle, et fortement impliquées dans leur travail et dans la vie de l'établissement, du moins jusqu'à une période récente. 95 % des salariés interrogés considèrent leurs collègues comme des personnes très professionnelles[142]. Ils les jugent attentifs (94 %), amicaux (92 %), prêts à aider les autres membres de l'équipe dans leur travail (92 %).

Également de manière quasi unanime, 91 % des salariés s'estiment satisfaits de leur travail, qui leur permet d'apprendre des choses nouvelles (97 %) et de prendre des décisions par eux-mêmes (89 %). Ils jugent leur activité variée (86 %) même si elle comporte aussi des tâches répétitives (85 %). L'enjeu consiste donc pour la direction à préserver la qualité de cet excellent outil de travail et à maintenir l'implication des équipes, à une période où le travail s'intensifie de plus en plus (87 % des salariés interrogés considèrent travailler intensément) et où les contraintes se multiplient.

[142] Données provenant des tris à plat réalisés à partir des 65 questionnaires administrés dans l'établissement entre décembre et avril 2008.

Tout semble a priori favorable, dans cette structure, à des conditions de travail optimales et à un tableau de santé tout aussi excellent. Or les bruits de couloir ne cessent de véhiculer des plaintes de salariés et une préoccupation lancinante autour de la problématique du stress. Qu'en est-il et quels en sont les motifs ?

1.2. Des préoccupations partagées autour du « stress »

C'est le médecin du travail qui a pris contact en 2007 avec l'équipe de recherche de l'étude SORG pour suggérer une intervention dans l'établissement. Il constate en effet sur les trois dernières années, outre les TMS et autres pathologies classiques chez les soignants et agents de service, des signes significatifs de souffrance au travail, notamment sur les postes de cadres[143]. Il identifie, entre 2004 et 2007, huit démissions ou inaptitudes (temporaires ou définitives) en lien avec la souffrance au travail, dont sept sur des postes de cadres, et quatre inaptitudes proposées mais refusées par les salariés. Il recense également parmi les cadres une dizaine de salariés en souffrance, ayant exprimé une plainte au cours de la visite médicale, avec retentissement sur la santé physique ou mentale.

Les représentants du personnel se sont eux aussi fait l'écho de l'expression d'une souffrance des salariés. Déjà, entre décembre 2004 et janvier 2005, le CHSCT avait mené une enquête auprès des salariés sur l'identification des risques professionnels. Les résultats en avaient surpris plus d'un : en tête des risques exprimés, en termes de probabilité, de gravité et de fréquence, figuraient le stress et les difficultés relationnelles, non seulement avec les patients et leurs familles mais aussi avec les collègues et la hiérarchie. Parmi les questions soulevées par les élus du CHSCT en mars 2005, on trouve la collaboration interdisciplinaire, la participation aux prises de décisions, la gestion de la charge de travail, la communication, la considération et le respect de la personne.

La direction, pour sa part, a accueilli favorablement la proposition de réaliser cette étude, car elle souhaite mieux comprendre et apporter des réponses à la plainte des salariés sur le stress.

> *« On a réalisé quasiment tout ce qui avait été identifié ; reste le stress, la souffrance au travail. Moi je me dis alors : on souffre, qu'est-ce qui se passe ? »*[144]

[143] Le terme de « cadre » est ici employé au sens large et ne correspond pas forcément à un statut administratif. Les fonctions retenues à ce stade sont tous les postes ayant une responsabilité hiérarchique ou fonctionnelle dans les services administratifs, soignants, sociaux ou logistiques, soit 23 personnes sur 93.

[144] Cette citation et les suivantes sont extraits de l'un des entretiens avec la directrice de l'établissement, notamment celui du cadrage de l'étude en novembre 2007 et celui réalisé avant la première restitution en juin 2008.

2. INNOVATION PERMANENTE ET ACTIVISME MANAGERIAL FACE AUX CONTRAINTES

2.1. Surfer sur les vagues des réformes hospitalières

La nouvelle directrice, Martine Dupont, identifie aussitôt l'enjeu fondamental que représente pour une structure de cette taille la capacité à faire face aux vagues de rationalisation qui déferlent en permanence sur le secteur et la question cruciale qui lui est immédiatement liée, celle de la négociation des ressources financières auprès des tutelles.

> *« Les réformes hospitalières, on est dans des vagues, dans des décrets, des circulaires qui sont quasi permanentes. Vous ne pouvez pas faire abstraction de cela, sinon vous mettez la structure contre un mur ! »*

C'est d'autant plus difficile que, plus encore que dans d'autres secteurs, l'activité des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) est extrêmement encadrée et dépendante d'institutions de tutelle. L'activité du secteur est en effet régulée par le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), établi par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH)[145], qui fixe des objectifs précis et quantifiés pour chaque territoire de santé. Le SROS, élaboré en concertation avec les établissements concernés, détermine aussi bien les orientations stratégiques à prendre en compte par les établissements, que des bornes hautes et des bornes basses pour les ratios de personnel dans chaque catégorie professionnelle. Ce document est décliné localement à travers le plan médical de territoire (PMT) pour le territoire de santé correspondant et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) de chaque établissement.
Les établissements SSR dépendent de l'Agence régionale de l'hospitalisation pour la quasi-totalité de leurs ressources. Même s'ils ne sont pas encore soumis à la tarification à l'activité (T2A), ils sont déjà supposés communiquer semestriellement à l'ARH toutes les données de leur activité au moyen du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ces données informatiques médicales (DIM) viennent alimenter la négociation pour l'obtention des budgets souhaités, notamment pour la création de postes, sur la base des états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) présentés annuellement par chaque établissement. Or les budgets accordés aux soins de suite sont de plus en plus réduits, du fait des politiques nationales de réduction des dépenses de santé.

Mme Dupont, en tant que dirigeant d'une structure SSR, ne peut donc décider librement ni de son volume d'activité, ni de ses choix stratégiques, ni de ses ressources ou de ses

[145] Nous présentons ici les institutions structurant le secteur sanitaire à l'époque de l'étude, par conséquent avant la réforme de la loi « *Hôpital, patients, santé et territoires* » de 2010, qui a notamment remplacé les Agences régionales d'hospitalisation (ARH) par les Agences régionales de santé (ARS).

dépenses. Elle se trouve soumise à des contraintes fortes jusque dans l'organisation du travail et les modalités concrètes de l'activité de ses salariés. A tous les niveaux, elle est astreinte à une réglementation et à une régulation très strictes, et doit constamment négocier son activité avec les tutelles au sein de cadres extrêmement contraignants et avec des marges de manœuvre réduites.

> *« Vous êtes extrêmement encadrés, aucune marge de manœuvre, tout doit être justifié au litre près de solution hydro-alcoolique, le nombre de patients, (…) entre le droit du patient, l'ARH qui vous encadre complètement, vous ne pouvez pas…»*

Elle est alors amené à collaborer avec ses pairs – directeurs d'hôpitaux et de cliniques - du territoire de santé et avec les institutions de tutelle pour prendre part autant que possible à la définition des normes qui vont déterminer son activité et des accords auxquels son établissement sera soumis.

Mais cela ne l'impressionne pas ; Martine Dupont a le tempérament et les compétences pour faire face. Psychomotricienne de formation, elle opte très tôt pour des fonctions d'encadrement et devient cadre de santé dans un hôpital parisien. Elle suivra ensuite, en formation continue, un parcours de management et de contrôle de gestion de niveau Bac+5. En parallèle, elle obtient son premier poste de directeur d'établissement dans un petit centre de SSR de 48 lits qu'il fallait redresser, avant de rejoindre le centre Beausoin[146].

Mme Dupont a tôt fait de repérer que, sur le territoire où est situé Beausoin, presque toutes les structures associatives ont été rachetées par des groupes privés détenus par des fonds d'investissement. Si les personnels expriment peu le sentiment d'une menace quant à la pérennité de l'établissement ou à la sécurité de leur emploi[147], l'enjeu est en revanche omniprésent dans le discours de la direction et conditionne fortement son activité et celle de la structure toute entière.

> *« On se fera bouffer, (…) vous allez être bouffé par un groupe privé (…) C'est un petit biscuit délicieux à croquer ici, la madeleine est moelleuse, ça tourne…»*

L'enjeu financier est primordial. Les politiques budgétaires n'étant pas actuellement favorables aux soins de suite, et en particulier aux établissements déjà bien dotés comme l'est Beausoin, il est devenu quasiment impossible d'obtenir des postes supplémentaires.

> *« On a dit : les soins de suite, vous n'aurez rien, et alors Beausoin vous aurez encore moins parce que vous êtes super bien dotés. »*

---

[146] En 2009, après 8 ans de direction à Beausoin, elle quittera l'établissement pour un autre d'une plus grande envergure encore, dans le secteur médico-social.

[147] 94 % des salariés interrogés considèrent que leur sécurité d'emploi n'est pas menacée.

Or les calculs réalisés à Beausoin sur la base de son PMSI permettent déjà d'évaluer le coût par jour et par patient et de constater que les budgets actuellement alloués à la structure sont inférieurs au coût réel. Face à ces contraintes croissantes, trouver des ressources supplémentaires devient un enjeu vital pour Martine Dupont qui, tout en restant fidèle à ses valeurs associatives non lucratives, doit présenter à son conseil d'administration comme à ses tutelles des comptes équilibrés.

De plus, et cela inquiète Mme Dupont, les analyses de la tutelle, dans une logique comparative de ratios entre établissements, ne tiennent pas toujours compte de l'évolution démographique des territoires. Celui où est situé Beausoin est proche du littoral et enregistre un vieillissement croissant de sa population.

> *« Ils [l'ARH] en sont arrivés à ces conclusions (…) : votre secteur (…) est très très bien doté, il n'y a pas besoin de création de lits ; alors qu'on sait pertinemment que la population vieillit, d'ici 2012 notre secteur va croissant… »*

Le nombre de lits autorisés n'augmentant pas, la pression est à une plus grande rotation des patients par la réduction des durées moyennes de séjour (DMS), afin d'absorber la montée en charge de l'activité.

Or précisément, cette même politique de réduction des DMS de la part des hôpitaux et établissements en amont a déjà un impact fort sur l'activité médicale des SSR. Les patients arrivent désormais en soins de suite après des séjours de plus en plus courts à l'hôpital, donc dans un état qui, bien souvent, n'est pas encore stabilisé médicalement et nécessite des soins de plus en plus importants. De plus, chaque fois que des examens complémentaires ou une dégradation de leur état nécessite le transport de patients vers l'hôpital, les frais d'ambulance sont à la charge de l'établissement de soins de suite.

La pression exercée par les tutelles pour la prise en charge de cas de plus en plus lourds, poly-pathologiques, ou de patients âgés très dépendants, désorientés ou en fin de vie, entraîne également un accroissement sensible de l'activité, tant médicale que de nursing, fortement ressenti par les équipes.

Parallèlement, on constate une multiplication des patients dans des situations sociales problématiques[148], pour lesquels le placement à la sortie requiert un travail de longue haleine. L'établissement se trouve constamment pris en étau entre les contraintes économiques nécessitant des durées moyennes de séjour (DMS) les plus courtes possibles, et la difficulté de placer les patients à la sortie, d'autant plus que les structures en aval sont fortement déficitaires en capacités d'accueil.

[148] Les patients bien insérés socialement et soutenus par leur famille sont généralement plus susceptibles de bénéficier de prises en charge à domicile, qui se développent de plus en plus.

Cette très forte dépendance à l'égard de la filière de soin est renforcée par la difficulté de circulation de l'information entre les différents acteurs, qui permettrait justement une certaine régulation et le ménagement de marges de manœuvre. Au quotidien, dans le travail des équipes, cela se traduit par un déficit d'information dans les dossiers des patients lors des demandes d'admission, où ne sont pas toujours signalées les pathologies associées ou une situation sociale dégradée, qui se révèleront par la suite problématiques dans la prise en charge. Les institutions de tutelle, conscientes de ces enjeux, multiplient les initiatives pour organiser la coopération entre les acteurs de la filière, ce qui n'est pas sans inquiéter certains qui y voient une volonté de contrôle et le risque de tout soumettre à des critères de remplissage maximal.

Face à cette montée des contraintes et à la concurrence du secteur privé lucratif, qui de plus en plus se positionne sur les créneaux les plus rentables dans une logique de T2A, Martine Dupont doit donc élaborer une stratégie pour l'avenir.

> *« On ne raisonne plus en lits purs mais en volume d'activité, c'est une segmentation comme une entreprise, dans quelle niche on se met. »*

La direction de Beausoin affiche alors clairement sa volonté d'accroître son activité de cancérologie et de soins palliatifs, pour se pas rester cantonnée à la gériatrie ou à la médecine, largement dominantes dans les établissements polyvalents comme le sien.

> *« Dans un cadre de T2A, la cancérologie, excusez-moi d'être vulgaire, c'est codant et je pense que pour notre structure, le fait d'asseoir une activité de cancérologie, là aussi c'est une stratégie à plus ou moins moyen terme puisqu'on est sur des cinq ans, c'est répondre à un besoin du secteur et apporter une dynamique, beaucoup plus que d'avoir de la personne âgée dépendante qui va être en attente de long séjour. »*

Cette stratégie ne dépendant pas de sa seule décision mais se négociant à l'échelle du territoire de santé, Martine Dupont s'emploie activement à agir au sein des réseaux et auprès des tutelles pour conforter la position de l'établissement et faire reconnaître son excellence et sa spécificité. S'imposer comme une référence, être « *pilote partout* », devient un objectif stratégique prioritaire.

> *« Les enjeux, c'est que la structure soit reconnue. (…) Pour être reconnu, il faut effectivement que le nom de Beausoin soit cité partout ! Donc tout projet lancé par le ministère ou par l'ARH, on dit : on s'y inscrit. » [Un médecin]*

Mme Dupont s'engage alors résolument dans une stratégie d'innovation permanente visant à se positionner à la pointe dans tous les domaines, notamment celui de l'amélioration continue de la qualité, introduite par les dernières réformes du système de santé.

La structure a ainsi été parmi les cent premiers établissements certifiés et le premier centre de soins de suite à mettre en place le dossier médical informatisé ou, tout récemment encore, à obtenir l'autorisation de délivrer des chimiothérapies. Devançant l'introduction de la tarification à l'activité dans les centres de soins de suite et de réadaptation, la direction s'est dotée d'un suivi financier de son activité sur la base des données du PMSI et des outils les plus novateurs permettant de piloter son activité.

L'obtention de la coordination du projet médical de territoire (PMT) ou sa nomination comme expert visiteur de la Haute autorité de santé (HAS) sont dans ce sens un signal fort de la légitimité acquise par Martine Dupont auprès des tutelles et une opportunité de se faire reconnaître par ses collègues directeurs des autres établissements.

La direction ne cesse de le répéter : si l'établissement, extrêmement bien doté, est situé dans la barre haute des soins de suite de la région en moyens matériels et humains, c'est grâce à sa stratégie d'anticipation et de négociation permanente avec les tutelles. Par le biais d'actions ciblées et d'outils de gestion permettant une évaluation précise de l'activité et des besoins, Mme Dupont, très appréciée des autorités sanitaires régionales, arrive en général à obtenir le maximum de budgets pour renforcer les effectifs, ouvrir des postes supplémentaires ou faire financer des équipements ou des charges onéreuses, malgré un contexte de restrictions fortes.

2.2. Le jeu avec les outils de gestion comme compétence stratégique [149]

Les outils de gestion et leur appropriation sont au cœur de tous les discours de la direction de l'établissement Beausoin. Ils sont à la fois une contrainte extrêmement forte et omniprésente, mais aussi le levier dont va se saisir la directrice pour regagner des marges de manœuvre et de l'autonomie.

Les outils mis en place peuvent sembler ailleurs relativement classiques, si ce n'est le fait que Mme Dupont en utilise toutes les potentialités au maximum, dans une mesure que l'on trouve rarement dans des établissements de sa taille du secteur sanitaire.

Ainsi, la directrice n'hésite pas à faire appel à des étudiants de Master en contrôle de gestion qu'elle prend en stage, accompagnés par leurs enseignants de l'Université, pour l'aider à développer des outils de pilotage pointus, rares dans son secteur.

Une veille attentive lui permet également de trouver de nouvelles sources de financement pour couvrir des dépenses que les budgets attribués ne prennent pas en charge. Elle a par

[149] Cette partie a fait l'objet d'un article publié au Journal d'Économie Médicale (GREVIN, 2010).

exemple obtenu des fonds au titre d'un programme d'amélioration des conditions de travail dont le médecin du travail ignorait jusqu'à l'existence.

2.2.1. Des outils pour « photographier » l'activité

On retrouve de manière récurrente dans le discours de Mme Dupont bon nombre d'expressions révélatrices de sa vision des outils de gestion comme permettant de produire « *une photographie de l'activité* ».

> *« Vous voyez qu'on a quand même ces outils qui sont ce qu'ils sont, mais ils sont là pour donner une photographie… »*

C'est le cas aussi bien des outils d'analyse de l'activité, *ex-post*, comme le PMSI…

> *« Tous les lundis matin, j'ai la photographie du nombre de journées qu'on a fait, de ce que nous aurions si nous étions en T2A, du taux de dépendance, des pathologies (…) »*
>
> *« C'est la photographie de ce que l'on fait, de notre métier, quelque part. »*

…que d'outils de prospective, comme le CPOM, censé établir *ex-ante* les objectifs prévisionnels sur lesquels s'engage l'établissement pour les quatre ans à venir :

> *« Ça va jusqu'au nombre de jours de grève, les jours de formation, les jours maladie, tout est très…, on doit avoir une photographie absolument précise sur tout. »*

C'est également l'objectif attribué par Martine Dupont à la recherche-intervention que nous avons menée dans l'établissement :

> *« Cette étude peut donner une photographie à la tutelle, au niveau régional, sur : à l'instant T, voilà ce que l'on a constaté dans un établissement de soins de suite. (…) Ce sont des universitaires (…) qui viennent faire une photographie, enfin une somme de photos, un reportage on va dire, mettre des images, qui viennent shooter l'établissement à différents… et nous restituer qu'est-ce qui se passe. »*

2.2.2. Des outils comme ressources pour la négociation

Plus typique encore de l'établissement Beausoin, l'usage qui est fait des outils de gestion, utilisés comme des ressources pour la négociation.

L'activité de la directrice de l'établissement Beausoin est toute entière dirigée vers la négociation des règles avec les autorités de tutelle et avec les autres établissements du territoire, règles qui vont ensuite contraindre l'activité. Il est donc essentiel pour elle de disposer des ressources nécessaires à une issue optimale de ces négociations.

> *« Lorsqu'on a négocié le deuxième contrat d'objectifs, (…) l'inspectrice négociatrice de l'ARH m'a dit : écoutez, moi ça m'ennuie de vous donner des moyens supplémentaires*

> *puisqu'on n'a aucune visibilité sur votre structure. (…) Il fallait trouver une force de frappe et des moyens convaincants pour dire : mais attendez, vous ne pouvez pas nous laisser… »*

Or pour pouvoir négocier, il faut être capable de fournir des données pertinentes, et donc avoir des outils pour les produire. Le PMSI, par sa capacité à rendre visible l'activité, devient dans ce cadre un outil stratégique pour Mme Dupont, qu'elle n'hésite pas à mettre en rapport avec les autres documents fixant les règles imposées par les tutelles.

Lors de la dernière négociation du CPOM, la directrice a ainsi comparé de manière systématique, catégorie par catégorie, les recommandations d'effectifs indiquées dans le SROS (les bornes hautes et bornes basses), les exigences en termes de qualité et de sécurité de la dernière version de la certification, et les données de son activité produites à l'aide du rapport détaillé du PMSI. Elle a cherché à détecter là où elle pouvait éventuellement identifier des exigences des tutelles auxquelles elle n'était pas en mesure de répondre, afin de demander des effectifs supplémentaires pour y faire face.

> *« En rédigeant le CPOM, (…) comme nous avons un ratio d'aides-soignantes qui est tout à fait satisfaisant, j'ai isolé les bornes hautes et basses des infirmières, en disant : il faut que vous nous donniez deux postes de nuit, c'est incontournable, il y a un problème de sécurité. (…) Et en faisant ce calcul-là, en leur prouvant qu'on n'était pas du tout dans les clous de ce qu'ils avaient écrit, ils nous ont attribué 2,5 postes ETP d'infirmières. »*

Elle joue sur le mode de calcul, en recalculant un ratio de présence d'infirmières « *24h/24* » - puisqu'il faut assurer la sécurité et la qualité des soins en permanence -, qui se trouve par conséquent inférieur aux bornes recommandées par le SROS.

> *« Parce que je suis partie des bornes basses du SROS, 24h/24, aujourd'hui voilà ce que nous avons, ce qui fait 0,156 par lit, la borne basse préconise 0,20 soit… Je leur ai pas dit : ''il nous manque 28 %'', mais ''vous préconisez 28 % de plus''. Vous voyez, dans la lecture, ça n'a pas le même impact [rires] et dans la borne haute, voilà. Ce qui fait que, je dis écoutez si vous m'appliquez la borne haute c'est 3,5 ETP. Et du coup on a eu 2,5 et ça, c'est eux qui l'ont écrit. »*

Elle réussit ainsi à contourner le refus de la tutelle de lui accorder des postes, en invoquant la règle que celle-ci lui a elle-même fixée. L'exemple ci-dessus illustre combien souvent c'est dans l'intertextualité[150] que les acteurs trouvent les interstices pour jouer avec la règle, en mettant en rapport les différents textes (ici les indications du SROS et les engagements de sécurité de la certification) pour se donner de nouvelles ressources dans la négociation.

[150] (DETCHESSAHAR et JOURNÉ, 2007)

La connaissance des règles et le jeu avec les outils deviennent ici une véritable compétence stratégique, si l'on retient la définition la plus communément admise de la compétence comme étant la capacité à mobiliser et à combiner des ressources.

En effet, si un simple taux indicatif peut prendre un caractère obligatoire, du fait même de son caractère écrit et de son inscription dans un document officiel, il ne s'applique pas pour autant de manière déterministe. Au contraire, toute règle ou outil de gestion, de par sa flexibilité instrumentale et interprétative, peut être « *détourné* », réinterprété ou instrumenté par les acteurs qui se l'approprient[151] dans une logique de régulation autonome. C'est le cas ici des bornes du SROS, censées au départ éviter les sur- ou les sous-dotations.

Pour justifier la rationalité de son action et de l'usage qu'elle fait des indicateurs, Martine Dupont ne cesse de répéter : « *c'est les chiffres* », « *c'est écrit* ».

> *« C'est pas de l'invention, c'est le SROS, c'était pas délirant, c'était vraiment du factuel. »*

Elle n'hésite pas pour cela à jouer sur le caractère technique ou scientifique, donc nécessairement plus « *objectif* », des outils et dispositifs employés, afin de légitimer les chiffres produits, qui font l'objet des négociations.

> *« C'est vachement rassurant de présenter un à peu près beau dossier, d'avoir des outils de pilotage, de dire ben c'est génial, clac clac, je peux vous montrer, la clé USB, boum. »*

2.2.3. Des outils co-construits

Par ailleurs, Martine Dupont ne se contente pas de s'approprier les outils imposés par les vagues de rationalisations gestionnaires qui viennent contraindre l'activité de tout le secteur sanitaire. Elle entre dans un jeu de négociation avec les institutions elles-mêmes chargées de les élaborer afin de pouvoir infléchir leur conception dans un processus actif de régulation conjointe ou de co-construction des outils[152].

Un exemple particulièrement illustratif de cette dynamique nous est donné avec le cas de la cellule d'orientation des patients imposée par l'ARH. Aussitôt, Mme Dupont et ses collègues directeurs des établissements concernés ont compris qu'il s'agissait là d'un enjeu fondamental pour eux : celui de la répartition des patients entre les établissements, stratégique par l'impact qu'il a sur les ressources à travers le mécanisme de la T2A et des durées moyennes de séjour.

---

[151] (DE VAUJANY, 2006 ; GRIMAND, 2006)

[152] (DE VAUJANY, 2005, 2006)

> *« L'ARH a dit : on va créer une cellule d'orientation qui va drainer toutes les demandes [de lits] et qui va envoyer [les patients] vers les établissements. Et on voit bien que c'est la première salve, là, et que peut-être demain, l'an prochain ou dans deux ans, on nous dira : attendez, la cellule a une photographie de tous les lits de libres et vous avez l'obligation de prendre [les patients qu'on vous envoie]. Vous voyez, c'est un outil de pilotage. Et donc nous, on a formaté cette cellule comme un outil qualité. Elle va récupérer toutes les demandes, pourquoi tel et tel établissement refuse, a refusé cinq demandes sur les dix faites. Peut-être parce qu'il n'a pas l'équipement médical ou une équipe suffisante pour assurer la sécurité du patient, ou peut-être parce que l'architecture ne se prête pas à ce type de patient, ou que c'était pas pertinent. »*

Il s'agit véritablement de reformater l'outil, de le réinventer pour l'adapter à l'usage que l'on veut en faire. Le dispositif, pensé par la tutelle comme un outil de pilotage, de contrôle des comportements, devient dans les mains des utilisateurs un outil produisant de nouvelles ressources et marges de manœuvre pour la négociation avec celle-ci.

L'ARH impliquant systématiquement les établissements dans la construction des dispositifs qui vont ensuite s'imposer à eux, c'est l'occasion pour les dirigeants d'intervenir dès la conception de l'outil sur les données qui vont être prises en compte et de peser de tout leur poids pour en garder la maîtrise.

> *« Nous, derrière, il faut que lorsque la cellule oriente un patient, elle ait une vision sur les structures d'aval, parce que notre difficulté à nous c'est que quand on a des patients lourds, on peut les garder six mois parce que personne n'en veut derrière. »*

De la même manière, face aux problèmes non pris en compte par les tutelles, Martine Dupont choisit systématiquement d'adopter une attitude proactive pour inventer des solutions nouvelles et amène ensuite l'ARH à soutenir sa démarche. C'est ainsi que Beausoin, en montant un groupe de travail *ad hoc*, a obtenu le financement des molécules onéreuses de cancérologie, désormais remboursées « *à l'euro l'euro* ». Au-delà du fait de trouver les moyens de couvrir des coûts non pris en charge, c'est, pour la directrice, son implication dans l'organisation de l'offre de soin sur l'ensemble de la filière qui est en jeu.

> *« On doit leur reporter des éléments [à l'ARH] mais aussi les interpeler. Ils ont pu comme ça nous accompagner sur l'évolution de la montée en charge de l'activité. Ça permet de trouver des solutions ensemble. Et on l'élargit ensuite aux autres confrères qui ont les mêmes problèmes. Ça nous a permis de trouver comment fluidifier l'activité pour être vraiment dans notre mission de SSR et pas seulement un sas d'attente. Il s'agissait aussi de mettre en musique la règlementation, qui était relativement nouvelle dans notre secteur. »*

2.3. Les limites d'une stratégie d'hyper-activisme gestionnaire

Nombreuses sont les victoires obtenues grâce à la politique d'activisme gestionnaire et d'innovation permanente de Beausoin, notamment en matière de postes obtenus.

> *« On a valorisé nos données PMSI (…) Et là, la tutelle s'est dit (…) bah effectivement, ce n'est pas de la convalescence simple, c'est beaucoup plus médicalisé, donc ils nous ont donné quand même un demi-poste de RH, un demi-poste de cadre, deux postes d'infirmières, un poste de médecin à temps plein, un demi-poste de kiné et un 30 % d'ergothérapeute, ce qui était quand même… vachement bien ! »*

Globalement, l'établissement a jusqu'ici obtenu, chaque année, à peu près tous les moyens demandés. Les ressources conquises ont permis de préserver des conditions de travail plutôt bonnes et un service de grande qualité.

> *« On veut garder une certaine qualité et ne pas faire du prêt-à-soigner. C'est un peu de l'artisanat mais de l'artisanat de qualité. Ce serait un peu prétentieux de dire du Hermès par rapport à du Mc Donald's, vous voyez ? On ne veut pas arriver dans du prêt-à-soigner, du prêt-à-panser. »*

Une telle politique, cependant, n'est pas sans conséquences en interne.

2.3.1. « On est tout le temps dans le projet »

Sur le plan organisationnel, cette stratégie d'innovation permanente a conduit à un développement important des services fonctionnels administratifs et techniques, encore rares dans des établissements de cette taille dans le secteur.

La montée en puissance des outils de gestion et de la régulation managériale qui accompagne leur déploiement, visant un contrôle de toutes les dimensions de l'activité, s'appuie sur un management de type participatif, associant de manière systématique toutes les catégories de personnel dans la conception des dispositifs et au cours de leur mise en place. S'en suit une multiplication des groupes de travail, qu'il s'agisse de comités permanents exigés par les règlementations ou de groupes projets ponctuels liés à une innovation spécifique, qui participe chez les salariés du sentiment d'intensification du travail, encore renforcé durant les périodes de préparation de la certification. Les cadres notamment sont constamment sollicités pour des groupes de travail, commissions et instances diverses, dans lesquels ils doivent tous siéger à chaque fois.

La directrice, qui lance continuellement de nouveaux projets et groupes de travail qu'elle pilote en personne, reconnaît qu'elle impose à ses salariés un rythme intense :

> *« Toujours à fond, des projets on y va, une espèce d'appétence à développer, avec du personnel qui a des fois du mal à suivre. »*

L'« *appétence à développer des projets* » de la part de la directrice entraîne l'ensemble du management dans une dynamique de recherche des outils les plus performants, dans une logique de croissance et d'amélioration constante, dans une prise de responsabilité toujours plus grande dans les institutions du secteur, stimulée par la réussite et les multiples sollicitations typiques des établissements pilotes. Une telle course aux projets, cependant, si elle est porteuse pour l'établissement, est aussi fortement chronophage et laisse peu de temps aux cadres, en interne, pour l'animation de leurs équipes.

> *« On est tout le temps dans le projet, tout le temps débordés (…), on n'y arrive plus parce qu'il y a trop de projets en cours. » (Une cadre)*

2.3.2. « La surveillante n'est pas assez dans les services »

Parmi les difficultés exprimées par les salariés en entretien, émerge le sentiment fort d'un éloignement toujours plus grand de l'encadrement du quotidien du travail. Les cadres ne sont plus sur le terrain. Pourtant, à Beausoin, il y a deux cadres de santé (souvent appelées avec le terme plus familier aux soignants de « *surveillantes* ») : Patricia, chargée des équipes d'infirmières et aides-soignantes, et Delphine à mi-temps pour les ASH[153].

Les équipes ont l'impression que leurs cadres, absorbées par les contraintes gestionnaires, ne connaissent plus le travail, les contraintes de l'activité, les difficultés rencontrées au quotidien. Elles n'ont plus le temps de s'y intéresser.

> *« Là, on nous a mis l'informatique, on ne s'est pas du tout préoccupé de savoir comment on vivait ça, si ça marche bien... Oui, personnellement, je trouve que l'infirmière cadre n'est pas assez présente. » (Une IDE)*

> *« Je pense pas qu'elle connaisse le boulot. Non, il va falloir qu'elle l'apprenne. Je ne pense pas qu'elle connaisse. » (Une ASH)*

Par conséquent, la dynamique de l'équipe en pâtit et l'organisation du travail aussi.

> *« La surveillante, je la vois jamais. (…) Pour moi un rôle de surveillante, c'est être sur le terrain, passer dans les services voir comment ça fonctionne. (…) Bon, il y a les plannings et les réunions à côté, mais il n'y a pas que ça. Je trouve qu'elles ne sont pas assez proches des équipes. Et s'il n'y a pas de travail d'équipe, ça fait partie de ça aussi. » (Une ASH)*

> *« On n'a pas l'impression que quelqu'un fédère l'équipe. » (Une AS)*

[153] ASH : Agents de service hôtelier. Par soignants, on entendra généralement infirmières (IDE) et aides-soignantes (AS).

Du fait de la taille de la structure, Patricia et Delphine, cadres de proximité des équipes de soin et de service, sont ainsi contraintes d'assurer à la fois un rôle de gestion administrative au service des équipes, de prendre part à la définition de la stratégie et d'assurer des fonctions de représentation de l'établissement à l'extérieur. Les cadres, quel que soit leur niveau hiérarchique, deviennent de plus en plus des gestionnaires et de moins en moins des managers qui animent et soutiennent leurs équipes sur le terrain.

Patricia et Delphine le reconnaissent d'ailleurs, elles descendent de moins en moins dans les services. L'éloignement est de fait aussi géographique, puisque leur bureau est situé depuis 2006 au troisième étage, avec ceux de l'administration, tout au fond d'un couloir - celui de la direction - où les soignants ne sont jamais amenés à passer dans le cadre de leur activité. Cette localisation renforce le sentiment que désormais les cadres de santé sont plus proches de la direction et de ses préoccupations que des équipes.

> *« C'est vrai que maintenant, on la voit beaucoup moins souvent. Je dirais même peut-être de moins en moins souvent. Depuis qu'il y a eu le problème, là, du changement d'étage, on trouve qu'on la voit moins, d'ailleurs. » (Une AS)*
>
> *« Non, moi, aller voir la surveillante, monter au troisième, je monte rarement. »(Une AS)*

Si les cadres peuvent parfois en douter, les salariés ont cependant une vraie conscience des contraintes qui pèsent sur leurs supérieurs hiérarchiques. Ils apprécient par ailleurs vivement l'attention qui est accordée à leurs demandes de flexibilité au niveau des plannings. Ils mesurent le rôle délicat des cadres comme interface entre la direction et les équipes opérationnelles, avec toutes les tensions que cela implique entre des objectifs bien souvent contradictoires. Il ne s'agit donc pas de la part des salariés d'un reproche mais de la constatation et de l'expression d'un manque.

> *« Je pense qu'elle n'est pas assez dans les services, maintenant elle peut peut-être pas non plus, tout dépend ce qu'on lui demande à côté. À côté de ça, elle est très agréable, elle essaie de nous arranger. » (Une IDE)*

Une absence dont chacun perçoit les raisons, mais qui risque toutefois de finir par être interprétée comme un désintérêt ou un abandon. Le management est de plus en plus lointain, il ne connaît plus l'activité quotidienne et ses contraintes, ni ne mesure l'engagement des salariés pour y faire face. Il n'y a plus personne pour évaluer le travail et sa charge, plus personne pour entendre la difficulté des personnels et leur donner le soutien qu'ils attendent.

> *« Qu'est-ce qui reste à l'écoute ? Vous voyez, si vous faites la déduction, il ne reste pas grand-chose. » (Une ASH)*

2.3.3. « J'ai jamais personne qui vient voir ce que je fais »

Ces propos ne sont pas seulement le fait des équipes opérationnelles, soignants et agents de service, qui sont dotés de cadres de proximité spécifiques, comme en disposent peu d'autres établissements de cette taille dans le secteur. On retrouve le même langage, peut-être parfois de manière plus aiguë encore, parmi les autres professionnels de la structure, paramédicaux, socio-éducatifs ou administratifs, qui se sentent d'autant plus en difficulté qu'ils n'ont aucun interlocuteur qui connaisse réellement leur travail. Placés pour la plupart sous la responsabilité directe du médecin-chef ou de la directrice, ils sont souvent seuls dans leur profession. La direction parle d'ailleurs de « *postes isolés* ».

> *« Moi j'ai jamais personne qui vient voir ce que je fais. On me demande du résultat et encore, je ne pense pas que quelqu'un lise un jour dans les dossiers ce que je mets. » (Une kiné)*

En dehors de ses trois médecins adjoints, le médecin-chef, Dr Martine Dupuy, paraît effectivement ignorer son rôle d'encadrement vis-à-vis des différents professionnels qui en réfèrent à elle et tend à laisser ses subordonnés dans une totale autonomie, que ces derniers ne tardent pas à assimiler à du désintérêt. Plusieurs expriment combien ils souffrent de cette absence de management, qui les laisse démunis face à des situations de tensions qu'ils n'arrivent pas à résoudre d'eux-mêmes.

3. L'IMPACT SUR LE TRAVAIL DES EQUIPES

3.1. Un sentiment d'abandon et de manque de reconnaissance du travail

L'absence des managers sur le terrain, absorbés par l'activité gestionnaire, est largement ressentie par le personnel, qui exprime un fort sentiment d'abandon et de manque de reconnaissance.

3.1.1. « Personne ne me voit »

La catégorie la plus touchée est certainement celle des agents de service (ASH). Le service, sous la menace constante d'être externalisé à une société de ménage privée, ne bénéficie d'aucun poste supplémentaire depuis plusieurs d'années, alors que les surfaces se sont accrues et que l'équipe est notoirement en sous-effectif. Bien que côtoyant chaque jour les infirmières et les aides-soignantes auprès des patients et collaborant avec ces dernières pour certaines tâches, les agents de service, en blouse orange (les soignants sont en blanc) ne font visiblement pas partie de l'équipe de soins. ASH et soignants se croisent dans les couloirs mais se parlent relativement peu, sauf pour échanger des informations nécessaires

au travail, même si l'ambiance reste simple et cordiale. Les infirmières et aides-soignantes, quant à elles, forment clairement équipe et sont régulièrement en interaction.

Les agents de service semblent ne pas recevoir autant de considération que les soignants. Le fait d'exercer une activité qui ne s'adresse pas directement aux patients, donc accessoire, apparaît comme fortement dévalorisant dans un établissement de soin.

> *« Vraiment on se sent dévalorisé (…) c'est surtout de ne pas avoir l'approche des patients. J'avais envie, et puis ben non, j'étais avec mon balai et avec ma serpillière ». (Une ASH)*
>
> *« Nous, c'est le balai et l'éponge toute la journée. » (Une ASH)*

Les agents de service l'expriment fortement : elles se sentent n'exister pour personne, malgré les discours qui vantent la part indéniable qu'elles assurent pour faire de l'établissement un lieu propre, agréable et propice au rétablissement des patients ou à leur fin de vie. On ne les voit même plus, elles sont comme invisibles pour les autres catégories professionnelles, ignorées.

> *« Ça fait combien d'années qu'elle travaille là, elle prend sa blouse devant moi tous les matins ! Et elle ne savait pas où je travaillais ! » (Une ASH, en parlant d'un médecin)*
>
> *« L'important c'est d'être vu, c'est ce que j'ai compris. (…) personne ne me voit à la limite. Ils ignorent que je travaille là ! Ils ne savent même pas que je suis venue ! » (Une ASH)*
>
> *« Les ASH, elles n'existent pas. (…) Ça doit être horrible pour elles à vivre. » (Assistante sociale)*

Elles ont cependant conscience de jouer un rôle bien spécifique dans la relation aux patients, passant du temps auprès d'eux sans toutefois entrer dans l'intimité des soins au corps, ce qui permet une relation plus libre. Elles recueillent bien des confidences, des questions et des préoccupations. Mais elles n'ont pas toujours la possibilité, ou parfois peut-être la volonté, de retransmettre à l'équipe soignante ce qu'elles peuvent percevoir. Elles ne se sentent pas avoir leur place aux transmissions, trop techniques, où leur présence est pourtant régulièrement réclamée par leurs collègues comme un impératif du fait de leur activité auprès des patients. Nombre d'entre elles aspireraient pourtant à être admises dans ce lieu de sociabilité où se construit la vie de l'équipe, qui de fait leur est ainsi refusée.

> *« Avec certaines ça va bien mais on n'a pas tellement de relations parce que nous…. En général elles [AS et IDE] sont quand même mieux vues parce qu'elles ont des transmissions. Elles arrivent, elles vont s'asseoir. Même si on a plein boulot, nous… » (Une ASH)*

Certaines ont tout simplement renoncé à ce rôle actif au sein du service et ont adopté une attitude de retrait, considérant désormais leurs tâches de ménage uniquement comme un gagne-pain. Elles se protègent ainsi du manque de reconnaissance qui les blesse régulièrement. D'autres compensent par leur affectation en restauration, y trouvant

l'occasion d'une responsabilité valorisante auprès des patients, dans un univers, la salle à manger, qui n'est celui d'aucun autre professionnel.

3.1.2. « On est des pions qu'on déplace »

On retrouve la même aspiration à la reconnaissance chez les infirmières et les aides-soignantes, que leur fonction place pourtant au cœur des préoccupations de l'établissement. Cette exigence s'exprime, de leur côté, à la fois en termes de reconnaissance du travail réalisé, mais aussi de respect des personnes et de leurs contraintes. Il s'agit par exemple de l'attention portée par les médecins à leur possibilité de faire face à la charge de travail dans le cadre des contraintes horaires ou encore de la disponibilité qui est attendue d'elles sans tenir compte de leur vie personnelle.

> *« C'est vrai que pour elle, bah toc, au lieu d'un matin elle met un soir, un petit clic et puis ça y est. Mais je trouve qu'elle ne se rend pas compte des conséquences… (…) Ça renforce le sentiment d'être vraiment qu'un pion. » (Une IDE)*

Un sentiment renforcé par l'utilisation d'un instrument de gestion, ici celui du logiciel de planning, venu se substituer à la communication en face à face, à la relation humaine.

On rencontrera souvent cette expression, tout à fait symptomatique des difficultés actuelles des soignants[154] : « *on est des pions qu'on déplace sans se préoccuper* », avec l'impression de ne plus rien maîtriser, de ne pas exister comme une personne reconnue.

> *« Moi ça me donne quand même le sentiment d'être perçu par la direction comme vraiment, je dirais, du petit personnel, on est des pions qu'on déplace… » (Une IDE)*

> *« S'investir comme on le fait, vraiment… J'ai trouvé que vraiment on était considérées comme moins que rien. (…) Ca démontre bien qu'on n'est que des numéros. » (Une IDE)*

Une problématique, omniprésente dans le discours des soignants, et sur laquelle se cristallise la question de la reconnaissance, est celle de la charge de travail, que tous ressentent en forte croissance, et sa difficile régulation.

> *« On sait très bien que dans les soins de suite, la charge de travail va augmenter, c'est comme ça, c'est un fait. Est-ce qu'on pourrait pas réfléchir maintenant sur qu'est-ce qu'on va faire après, si ça augmente, sans attendre que les gens soient complètement usés et bousillés, ou est-ce qu'on va mettre des choses en place ? » (Un délégué du personnel)*

[154] (ESTRYN-BEHAR *et al.*, 2003)

3.1.3. « Prendre en considération »

Cette problématique a connu une crise aiguë pendant le déroulement de l'étude. Depuis longtemps, des tensions agitaient les deux services à propos de l'inégalité de la charge de travail. L'équipe du RDC – 1er étage, avec ses cinq chambres supplémentaires (sur 40), revendiquait une charge de travail supérieure à celle du 2e étage. Elle pointait que sur l'un des deux niveaux de l'autre service, dit du « 2e haut », les chambres encore à l'ancienne, petites et étroites, contraignent à accueillir le plus souvent des patients beaucoup moins dépendants que dans les vastes chambres du RDC – 1er. Il a toujours été considéré par la direction que cette différence était compensée par la présence de soins palliatifs au deuxième étage (en réalité quatre seulement sur les six lits identifiés comme tels), censée représenter une charge émotionnelle plus lourde pour le personnel. Or les données du PMSI 2007 révèlent que plus de 77 % des décès surviennent au sein du service du RDC-1er. Pourtant, les deux services comptent exactement le même nombre d'infirmières et d'aides-soignantes et il n'y a quasiment aucun mouvement de personnel entre les deux.

Le débat, jamais tranché par la direction, alimente des rivalités entre les deux équipes, qui se reprochent mutuellement de n'avoir pas grand-chose à faire (au second) ou d'être mal organisées (pour celles du bas), propos dans les deux cas inacceptables pour elles.

> *« Enfin toujours, le résultat des courses, c'était que au deuxième, on ne fichait rien et que dans le petit service du 2e haut, il n'y avait que des valides. Ceci dit, je ne sais pas d'où est venue cette information-là, mais toujours est-il que ça été véhiculé de telle sorte que nous, on a entendu ça comme ça. Donc il y a une espèce de rivalités entre les équipes. »*

Implicitement, on se demande aussi si le Dr Martine Dupuy, médecin-chef, qui décide des entrées de patients, ne choisirait pas pour son service du 2nd les patients les moins lourds.

Un week-end particulièrement chargé pour l'équipe du RDC-1er, les aides-soignantes à bout décident de lancer un cri l'alarme au moyen du système qualité de signalement des « *événements indésirables* ». L'une d'entre elle rédige une déclaration d'événement indésirable, qui sera suivie d'une autre le lendemain, signée par toute l'équipe, infirmière comprise, avec des chiffres précis sur le nombre de toilettes à faire ce jour-là dans le service : 17 + 10 aides partielles pour 2 AS ½.

> *« Aujourd'hui, nous sommes en tant que soignants dans la "maltraitance". Notre façon de travailler est intolérable et cela dure déjà depuis trop longtemps. Dans quelle mesure pouvons-nous accepter ceci ? » (Fiche déclaration événement indésirable du samedi)*

> *« Dépassement du seuil tolérable de fatigue physique et psychologique de l'équipe soignante du RDC-1er aboutissant à des comportements à la limite de la maltraitance et à la mise en cause de leur sécurité… » (Fiche déclaration événement indésirable du dimanche)*

Cet acte fort et inédit a provoqué en réponse, de la part de la hiérarchie, une décision redoutée depuis longtemps : la permutation des équipes de soins (infirmières et aides-soignantes) entre les deux services. Ce changement imposé a suscité, sur le moment, une réaction très vive de la part des soignants. La réponse, à leurs yeux, ne représentait pas une solution : « *user* » tantôt les uns, tantôt les autres, revient pour eux à refuser de reconnaître la différence de charge de travail entre les services.

Car les soignants n'attendaient qu'une seule chose : même si on ne peut pas augmenter les effectifs, que l'on admette que l'équipe du bas devrait être plus nombreuse que celle du haut, et que les collègues d'un autre étage puissent être sollicités en cas de besoin, même s'ils ne font pas partie du même service. Autant dire : que le problème soit reconnu, pas que des solutions miracles soient mises en place.

> *« Moi je comprends que le cadre met aussi les patients plus autonomes puisque les chambres sont petites, mais je trouve qu'on n'a jamais su prendre ça en considération. » (Une IDE)*

Un appel à ce que le travail soit vu, considéré, la charge objectivée. Nécessairement, par conséquent, la réponse de la direction, interprétée comme un rejet et un mépris du message lancé, suscite l'indignation et renforce l'impression d'un dialogue de sourds.

> *« En attendant je trouve quand même bien regrettable de changer les équipes comme ça sans dialogue. Vraiment je l'ai ressenti comme à l'école maternelle : vous avez osé vous plaindre, voilà ! Alors qu'en fin de compte, le problème n'est pas réglé à sa base. » (Une IDE)*

En réalité, un certain nombre de soignants n'étaient pas opposés à la permutation des équipes. Mais alors que les salariés attendaient un message de compréhension et de soutien de la part de leur management, tout dans la réponse leur a donné le sentiment d'une décision unilatérale imposée par la force, d'un déni du problème et de leur travail dans son ensemble et, partant, de leur compétence et de leur dévouement.

L'expression d'un besoin d'être reconnu dans son activité est également un dénominateur commun dans le discours de toutes les catégories de personnel, et ceci à tous les niveaux de la hiérarchie. Les professionnels paramédicaux ne cessent pour leur part de réclamer de leur hiérarchie qu'elle s'intéresse à ce qu'ils font, qu'elle reconnaisse leur contribution essentielle à l'activité de l'établissement.

> *« En fait on a vraiment l'impression d'être là pour faire joli, pour récupérer toutes les merdes qui posent problème. (…) Et puis c'est pas du tout reconnu, comme boulot. » (Un paramédical)*

Les cadres eux-mêmes, quoique plus proches de la direction, n'hésitent pas à exprimer combien ils y sont sensibles.

> *« Avec Mme Dupont, ça va être plus deux trois minutes volées dans son bureau ou alors entre deux portes. De temps en temps il me manque du temps pour vraiment la voir et lui*

parler d'un problème, lui poser le truc. (…) elle ne cherche pas à nous fuir, mais elle a quand même beaucoup de choses. » (Un cadre)

Il est intéressant à ce propos de noter la réaction de l'équipe de direction, lorsque ce cri des salariés, « *on ne nous écoute pas* », leur a été rapporté au cours de la première restitution de l'étude. Comme en écho, ils ont répondu eux aussi, à propos du personnel : « *Est-ce qu'ils savent au moins où va l'établissement ? Est-ce qu'ils s'en préoccupent ?* » Autrement dit : les salariés comprennent-ils, entendent-ils ce que nous essayons de leur dire, ce qui nous préoccupe, nous managers, les nombreuses contraintes qui pèsent sur la gestion de l'établissement ? Une réaction que l'on pourrait interpréter encore comme : et notre travail à nous, notre investissement incessant pour obtenir les meilleures conditions pour eux, le voient-ils, le reconnaissent-ils ?

La première exploitation des données recueillies par questionnaire le confirme : alors même que, pour 86 % des répondants, le travail devient de plus en plus exigeant[155], supposant de travailler très vite (81 %) et intensément (87 %), il ressort parmi les salariés interrogés que :

- 55 % considèrent ne pas recevoir le respect et l'estime mérités pour leur travail,
- 52 % ne s'estiment pas associés aux décisions,
- 43 % jugent que la direction ne porte pas assez d'intérêt au bien-être du personnel,
- 40 % que l'attitude de la hiérarchie en matière de considération est insuffisante,
- 39 % qu'il y a un déficit d'écoute.

3.1.4. « On en fait plus pour le paraître »

Dans ce contexte, l'invocation par la direction du nécessaire niveau d'excellence et de qualité de l'établissement à maintenir, s'avère extrêmement sensible pour les salariés. C'est en effet précisément ce qui fait mal : les résultats obtenus ne semblent faire aucun doute à l'extérieur, et c'est bien la preuve de la qualité du travail fourni, or la direction, qui ne cesse de recevoir les louanges des autorités de tutelle, ne paraît pas voir combien les salariés en payent quotidiennement le coût.

« Parce que vous n'avez pas droit à l'erreur, il faut être parfait ici. (…) Qu'est-ce qu'on s'en fout d'avoir, vraiment je trouve ça ridicule, d'avoir le prix d'honneur. (…) Si c'est pour amener du stress et du mal-être, ça n'est pas intéressant.»(Un paramédical)

[155] Lire : 86 % des salariés interrogés répondent « *d'accord* » ou « *tout à fait d'accord* » à l'affirmation « *mon travail devient de plus en plus exigeant* ». *Idem* pour les chiffres suivants.

L'excellence vantée à l'extérieur n'a plus pour les personnels aucun sens, puisque la vraie qualité, celle du travail bien fait, est pour eux constamment piétinée.

> *« C'est pas vrai, c'est plus vrai, parce qu'on ne peut plus faire comme on faisait, quand on a été surchargé de travail, faut plus nous parler de qualité, c'est pas vrai. » (Une AS)*

Lorsque les salariés s'expriment sur la réputation de l'établissement à l'extérieur, domine le vocabulaire de l'image, du paraître, témoignant du contraste qu'ils ressentent entre cette réussite à laquelle ils sont par ailleurs si attachés et leur sentiment de ne plus être dans les conditions d'y arriver d'une manière satisfaisante, qui donne sens à leur travail.

> *« La réputation de l'établissement est aussi la prise en charge auprès du patient, c'est aussi cela qui fait la réputation d'un établissement et non la « belle vitrine » ! (…) Comme on dit, la vitrine est très belle, il y a une magnifique vitrine, c'est sûr, mais bon en interne, il faut voir après… » (Un médecin)*

> *« J'ai l'impression qu'ici c'est beaucoup le paraître, ce qui nous dégoûte un petit peu, c'est que c'est plus le paraître. (…) J'ai l'impression qu'on fait plus pour le paraître que pour nous et les malades. » (Une AS)*

Chaque nouvel article dans le journal relatant les succès de l'établissement est alors vécu comme un coup de poignard pour les salariés, qui désespèrent que soit entendu, à l'intérieur, leur besoin de considération et de soutien, que tout simplement leur travail soit connu, vu et apprécié par leurs supérieurs.

> *« Du moment qu'on a atteint le but, quel que soit comment est le personnel, comment il a réussi à faire son travail, même s'il y avait plein de réunions… (…) une fois qu'on est en belle page du journal, on a oublié. (…) On n'est pris que pour des numéros. » (Une IDE)*

Partant, lorsque le management encourage ou félicite le personnel, les mots sont ressentis comme une injure.

> *« Quand on nous dit tous les ans les équipes sont formidables et tout, oui d'accord, mais on en revient toujours au même. En clair, qu'est-ce qu'elles en ont à fiche de ce qu'on trime dans les couloirs ? Elles peuvent bien nous dire qu'on travaille bien, mais personne ne vient s'y frotter, personne ne vient voir ! Et quand on demande l'aide on n'en a pas. » (Une AS)*

3.2. Une communication interne défaillante

Lorsque l'on interroge les salariés sur ce qui peut constituer des sources de tension ou de mal-être dans leur activité, ils en viennent immanquablement à évoquer des problèmes de communication et les incessants bruits de couloirs, « *cancanages* » ou « *ragotages* », qui occupent ici une place disproportionnée, révélatrice des défaillances de la communication.

3.2.1. « On ne vient pas nous dire »

La direction, pourtant, estime de son côté ne pas cesser de communiquer. La petite taille de l'établissement favorisant une communication informelle de tous les instants, Mme Dupont n'hésitait pas, jusqu'à une période récente, à discuter dans les couloirs avec les salariés. La logique de défiance qui s'est installée progressivement a aujourd'hui complètement modifié ses habitudes. Désormais, elle communique exclusivement par deux canaux : l'affichage de notes de service et les instances officielles de représentation des salariés (CE/DP et CHSCT).

> *« Vous me direz, il y en a de la communication, on est inondés de notes de service ! Il y en a plein, le tableau d'affichage est plein de notes de service. (…) Il y a des choses, quand même, qui passent à la trappe. (…) Moi la première, je ne vais pas tellement voir. » (Une IDE)*

Les personnels vivent cela comme une absence de volonté de dialogue de la part de la direction. Les affichages se sont tellement multipliés qu'ils ne les lisent plus, dédaignant ce mode de communication qui n'est pas le leur.

> *« Il y a tellement de choses affichées que, non, on lit pas tous les jours. (…) partout il y a plein plein d'affichage. Ce serait mieux que la surveillante vienne nous dire… qu'on vienne nous expliquer… sinon on se pose des questions. » (Une AS)*

> *« Elles le prennent mieux quand c'est dit de façon…, quand c'est communiqué, que par écrit sur un dossier alors qu'on se voit tous, tous les jours. » (Un cadre)*

Le personnel est fortement demandeur de communication orale et directe avec sa hiérarchie. De par leur culture professionnelle, les soignants et les salariés du milieu de la santé en général ont en effet une forte propension à privilégier la régulation informelle des collectifs de travail plutôt que les règles et les préconisations écrites[156]. Or c'est précisément l'inverse de la tendance actuelle.

> *« Je pense (…) aux changements d'horaires sur le planning, si on ne va pas voir, on ne vient pas nous dire. (…) c'est uniquement sur le planning sur le PC. Si on ne va pas regarder tous les jours si on n'a pas de modification de planning, on ne le sait pas. « (Une IDE)*

> *« Du jour au lendemain, ben, c'était plus écrit "en surveillance", donc pour qui, pourquoi, je ne sais pas, j'en ai plus entendu parler. » (Une IDE)*

3.2.2. « Le royaume des bruits de couloirs »

Face à ce qui est vécu comme un déficit total d'information et de dialogue, chacun se voit donc contraint de partir lui-même, dans les couloirs, à la quête des éléments dont il a

[156] (RAVEYRE et UGHETTO 2003 ; ACKER 2005)

besoin. Les informations lui parvenant par ce biais étant souvent partielles, déformées et par définition non fiables, les interrogations se multiplient et le phénomène s'alimente en lui-même. L'établissement devient ainsi le royaume des bruits de couloirs.

> *« On apprend souvent les choses d'abord par bruits de couloir. Il faut quand même être clair, c'est souvent ça d'abord. » (Une IDE)*

C'est d'autant plus vrai que non seulement les informations diffusées par les bruits de couloirs sont sujettes à questionnement, mais les canaux de communication eux-mêmes ne sont pas clairement identifiés ou sont en permanence contournés.

> *« Quand on dit qu'on pense avoir compris ça, on dit, mais non (…). Des réponses floues, toujours floues. (…) C'est flou tout le temps. (…) Non je pense qu'il y a un flou, peut être entretenu (…) on nous dit qu'on ne comprend rien (…). » (Un paramédical)*

Du point de vue de la direction, l'information officielle est censée passer par les représentants du personnel, dont elle considère que c'est le rôle de relayer aux équipes ce qui est décidé en leur présence en réunion. Ces derniers, cependant, pour qui faire remonter les attentes des salariés à la direction est déjà une charge lourde et délicate, ne s'envisagent pas du tout comme les porte-parole du management pour des décisions qu'ils sont contraints d'accepter sans réel dialogue. Ils appréhendent la sortie des réunions, où les collègues les assaillent de questions et de reproches face auxquels ils sont souvent démunis.

L'annonce des décisions va donc se diffuser dans les équipes de manière informelle, sans que personne ne réussisse à retransmettre les motifs qui y ont conduit. Lorsque, plusieurs jours (ou semaines) plus tard, le compte rendu officiel sera affiché, au milieu d'une multitude de notes et consignes, personne ne s'y reportera, alors que les discussions quant aux modalités d'application de la décision seront encore vives dans les couloirs, tant les questions seront restées sans réponse. Pourtant, parmi les cadres administratifs, tous considèreront que l'information a été faite et, le cas échéant, ils afficheront un nouveau rappel s'ils constatent que l'application de la décision fait l'objet de réticences.

Nous en serons témoins à propos de la décision si contestée de permutation des équipes entre les étages, particulièrement emblématique du mode de communication de l'établissement. Si l'information concernant les événements indésirables du week-end s'était aussitôt répandue dans tout l'établissement comme une trainée de poudre, aucun message en retour n'est arrivé de la part de la direction, à l'exception des reproches insistants adressés de manière informelle aux intéressés de la part des différents responsables. Les aides-soignantes concernées, toutes deux délégués du personnel, décidèrent alors de demander à la direction une réunion pour s'expliquer. A l'issue de la réunion, les déléguées sont chargées de transmettre la décision à leurs collègues, décision

qu'elles ont vécue comme leur étant imposée malgré elles sans aucun dialogue. En quelques minutes, la nouvelle fait le tour de l'établissement, ne manquant pas de susciter un tollé général. Mais personne ne relaya les motifs de la décision, ni les autres mesures complémentaires, immédiates ou à plus long terme, adoptées à la même occasion.

> *« Nous on venait de le savoir, par cancan. Ah bon, on descend ? Oui oui, soi-disant qu'on part, on descend au 1er février, OK. Et puis il y a quelqu'un qui me dit : Mme Dupuy ne t'en a pas parlé ? (…) Non, moi je dis, non, je viens de l'étage et personne n'a rien dit. En remontant, on nous demande : alors qu'est-ce qui se passe ? C'est vrai, on va descendre ? Eh bien oui ! Bon, elle n'a pas vraiment dit que c'était elle qui a… Oui, ça a été décidé comme ça. » (Une AS)*

Malgré le compte rendu de trois pages, affiché dans les infirmeries huit jours plus tard et passé inaperçu de tous, l'incertitude continuera d'alimenter longtemps les craintes et les discussions dans les couloirs, même une fois le changement effectif un mois après.

> *« Parce que vous voyez, le changement de service, comme quoi on comprend pas la même chose, moi j'ai cru comprendre qu'on allait six mois… qu'on changerait chacune six mois, mais qu'on revenait après dans nos services respectifs. Eh bien non, d'autres ont compris qu'on allait changer tous les six mois. Donc je me dis, à un moment, ou c'est vraiment moi qui ai mal compris, ou l'information, un jour ça été : on change une fois et après chacun revient dans le service initial, et le lendemain ça a été dit : ben non, tous les six mois… » (Une IDE)* [157]

Aucun responsable ne commentera ou éclaircira la situation, ni la directrice Mme Dupont, ni Patricia la cadre de santé qui estimera ne pas avoir été mandatée pour cela, ni les médecins que les équipes côtoient quotidiennement dans le service. Le Dr Dupuy, qui fut la première à rapporter la nouvelle du changement lorsqu'elle remonta à l'infirmerie du 2e étage, se contentera de laisser entendre qu'elle n'approuvait pas la solution choisie. Au point qu'on finit dans les équipes par se demander quelles étaient les motivations et les responsabilités des uns et des autres dans une telle décision.

> *« Alors les questions que certaines se posent et peut-être moi aussi, parce que on n'est pas clair par rapport à ça, avec Mme Dupuy, c'est (…) que ça serve à dénigrer une équipe ou une autre ? (…) Je n'en sais rien, on se pose plein de questions nous aussi. On ne sait pas où on va, comment vous dire… » (Une AS)*

Les cadres de proximité ont souvent bien conscience des questionnements de leurs équipes mais se gardent par principe d'ajouter leur voix à la cacophonie existante.

> *« Alors c'est vrai que quand je sens des fois un peu des découragements ou des… mal-être général, j'évite de trop rentrer, alors je ne suis pas trop dans le lamento, ce n'est pas trop*

[157] Extrait d'un entretien du 07/02/08, le changement de service ayant été effectif le 04/02. Le compte rendu officiel de la réunion du 10/01 a été affiché dans les services en date du 18/01.

mon truc. Je pense que souvent, quand on écoute trop dans ces cas-là, on en rajoute. Après c'est ma façon de faire. Et souvent, j'attends que ça passe [rire], c'est peut-être lâche aussi, mais souvent je me dis : ça ira mieux dans 15 jours. » (Surveillante)

C'est pourtant bien elles, avant tout, que les équipes attendraient pour relayer et expliquer les décisions prises, qui concernent directement leur activité.

3.2.3. « On n'est pas écouté ! »

Si l'information descendante est clairement en dysfonctionnement, la communication ascendante ne paraît pas meilleure. Les salariés sont unanimes, lors des entretiens, à exprimer leur sentiment de ne pas être entendus.

« On a beau dire que ça ne va pas, personne ne nous entend. » (Une AS)

« Nous, quand on nous demande de participer à des choses, on y va et nous, quand on dit que ça ne va pas, on a l'impression qu'on n'est pas entendus. On a l'impression que ça ne va que dans un sens. » (Une AS)

Cette impression que les efforts de communication sont toujours à sens unique, autrement dit dans une logique instrumentale et purement monologique de la part de la direction, s'accompagne généralement, parmi les membres du personnel, de l'expression d'une demande de plus grandes possibilités d'expression et de dialogue.

« Mme Dupont, c'est quelqu'un qui (…) est beaucoup dans l'action, dans le panache. Elle est peut-être déjà sur ce qu'elle va dire après ou ce qu'elle va dire elle, ce qu'elle va transmettre elle, mais pas trop dans le recevoir l'autre. Et moi je pense que pour qu'il y ait une bonne communication, faut qu'il y ait les deux. » (Une kiné)

Des appels dans le vide, un dialogue de sourds, renforcés par le fait que le langage utilisé par la direction n'est pas celui des salariés. La direction parle chiffres, contraintes financières, obligations légales, et utilise des arguments qui ont pour effet de clore le dialogue et donnent aux salariés le sentiment que la demande n'a pas été entendue.

« Nous on parle humain, et là en fait j'avais été obligée d'apprendre à parler chiffres. (…) C'est vrai que sûrement, on n'est pas préparées à ça. » (Une IDE)

« Avec la direction, ce qui m'a choqué un jour c'est qu'on l'avait croisé au sous-sol, et puis elle nous a demandé « alors comment ça va ? » (…) on lui a dit « on vient de faire un décès, vous savez… », (…) elle nous sort des chiffres ! (…) On était dans l'émotion parce qu'on venait de faire le décès ! On parle émotion et elle, elle nous dit "alors par rapport au mois dernier…" (…) On n'est pas sur la même longueur d'ondes ! Elle parle tout de suite chiffres, statistiques ! (…) Donc c'est peut-être aussi pour ça que ça ne fonctionne pas ! » (Une AS)

L'absence de dialogue et d'expression, dans un sens comme dans l'autre, ne permet pas aux équipes, dont les doléances n'ont pas pu être entendues, de comprendre les motivations des dispositions prises par la hiérarchie en réponse à leur demande. Quelles que soient les décisions prises et leur pertinence, elles ne seront en aucun cas légitimes puisqu'elles ne sont que l'imposition d'une régulation de contrôle sans prise en compte du besoin des salariés de participer à la négociation.

Ce sentiment, exprimé à d'innombrables reprises, de n'être ni informé, ni écouté, ni compris, est d'autant plus surprenant que l'établissement a mis en place de très nombreux outils censés favoriser la communication et l'animation des équipes.

3.2.4. « On est tout le temps en réunion »

Ce ne sont pas, en effet, les possibilités d'expression qui manquent. Les salariés sont d'ailleurs réservés à propos de ce qu'ils qualifient volontiers de « *réunionnite aiguë* ». Ils ont l'impression d'être toujours en réunion, activité improductive à leurs yeux et perçue comme étant au détriment des patients, puisque le temps doit être pris sur l'activité ordinaire.

Pour autant, si au cours des multiples réunions auxquelles sont convoqués les personnels, en dehors de celles consacrées aux patients (transmissions, réunions de synthèse), on parle de l'établissement, de ses succès et de ses problèmes, de ce qui vient perturber la vie de l'équipe, il est très rare que soient abordées les difficultés ou les réussites des personnes[158]. Pour 38 % des salariés, les réunions ou groupes de travail ne permettent pas de résoudre les difficultés rencontrées dans leur activité.

Ce que les salariés cherchent à exprimer lorsqu'ils évoquent une absence d'écoute et de possibilités de dialogue, c'est plutôt la possibilité de faire entendre les exigences qui leur sont propres, les préoccupations qui naissent de leur activité quotidienne et qui sont parfois bien éloignées de celles de l'encadrement. Tandis que les managers élaborent des systèmes de pilotage permettant une transparence toujours plus grande de l'activité afin de la transformer en données chiffrées et objectivées communicables à l'extérieur, les salariés sont laissés seuls face aux multiples contradictions qu'ils doivent chaque jour affronter pour accomplir les tâches qui leur sont confiées, dans un contexte d'incertitude et de complexification croissante. Ce qui fait l'objet des préoccupations réelles et quotidiennes des équipes n'est pas abordé dans les groupes de travail, qui ne sont pas, de fait, des réunions « sur le travail ».

[158] 64 % des salariés interrogés estiment qu'au cours des réunions d'information, sont abordés les problèmes de l'entreprise et 63 % d'entre eux qu'on y parle de ses succès ; 72 % qu'y sont abordés les problèmes de l'équipe et 45 % les succès de l'équipe ; 27 % seulement des salariés considèrent qu'on y évoque les problèmes des individus et 20% leurs succès.

> *« Les réunions, il y a plein de réunions, il y en a de trop, on croule sous les réunions dans l'établissement, avec les accréditations, les trucs, les machins, mais des réunions purement de travail, où on pointerait les problèmes réels de travail au fur et à mesure, je pense que ça pourrait être… » (Une IDE)*

Certains d'ailleurs, aussi bien infirmières ou aides-soignantes qu'agents de service, n'hésitent pas à rappeler l'utilité des réunions de service, aujourd'hui largement tombées en désuétude, aussi bien pour l'échange d'informations liées à l'activité quotidienne que pour l'animation de la vie de l'équipe. Si ces temps d'échanges se révèlent nécessaires, il est toutefois fondamental que leur fréquence, leur durée, leur contenu et leur mode d'animation soient appropriés, afin de ne pas alimenter la « *réunionnite* » si souvent dénoncée dans l'établissement.

> *« [Les réunions de service] elles sont de plus en plus rares, à cause de justement toutes les autres réunions, entre guillemets ! » (Une IDE)*

Le contraste, assez paradoxal à première vue, entre l'absence de communication et l'abondance de lieux d'expression trouve une part d'explication dans le phénomène de parole contrôlée largement répandu dans l'établissement. La crainte de s'exprimer, la suspicion vis-à-vis de l'utilisation qui pourrait être faite de ce qui est dit, le manque de confiance dans le management, contribuent à renforcer le déficit de dialogue et de compréhension réciproque.

3.3. Une défiance généralisée

3.3.1. « Je me méfie de tout le monde »

Le réflexe de parole contrôlée et le sentiment d'un trop grand risque à s'exprimer librement se ressent dans tout l'établissement. Tous, du plus bas de l'échelle jusqu'à la direction, sont entrés peu à peu dans un cycle de défiance et de protection.

> *« Il y a des choses que je ne dis pas, je me méfie. De toutes façons, je suis devenue complètement parano ici, je me méfie de tout le monde. C'est triste, je n'ose plus rien dire, de peur que ça se retourne contre moi. » (Un médecin)*

> *« Plus personne n'a confiance en personne et même au sein du troisième [étage de l'administration], je pense que les uns et les autres, on se fait pas confiance, on n'ose pas se dire les choses. » (Un cadre)*

> *« Il faut toujours être sur le qui-vive, tous les jours, se méfier, être prudent, pas trop en dire. » (Une ASH)*

Une telle « *paranoïa institutionnelle* » est confortée par des épisodes symboliques qui sont systématiquement évoqués dans les entretiens. Des histoires qui véhiculent l'impossibilité d'avoir confiance, la nécessité de contrôler sa parole et la conviction que toute erreur sera dénoncée, accusée et sanctionnée, dans des proportions qui peuvent être imprévisibles et prendre des formes redoutables.

Le sentiment d'insécurité est alimenté par les tensions entre la direction médicale et la direction administrative, phénomène classique dans les établissements de santé mais qui semble avoir pris ici des proportions étonnantes et rejaillit sur l'ensemble de la structure.

3.3.2. « Un conflit latent »

Le conflit ne date pas d'aujourd'hui. Tous rappellent que, déjà, un différend entre le précédent directeur et le médecin-chef de l'époque s'était terminé par le licenciement de ce dernier et un procès aux prud'hommes, qui avait mis financièrement en danger l'établissement à cause de l'importance des indemnités réclamées. Ce conflit avait eu également des retentissements sur l'ensemble du personnel, qui avait été jusqu'à pétitionner contre le directeur. Au point que l'actuelle directrice soit parfois tentée de faire croire à une fatalité de l'histoire, un conflit récurrent lié à l'organisation :

> *« On nous a orientées vers un conflit médecin-chef femme / direction femme. (…) qu'il y ait un remake version féminine ! Une espère de Western ! » (Directrice)*

La personnalité des deux femmes, Martine Dupont et Martine Dupuy, semble bien pourtant, pour un certain nombre d'acteurs, jouer un rôle prédominant :

> *« Ce sont deux femmes qui se ressemblent énormément. Ce sont deux femmes de pouvoir, deux femmes dans la séduction, deux femmes intelligentes. (…) Là j'ai l'impression qu'elles se respectent. Enfin bon… jusqu'aux prochains orages ! » (Un paramédical)*

Autant l'une est perçue comme peinant à prendre toute sa place de manager et à assumer son autorité de chef de service face à des collègues cadres ou assimilés, autant il est souvent reproché à l'autre d'avoir du mal à déléguer et à respecter une certaine subsidiarité permettant à chacun de trouver sa place. Elle préférera intervenir directement, prendre en main les dossiers et décider sans délai, si le temps de réponse de ses interlocuteurs lui paraît trop long.

Lors des phases les plus aiguës de tension, dans les années précédentes, certains épisodes étaient remontés jusqu'au conseil d'administration, avec envoi de lettres recommandées et témoignages de salariés mettant en cause le médecin-chef. A l'époque, Martine Dupont et Martine Dupuy ne pouvaient se parler qu'en présence d'un tiers, Patricia, la

surveillante, systématiquement prise à témoin pour pouvoir attester ensuite des propos qui s'étaient échangés.

> *« Ça a été chien et chat pendant des années (…) C'était toujours de la faute de l'autre. (…) Deux fortes têtes, faut naviguer entre les deux, hein ! » (Une IDE)*

Le conflit semble aujourd'hui plus latent, chacun se protégeant et évitant un affrontement direct qui fragiliserait trop la structure. Les deux acteurs sont donc contraints de cohabiter en évitant les heurts. Mais tous ressentent la tension.

> *« Je pense que ça se ressent sur tout le personnel, c'est clair. Je pense que le conflit latent, ou caché, qu'on essaie de cacher, se ressent (…). » (Un médecin)*

Dans un tel climat, chacun cherche inévitablement à se protéger. C'est ainsi que tous interprètent l'attitude du Dr Dupuy, qui se réfugie derrière une logique de surprotection.

> *« S'il y a quelque chose qui se passe, elle se surprotège. » (Une AS)*

> *« C'est dû très nettement à l'arrivée de Mme Dupuy, qui se protège énormément et qui a fait planer ce sentiment là : pour se protéger, faut faire attention, faut faire confiance à personne. Ça, très très très très nettement. » (Une IDE)*

3.3.3. « Se prendre un événement indésirable »

La logique de protection et de dénonciation des erreurs d'autrui pour se couvrir soi-même a provoqué une utilisation originale et imprévue, dont la direction ne semblait pas avoir clairement conscience, d'un outil de gestion mis en place dans le cadre de la politique d'amélioration de la qualité de l'établissement. Il s'agit du dispositif de signalement des « *événements indésirables* ».

Il ressort de manière très nette dans le discours des personnels que cet outil est perçu par la plupart des salariés comme un dispositif utilisé dans une logique accusatoire et dénonciatrice, contribuant fortement à renforcer la défiance.

> *« Ça fait un peu… ah bah tiens, elle a oublié et toc ! Je lui mets un événement indésirable. (…) Je trouve que ça fait un peu répressif. » (Une IDE)*

> *« Chaque fois qu'elles se prennent un événement indésirable d'un médecin… Et même moi, la preuve, je dis : "qu'elles se prennent", voilà ! (…) ça m'oblige à retourner voir les gens, et c'est aussi pour ça, je pense, que les filles prennent ça comme de la suspicion, de la délation. » (Une cadre)*

L'analyse des déclarations d'événements indésirables révèle en effet que le dispositif, conçu pour la détection d'anomalies techniques, est devenu un instrument de pouvoir dont les acteurs se sont saisis pour s'exprimer ou s'imposer. De fait, cohabitent dans un même recueil des dysfonctionnements d'équipement, le signalement du décès ou du transfert

d'un patient vers un autre établissement, aussi bien qu'une erreur d'administration d'un médicament ou un défaut de vigilance de la part d'un soignant concernant un patient en état critique.

Or ce qui révolte tant les équipes, ce sont les signalements qui mettent en cause directement les soignants, d'autant plus que le commentaire est souvent rédigé de manière personnelle et culpabilisante.

> *« La façon dont c'est rédigé, c'est pas pour mettre en évidence un défaut de fonctionnement. (…) C'est très difficile de ne pas les prendre pour soi. » (Une cadre)*

> *« Moi j'ai vraiment l'impression que ces événements indésirables, c'est pour vraiment enfoncer les gens. Je trouve qu'on est déjà bien malheureux quand quelque chose arrive, alors pourquoi se faire appuyer sur la tête encore ? » (Une IDE)*

Sur les 156 déclarations d'événements indésirables en 2007, dix sont de ce type, soit presque une par mois. La peur, ou du moins la réprobation, face à cette utilisation des événements indésirables, apparaît constamment dans les entretiens avec les salariés à tous les niveaux.

Il est d'ailleurs implicitement interdit d'utiliser le dispositif d'une manière qui puisse mettre en cause la direction ou l'encadrement, et jamais, sauf dans des cas exceptionnels, un salarié ne se permettra de se saisir de cet outil pour dénoncer un dysfonctionnement organisationnel à un niveau hiérarchique supérieur au sien. Une convention qui sera confirmée par l'expérience de janvier 2008, lorsque quelques aides-soignantes décideront d'actionner le système pour dénoncer une surcharge de travail que le management semblait refuser de reconnaître. La décision autoritaire de permuter les équipes sera vécue comme une punition pour avoir franchi un interdit.

> *« Moi j'ai le sentiment que le personnel n'a pas à faire d'événements indésirables. Enfin moi je l'ai vécu un peu comme ça. » (Une IDE)*

Une déclaration d'événement indésirable est aujourd'hui devenue, pour beaucoup dans la structure, un « *événement indésirable* » en soi, que l'on redoute, que l'on évite, que l'on condamne, face auquel on résiste, quand on ne peut pas s'insurger.

L'outil, ou plutôt l'utilisation qui en est faite, participe de la défiance généralisée qui mine les relations dans l'établissement et du sentiment d'être constamment surveillé et sanctionné pour la moindre erreur, sans aucun soutien de la hiérarchie.

La menace ne provient cependant pas du médecin-chef seule, mais aussi de la direction.

3.3.4. « Dérapages » et « courts-circuits »

Lorsque les résultats ou l'image de l'établissement sont en jeu, il est rare en effet que Mme Dupont, de tempérament impulsif, ne prenne pas personnellement en main la question, en intervenant immédiatement pourvu que des solutions soient mises en place.

> *« On est dans une espèce de paradoxe. On a l'impression d'avoir une grande liberté mais (…) Il y a des choses tout d'un coup qui vous tombent dessus : non c'est pas comme ça, c'est pas comme ça ! C'est peut-être ce yoyo qui est un peu difficile. » (Un paramédical)*

Ses interventions sont alors vécues comme non productives, souvent abusives, parfois même comme une ingérence ou une intrusion.

> *« La direction court-circuite. C'est ce qu'on disait tout à l'heure, la direction court-circuite sans arrêt le tout. Comment voulez-vous que ça fonctionne ? » (Un cadre)*

Ces interférences, si elles posent problème aux cadres intermédiaires qui se voient ainsi court-circuités, peuvent être d'autant plus problématiques qu'elles s'expriment parfois de manière directe et vive. Des orages passagers et vite oubliés par leur auteur, mais qui peuvent marquer durablement ceux qui en ont été la cible ou, par effet d'empathie ou de solidarité[159], les témoins de ces épisodes, et qui seront ensuite abondamment véhiculés par les bruits de couloirs, alimentant le sentiment d'un manque de respect du personnel.

> *« A force d'accumuler, soit un manque de tact, soit des discours qui énervent, ça accumule et puis ça entretient peut-être une animosité » (Un cadre)*

> *« Je pense qu'elle met la pression, dans les bureaux là-haut, elle doit mettre la pression, parce que je crois qu'il y en a plusieurs qui l'ont eue, on l'a senti d'ailleurs » (Une AS)*

Les autres membres de l'équipe de direction ressentent cruellement leur impuissance face à ce type d'épisodes et le peu de latitude dont ils disposent ensuite pour reconstruire la relation avec les salariés blessés, pour qui l'ensemble du management a perdu toute crédibilité, surtout si l'incident a été déclenché par une information qu'ils avaient confiée à leur cadre de proximité.

> *« Mme Dupont aussi, c'est vrai que des fois, elle dérape un peu. Elle est très impulsive et des fois elle dérape, elle déborde un peu. Elle va reprendre une info qu'on lui a donnée, des fois en dire plus que ce qu'on avait dit, la transformer. Du coup c'est quand même nous qui avions l'info et les gens savent que ça vient de nous, mais ce n'est pas ça qu'on avait dit. » (Un cadre)*

Ces « *courts-circuits* » ne sont pourtant pas le seul fait de la directrice et semblent bien plus répandus qu'il n'y paraît dans un premier temps. Ceux-là même parmi les cadres qui

[159] (SAHLER *et al.*, 2007)

s'en sont tant plaint en entretien seront les premiers à diffuser directement une information auprès du personnel sans en référer à la surveillante ou à encourager à ce qu'on les appelle directement en cas de problème.

Et inversement, dans un établissement à la tradition familiale où l'on se connaît depuis si longtemps, bien des salariés n'hésiteront pas à aller directement voir la directrice pour lui parler d'une question qui les préoccupe, court-circuitant eux aussi leur hiérarchie.

Ceci d'autant plus que beaucoup ressentent un flou dans les responsabilités[160] qui affecte directement l'ensemble des cadres de l'établissement, et vient perturber le travail, par l'incertitude et l'insécurité qu'il engendre.

> *« Si je prends cette décision-là, on va me dire c'est mal, si je ne la prends pas, on va me dire c'est mal aussi. Parce que la responsabilité n'a pas été bien définie. Vous ne savez pas où sont vos limites exactement, ce que vous avez le droit de faire et pas le droit de faire. » (Un cadre)*

> *« On vous donne des responsabilités, on vous dit vous êtes responsable de ça, mais sans l'être. » (Un cadre)*

L'information circule ainsi constamment de manière chaotique et sans que l'on sache qui en est la source, les responsabilités sont floues et les rôles rarement respectées, les comportements imprévisibles, les outils accusatoires : autant de phénomènes qui alimentent bruits de couloir, insécurité et défiance.

3.3.5. « En cas d'erreur, on ne sera pas soutenu »

Ces épisodes nourrissent le sentiment des salariés qu'en cas d'erreur de leur part, ils ne recevraient aucun soutien de leur hiérarchie. Cela revient comme un refrain dans tous les entretiens : « *en cas d'erreur, on ne sera pas soutenu* »…

> *« Je pense que, on a déjà eu le cas, mais s'il y avait un gros pet auprès d'un patient, je suis sûr que les équipes ne seraient pas soutenues du tout. Ce serait la politique du parapluie, direct. (…) Donc si on monte des étages, les filles trouvent des soutiens entre elles quand même heureusement, mais au niveau de toute la hiérarchie, non, je ne vois pas qui soutiendra qui. » (Un paramédical)*

> *« Les équipes ont peur, dans le sens qu'elles savent qu'elles ne seront pas soutenues en cas d'erreur, voire même enfoncées. » (Un cadre)*

Il semblerait même que ce soit devenu le discours officiel de la direction :

[160] On peut d'ailleurs observer en partie ce flou sur les responsabilités dans les réponses des salariés au questionnaire administré. 92 % d'entre eux répondent positivement à la question : avez-vous un profil de poste clairement défini, 84 % à la même question portant sur les objectifs ou sur leurs missions, tandis que 75 % seulement estiment leurs responsabilités bien définies. Un salarié sur quatre juge donc ses responsabilités insuffisamment claires.

> *« Là, ça a vraiment été clairement dit au cours d'une réunion que, non, s'il y avait une faute d'infirmière, non, les médecins ne la soutiendraient certainement pas et la direction non plus. Ah non, ça j'en suis intimement convaincue, et non seulement de ne pas nous soutenir, mais même peut-être bien de nous mettre la tête sous l'eau. » (Une IDE)*

> *« On avait posé la question à la surveillante : s'il y a un souci, que ce soit pour les infirmières ou pour les aides soignantes ? "Eh bien c'est vous qui prenez ! (…) vous faites comme vous pouvez, de toute façon, ça sera de votre responsabilité !" ». (Une AS)*

Un fait parmi d'autres, particulièrement emblématique, a marqué les esprits et nous sera rapporté systématiquement. Un week-end, alerté à plusieurs reprises par les infirmières successives qu'un patient allait mal, le médecin de garde ne s'est pas déplacé et a prescrit de la morphine par téléphone, procédure strictement interdite et pourtant courante dans bien des établissements. Il sera reproché aux infirmières d'avoir exécuté la prescription téléphonique sans alerter la garde administrative - tout juste mise en place - d'une si grave infraction. Directrice et médecin-chef leur répèteront qu'il s'agissait d'une faute grave collective, qu'elles ont risqué leur diplôme et que la famille aurait pu porter plainte au tribunal.

Les infirmières sont pourtant constamment amenées le week-end à juger seules de la conduite à tenir et de la nécessité d'interpeler le médecin de garde, qui répond plus ou moins diligemment.

> *« C'est pas à nous de dire, moi en plus le médecin je le connaissais pas, et dire : déplacez-vous ! (…) ça a mis un peu un froid parce que les collègues disaient : ben nous on aurait fait pareil. (…) ça a remis un peu tout le monde en cause (…) Mais je pense que ça a pris trop d'ampleur, et que ça n'aurait pas dû nécessiter autant d'ampleur. » (Une IDE)*

Ce sentiment est d'autant plus angoissant que, dans un contexte où la traçabilité est rendue nécessaire par des exigences de qualité et de gestion des risques, une information non consignée ou un défaut de vigilance sont vite considérés comme une faute pouvant avoir des conséquences significatives pour la sécurité[161].

Lors de la première restitution de l'étude, la direction n'a pas manqué de s'étonner devant les déclarations des personnels qui exprimaient si explicitement le manque de soutien, invoquant le peu de sanctions qui ont effectivement été appliquées. Au point de se demander d'ailleurs si ce ne serait pas nécessaire… Dans le mois qui suivra, elle enverra par deux fois un courrier d'avertissement à des infirmières, avec un blâme.

[161] 95 % des salariés interrogés considèrent qu'une erreur dans leur travail pourrait entraîner des conséquences graves pour la qualité du service, 87 % qu'elle pourrait être dangereuse pour leur sécurité ou celle d'autres personnes, et 78 % qu'ils risqueraient une sanction.

Pour les équipes, la menace est là, constante, et les faits viennent la confirmer régulièrement : événements indésirables, courriers du médecin mettant en cause personnellement un soignant, reproches en réunion de n'avoir pas fait ce qu'il fallait, remarques sur le cahier de transmissions…

> *« On a beaucoup de pression (…), faut que tout soit parfait, on n'a pas le droit à l'erreur, et ça c'est pénible. (…) Si on oublie quelque chose on va… pas être sanctionné, je veux dire, c'est une petite sanction, c'est soit l'événement indésirable soit un truc soit un machin, mais c'est très désagréable. On se dit que le jour où il y a un pépin, on sera pas couverts. C'est ça qui fait très peur à tout le monde. Voilà, c'est ça ! » (Une IDE)*

> *« Toujours, cette épée de Damoclès qu'on a tout le temps au-dessus de la tête (…) se dire mon dieu, oh la la, qu'est-ce que je vais avoir oublié, qu'est ce que je vais avoir pas fait, est ce que j'ai une lettre dans ma boîte aux lettres ? Parce que maintenant on en est là ! » (Une IDE)*

Pourtant il ne s'agit pas ici pour les salariés de contester d'éventuelles sanctions pour faute professionnelle, mais bien plutôt du sentiment qu'on ne leur reconnaît pas cette compétence et cette conscience professionnelle auxquelles ils tiennent tant et qui fait la fierté et le sens de leur travail quotidien.

Il est pour eux inacceptable, par exemple, qu'on puisse accorder plus de crédit à un patient un peu désorienté reprochant l'oubli de sa toilette qu'à un professionnel qui, depuis des années, s'efforce de prendre soin de chaque patient sans jamais faillir à son devoir. Et ce malgré tout ce qu'on leur demande en plus, de réunions et de travail administratif, au titre d'une qualité qu'il est de plus en plus difficile, dans ces conditions, d'assurer.

Au-delà des épisodes connus de tous, lourds de signification pour ceux qui les évoquent, ce sont aussi les multiples petits faits qui n'ont pas porté à conséquence mais où l'un ou l'autre s'est senti mis en accusation, soupçonné d'un manque de professionnalisme, reproché injustement une erreur.

> *« Elle avait sorti la feuille et effectivement, elle était prête à nous sauter dessus. Eh bien là, elle était coincée parce que là tout était en règle ! » (Une ASH)*

A cette défiance s'ajoute l'exigence des patients eux-mêmes et de leurs familles, perçue par le personnel comme toujours plus pressante. Les médias rappellent constamment aux soignants leur responsabilité et les risques de procès qu'ils encourent en cas de faute professionnelle ou même de simple défaut de vigilance.

> *« On entend quand même quelquefois à la télé des infirmières ou des aides-soignantes qui sont quand même emmenées au tribunal. (…) Parce que vous savez, l'erreur humaine (…) elle existe partout. » (Une AS)*

Même si la judiciarisation de la société est pour l'instant plus une menace virtuelle, mobilisée dans les représentations des salariés comme de la direction, qu'une réalité fréquemment rencontrée sur le terrain, elle conditionne l'activité et renforce la logique de protection et de traçabilité à tous les niveaux, au travers d'outils de plus en plus complexes et technologiques.

3.3.6. « On se couvre »

Face à un tel danger permanent, tous, les équipes comme les médecins ou les cadres, ont appris à se couvrir, à tracer dans les dossiers pour se mettre à l'abri.

> *« C'est pas un parapluie, c'est un… parasol ! (…) tout le monde a peur des procès et (…) tout le monde se couvre. Nous on se couvre, tout le monde se couvre. On a appris à se couvrir. On le fait. On nous a bien incitées à le faire, donc on le fait. » (Une IDE)*

> *On va se couvrir, on va écrire plein de choses, je demande sans arrêt, vous allez voir sur mes transmissions, sans arrêt il y a : signalé au docteur. Je trouve ça… enfantin, mais… je suis désolée ! C'est signalé. (…) Ou : en accord avec, a été fait gnagna… » (Une IDE)*

La nécessité de protection face à un climat de défiance susceptible de présenter des risques pour chacun est sans doute également à l'origine de l'arrivée dans l'établissement, il y a quelques mois, d'un syndicat qui a recueilli une vingtaine d'adhésions, soit plus de 20 % des salariés (la moyenne dans le secteur se situant autour de 4 à 5 %).

> *« L'histoire des syndicats, aussi, c'est un petit peu, enfin tous ces problèmes-là ont fait qu'on s'est dit : il faut peut-être mieux qu'on cherche des appuis à l'extérieur, si on ne les a pas l'intérieur. » (Une AS)*

Pour beaucoup d'acteurs de la structure, le lien est évident : la direction s'est protégée en embauchant Émilie, une juriste, comme attachée ressources humaines ; le personnel a répondu en créant un syndicat, dont le choix est déjà en lui-même un message clair. Tous semblent entrés dans une logique de défense et d'opposition.

> *« Maintenant [depuis l'arrivée du syndicat] je pense que, j'ai l'impression qu'on nous serre davantage (…). Ça n'a peut-être rien à voir avec, mais je trouve que quand même… » (Une IDE)*

Sentiment renforcé par le fait que les premières tâches confiées à Émilie, la nouvelle RH fraîchement diplômée, ont été la gestion de licenciements et d'un procès aux prud'hommes pour une inaptitude totale et définitive d'un cadre en conflit avec la directrice, puis la vérification de la conformité des plannings avec la réglementation lors de la venue de l'inspection du travail. Émilie est donc vue à Beausoin comme celle qui est chargée d'étudier les textes pour Mme Dupont.

« La RH, elle a été embauchée par la direction clairement pour chercher dans le code tout ce qui peut la protéger, c'est clair. » (Un délégué du personnel)

« Quand on fait débouler l'inspecteur du travail, après [la direction] s'en tient aux textes. Ce que je peux comprendre. Donc on rigidifie de plus en plus et puis on y perd sur l'outil de travail. » (Un cadre)

Une telle perception du contrôle, dans un climat de défiance, risque fort de conduire de plus en plus à des comportements de strict respect des prescriptions, de type grève du zèle, et donc à une perte d'autonomie et d'initiative des acteurs, ce qui serait inévitablement défavorable à un établissement qui parie tant sur l'engagement de tous et sur la mobilisation des compétences. La régulation autonome est étouffée par la régulation de contrôle, la négociation n'est plus possible. Toute tentative d'innovation risque de devenir une déviance sanctionnée, et apparaît alors trop coûteuse.

« J'essaie d'être dans la loi, bête et disciplinée, la loi, le texte. » (Une IDE)

« C'est cette peur de l'erreur qui fait que, du coup, elles sont tout le temps…, elles le disent : on a perdu de l'autonomie. On a perdu de l'autonomie. » (Un cadre)

Cette attitude est cependant perçue par tous comme absurde, rigidifiant inutilement le système, et non satisfaisante. Tout le monde est finalement perdant.

3.3.7. « C'est du flicage »

Plus récemment, le sentiment de défiance s'étend à l'égard de l'utilisation potentielle d'autres outils, et notamment le système d'information et le dossier médical informatisé. La transparence et la traçabilité croissante de l'activité inquiètent. Ne risque-t-on pas d'entrer dans une logique de contrôle de plus en plus accusatoire ?

« Maintenant avec l'informatique, je trouve que c'est du flicage tout ça. Ils peuvent tout voir, tout ce qu'on fait, tout ce qu'on marque (…). Encore nous, à notre niveau à nous, les aides-soignantes, ça va encore. Mais les infirmières, elles vont être vraiment surveillées, là. (…) Si elles oublient de faire telle ou telle chose à telle heure, je suis sûre que, non… On débarque alors… » (Une AS)

Lorsque le lien de confiance est rompu, tous les outils deviennent des outils de « *flicage* », de contrôle, et sont perçus comme malsains.

« J'avais créé un soin de surveillance supplémentaire, peut-être un peu plus dans le but de couvrir les infirmières. (…) quand je suis allée présenter ce soin sur l'autre service, on m'a dit : mais attendez, ça c'est du flicage, c'est parce que les médecins n'ont pas confiance en nous ! » (Un cadre)

Les cahiers, les supports de transmission se multiplient, pour acter tout ce qui est fait. Ainsi, pendant les gardes, il y a désormais, en plus du cahier de transmissions pour les soins (déjà doublé par le dossier médial informatisé et la planification murale) et de celui destiné à la comptabilité pour enregistrer les déplacements de médecins à indemniser, un cahier spécifique où sont consignés les appels et les réponses données (appel à telle heure, réponse du médecin, déplacement ou non, arrivée à telle heure…) pour la direction.

> *« Il y a des choses de mis en place, comme je disais là, les feuilles où faut remplir pour le médecin, s'il est arrivé, s'il est pas arrivé, enfin, qui sont un peu, pour moi peut-être un peu malsaines. (…) c'est (…) des supports qui pour moi ne sont pas d'une grande nécessité, si ce n'est peut-être d'avoir une vue qui peut être néfaste. » (Une IDE)*

Or précisément, traçabilité et prolifération des outils de surveillance liés aux normes de qualité représentent une part de plus en plus importante du travail des soignants. Ces derniers ont souvent du mal à accepter la logique de ces nouveaux modes de gestion, si antagoniques par rapport ce qu'ils considèrent comme le cœur de leur métier, à savoir le soin et la relation[162].

Si la perception du contrôle est omniprésente, s'exprime toutefois dans le discours des salariés le sentiment d'une grande autonomie dans le travail, largement appréciée, en même temps que le regret de l'éloignement de l'encadrement hiérarchique par rapport aux problématiques du terrain et par conséquent de sa perte de légitimité et de crédibilité.

Or l'on sait que le manque de soutien, la crainte des erreurs et l'incertitude quant à la fiabilité de l'information reçue sont considérés par les soignants comme un des principaux facteurs de pénibilité du travail. Le souci de la qualité des soins est une source d'inquiétude et de stress fréquemment exprimée par ces professionnels[163].

3.4. Entre démotivation et protestation

Une défiance qui s'est progressivement généralisée à l'ensemble de l'établissement, quel que soit le niveau hiérarchique, le sentiment de ne pas être entendu, que le travail n'est pas reconnu, la qualité sacrifiée au profit d'indicateurs de qualité purement gestionnaires et dissociés de la réalité du travail tels que la vivent les acteurs sur le terrain, le manque de soutien et l'absence de droit à l'erreur, l'impossibilité de dialoguer et de faire entendre ses préoccupations et sa volonté de bien faire : autant de facteurs qui mettent à mal, en permanence, la motivation et l'implication des salariés.

---

[162] (ESTRYN-BEHAR *et al.*, 2003 ; RAVEYRE et UGHETTO 2003)

[163] (ESTRYN-BEHAR, 2004)

Les effets ne tardent pas à se faire sentir. Déjà, l'expression d'une démotivation progressive transparaît de nombre d'entretiens. Si les salariés ont généralement un discours très raisonné face aux contraintes externes propres à leur métier, qu'ils s'efforcent d'intégrer au mieux dans leur activité, ils sont beaucoup plus sensibles aux contradictions qu'ils imputent au management et au climat qui s'est formé progressivement dans l'établissement[164].

3.4.1. « Je fais mon travail et puis c'est tout »

Tout en demeurant fortement engagés dans leur activité, et très attachés à la qualité du service qu'ils tiennent à assurer ainsi qu'à leur conscience professionnelle, on observe parallèlement des signes de contestation de plus en plus manifestes.

> *« On nous demande de faire plein de choses et après en même temps on nous dit si vous faites moins bien c'est pas grave. Nous ont dit non. Parce qu'à ce moment-là c'est plus la peine. Si on vient travailler en se disant on va pas pouvoir faire correctement et tout le monde s'en fiche. Donc on est démotivé. » (Une AS)*

De plus en plus on entend des expressions de retrait, de désengagement, de démotivation.

> *« J'ai pris parti maintenant de venir travailler, de faire mon boulot et puis voilà. » (Une ASH)*

> *« Je trouve que c'est dommage, quand on vient au boulot, qu'on n'est plus motivé pour faire quoi que ce soit. Je suis motivée pour faire mon travail, mais faire autre chose en dehors, pourquoi se casser la tête, alors que là-haut, on n'est pas reconnaissant de tout ce qu'on fait ? » (Une AS)*

La démotivation s'exprime le plus souvent par une mise en retrait vis-à-vis de ce qui est demandé par le management, et notamment dans les tâches considérées comme « *parasites* » par rapport à l'activité jugée fondamentale[165] : la participation aux commissions, groupes de travail, formations…

> *« Là, il y a les projets d'établissement, et là je crains qu'il n'y ait pas grand monde à s'investir. » (Un paramédical)*

3.4.2. « Elle s'en rend même pas compte ! »

Un retrait qui prend d'une certaine manière la forme d'une opposition silencieuse, accompagnée souvent de l'expression du regret d'en arriver là. Il est le signe d'une démission et d'une perte de sens, mais aussi d'une ultime tentative de se faire entendre.

---

[164] Quasiment un salarié sur quatre qualifie l'ambiance de « *tendue* » et la qualité des relations dans l'établissement de « *mauvaise* ».

[165] (RAVEYRE et UGHETTO, 2003)

> *« Non, là, il y avait une formation qui m'aurait vraiment intéressée. Il fallait s'inscrire. Eh bien, je ne suis pas inscrite. Mais c'est pour lui montrer, pour lui montrer… même pas, parce qu'elle se rend même pas compte, qu'on s'intéresse à rien ! »*

Les arrêts de travail sont également une manière non seulement de s'octroyer une pause autrement non reconnue, mais aussi de faire entendre son épuisement, le poids du travail porté quotidiennement de manière silencieuse et fidèle, peut-être pour exprimer que justement il pourrait en être autrement.

> *« Mais pourquoi il y a eu un arrêt de travail ? Je crois qu'il faut aller chercher un peu plus loin. (…) Parce qu'il y a une charge de travail, et qu'on a dit stop et qu'on ne nous a pas écoutées ! » (Une AS)*

Un constat toujours accompagné de la déception amère de ne pas être entendu, ni dans ce qui fait l'objet de la plainte, ni dans l'expression de la plainte elle-même.

Le boycott, par le personnel, de la « galette des rois », début 2008, est en ce sens tout à fait révélateur d'une réaction qui se voulait porteuse d'un message explicite. Ce rendez-vous annuel rassemblant direction, salariés, bénévoles, mais aussi personnalités locales et journalistes, est en effet le lieu par excellence de la communication institutionnelle et le seul où les salariés rencontrent le conseil d'administration.

> *« Paraît-il que le jour de la galette des rois, il y a pas eu une personne en blouse blanche ! » (Une AS)*

> *« D'ailleurs quand il y a des pots, ça vient pas. Elle a fait un pot avec l'association et puis la galette, elle était colère parce qu'il n'y avait pas beaucoup de monde.» (Une ASH)*

3.4.3. « Tirer la sonnette d'alarme »

D'autres salariés, a contrario, ont choisi de faire face à cette tension de manière plus active, en s'engageant dans des postes de représentation du personnel ou par l'adhésion à un syndicat. Ils actionnent tous les moyens légaux pour faire entendre leur intention de participer à la discussion et de faire reconnaître la part des salariés dans la réussite de l'établissement. Parmi les plus mobilisés, on retrouve notamment des salariés qui ont souvent fait directement les frais des tensions dans l'établissement et qui n'ont pu retrouver du sens à leur activité que grâce aux responsabilités qu'ils ont prises dans ces postes au statut protégé.

> *« C'est douloureux et quand nous on est à côté et on voyait ces collègues-là en souffrance, c'était pénible parce qu'on se dit : qu'est ce qu'on pouvait faire, quelle sonnette d'alarme on pouvait tirer ? C'est tout ce qui nous a décidés à monter un syndicat. » (Un délégué syndical)*

> *« C'est un contre-pouvoir tout simplement, qu'il n'y avait pas du tout jusqu'à présent. Mais le contre-pouvoir, ici, s'il n'est pas, on va dire, balisé par quelque chose d'extérieur, on n'en tient pas compte. » (Un paramédical)*

Autant de manières pour les salariés d'exprimer leur mal-être, qui témoignent encore une fois de leur difficulté à communiquer et à être entendus.

3.4.4. « Je lâcherais bien mais je peux pas… »

Lorsque les salariés parlent de leur travail, on ressent beaucoup de lassitude, de retrait, d'amertume parfois. Un certain nombre d'entre eux affirment volontiers qu'ils ont hâte de partir en retraite ou aimeraient trouver un travail ailleurs, s'ils le pouvaient.

> *« J'ai hâte de m'en aller ! Je ne regrette rien et ceux qui sont partis, il y en a qui n'ont pas fait de pot ! (…) ceux qui ont des diplômes et des machins, ils s'en vont d'ailleurs (…) C'est parce qu'on ne peut pas (…) dans les ASH, je ne sais pas s'il en resterait une ! C'est pas sûr. Je crois qu'on partirait toutes en bloc, mais même dans les aides-soignantes, il y en a qui partiraient, et sûrement un bon nombre ! » (Une ASH)*

Il est vrai qu'un départ serait pour la plupart d'entre eux extrêmement difficile et coûteux, requérant des ressources qu'ils ne possèdent pas toujours. Souvent peu qualifiés, très peu mobiles géographiquement, la plupart étant originaires de la commune et résidant à proximité immédiate, et à un âge où le changement devient particulièrement délicat, nombre d'entre eux se savent acculés à rester à leur poste jusqu'à la retraite.

Cependant, si l'opportunité d'un poste équivalent se présentait dans les environs, ils avouent parfois qu'il n'est pas sûr qu'ils la saisiraient. Car s'ils dénoncent volontiers les dysfonctionnements de l'organisation et du management, ils sont intimement convaincus de la qualité de l'établissement et apprécient énormément autant leur travail que leurs collègues.

> *« On cherche toutes du travail ailleurs. (…) Mais on sait très bien qu'on en trouvera pas, donc on reste là, parce qu'on se dit de toute façon, on a des locaux très agréables, on a le matériel qu'il nous faut. (…) je pense qu'on n'a pas trop à se plaindre si on regarde… (…) Quand je dis je cherche du travail ailleurs, je cherche sans le chercher, enfin je regarde, quand je suis en colère je regarde. Il y en a pas de toute façon, on est tranquilles ! » (Une IDE)*

> *« Je viens travailler toujours avec plaisir parce que je continue de bien aimer mon métier, mais tout ce qu'il y a autour, là, toute cette…, ce manque de confiance, cette suspicion et puis ces coups de bâton dès qu'il y a quelque chose, histoire de protéger, ben non, ça alors là, là je serai contente de partir. À cause de ça. » (Une IDE)*

Alors qu'ils annoncent volontiers, dans un premier mouvement, qu'ils souhaiteraient quitter la structure dès que possible, après avoir parcouru avec eux l'ensemble de ce qui fait les tensions de leur activité au quotidien, les personnels manifestent sans hésiter leur fort attachement à l'établissement.

> *« Je veux pas dire, c'est un établissement qui est très bien (…). D'ailleurs, je ne cherche pas à travailler ailleurs. » (Une AS)*
>
> *« Les petites jeunes, quand elles peuvent, elles cherchent à rester là. » (Une IDE)*

Une structure qu'ils n'envisagent donc pas forcément de quitter, mais qui présente des problèmes face auxquels ils se sentent démunis et impuissants, menaçant directement l'activité et les équilibres permettant la construction de leur santé au travail.

3.4.5. Usure physique et risques psychosociaux

Certes, le travail est physiquement usant, tout particulièrement pour les AS et les ASH, qui sont nombreuses à exprimer leur fatigue et à se demander si elles tiendront jusqu'à la retraite. Ceci d'autant plus que l'âge moyen des ASH est légèrement supérieur à 50 ans et que, pour beaucoup, elles ont commencé à travailler ici très jeunes.

> *« C'est un travail hyper physique, très dur. (…) Tout le monde dit que c'est dur, physiquement. (…) Je me vois mal tenir jusqu'à la retraite. » (Une ASH)*

Les délégués du personnel ajoutent que face à la pression de la direction qui visiblement n'apprécie pas les arrêts de travail, un certain nombre de salariées dissimuleraient leurs problèmes de santé déjà récurrents. Deux aides-soignantes ont dû cesser leur travail l'année précédente, avec une inaptitude à ce type de poste, issue redoutée par leurs collègues. Plusieurs autres sont en arrêt.

> *« Il y a eu deux licenciements dus à des personnes qui ne pouvaient pas reprendre leur travail du fait qu'elles étaient cassées de partout et que pour elles c'était… (…) Elles recommençaient, la charge de travail étant lourde, allez hop, elles se recassaient, donc pour elles, c'était impossible qu'elles reprennent en tant qu'aides-soignantes ! » (Une AS)*

Pourtant, la charge de travail et la pénibilité physique des métiers exercés ne semble pas la principale raison de la plainte, du malaise que l'on perçoit dans l'établissement. Si le terme de « *stress* » est régulièrement employé, c'est bien pour signifier que cela se joue ailleurs, sur un plan plus psychologique ou relationnel.

> *« Moi je vais vous dire, je suis stressée par le boulot. Je suis malade de venir travailler. (…) Non, le travail, c'est pas le travail. » (Une ASH)*
>
> *« La charge de travail a quand même augmenté au fil des années (…) pour tout le monde, oui. Moi, personnellement, je peux pas dire que ce soit un facteur de stress » (Une IDE)*

Et c'est d'ailleurs ce qu'avait révélé, à la surprise de tous, l'enquête sur les risques professionnels menés par le CHSCT en 2005. Le stress en général, qu'il soit lié à la relation avec les patients et familles ou aux collègues et à la hiérarchie, était apparu dans les principaux risques en termes de probabilité, de fréquence et de gravité.

Table 9 : Extraits du bilan de l'enquête CHSCT Beausoin 2004-2005

En probabilité de risque :	En gravité de risque :	En fréquence de risque :
1. le stress en général 2. la manutention des malades 3. le stress lié à la relation avec les patients 4. [les risques] liés à la circulation et aux déplacements 5. chute de plain pied, chute de hauteur, relationnel avec la hiérarchie, relationnel avec les collègues 6. aux produits, émissions et déchets, à l'ergonomie 7. aux infections, aux relations avec les familles 8. …	1. les risques liés aux déchets, les risques d'explosion et d'incendie, les risques liés au stress face aux collègues et à la hiérarchie 2. la manutention manuelle, les déplacements, les infections 3. le stress lié à la relation avec les patients 4. aux machines et aux outils 5. à l'ergonomie, aux fluides sous pression 6. effondrement et chute d'objet 7. à l'électricité, chute de plain pied, aux relations avec les familles 8. …	1. le stress en général 2. la manutention manuelle 3. le stress lié à la relation avec les patients 4. relationnel avec les collègues 5. aux infections 6. à l'ergonomie, au relationnel avec la hiérarchie 7. chute de plain pied, circulation et déplacements 8. …

Source : Compte-rendu du CHSCT de mars 2005 (surlignements par nous)

Le médecin du travail confirme une « *souffrance au travail* », même si les plaintes et notamment les demandes spontanées de visites ont déjà nettement diminué.

> *« Je n'ai plus les plaintes que j'avais (…) Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas des gens qui ne vont pas bien, mais au point où c'était avant, je n'en ai pas. (…) Il y a un moment (…) c'étaient des gens qui venaient à tout bout de champ. C'était lourd même. Et puis des gens que je revoyais, qui étaient vraiment en grande souffrance. » (Médecin du travail)*

La psychologue de l'établissement constate également une « *souffrance institutionnelle* ». Certains salariés parlent de « *mal-être* ». De fait, quasiment un salarié sur quatre qualifie l'ambiance de « *tendue* » et la qualité des relations dans l'établissement de « *mauvaise* ».

Parmi les outils les plus utilisés pour évaluer les risques psychosociaux, le calcul des scores obtenus à partir du questionnaire de Karasek[166] permet de caractériser la situation de travail des salariés en fonction de la demande psychologique à laquelle ils sont exposés dans leur travail, de la latitude décisionnelle dont ils disposent pour y faire face, et du soutien social

[166] (KARASEK, 1979 ; KARASEK et THEORELL, 1990)

dont ils bénéficient. Les médianes calculées sont ensuite comparés aux médianes nationales de l'enquête « SUMER 2003 » de la DARES, qui sert généralement de référence en France[167].

Table 10 : Scores « Karasek » établissement Beausoin

	Demande psychologique	Latitude décisionnelle	Soutien social	Prévalence strain	Prévalence iso-strain
IDE	24,0	68,0	23,0	57,14 %	28,57 %
AS	23,5	67,0	24,0	55,56 %	22,22 %
ASH	27,0	65,0	21,5	83,33 %	66,67 %
BEAUSOIN	**24,0**	**72,0**	**24,0**	**37,84 %**	**21,62 %**
Ref. SUMER	*21,0*	*70,3*	*23,3*	*(IDE : 40 %)*	
Échantillon SORG santé	*25,6*	*68,0*	*23,0*	54,84 %	34,19 %

Source : Données questionnaire SORG 2008

On observe qu'à Beausoin, la demande psychologique est importante, et la latitude décisionnelle, pour les soignants et agents de service, relativement faible. Les scores obtenus laissent par conséquent apparaître un tableau effectivement préoccupant en termes de santé au travail, puisque l'on sait que la situation de « *strain* » ou « *travail tendu* » (demande psychologique forte et faible latitude décisionnelle) est fortement corrélée à des risques significatifs pour la santé, encore accrus lorsque le soutien social est faible (« *isostrain* »), ce qui est notamment le cas chez les ASH.

Un tiers des salariés de l'établissement Beausoin est donc dans une situation de risque psychosocial avéré, et la proportion monte à plus d'un sur deux parmi les soignants et plus de quatre sur cinq pour les ASH.

Les « scores Karasek » de l'établissement Beausoin sont cependant systématiquement les moins dégradés de l'échantillon des établissements de santé étudiés dans le cadre de l'étude ANR-SORG. Il en est de même sur les échelles de santé perçue, fatigue et stress.

[167] (GUIGNON *et al.*, 2008) Cf. chapitre 2 pour une présentation des outils et modèles théoriques qui les sous-tendent.

4. LA DIFFICILE SORTIE DES PIEGES DE LA « *GESTIONNITE* »

4.1. Des moyens considérables

Si la dynamique d'innovation permanente et l'activisme managérial produisent des effets largement délétères sur les salariés, c'est aussi ce qui a permis à l'établissement de se doter d'atouts qui représentent aujourd'hui une opportunité considérable.

> *« Cette boite à des moyens exceptionnels. Je ne sais pas si vous êtes allés dans d'autres structures, mais c'est une réalité, des moyens exceptionnels. Quand des CDD viennent (…) en remplacement, qu'ils ont fait d'autres entreprises, ils trouvent effectivement que c'est absolument merveilleux, qu'ils n'ont jamais vu ça ailleurs au niveau de l'équipement, au niveau des formations et des prises en charge même des gens qui arrivent, aussi. C'est vraiment très très très bien fait, y a rien à dire, effectivement » (Le médecin du travail)*

Les salariés le reconnaissent unanimement : si ce n'était les problèmes d'ambiance, Beausoin est un établissement où « *on a tout pour être bien* ».

> *« Là, c'est un quatre étoiles, à côté. (…) Je pense qu'au niveau bien-être ici, on a vraiment tout, tout pour être bien » (Une IDE)*

> *« Comme je suis multi-établissements, je peux comparer les moyens, mais oui, oui oui. On est très très…, on est bien dotés ici, au niveau financier, au niveau des remplacements, au niveau du temps de formation (…) on est quand même bien budgétés (…) Mais parce que notre directrice, moi je dis qu'elle va au feu. Elle se bat aussi pour son centre, hein ! » (Un cadre)*

On y apprécie la structure moderne et adaptée, particulièrement agréable, les moyens matériels et humains, l'investissement en formation, mais aussi la qualité du personnel, l'implication des équipes. C'est un établissement qui permet d'aller de l'avant.

> *« On a une qualité de personnel, je dirais, au niveau technique et au niveau humain, qui est quand même vachement bien. Moi j'entends les patients ils le disent, les visiteurs aussi. On a des gens qui aiment leur boulot, qui le font bien, qui ont participé à plein de trucs. (…) niveau formation, on est au tip top par rapport à d'autres établissements. » (Un paramédical)*

L'établissement Beausoin, qui a toujours su maintenir une longueur d'avance face aux nouveaux défis qui se présentent à lui, a encore de nombreux atouts pour affronter celui de la santé au travail. Il existe en effet déjà des postes de cadres de proximité que l'on peut recentrer sur l'animation des équipes, des espaces de discussion encore largement fréquentés, à redéfinir et réorienter, une culture participative et une longue histoire d'implication des salariés dans la vie de l'établissement, des outils nombreux et efficaces, même s'il faut les réajuster.

4.2. L'urgence d'une réanimation managériale

En juin 2008, une première restitution des résultats de l'étude a été présentée à l'équipe de direction, suivie peu après d'une seconde, identique, à l'ensemble du personnel disponible ce jour-là. L'objectif était de recueillir leurs réactions et de valider avec eux l'image restituée ; ce fut largement le cas.

La présentation resituait tout d'abord, de manière globale, les principaux résultats du questionnaire, à savoir – et ce fut pour la direction une heureuse surprise - la très large satisfaction du personnel de travailler dans un établissement moderne et doté de moyens matériels importants, avec des nombreuses possibilités de formation et une équipe de collègues de grande qualité, très appréciée notamment pour sa professionnalité. Les résultats étaient en revanche plus mitigés en termes de soutien de la hiérarchie, de reconnaissance, d'écoute et de considération. Trois axes essentiels ont ensuite été développés à l'aide de verbatim :

- Les défaillances de la communication interne : « *l'information circule mal* », « *on n'est pas écouté* », « *…et pourtant, réunions et groupes de travail se multiplient* ».
- Un sentiment grandissant de défiance : « *on ne parle pas parce qu'on n'a pas confiance* », « *on ne sera pas soutenu en cas de faute* », « *le système de gestion est accusatoire* ».
- Un management trop lointain, absent du terrain et qui ne connaît plus le travail.

Pour conclure, après avoir évoqué les réactions des acteurs - syndicalisation et démotivation – trois pistes d'action ont été proposées : (1) travailler sur la communication, (2) sur le management et (3) s'employer à rétablir la confiance ; les questions de la reconnaissance et de la définition des responsabilités pouvant être considérées comme un produit des trois précédentes.

Mme Dupont se manifesta tout particulièrement sensible à la question de la confiance, qu'elle considérait même comme un préalable à tout changement possible. L'analyse des entretiens laissait cependant penser que la direction et l'encadrement ne pourraient reconquérir une véritable confiance que par un long et patient travail d'écoute, de dialogue, et un vrai réinvestissement du terrain, dans la proximité avec les salariés, qui témoigne de sa capacité retrouvée à entendre et à prendre en compte les attentes de ces derniers. Il semblait par conséquent prioritaire de centrer l'action sur le management, et en particulier sur le rôle d'animation de l'encadrement de proximité, ce qui supposait de leur donner les moyens de dégager du temps pour être plus auprès de leurs équipes, quitte à réduire les réunions portant sur des questions stratégiques et non opérationnelles.

La direction ayant confirmé son souhait de continuer à travailler avec l'équipe de recherche pour un accompagnement dans la prise en compte des problématiques soulevées, il a été convenu d'une séance de travail, en octobre, avec l'ensemble des cadres de l'établissement, afin de réfléchir prioritairement à ce qui permettrait aux managers, absorbés par les contraintes gestionnaires, de réinvestir leur rôle de soutien de proximité aux salariés et d'ouvrir, au niveau le plus local et opérationnel possible, de véritables espaces de discussion sur le travail.

Afin d'amorcer la réflexion lors de la première séance de travail, nous avons proposé l'exercice suivant : chacun des cadres explique à ses collègues « *qui il manage et par qui il est managé* ». Le dialogue qui a suivi n'a pas manqué de mettre en évidence l'ambiguïté, typique des établissements de santé, de la double hiérarchie administrative et médicale.

> *« Moi mes responsabilités au niveau du management, ben c'est l'équipe soignante (…) puisqu'elles travaillent avec moi. Mais (…) il y a aussi un autre niveau puisque les cadres de santé sont évidemment les supérieurs hiérarchiques. » (Un médecin)*
>
> *« Le management des infirmières, il est pas fait forcément par les médecins dans le management proprement dit. (…) c'est la cadre qui manage ». (Une surveillante)*

Mais c'est surtout la question : « *quels sont les espaces, les lieux et les temps où se joue cette relation de management ?* » qui révéla, une fois de plus, le décalage entre la multiplicité des réunions et des lieux supposés de parole et ceux où l'on traite réellement du travail et de ses problèmes quotidiens. Si les espaces du stratégique ne manquent pas, ceux de l'organisation de l'activité ne sont absolument pas pensés et sont constamment étouffés par les innombrables réunions des groupes de projets ou des instances obligatoires.

> *« Comme il y a beaucoup de projets qui arrivent en même temps, vous avez plein de choses qui sont commencées en même temps et on a toujours, c'est-à-dire on ne finit pas une chose qu'on a… On a autre chose en route… » (Un cadre)*

Un mois plus tôt, les deux cadres de santé, Patricia et Delphine, avaient quitté l'établissement. Elles venaient d'être remplacées. Lors de la première séance de travail, Karine, la surveillante à mi-temps des ASH, en était à son troisième jour, tandis que Christelle, en charge des équipes soignantes, était là depuis quatre jours. Comprenant la nécessité de se repositionner comme manager de proximité, Christelle proposa de mettre en place avec ses équipes - comme elle le faisait déjà à la clinique Grandsoin[168] où elle travaillait avant - des petits temps hebdomadaires très courts, de dix à quinze minutes environ, pour permettre l'expression des problèmes rencontrés dans le travail quotidien et la communication en face-à-face des principales informations. Il fut donc convenu que

[168] Celle précisément où nous ferons l'étude suivante.

Christelle et Karine réfléchiraient aux modalités de mise en place de ce dispositif à Beausoin, à son contenu et à son mode d'animation, et présenteraient leurs propositions lors de la séance suivante, deux mois plus tard.

Mme Dupont reconnut par ailleurs la nécessité de revoir le fonctionnement et la fréquence de ce qui tenait lieu de comité de direction, auquel tous les acteurs-clés n'étaient jusque là pas présents, notamment le Dr Dupuy, médecin-chef, et d'étudier avec ses collaborateurs les moyens de limiter le nombre et la durée des réunions afin de dégager du temps aux surveillantes pour qu'elles soient plus sur le terrain auprès de leurs équipes et favoriser ainsi la communication et l'écoute.

4.3. « *Gestionnite* » chronique

La séance de travail qui suivit, le 4 décembre 2008, fut particulièrement caractéristique. Tous les acteurs, quasiment, démontraient une bonne volonté manifeste pour se saisir des résultats de l'étude, se remettre en cause et s'engager dans la mise en place de solutions. En pleine période de rédaction du nouveau projet d'établissement, Mme Dupont et Émilie, sa jeune RH, décidèrent de recueillir toutes les suggestions des différents cadres fonctionnels et des délégués du personnel et de construire ainsi une liste de l'ensemble des actions à mettre en œuvre dans les cinq ans à venir pour constituer le volet social du projet d'établissement, intégrant les perspectives issues de la recherche.

Émilie présenta donc le « *projet social* » ainsi rédigé, constitué de six axes répertoriant pas moins de dix pages de dysfonctionnements présentés comme « *ce qui est ressorti des rencontres de l'équipe de recherche avec les salariés* » et une liste de 48 actions possibles. Propositions qui consistaient quasiment toutes en de nouvelles procédures, des analyses en vue d'optimiser les outils et les protocoles en place, ou des actions de communication écrite. Les termes « *formaliser* », « *analyser* », « *optimiser* », « *contractualiser* » scandaient l'ensemble du document.

Le projet nous apparut particulièrement symptomatique des pièges de l'activisme managérial dans lequel s'était engagé l'établissement Beausoin, que l'on pourrait qualifier, du fait de son caractère presque pathologique, de « *gestionnite* » (DETCHESSAHAR et GREVIN, 2009 ; 2010).

Table 11 : Extraits du « Projet social en lien avec l'étude SORG – élaboration du plan d'action » Beausoin, déc. 2008

Ce qui est ressorti des rencontres de l'équipe de recherche avec les salariés	*Actions susceptibles de remédier aux problèmes constatés et/ou de répondre aux souhaits d'amélioration*
Management : • *Le management par projet (…) perçu comme insuffisamment participatif.* • *Le management « de proximité » est perçu (…) comme pas assez présent.* • *Communication perçue comme un problème fondamental (…) malaise récurrent (…).*	Parmi les solutions proposées : • *Afficher et expliquer les contraintes financières et les marges de manœuvre possible.* • *Mettre en place une commission d'achats et la faire fonctionner de manière permanente et durable.* • *Reprendre les profils de postes (…), créer ou améliorer les outils permettant l'anticipation des départs (…).*
Communication : • *(…) fonctionnement « cloisonné ».* • *(…) qualité des relations : (…) parfois difficile entre hiérarchie et subordonnés (…), entre l'Administration et les professionnels de terrain.*	• *Créer et diffuser largement un « guide du bon usage de l'Administration » (…)* • *Faire connaître l'activité et l'organisation des services prestataires / centraux. Repérer, pour chaque service, les informations identiques souvent demandées afin d'optimiser la communication.*
Organisation : • *(…) les souhaits les plus forts concernent la gestion du temps de travail et celle des remplacements (…)*	• *Analyser le contenu de chaque fonction, évaluer le temps nécessaire (…) la charge quantitative (…).*
Formation : • *(…) difficulté de dégager du temps pour participer aux formations (…).*	• *(…) élaborer la démarche de préparation et de réalisation des plans de formation (…).*
Locaux, matériel et ergonomie : • *« Les problèmes matériels et logis-tiques ont autant de conséquences sur le fonctionnement des services que le problème de la gestion des effectifs ».*	• *Réaménager et rééquiper les secrétariats administratifs et points d'accueil (…) évaluer le fonctionnement du réseau téléphonique (…), du système de distribution et de dotation du linge (…).*
Climat social : • *(…) « conflit de valeurs » entre les professionnels du soin (…) et les professionnels de gestion (…)*	• *Rédaction d'une charte « des comportements professionnels » (…)* • *Mettre en place des temps d'échange (à préciser).*

Il va sans dire que nous avons souligné avec force combien de telles perspectives, accroissant encore la prescription et la formalisation, et par conséquent les réunions selon la logique participative en vigueur, ne reflétaient en rien l'insistance avec laquelle nous avions cherché à marteler combien la capacité d'animation managériale de l'encadrement

était engloutie par l'activité gestionnaire ! N'avions-nous pas rapporté avoir écouté des heures durant, comme un refrain répété dans tous les entretiens sans exception, la demande insistante des personnels : « *on ne nous écoute pas* », « *on ne nous soutient pas* », « *plus personne n'a confiance* »… ?

Nous avons rappelé en outre que parmi les points forts que tous les salariés reconnaissent à l'établissement, figuraient en première ligne les opportunités de formation et la grande qualité des locaux et du matériel. Ce n'était donc certainement pas sur ce plan, et ni même d'abord sur celui de la gestion de la charge de travail et des effectifs, que les salariés attendaient en premier lieu une action de la part de leur direction. C'est pourquoi, si certaines des revendications matérielles évoquées dans le « *projet social* » étaient effectivement remontées à l'équipe de recherche, elles n'avaient jusque là volontairement pas été mentionnées afin de centrer le débat sur les points essentiels.

La discussion qui suivit fut du même ordre. Aucun changement ne semblait pouvoir être réalisé sans mettre d'abord en place des groupes de travail sur un mode participatif, impliquant systématiquement l'ensemble des cadres et un certain nombre de représentants des différentes catégories de personnel, afin de les rendre partie prenante des solutions envisagées. Tous étaient pourtant bien convaincus de la charge excessive de réunions que représentaient déjà les innombrables projets en cours, et convenaient qu'ils ne font pas ensuite l'objet d'un suivi permettant une utilisation efficace. Le fonctionnement même des réunions et groupes de travail a été longuement dénoncé.

> *« On dérive sans arrêts, tout le monde parle, et en fin de compte, le sujet de la réunion il est même pas abordé. Il y a des fois, on se demande ce qu'on est venu faire. » (Un cadre)*
>
> *« On est sortis de la réunion sans prendre de décision. (…) On s'est retrouvés là, on a parlé, je sais pas, 1h½, et on n'a pas mis de plan d'action. » (Un cadre)*

Les réunions et groupes de travail autour des projets restaient néanmoins toujours présentés comme inévitables, imposés de l'extérieur.

> *« Les projets, faut qu'on les mène. On a l'obligation de rendre notre copie. » (La directrice)*

Les succès obtenus par Beausoin grâce à ce type de fonctionnement, qui constituent aujourd'hui son principal atout, sont d'ailleurs à la preuve que tous ici sont rompus à l'exercice.

Un des sujets également abordés lors des deux séances de travail concernait les fréquents courts-circuits de la ligne hiérarchique dans de la circulation de l'information.

> *« Dans les difficultés, moi, à manager, c'est que là je suis shuntée (…). Je suis shuntée par les pôles de compétences qui ont des projets très concrets (…) où elles sont censées mettre en place des choses et je ne sais pas ce qui se passe. » (Une surveillante)*

> *« Le personnel que moi je manage, des fois, me passe par-dessus, ou Mme Dupont ça lui arrive aussi de faire la même chose. C'est-à-dire qu'au lieu de m'en parler, ils vont directement voir Mme Dupont. (…) et moi je ne suis pas au courant. » (Un cadre)*

Mme Dupont et son équipe de cadres, qui excellent dans le lancement constant de nouvelles innovations, semblèrent toutefois ne savoir proposer que de nouveaux groupes de travail, affichages, chartes, guides ou fiches de missions détaillées, certes parfois nécessaires, mais qui risquaient fort de rendre les managers encore plus absents du terrain et de renforcer chez les salariés le sentiment d'une régulation de contrôle étouffante et impersonnelle.

> *« Pour pouvoir bien coordonner et communiquer, il faut qu'on ait des fiches de poste et de mission qui soient bien en phase avec ce qu'on fait au quotidien. Et on s'est rendus compte ben qu'elles étaient pas suffisamment exhaustives. » (La directrice)*

Comment alors, face à une telle spirale, décharger les cadres et les faire retourner sur le terrain, s'intéresser aux micro-problèmes quotidiens de leurs équipes ? La difficulté est évidente, comme le montrent leurs discours au cours de la réunion, qui retournaient constamment à leurs propres préoccupations et bien rarement à celles des salariés.

Christelle, la nouvelle cadre de santé en charge des infirmières et aides-soignantes, osa à peine présenter son dispositif léger de discussion sur le travail avec ses équipes. En revanche, Karine et Christelle, les deux surveillantes, insistèrent sur la nécessité de redescendre leur bureau du troisième étage au milieu des services de soin.

> *« Le fait que le bureau soit très très loin, voilà, c'est pas vraiment facile, parce que je pense que c'est quelqu'un qui serait certainement passée, qui se serait arrêtée devant plus facilement, ça c'est sûr, parce que je voyais que c'était quand même quelque chose qui datait de 10 jours. » (Une surveillante)*

A l'issue de quasiment deux heures de débat, Mme Dupont conclut finalement :

> *« Donc première chose, remettre les cadres au premier étage, et que les trois personnes clés de l'encadrement, Mme Dupuy et les deux surveillantes, puissent avoir du temps pour aller auprès des équipes. » (La directrice)*

Le message paraissait quand même à peu près passé… Mais nous avions bien l'intention de continuer de suivre l'évolution de près.

4.4. Une structure rigidifiée

A peine six mois plus tard, courant juin 2009, nous reprenons contact avec Mme Dupont. Celle-ci nous annonce qu'elle s'apprête à quitter Beausoin au 31 août pour prendre la direction d'un autre établissement plus important. Nous convenons d'une visite rapide

avant l'été, pour quelques entretiens-bilan avec elle-même, le médecin-chef et les deux surveillantes, auquel s'ajoutera à sa demande un délégué du personnel.

Des changements importants ont eu lieu entre temps, aussitôt après notre départ. Mme Dupont répétait volontiers qu'elle avait été ravie de notre étude et des résultats obtenus. Un point cependant ne semble pas l'avoir satisfaite, sur lequel elle espérait bien que notre intervention lui aurait donné des éléments. Son attachée RH, Emilie, nous l'avait avoué à demi-mot lors du premier entretien en décembre 2007 :

> *« Mon opinion, c'est qu'il reste quand même à la tête de ça un médecin chef qui n'a pas la carrure pour avoir ce poste là (…). Est-ce qu'il y a quelque chose à faire pour qu'elle ait cette carrure (…) ? Je ne pense pas. »*

Moins de deux mois après notre dernière intervention dans l'établissement, la directrice mandate un consultant pour faire un audit médical. Les résultats, sans surprise, pointent un « *déficit de management médical* ». Le médecin-chef est convoqué par le conseil d'administration. Refusant de partir, elle accepte, tout en gardant son service, de quitter la fonction de médecin-chef, qui sera proposée à l'une de ses jeunes collègues. Le changement semble avoir finalement apporté un certain apaisement dans la maison, y compris peut-être même un soulagement pour le Dr Dupuy.

Le lien implicitement fait entre ce changement, brutal dans ses modalités, et notre étude, laisse cependant un certain malaise. Si l'usage accusatoire des « *événements indésirables* » semble avoir fortement diminué, plusieurs épisodes – comme les blâmes aux infirmières malgré la promesse de la surveillante qu'il n'y aurait pas de suites - ont toutefois continué d'alimenter la défiance des équipes envers la hiérarchie.

Malgré les demandes des délégués du personnel, rien, ou quasiment, n'a été communiqué au personnel sur les décisions prises – s'il y en a eu – suite à notre étude. Chacun tente de reconstituer, avec difficulté, quels peuvent bien être les actions mises en œuvre depuis.

Un élément semble avoir été directement déduit de notre étude : la nécessité de revoir l'organigramme, pour éviter les courts-circuits qui n'ont aucunement diminué.

> *« Ce qui a été évoqué, redit quand même, c'était l'histoire du management. (…) il faut absolument qu'on sache qui est la personne qui manage, à qui on doit faire référence, pas squeezer les gens. » (Un cadre)*

> *« On a refait l'organigramme hiérarchique. (…) les flèches ont été mieux refaites. » (Un cadre)*

Une contrainte qui sera pourtant mal vécue par les équipes qui, n'ayant eu une fois de plus aucune explication, ne comprennent pas les raisons d'une telle rigidification du système. Le délégué du personnel parlera ainsi de « *hiérarchisation forcée* ».

Malgré cela, Christelle et Karine, les deux surveillantes, souffrent visiblement toujours des informations qui circulent encore « *trop n'importe comment* » dans l'établissement.

> *« L'info passe comme ça et elle circule et moi je suis au courant des fois deux semaines, trois semaines après. (…) C'est tellement ancré dans les mentalités que…. » (Une surveillante)*

> *« Y a plein plein plein de choses qui nous sont outrepassées, enfin qui passent au-dessus de nous. Qui sont faites entre le troisième et les équipes, et nous on est bien souvent au courant par les équipes, quoi. Et ça par contre, on se sent vraiment discréditées. » (Une surveillante)*

En revanche, leur bureau a bien été descendu au premier étage, au cœur des services de soin, et le lien avec les équipes en a été facilité.

> *« Les équipes viennent plus facilement nous voir. (…) ça nous a rapprochées des équipes. Mais ça nous a éloignées du 3e, et c'est à partir de là qu'on a eu des conflits. (…). En fait, on est pris, nous, on est un peu… entre deux chaises, quoi. » (Une surveillante)*

Christelle a mis en place ses petites réunions hebdomadaires de dix minutes un quart d'heure avec les équipes soignantes. Cela a été en revanche beaucoup plus difficile pour Karine avec les ASH. Malgré une première tentative malheureuse, elle persévère à organiser régulièrement des « *points d'équipe* », mais le dialogue n'est pas établi.

> *« Première fois, j'ai amené des chouquettes (…) et je demande à une ASH : eh ben tenez, si vous voulez faire du café, si ça vous fait plaisir, faites-en parce que je sais pas le faire (…) elles ont tiré une tête de dix mètres de long (…). Et puis ça a été très fermé (…) ça m'a vraiment vexée. (…) le climat est toujours très tendu, (…) c'est très conflictuel, (…) toutes les informations que je passe, moi je les reçois négativement en pleine face à chaque fois. » (Une surveillante)*

Sur ce qui faisait le cœur du diagnostic et les préconisations, néanmoins, les discours concordent pleinement : « *il n'y a eu aucun changement* ».

> *« Il avait été dit qu'on devait moins aller en réunion, enfin que les cadres, on devait nous libérer en tout cas plus de temps sur le terrain. Y a eu aucun changement. C'est-à-dire que moi, sur mes 2 jours ½, par semaine, parfois je suis 2 jours en réunions. J'ai plus qu'½ journée sur le terrain, et là faut que je fasse mes plannings, donc forcément… » (Une surveillante)*

L'établissement Beausoin ne semble décidément pas encore sorti de sa « *gestionnite* » !

*

Engagée dans un activisme managérial destiné à conforter la position de l'établissement vis-à-vis des tutelles, dans un environnement perçu comme menaçant, la directrice de ce petit centre de soin de suite privé associatif à but non lucratif déploie, on le voit, une énergie importante pour se doter de tous les outils qui lui permettent d'objectiver son activité, en vue de négocier des ressources et des marges de manœuvre supplémentaires dans un contexte de restrictions budgétaires fortes. Mais à force de vouloir être pilote sur

tous les projets, apparait de manière évidente combien elle contribue à éloigner du terrain de l'activité opérationnelle les cadres de proximité, qui ne jouent plus leur rôle de régulation, d'information, de protection, d'animation des équipes. La défiance se répand et émerge un sentiment d'abandon et de manque de reconnaissance du travail de la part des équipes, de plus en plus démotivées. Malgré le travail amorcé à l'issue de l'intervention, la direction a visiblement bien du mal à sortir de sa logique gestionnaire et à imaginer d'autres solutions que de nouveaux protocoles ajoutant encore à la montée des contraintes.

CHAPITRE 6 – GRANDSOIN, LA RÉGULATION EMPÊCHÉE

Après avoir plongé dans le quotidien du centre de soins de suite Beausoin, voici que s'ouvre à nous un nouvel univers, d'une toute autre ampleur. Rien ne semblait *a priori* rapprocher la clinique Grandsoin du petit établissement que nous venions d'explorer. Par principe d'ailleurs, notre méthodologie nous proscrivait d'y arriver avec l'idée de vérifier les hypothèses analysées à Beausoin. Il s'agissait d'y découvrir le « génie » propre à ce cas. Nous aurons la surprise de constater cependant de nombreux points communs entre les deux établissements, sur lesquels nous reviendrons dans le prochain chapitre.

Une nouvelle fois, nous invitons le lecteur à se laisser guider dans les couloirs de cette vaste clinique ultramoderne et à démêler avec nous les logiques internes, les non-dits et les enjeux qui tissent le quotidien de ceux que nous croiserons dans les couloirs du service de chirurgie digestive ou derrière les portes hermétiques des blocs opératoires.

Un établissement de cette taille se donne d'abord à voir à travers ses structures, son organisation formelle, les nombreux indicateurs disponibles. Mais derrière les chiffres et les organigrammes, nous percevrons l'inquiétude à peine masquée d'une direction débordée par la dégradation d'un climat social qu'elle n'arrive pas à maîtriser malgré – et peut-être du fait de – son excellence.

Nous quitterons rapidement les indicateurs officiels pour observer le travail sur le terrain, l'activité en train de se faire et ses tensions, ses contradictions, ses émotions. Nous y découvrirons le quotidien des infirmières, aides-soignantes, agents ou brancardiers aux prises avec d'innombrables règles et procédures étouffant la nécessaire coopération. Nous y verrons des cadres de santé engloutis par les tâches gestionnaires et une activité de régulation invisible et infinie, n'ayant de valeur aux yeux de personne.

Au moment précisément où un plan d'action étonnamment développé était prêt, construit avec la participation de salariés de tous les niveaux hiérarchiques, nous assisterons avec surprise à un premier coup de théâtre : l'implosion de la structure de direction ; puis plus tard à une issue à nouveau inattendue, lorsque nous constaterons l'appropriation souterraine du plan d'action qui semblait avoir été abandonné après le départ des dirigeants.

Une fois encore, entrons dans cet établissement avec la capacité d'étonnement qui permet d'y percevoir ce que l'œil ne détecte pas de prime abord et de comprendre ce qui ne s'explique pas d'emblée.

1. UN OUTIL DE TRAVAIL REMARQUABLE

La clinique Grandsoin est un bel établissement, ultramoderne, qui s'élève au bord de l'eau, au confluent des deux fleuves qui le bordent par le Nord et par l'Est. Situé à l'entrée de l'agglomération sur un des grands axes traversant cette importante ville de province, il est à quelques minutes en voiture du centre ville et très bien desservi par les transports en communs. Sa façade souple, constituée de plusieurs arcs de cercle ondulant comme une vague, laisse entrevoir la taille imposante de l'établissement sans pour autant paraître écrasante. Le style très *design* de l'aménagement intérieur qu'on découvre en entrant dans le hall d'accueil pourrait être celui d'une chambre de commerce, si l'on ne rencontrait ça et là du personnel en blouse blanche entrant ou sortant, ou encore fumant sur le parvis au milieu de quelques patients et ambulanciers. Des hôtesses en tailleur fuchsia orientent les visiteurs dans cet univers feutré. La moquette et les couleurs discrètes rappellent le décor des hôtels modernes. Tout est fait pour dégager une impression de confort, de sécurité, de bien-être. La clinique Grandsoin a été classée récemment première clinique de France dans un des palmarès des médias nationaux et reste depuis dans le peloton de tête ; elle se doit de correspondre à l'image d'excellence qui est la sienne.

1.1. Une belle et grosse structure

L'établissement tel qu'on le voit aujourd'hui résulte de la fusion de plusieurs cliniques chirurgicales. Comme le visiteur qui découvre l'établissement, les salariés qui ont connu les anciennes « *petites cliniques* » demeurent frappés par l'impression d'une structure aujourd'hui énorme, « *industrielle* », presque un hôpital disent-ils parfois, avec ses couloirs interminables, mais conviennent unanimement que c'est « *une belle structure* ».

L'architecture du site a été entièrement conçue pour y accueillir, dans une logique de prise en charge globale des patients, le nouveau « *pôle de santé* » et ses partenaires : un centre d'imagerie médicale et de cancérologie, un laboratoire d'analyses médicales, un centre de rééducation et un plateau de consultations pluridisciplinaires.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes. L'ensemble de 37 000 m² compte 346 lits et places : 166 lits pour la chirurgie, 85 lits en médecine, 57 places dédiées aux prises en charge de chirurgie et anesthésie ambulatoires, 8 « lits-portes » d'urgence et 30 lits médico-chirurgicaux post-urgences. S'y sont ajoutés 70 lits supplémentaires de médecine polyvalente et une structure de 80 lits de soins de suite et de réadaptation jouxtant la clinique, ainsi que 90 postes de consultations externes.

La clinique dispose d'un service d'urgences fonctionnant 24h/24, où elle accueille près de 20 000 patients par an. Elle compte 29 salles de bloc opératoire sur plus de 3 000 m². Elle assure l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales à l'exception de la chirurgie cardiaque et de la neurochirurgie, domaines réservés du CHU, et est en attente de l'autorisation d'ouvrir également une maternité.

L'établissement emploie 732 salariés[169] et notamment 308 infirmières (IDE/IBODE), 142 aides-soignantes, 105 agents des services hôteliers, 17 cadres de santé. 104 médecins y exercent leur activité et en sont les actionnaires. La clinique compte plus de 60 000 admissions par an, et réalise chaque jour près de 200 interventions chirurgicales. Elle a triplé son activité en trois ans et embauché près de 300 nouveaux salariés sur la période.[170]

1.2. Grève choc et intervention musclée du CHSCT

C'est Mme Dupond, la directrice du centre de soins de suite Beausoin, qui a recommandé en juin 2008 à M. Martin[171], le directeur de la clinique, son collègue et ami de longue date, de même formation qu'elle, de faire appel à notre équipe de recherche, en train de conclure une intervention dans son établissement.

Michel Martin connaît en effet de sérieuses difficultés de climat social. Il vient d'essuyer, le 10 avril 2008, une grève à ses yeux aussi violente qu'inattendue, puis une seconde, quoique moins suivie, le 19 mai. Alors qu'il était à l'Élysée pour recevoir une distinction, en ce 10 avril, une grève éclate et 300 salariés de la clinique se retrouvent sur le parvis. Le plateau technique est entièrement bloqué, tandis que les services assurent le minimum pour la continuité des soins. Les responsables doivent brancarder ou prendre la place des infirmières de bloc pour aider les chirurgiens à assurer les interventions les plus urgentes. Les revendications portent sur les conditions de travail. A 13h, tous reprennent le travail dans le plus grand calme. Mais pour la direction et les médecins, c'est l'électrochoc. Aucun d'entre eux n'avait vu venir une grève d'une telle ampleur. Certains praticiens sont furieux. Il faut réagir et comprendre d'où vient une telle mobilisation, quels sont les problèmes qui ne sont pas remontés et qui ont provoqué un tel ras-le-bol passé inaperçu. Peu après, les résultats du baromètre social, que la direction s'est engagée à réaliser tous les trois ans, viennent confirmer une dégradation générale de tous les indicateurs du climat social.

De leur côté, les délégués du personnel sont exaspérés : comment la direction n'avait-elle pas compris les messages d'alerte qu'ils envoient depuis des mois ? Ils comptent bien

[169] Effectif total physique au 31/12/2009, l'effectif ETP au 31/12/209 étant de 689,39.
[170] Toutes les données sont de l'année 2009.
[171] Les noms ont systématiquement été changés dans le souci de préserver l'anonymat.

poursuivre leur action jusqu'à ce que des mesures satisfaisantes soient prises. Lors des négociations annuelles obligatoires, les délégués syndicaux demandent une expertise des risques psychosociaux par un prestataire extérieur. La direction décide de s'emparer du dossier et de faire appel à notre équipe, mais les syndicats s'y opposent catégoriquement. Le 1er août 2008, les élus au CHSCT votent d'autorité et de manière unilatérale l'intervention d'un prestigieux cabinet parisien pour motif de danger grave et imminent. La réunion de cadrage de l'étude avec le CHSCT est très tendue, le prestataire refuse toute discussion sur le périmètre de l'intervention. La direction n'accepte pas le contrat proposé. Le CHSCT demande alors une action en référé au tribunal pour délit d'entrave. Un accord entre les différentes parties prenantes sera trouvé devant le tribunal le 29 janvier 2009.

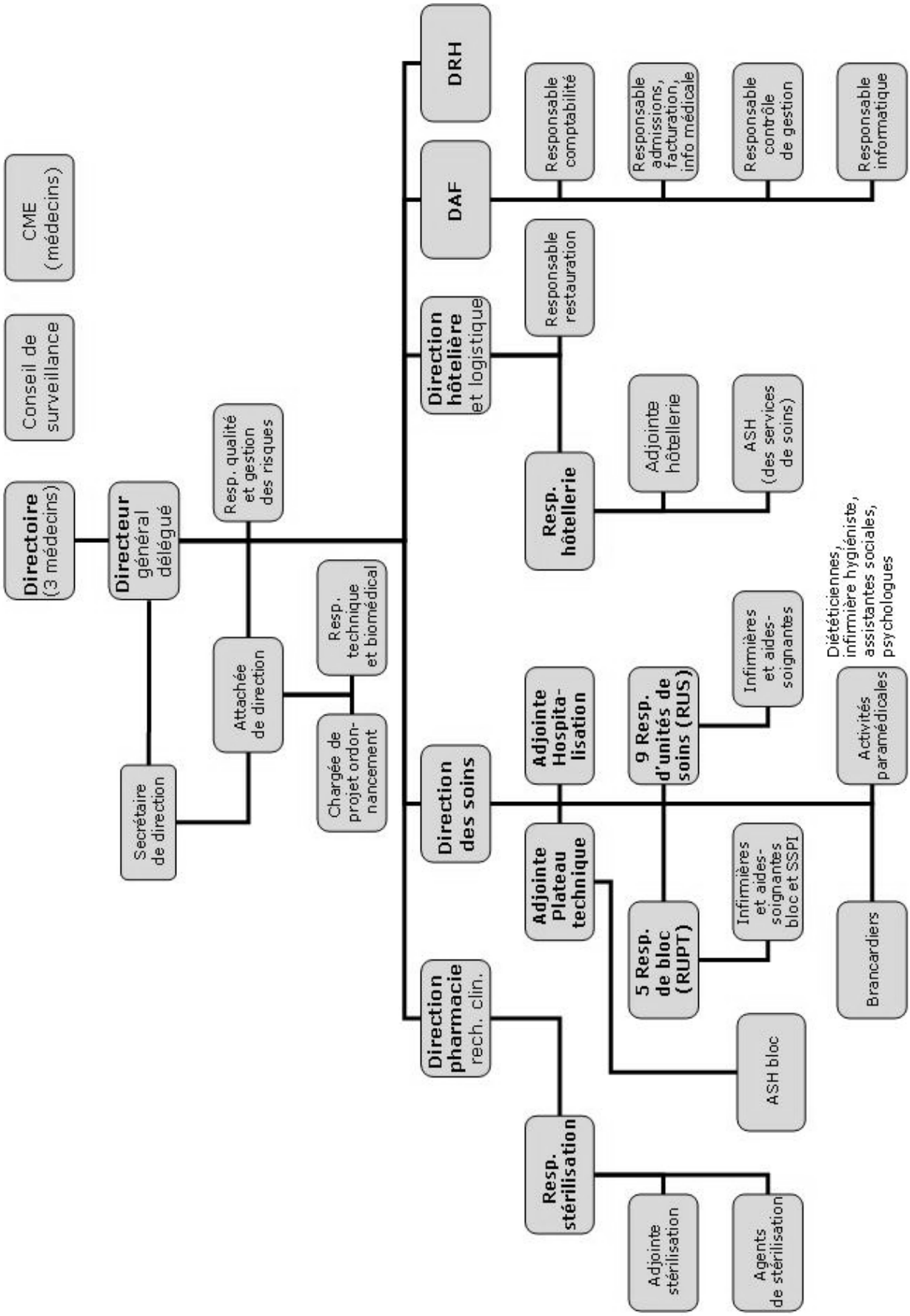
C'est dans ce contexte de fortes tensions qu'en septembre 2008, notre équipe est appelée par le directeur à intervenir. Il lui donne pour mission de réaliser un diagnostic au plus vite afin de mettre en place un plan d'amélioration du climat social avant que n'intervienne le cabinet prestataire mandaté par les syndicats.

1.3. Une réorganisation passée en force

Lorsque nous rencontrons début décembre 2008 Agnès Rossi, la directrice des ressources humaines, pour convenir des modalités de l'intervention, le directeur M. Martin vient de réorganiser complètement son équipe de direction. Il constitue ainsi un comité de direction resserré, passant de 12 à 5 collaborateurs directs, désormais nommés directeurs. Les deux principaux secteurs de la clinique, à savoir les services d'hospitalisation (couramment appelés « *les soins* ») d'une part, et le plateau technique (souvent désigné en raccourci « *le bloc* » même s'il comprend plusieurs blocs opératoires, salles de réveil et le service de stérilisation) d'autre part, sont fusionnées sous le nom de « *Direction des soins et des activités paramédicales* » et placés sous la responsabilité de l'ancienne responsable du bloc, Mme Catherine Robin.

La réorganisation est saluée par les membres du nouveau comité de direction resserré, qui peuvent désormais échanger entre eux et avec M. Martin de manière plus efficace et quotidienne. Mais elle est vécue de manière beaucoup plus douloureuse par certains de ceux qui en sont écartés et surtout par les cadres de proximité de la nouvelle direction des soins. La « *grand messe* » du 14 octobre 2008, où le nouvel organigramme a été présenté à tous les salariés, reste marquée dans les mémoires des responsables d'unité, surtout pour la manière dont l'annonce s'est faite : une réunion qualifié de « *fermée* », où « *on entendait les mouches voler* ». « *Ça a été violent, comme annonce* », dira l'une d'entre eux.

Schéma 4 : Organigramme de l'établissement Grandsoin au 14/10/2008



La réorganisation les concerne en effet de très près. Le nombre des responsables d'unités de soins est diminué d'un tiers. Leur nouvelle responsable, Mme Catherine Robin, est désormais en charge de 80 % des effectifs de la clinique. Malgré une présence dans l'établissement de 6h du matin à 22h le soir, elle devient quasiment inaccessible. Deux responsables d'unité, Christine et Armelle, sont nommées adjointes, l'une pour les soins l'autre pour le bloc, mais elles devront tout d'abord faire une formation en management qui les amènera à s'absenter beaucoup et ne prendront que très progressivement la mesure de leur poste, somme toute d'ailleurs encore très relative à ce stade.

Mme Catherine Robin est un personnage incontournable de la clinique. « *C'est quelqu'un, Mme Martin !* » dit-on d'elle. Ses équipes la perçoivent comme une femme au caractère fort et déterminé, qu'une énorme capacité de travail et l'ambition de tout gérer rend omniprésente et parfois très directive. Elle a été aussitôt identifiée comme quelqu'un qui délègue peu et tient à être au courant absolument de tout.

> *« Elle est impressionnante ! C'est du 200 000 volts ! » (Brancardier)*

> *« Là aujourd'hui elle est à ce poste, qui est un poste tentaculaire, qui est un très beau poste, un poste difficile. C'est quelqu'un qui n'arrive pas à déléguer. Elle veut tout savoir tout le temps. Tout gérer. » (Un cadre)*

Aimable et avenante, largement reconnue pour son expérience et son professionnalisme, elle est d'une grande exigence pour elle-même comme pour les autres. Dans une logique implacable de rationalisation, elle entend lutter contre tout ce qui entrave la performance de l'organisation, à commencer par ce qu'elle considère comme une grande faiblesse : le « *maternage* » des équipes. Malgré une volonté d'écoute et de dialogue, elle est de plus en plus partout et nulle part à la fois, absorbée par ses mille responsabilités. « *On ne la voit plus du tout* » disent en chœur les personnels du bloc. La vaste délégation de pouvoir signée avec le directeur, M. Martin, qu'elle n'hésite pas à invoquer pour signaler les lourdes responsabilités qu'elle a accepté d'assumer, devient le symbole de la pression qu'elle répercute à tous ceux qui doivent lui rendre des comptes, démunis face à une barre placée si haut, et dont elle exige une loyauté sans faille. Car on l'a vue capable de passer 48h d'affilée aux urgences, de brancarder ou de passer la serpillère dans les salles d'opération où il manque du personnel, démontrant ainsi le type d'implication et de responsabilisation qu'elle attend. Elle sait tout faire, connaît le travail de chacun d'entre eux, elle en impose. En quelques semaines à peine à son nouveau poste, elle a éveillé de grands espoirs quand à sa capacité de faire avancer les choses et de résoudre les problèmes de chacun, même si tous se demandent comment elle pourra tenir à ce rythme.

2. UN CLIMAT SOCIAL TRES DEGRADE

La situation est donc très tendue à Grandsoin, depuis plusieurs mois. Au point que les représentants du personnel et membres du comité d'entreprise, également délégués syndicaux et élus au CHSCT, ont décidé de tirer fortement la sonnette d'alarme, en qualifiant les risques psychosociaux de risque grave et imminent, obligeant ainsi la direction à prendre des mesures. Nous sommes le 1er août 2008, en pleins congés d'été, période toujours délicate avec beaucoup de personnel absent, parfois difficile à remplacer. Dans le PV de la réunion du CHSCT de ce jour là, les élus pointent notamment :

- « *de nombreux dysfonctionnements survenus dans différents services* »,
- « *un accroissement de la charge de travail en raison d'un manque d'effectif et de moyens* »,
- « *de grandes difficultés rencontrées par des salariés dans l'exercice de leurs fonctions* »,
- « *des manifestations de souffrance au travail et de troubles psychosociaux* ».

Ils alertent la direction « *sur une situation de surtension au travail telle qu'un drame est à redouter* » (…) et exigent une expertise extérieure sur les risques psychosociaux.

Quittons provisoirement notre visite de l'établissement pour nous arrêter un instant sur le tableau que l'on peut reconstituer à l'aide des données que nous communique aussitôt la direction et celles que nous collecterons par la suite. En dehors de notre enquête de terrain, nous disposons de trois sources de données très complémentaires et largement concordantes sur la période étudiée :

- **Le volet quantitatif de notre propre étude** : parallèlement à l'approche qualitative par entretiens, nous avons en effet déployé le questionnaire utilisé dans le cadre de l'étude ANR-SORG[172] afin de recueillir quelques données chiffrées simples qu'il soit possible de comparer à celles de l'échantillon SORG du secteur santé-social, dont fait partie l'établissement Beausoin, et aux références nationales dans le domaine, notamment l'étude SUMER et les scores « Karasek »[173]. Le questionnaire a été proposé dans les services d'hospitalisation à l'ensemble des personnels (IDE, AS, ASH, et cadres) de chirurgie digestive (3e étage), et au plateau technique aux infirmières des blocs B, D et de salle de réveil ainsi qu'à l'ensemble des AS et ASH de bloc, brancardiers et agents de stérilisation.

[172] Cf. chapitre 2 et 4 pour une présentation de l'étude.

[173] Cf. chapitre 2 pour une présentation des modèles théoriques et chapitre 4 pour plus d'information sur les outils.

148 questionnaires valides ont été recueillis sur une population de 205 personnes, soit un taux de réponse de 71 %. L'enquête a été réalisée en janvier février 2009.

- **Le baromètre social 2008**, réalisé par un cabinet de conseil à la demande de la direction de la clinique, sur la base d'une enquête effectuée en 2005 et en 2008 auprès de l'ensemble du personnel par envoi avec le bulletin de salaire. Nous avons pu disposer du rapport de 93 pages des résultats de cette enquête, présentés en avant-première en décembre 2008 au groupe de travail de notre étude.
- **Le pré-rapport d'expertise CHSCT du cabinet** ayant enquêté sur les risques psychosociaux aussitôt après notre étude et avec des modalités extrêmement similaires, sur un périmètre plus large et légèrement différent du nôtre[174] comptant 293 salariés. 145 questionnaires utilisables pour le calcul des scores Karasek ont été recueillis, soit quasiment le membre nombre que notre étude. L'enquête s'est déroulée en mars 2009, le pré-rapport détaillé (115 pages) auquel nous avons pu avoir accès est daté de septembre 2009.

La direction des ressources humaines nous a également communiqué son bilan social de la période 2007-2009 ainsi que le rapport d'activité du CHSCT pour l'année 2009, présenté et discuté lors de la réunion CHSCT du 23/03/2010 à laquelle nous avons assistée.

2.1. Trois tableaux sur le climat social très alarmants

Les trois enquêtes révèlent des indicateurs de climat social très dégradés. La formulation des questions n'étant pas toujours la même, les taux de réponse obtenues varient parfois sensiblement selon les enquêtes, d'autant que la situation peut être relativement différente d'un service à l'autre selon les thèmes abordés. Il en ressort cependant une forte convergence sur un certain nombre d'indicateurs révélant globalement une situation très délétère. Ce qui nous importera ici en mobilisant conjointement les trois enquêtes, c'est de dégager une tendance générale, confirmée par les trois équipes différentes, toutes extérieures à l'établissement, ayant travaillé à quelques mois d'intervalle.

2.1.1. Une ambiance de travail tendue et négative

Dans le baromètre social, 67 % des salariés de la clinique déclarent le climat de l'établissement plutôt tendu. Ils sont autant à estimer que les services fonctionnent de manière cloisonnée et 58 % qu'ils se renvoient les responsabilités en cas d'incident. 45 % d'entre eux jugent qu'ils ne travaillent pas ensemble sur les projets de l'établissement et

[174] Blocs B et C, brancardiers, urgences, services d'orthopédie et de médecine, ASH, administration.

62 % que salariés et médecins ne collaborent pas pour atteindre des objectifs communs. 43 % vont jusqu'à dire qu'ils ne considèrent pas la clinique comme tournée vers les patients.

Dans notre enquête, 74 % des répondants qualifient les relations dans l'entreprise de mauvaises ou très mauvaises et 34 % jugent l'ambiance de travail tendue ou exécrable.

Le rapport d'expertise CHSCT souligne également une ambiance de travail qualifiée de négative et dégradée par 54 % des répondants.

2.1.2. Des conditions de travail dégradées

83 % des personnes interrogées lors du rapport d'expertise mandaté par le CHSCT jugent que leurs conditions de travail se sont dégradées au cours des deux dernières années. Pour 55 % d'entre eux, cette dégradation est due à la pression hiérarchique.

89 % des répondants disent ne pas pouvoir effectuer leur travail correctement par manque de temps, 88 % à cause d'un sous-effectif et 73 % car il est perturbé par des tâches imprévues. 54 % déplorent des moyens insuffisants ou inadaptés.

Les réponses au questionnaire SORG vont dans le même sens : deux répondants sur trois estiment avoir un nombre de collègues ou de collaborateurs insuffisant pour réaliser correctement leur travail et 55 % qu'ils n'ont pas des moyens matériels adaptés et suffisants. De même, 58 % jugent ne pas avoir des informations claires et suffisantes et 53 % des objectifs assez clairement définis pour leur permettre d'effectuer correctement leur travail.

Les résultats du questionnaire pour la partie « *demande psychologique* » du modèle de R. KARASEK confirment la perception de surcharge et d'intensification du travail. 91 % des répondants affirment qu'ils sont amenés à travailler très vite et pour 93 % intensément. 79 % déclarent devoir effectuer une quantité de travail excessive et trois répondants sur quatre qu'ils ne disposent pas du temps nécessaire pour l'exécuter correctement. 80 % d'entre eux affirment que leur travail est très souvent « *bousculé* » et 73 % qu'ils sont souvent interrompus dans leurs tâches.

Par ailleurs, 80 % des répondants du questionnaire SORG et 94 % de ceux du rapport d'expertise CHSCT considèrent que leur salaire est insuffisant vu les efforts fournis.

Le baromètre social indique également que 42 % des salariés jugent que l'organisation du travail ne correspond pas à leurs besoins, plus d'un sur trois que leurs horaires sont peu compatibles avec leurs contraintes personnelles, et 64 % que l'effectif est insuffisant pour la charge de travail. 53 % considèrent que la clinique n'est pas un établissement motivant.

2.1.3. Soutien et reconnaissance insuffisants de la hiérarchie

Si le soutien des collègues est globalement souligné et apprécié, le manque de soutien et de reconnaissance de la part de la hiérarchie apparaît de manière explicite et forte dans les trois enquêtes.

Trois séries d'items s'y rapportent dans le questionnaire SORG : ceux de la section « *soutien social de la hiérarchie* » du modèle de R. KARASEK (1979), certains items tirés du modèle de J. SIEGRIST (1996) et enfin une série de questions sur l'attitude de la hiérarchie.

Seuls 39 % des répondants estiment que leur supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés et 47 % qu'il prête attention à ce qu'ils disent et qu'il les aide à mener à bien leur tâche. 72 % des répondants considèrent que l'attitude de la hiérarchie envers les salariés reflète un manque de considération, 68 % un manque d'écoute et d'accessibilité et 88 % un manque d'effort pour associer les salariés à la décision. 61 % disent par ailleurs ne pas recevoir le respect et l'estime mérités à leur travail.

Le rapport d'expertise pour le CHSCT pointe également que 59 % des salariés ne bénéficient pas d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles, 64 % disent ne pas recevoir le respect mérité de leurs supérieurs. Deux salariés sur trois s'estiment traités injustement.

Dans le baromètre 2008, 66 % des salariés déclarent que leur mérite n'est pas reconnu, 47 % qu'ils ne sont pas soutenus par leur responsable. Quatre salariés sur dix considèrent que leur responsable ne joue pas son rôle d'appréciation des résultats, de développement des compétences des salariés (46 %), de communication sur l'entreprise (47 %) ni de recherche en commun de solutions par rapport aux difficultés rencontrées (44 %).

2.2. Des effets sur la santé

Si le baromètre social n'aborde pas directement la question de la santé au travail, le rapport d'expertise sur les risques psychosociaux laisse apparaître qu'un tiers des répondants juge sa santé moyenne ou mauvaise comparativement aux personnes de son âge et 45 % l'ont vue se dégrader dans les quatre dernières années.

2.2.1. Santé perçue, fatigue et stress : mauvais signaux

Les résultats du questionnaire SORG pointent un niveau de santé perçue inférieur à celui des autres établissements étudiés dans le cadre de l'étude ANR-SORG du secteur santé-social, ainsi qu'un niveau de fatigue et de stress supérieur. 51 % des répondants estiment que leur travail influe négativement sur leur santé.

Les scores de santé perçue, de fatigue et de stress, varient de manière très sensible selon les populations. Les ASH de bloc sont ainsi celles qui jugent leur santé la plus dégradée et leur niveau de fatigue le plus élevé. En revanche, les infirmières et en particulier celles du bloc, sont celles qui expriment le plus de stress. Nous retrouverons ces différences dans ce qui va suivre à l'aide du volet qualitatif de l'étude.

Table 12 : Résultats questionnaire SORG, échelles[175] Sumer de santé perçue, fatigue et stress

Poste	Santé perçue	Fatigue	Stress
IDE 3e étage	7,66	7,54	7,80
AS 3e étage	6,72	7,44	7,19
ASH 3e étage	6,50	9,00	7,17
Total 3e étage	**7,23**	**7,70**	**7,54**
IDE Bloc B	7,50	7,89	7,97
IDE Bloc D	6,47	7,93	7,93
IDE SSPI	8,47	6,89	7,39
AS SSPI	6,50	6,28	5,95
ASH	5,60	9,00	7,83
BRANCARDIERS	6,36	8,40	7,67
STERILISATION	6,68	8,36	7,50
Total bloc	**7,05**	**7,80**	**7,53**
Total Grandsoin	**7,11**	**7,77**	**7,53**
Echantillon SORG	7,28	7,43	6,98

2.2.2. Une forte prévalence de salariés en « travail tendu »

Le questionnaire SORG et celui du cabinet d'expertise ont tous deux mobilisé les items du modèle de R. KARASEK et T. THEORELL (1990) permettant de calculer des scores et de les comparer aux grandes enquêtes nationales SUMER. Le modèle met en rapport trois dimensions : la « *demande psychologique* », la « *latitude décisionnelle* » et le « *soutien social* » afin de déterminer la prévalence de salariés en situation de « *strain* » ou « *travail tendu* » (forte demande et faible latitude) et de ceux en « *isostrain* », c'est-à-dire en travail tendu et sans soutien social, les situations les plus délétères.

Ces « *scores Karasek* », utilisés par de nombreux cabinets et médecins du travail et recommandés par le rapport de P. NASSE et P. LEGERON (2008) sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail, ont été calculés pour les différents services étudiés, aussi bien dans notre étude que dans celle du cabinet d'expertise pour le CHSCT. Si les résultats reflètent de gros écarts entre les services, ils reflètent globalement

[175] Échelles de 1 (minimum) à 10 (maximum).

une situation largement plus dégradée que la médiane nationale. La perception de la charge ou « *demande psychologique* » est largement supérieure à la médiane SUMER et aux autres établissements étudiés dans le cadre de l'étude ANR-SORG, la latitude décisionnelle largement inférieure dans la plupart des cas. Les scores de soutien social sont beaucoup plus mitigés selon les services. Globalement, il en ressort qu'une grande part des salariés est en situation de travail tendu (environ deux sur trois dans la plupart des services étudiés), et un certain nombre d'entre eux en « *isostrain* », encore plus délétère.

Table 13 : Résultats questionnaire SORG Grandsoin, calcul des « *scores Karasek* »

Poste	Demande psychologique	Latitude décisionnelle	Soutien social	Prévalence Strain	Prévalence Isostrain
IDE 3e étage	28,5	74	24	27%	12%
AS 3e étage	26,5	69	24	63%	31%
ASH 3e étage	29	60	23	80%	40%
Total 3e étage	**28**	**70**	**24**	**45%**	**21%**
IDE Bloc B	27	64	21	71%	71%
IDE Bloc D	29	58	20	93%	93%
IDE SSPI	25	68	23	71%	41%
AS SSPI	26	62	23	56%	44%
ASH	30	50	18	100%	100%
BRANCARDIERS	27	50	20	93%	60%
STERILISATION	28	62	21	64%	36%
Total bloc	**27**	**62**	**21**	**77%**	**61%**
Total Grandsoin	**27**	**64**	**22**	**66%**	**47%**
Expertise CHSCT	**29**	**61**	**22**	**78%**	**56%**
Médiane SUMER	21,7	70,3	23,3	23%	
Echantillon SORG	25,6	68	23,1	55%	34%

Ces scores indiquent sans équivoque qu'un grand nombre de salariés de la clinique se trouvent dans une situation avérée de risque psychosocial significatif.

2.3. Les indicateurs d'alerte au niveau de l'organisation

La direction de la clinique Grandsoin n'a bien sûr pas attendu ces études pour mettre en place ses propres indicateurs de suivi de son personnel et du climat social. La masse salariale représente en effet près de la moitié de ses charges d'exploitation. Le service des ressources humaines élabore chaque année un bilan social avec les indicateurs classiques que sont le turn-over, l'absentéisme, les accidents du travail et suit soigneusement leur évolution, non sans quelque inquiétude. En revanche, la directrice des ressources humaines reconnaît ne pas avoir encore tenté d'en calculer le coût. Elle est d'ailleurs très consciente que le coût

réel pour la clinique est largement supérieur aux charges salariales correspondantes et elle connaît la désorganisation et la charge de travail supplémentaire que représente pour les équipes l'arrivée de chaque nouvelle collègue ou remplaçante intérimaire.

2.3.1. Turn-over et départs volontaires

Si le nombre total de salariés de l'établissement est en constante augmentation, on note un recours croissant aux embauches en CDD, dont les fins de contrat sont également la principale cause de départ. Le nombre de départs volontaires sous forme de démission ou au cours de la période d'essai est également en forte augmentation, avec des conséquences lourdes pour les services sans cesse confrontés à des collègues nouveaux et inexpérimentés ne connaissant pas les pratiques de l'établissement. Pour les élus du CHSCT, il ne fait pas de doute que la plupart de ces départs volontaires sont dus au climat social.

Table 14 : Embauches et départs à la clinique Grandsoin

	Cadres et agents maitrise				Employés et techniciens				TOTAL			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
Nombre d'embauches par CDI	3	9	1	10	57	52	103	112	60	61	104	122
Nombre d'embauches par CDD	8	6	24	1	1526	1872	2273	2568	1534	1878	2297	2569
Total des départs	10	8	30	9	1544	1850	2277	2122	1554	1858	2307	2132
Nombre de fins de CDD	8	5	24	5	1509	1813	2267	2071	1517	1818	2291	2076
Nombre de démissions	0	0	2	2	25	29	30	16	25	29	32	19
Nombre départs en cours période d'essai CDI ou CDD	2	1	0	0	2	3	2	27	4	4	2	27
Nombre départs volontaires en retraite et pré-retraite	0	1	1	0	0	2	4	5	0	3	5	5

Source : données bilan social 2007-2009 communiqué par la DRH + rapport expertise CHSCT pour 2006

2.3.2. Un absentéisme élevé

Le taux d'absentéisme (hors maternité et congés parentaux) de la clinique est supérieur à la moyenne nationale du secteur, qui se situe autour de 5 %[176] en 2009, et au nombre de jours d'absence moyen par salarié en France (17,8 en 2009). Il est de plus en croissance constante sur les trois années considérées.

[176] D'après le 2e baromètre de l'absentéisme d'Alma Consulting Group (consultable sur www.almacg.fr), qui fait référence dans le domaine.

Table 15 : Taux d'absentéisme à la clinique Grandsoin

	Cadres et A.M			Employés et techn.			TOTAL		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Nb total jours d'absence	817	1 178	1 129	24 817	28 619	31183	25 634	29 797	32312
Nb jours d'absence hors maternité & congé parental	593	786	832	12 539	14 884	15 882	13 132	15 670	16 714
Taux d'absentéisme	3,15%	3,56%	3,99%	5,63%	6,23%	6,28%	5,44%	6,01%	6,11%
Nb jours absence / salarié	11,51	12,99	14,56	20,55	22,75	22,94	19,84	21,92	22,30

Source : données bilan social communiqué par la DRH

Nous n'avons pas pu disposer du détail des arrêts maladie en fonction de leur durée, car la direction des ressources humaines ne les distinguait pas.

De telles données, déjà très éloquentes, supposent toutefois une analyse plus en profondeur que nous avons réalisée au cours des six semaines de campagne d'entretiens et d'observations début 2009.

Après ce rapide passage par les indicateurs disponibles, nous allons maintenant retourner sur le terrain et pénétrer dans la vie quotidienne des équipes de la clinique Grandsoin pour comprendre ce qui fait leur difficulté. Reprenons donc le fil de notre récit.

3. UN TRAVAIL TRES CADRE, CONSTAMMENT DESORGANISE

3.1. L'activité dans les unités de soins de chirurgie digestive

Le service de chirurgie digestive du 3e étage occupe toute la longueur du bâtiment. Chacun des trois tronçons de la façade comporte, à l'arrière, une deuxième aile perpendiculaire au bâtiment, formant ainsi une unité d'une trentaine de lits à laquelle est attachée une équipe. L'unité 3D, 36 lits, située à l'extrémité Est, est confiée à Soizic, la « *RUS* », comme on les nomme ici pour « *responsable d'unité de soin* ». Elle sera aussi désormais la RUS du 3B, à l'autre extrémité du couloir, puisque Caroline, la nouvelle cadre récemment embauchée à qui l'on avait confié cette unité sans responsable depuis un certain temps, va désormais prendre en charge l'unité 3C. Depuis le grand remaniement qui a suivi la réorganisation du comité de direction trois mois plus tôt, certaines RUS se sont en effet vues confier plusieurs unités. C'est le cas de Soizic avec le 3B et 3D, mais également de Jocelyne, amenée à quitter l'unité du 3C pour prendre en charge une unité et demie au 4e étage, en orthopédie.

Caroline assurera donc désormais la responsabilité de cette unité bien particulière, au centre du bâtiment, qu'est le 3C. Si l'aile « *côté parking* » ressemble aux autres unités,

bien qu'elle ait un secteur pour les patients « *scopés* » nécessitant une surveillance rapprochée au moins toutes les quatre heures, l'autre aile, au-delà de ses portes fermées, accueille les « *soins continus* », ces huit lits réservés aux patients en soins intensifs. Contrairement aux autres unités, pour lesquels le service ordonnancement[177] gère le flux des patients et attribue les chambres, c'est la RUS du 3C qui, au fil des heures, négocie avec les anesthésistes l'entrée et la sortie des patients en soins continus.

Là où dans les autres services, il y a en général, matin et après-midi, une infirmière et une aide-soignante par aile, souvent complétées par une infirmière dite « *de J* » (en horaire de journée complète), aux soins continus elles sont en permanence deux infirmières et une aide-soignante, pour un plus petit nombre de patients en charge.

Au moment où nous y sommes, un autre changement tout récent met les équipes du 3C en ébullition : elles ont obtenu de la direction, après de longues discussions, de changer leurs horaires pour passer « *en 12h* ». Au lieu d'une équipe du matin de 6h30 à 14h15 et une équipe d'après-midi de 13h30 à 21h (horaires dits « *en 7h* », car la pause déjeuner est décomptée), infirmières et aides-soignantes travailleront désormais en journées continues de 12h d'affilée (de 7h à 19h45), se relayant ainsi directement avec l'équipe de nuit. Cela leur permet de suivre les patients tout au long de la journée et, avec plus de jours de repos, de ne plus avoir l'impression « *d'être tous les jours à la clinique* », selon l'expression récurrente dans les équipes. Ce nouvel horaire pèse en revanche beaucoup pour leurs collègues de l'équipe de nuit, qui n'ont pas été associées à la discussion et voient maintenant leur temps le soir ou le matin avec leurs conjoints ou enfants très réduit, voire nul lorsqu'elles ont des trajets importants.

Les ASH (agents des services hospitaliers), quant à elles, ne sont pas rattachées à l'équipe de soins et à la RUS de l'unité mais au service hôtellerie. Elles ont leurs propres responsables, Sandrine et son adjointe Séverine, et tournent sur l'ensemble des services d'hospitalisation. Cette distinction entre les équipes d'hôtellerie et les équipes de soins, présentée par la direction comme supposée apporter un plus grande professionnalisme à ces salariées très peu qualifiées, est en réalité pour elles difficile et marginalisante, d'autant qu'elles sont encadrées de manière extrêmement stricte et autoritaire. Les ASH assurent le « *bionettoyage* » des chambres et de l'ensemble des locaux et s'occupent de distribuer et desservir les repas, en principe – mais rarement comme nous le verrons - aidées par les aides-soignantes.

[177] Le service ordonnancement, au-delà de son rôle de gestion des lits, a été conçu comme une véritable « *tour de contrôle* » de la clinique, ainsi que l'exprime sa responsable. Il assure la coordination de l'ensemble, conçoit les systèmes d'information et définit des procédures permettant une standardisation du travail et une gestion optimale des flux.

3.1.1. Un flux constant d'entrées / sorties

Dans une clinique comme Grandsoin, avec un système d'ordonnancement très en pointe, la gestion des lits est cruciale et permet de soutenir une activité intense. De fait, le nombre d'admissions a triplé en trois ans avec une capacité globale qui n'a que très peu augmenté. Aujourd'hui, lorsqu'un patient est autorisé à sortir à 10h, le lit est aussitôt réaffecté à un autre patient. C'est ce que les ASH appellent, pour leur grande peine, le système des « *10-10* » : sortie 10h / entrée 10h, sachant qu'il leur faut faire le ménage de la chambre entre temps et que parfois le patient suivant est déjà en salle d'attente dans le couloir à côté. D'autant plus que compte tenu des durées moyennes d'hospitalisation toujours plus réduites, il peut y avoir jusqu'à huit ou dix entrées / sorties le même jour dans une unité.

> *« Ils se rendent pas compte les médecins ! Toujours vite, toujours tout de suite, eux ils ont décidé que le malade, il ressortait, et puis que l'autre il rentrait, mais on le met où ? Et le ménage je le fais quand moi ? » (ASH)*

Les entrées et sorties ne se limitent pas pour autant à l'horaire officiel de 10h du matin ou 14h en début d'après-midi. A toute heure, un médecin de passage dans le service est susceptible d'autoriser un patient à sortir. Pour un plus grand confort des patients, de plus en plus d'entrées sont désormais autorisées en fin d'après-midi pour une intervention prévue le lendemain. Les équipes sont donc amenées à gérer des entrées et des sorties à longueur de journée. Car un patient entré à 17h compte bien recevoir son dîner à 18h30, même si les cuisines exigent que les commandes de repas leur soient déposées avant 14h.

> *« Ce qui pose problème, c'est les entrées et sorties à toute heure de la journée, ça entraine beaucoup de surcroit de travail, on se sait jamais à quelle heure les patients vont sortir et on vous rajoute des entrées au fur et à mesure des départs sans que vous le sachiez et dans les cinq minutes qui peuvent suivre un départ, vous avez plein de patients qui arrivent. » (IDE)*

La clinique est actuellement à la limite de ses capacités et le service ordonnancement doit constamment jongler pour trouver des lits pour les patients arrivés aux urgences, quitte parfois à les mettre dans un autre service que celui correspondant à leur pathologie.

> *« La semaine dernière on a mis des lits dans la salle de bain. Et avec une pression pour que les gens sortent… » (Intervenant paramédical)*

Pour disposer de l'information en temps réel et gérer les flux au plus près, le service ordonnancement demande aux équipes de valider dans le système informatique la sortie effective du patient. Un simple clic qui cependant viendra s'ajouter aux nombreuses autres démarches déjà exigées pour la sortie : le questionnaire de sortie rempli par le patient, la vérification de son dossier, le pointage de la check-list médico-légale mise en place pour garantir la traçabilité et l'exhaustivité de toutes les pièces obligatoires, etc. De

multiples outils de gestion qui viendront se cumuler et nécessiteront par conséquent une ultérieure vérification de la part de la responsable d'unité de soin pour s'assurer que documents papiers et informatiques concordent bien.

> *« Ce que je fais le matin, c'est que je vérifie ma planification. Quand je clique sur sorties, (…) là j'ai 12 sorties. Ce matin, en fait j'en avais 14 sur ma planification, donc du coup j'ai demandé aux infirmières pourquoi j'ai 2 d'écart. Est-ce que c'est parce qu'on est en attente de confirmation de sortie, ou est-ce que c'est parce qu'elles n'ont pas eu le temps de renseigner ? » (RUS)*

Toute l'organisation de la clinique dépend de cette « *fluidité au niveau du flux patient* ».

> *« Quand vous gérez un arrêt cardiaque, je vais pas aller leur crier dessus parce qu'elles ont pas mis les sorties. (…) Mais pour gérer 60 000 patients correctement, il faut aussi qu'on ait des procédures qui soient appliquées. » (Ordonnancement)*

3.1.2. Une masse de « paperasserie »

La clinique Grandsoin dispose d'un système informatique maison permettant le suivi des patients depuis la programmation de l'intervention jusqu'à leur sortie de la clinique. Toutes les informations concernant le patient y sont centralisées et accessibles à tous les intervenants. A l'aide d'un système de couleurs, de codes barres et de « *douchettes* » à tous les postes du bloc, il est possible de savoir depuis n'importe quel ordinateur de la clinique à quel stade en est l'intervention : si le patient est arrivé au bloc, si l'anesthésie a été faite, l'incision commencée et ainsi de suite jusqu'à la sortie de salle, l'entrée en salle de réveil et l'autorisation de remonter dans le service de soins. Outil de gestion du programme opératoire, le système permet également aux équipes des différents services d'anticiper l'activité et, dans les étages d'hospitalisation, d'informer les familles.

Si le système apparaît comme hyper performant aux yeux des dirigeants de la clinique, il n'en est pas moins lourd pour le personnel qui doit l'alimenter constamment. D'autant que les dossiers papiers n'ont pas disparu pour autant et continuent de faire doublon avec l'informatique. Dans les services, les dossiers des patients sont toujours constitués des traditionnels vieux classeurs souples que l'on transporte et consulte en permanence. Penchées dessus après chaque tour, les infirmières et aides-soignantes y reportent scrupuleusement les tâches effectuées. Chirurgiens et anesthésistes sont censés y écrire leurs prescriptions, que les infirmières retranscrivent ensuite sous forme de planification des soins sur les fiches prévues.

Par ailleurs, pour les équipes, le principal outil de suivi des patients reste la traditionnelle planification murale dans la salle de soins, consultée en permanence aussi bien par les

soignants ou les médecins que par les ASH. Lorsque certaines cadres ont invité les équipes à faire leurs transmissions de début d'après-midi dans l'office pour être moins dérangées, la solution a été rapidement abandonnée car il était inconcevable pour les infirmières d'échanger entre elles sans pouvoir se référer visuellement à la planification murale.

Sans compter que les infirmières et aides-soignantes se font ensuite leur propre petite fiche de transmission qui ne les quitte pas et sur laquelle elles reportent toutes les informations concernant les patients dont elles ont la charge, l'annotant et la surlignant de multiples couleurs au fil des transmissions entre elles. C'est sur cette base là qu'elles communiqueront avec leurs collègues, se contentant de mettre ensuite à jour les autres outils : informatique, dossiers papier, planification murale, feuille de menus destinées aux ASH et à la cuisine pour les repas, etc.

> *« Pendant les transmissions, on se fait une feuille où on note plein plein de choses, et ça c'est pour des choses qu'on doit pas oublier surtout, et après c'est vrai que les dossiers il y a vraiment beaucoup beaucoup de feuilles à remplir, tous les jours, beaucoup beaucoup de feuilles. Parce qu'il y a des feuilles qui restent dans le dossier patient, il y a des feuilles qui vont à la PMSI pour les cotations. (…) c'est vrai que c'est compliqué. » (IDE)*

Le temps passé par les infirmières à ce qu'elles qualifient de « *paperasserie* » va croissant à mesure que la direction, dans une volonté de coordination, d'optimisation, de traçabilité et de logique qualité, met en place de nouveaux outils.

> *« Plein de petites choses qui ont été ajoutées dernièrement, qu'on n'avait pas il y a deux ou trois mois. » (IDE)*

Les ASH elles-mêmes consacrent un bon quart d'heure chaque jour à recopier avec grand soin, dans le cahier prévu à cette effet, la « *feuille de menus* » où les infirmières indiquent ce que chaque patient peut manger, afin d'en apporter un exemplaire aux cuisines. Pourtant, c'est bien la feuille initiale faite par les infirmières qu'elles utiliseront au moment de servir les repas, même si elles n'ont pas le droit d'y annoter quoi que ce soit. Elles aussi se font, comme leurs collègues de l'équipe soignante, leurs propres petites fiches : un simple *post-it* sur lequel elles écrivent le numéro des chambres à faire et qu'elles rayeront au fur et à mesure de l'avancée de leur travail.

3.1.3. L'impact de la visite des médecins sur l'organisation

Du point de vue de l'organisation, l'activité des services de soins pourrait donc paraître très régulée par les outils de gestion et les tentatives de rationalisation des processus. En réalité il n'en est rien. Le travail des infirmières est entièrement défini par les médecins, les seuls véritables prescripteurs de l'activité, et constamment réajusté au fil de leurs visites.

La vie dans les unités de soins, par certains côtés très réglée par les « *tours* » auprès des patients, les heures de repas et les transmissions, est sans cesse bousculée par le passage souvent impromptu des médecins. Entre chirurgiens et anesthésistes, ils sont une trentaine de praticiens à passer dans le service de chirurgie digestive voir les patients qu'ils ont opérés et donner des indications pour les soins. Très occupés toute la journée au bloc opératoire ou à leurs consultations dans le bâtiment d'à côté, ils passent en général le matin tôt avant de commencer leur vacation, pendant la pause déjeuner ou en fin de journée. Ce sont précisément les horaires où l'équipe est en sous-effectif, les unes et les autres s'alternant pour descendre manger, ou au contraire réunie pour les transmissions.

Le passage du médecin va bousculer le travail des infirmières : il va falloir quitter aussitôt le patient et la tâche en cours pour accourir auprès du praticien, répondre à ses questions, parfois défaire un pansement qui vient d'être fait pour qu'il puisse vérifier la plaie et souvent jongler entre plusieurs médecins à la fois.

> *« Vous avez votre cadre carré où il va falloir tout faire ce qui est cadré, et les imprévus. Et ce qui se colle par-dessus, c'est les médecins. Ils arrivent pour enlever les drains, ils ont besoin de nous, ou il faut défaire et refaire les pansements. Ils veulent avoir des renseignements sur les patients, changer les apports. » (IDE)*

Or le moment du passage du médecin est stratégique pour l'infirmière car tout son travail dépend de l'information qu'il va donner. C'est elle en effet qui est responsable de prodiguer les soins prescrits et de surveiller l'état du patient, faisant remonter au médecin les informations nécessaires. Durant le bref instant, parfois une à deux minutes seulement, où le médecin va passer dans le service, elle doit donc réussir à lui communiquer les éléments nouveaux, à vérifier avec lui les questions pour lesquelles sa décision est indispensable, s'assurer qu'il donne bien les consignes nécessaires et surtout laisse par écrit des prescriptions suffisamment claires et complètes. Parfois même, elle va devoir manœuvrer pour arriver à faire se rencontrer et se parler le chirurgien et l'anesthésiste en charge du même patient, pour un problème particulièrement délicat.

> *« Certains chirurgiens ont deux minutes à vous consacrer, vous avez deux minutes pour dire, pour régler le problème et il faut faire. (…) Il faut être open tout de suite et répondre tout de suite. » (IDE)*

Un véritable défi, quand on sait que les praticiens, toujours pressés et peu habitués à se coordonner ni entre eux ni avec les soignants, vont le plus souvent faire une simple apparition rapide et lancer parfois l'information au vol, en partant, à celle qui se trouve dans le couloir à ce moment-là mais qui n'est pas forcément l'infirmière en charge du patient concerné. Un véritable travail de reconstitution de l'information et de

réorganisation va donc devoir s'opérer constamment dans le service, un travail collectif d'actualisation de l'activité en perpétuelle évolution.

> *« Il y a beaucoup de pertes de temps à téléphoner aux médecins parce que quand ils passent, ils ne nous disent pas ce qu'ils ont décidé. » (IDE)*

L'infirmière va alors déployer beaucoup d'ingéniosité pour se procurer l'information manquante : tout d'abord auprès de ses collègues qui ont pu glaner au passage du praticien des informations qui lui auraient échappé ; ensuite quand c'est possible directement auprès de l'intéressé à son prochain passage ou en le joignant à son cabinet, voire au bloc si nécessaire. Déranger un chirurgien ou un anesthésiste en salle d'opération, lorsque l'appel est indispensable, suppose cependant de passer le barrage des collègues du bloc qui savent qu'elles risquent d'essuyer la réaction d'impatience du praticien, perturbé dans son activité. Parfois, c'est même le patient qui relayera à l'un des membres du personnel une information le concernant, annoncée par le médecin lors de la visite : une autorisation de sortie ou de reprendre une alimentation normale par exemple. Elle devra alors, en toute transparence, expliquer au patient surpris la difficulté de sa situation vis-à-vis du médecin et lui demander de patienter le temps qu'elle en obtienne la confirmation officielle par écrit. Quitte à dire au malade qu'il peut toujours se plaindre au praticien !

> *« Après on a un feedback, on apprend par le patient : le médecin m'a dit que je pouvais sortir demain. Ah bon ? » (IDE)*

3.2. L'activité sur le plateau technique

Le plateau technique[178] de la clinique Grandsoin est situé au 1er étage, tandis que les services d'hospitalisation sont au 2e, 3e, 4e et 5e étage. Au rez-de-chaussée, on trouve les espaces d'accueil, d'admissions, le réfectoire, la boutique-relais et les urgences dont l'entrée se fait par l'arrière du bâtiment. Les bureaux de la direction occupent une partie du 5e étage.

Le plateau technique est un monde à part, fermé par une porte automatique sécurisée, où ne pénètrent que les salariés relevant du « *bloc* » et les médecins, et qui reste largement étranger aux équipes « *des services* ».

[178] Nous n'avons pas pénétré dans le plateau technique, où sont allés enquêter deux autres membres de l'équipe. Nous nous appuyons donc pour cette partie sur les descriptions faites par les acteurs rencontrés en entretien, ainsi que sur les notes d'observation, remarquablement détaillées, de S. GENTIL et sur son mémoire de Master : « Les mécanismes de coordination adoptés au sein d'un bloc opératoire », septembre 2009 (voir également l'article : GENTIL, 2010).

> *« C'est vrai qu'il y a très peu de communication entre ce qui se passe en bas, là, chez Dieu, je dirais, et puis tout le reste. (…) Les gens se voient pas déjà beaucoup, mais ils se connaissent très peu. » (AS)*

Les seuls qui circulent entre le bloc et les services d'hospitalisation sont les brancardiers, chargés de descendre les patients jusqu'à l'entrée du bloc opératoire et de les remonter ensuite de salle de réveil dans leur chambre. Ce sont eux également qui accompagnent les patients des services ou des urgences pour des examens radiologiques, scanners ou IRM, dans l'établissement partenaire voisin à l'extrémité Est du bâtiment.

Le plateau technique comprend cinq blocs (constitués chacun de plusieurs salles d'intervention), trois salles de réveil, dites « *salles de soins pos-interventionnels* » (SSPI), et en son centre les locaux exigus de la stérilisation. Chaque unité est sous la responsabilité d'un ou d'une responsable d'unité de plateau technique, ou RUPT. Les RUPT sont chargés notamment de la préparation du programme opératoire du lendemain et du suivi et de la vérification des commandes de matériel. Ils interviennent également auprès de leur équipe dans la résolution des problèmes organisationnels survenant au cours de la journée.

C'est sur les infirmières que repose l'essentiel du fonctionnement du bloc. Ces dernières se répartissent les tâches entre les postes suivants, avec quelques variantes selon les blocs :

- En salle d'intervention, une aide-opératoire qui assiste directement le chirurgien et exécute pour lui certains gestes routiniers, ne touchant que ce qui est stérile, et une infirmière panseuse attachée à chaque chirurgien pour lui passer le matériel, répondre à ses besoins tout au long de l'intervention, s'occuper de la préparation et de la sortie du patient, renseigner la « *feuille d'écologie* » - papier et informatisée - de suivi du patient au bloc.
- Dans les plus gros blocs, deux infirmières sont affectées au matériel : l'une à la préparation du caddie de matériel pour chaque intervention, l'autre à la réception du matériel commandé pour les interventions à venir.
- Une infirmière enfin assure, depuis la salle dite d'orientation ou de contrôle, le rôle d'« *orientatrice* » et veille au bon déroulement du programme opératoire. Elle répond aux demandes des infirmières de salle et, là où les équipements ne sont pas spécifiques, elle réaffecte en permanence les salles d'intervention pour permettre la meilleure rotation possible.

Entre deux interventions, les ASH du bloc sont chargées de nettoyer et désinfecter la salle pendant que les infirmières préparent le matériel pour l'opération suivante. Elles sont

souvent amenées à aider les infirmières pour installer les patients ou les sortir de la salle. Contrairement aux infirmières affectées à un bloc spécifique – sauf celles des salles de réveil qui tournent sur les trois salles SSPI -, les ASH tournent sur l'ensemble des blocs : une dans les petits blocs, deux dans les plus gros, matin comme après-midi.

L'activité des aides-soignantes au bloc est cantonnée à deux postes, qu'elles exercent à tour de rôle : le nettoyage des endoscopes au bloc A et la salle de réveil où elles aident notamment à l'accueil et à la sortie des patients et à la désinfection du matériel.

Enfin, dans leur petit local au cœur du plateau technique, l'équipe des « *agents de stérilisation* » récupère le matériel utilisé, le lave, le vérifie, le reconditionne en « *boites* » prêtes pour les prochaines interventions, qui sont ensuite passées à l'autoclave à 134° pour être stérilisées avant d'être redispatchées dans les armoires des différents blocs.

3.2.1. Travailler « auprès de dieu »

Travailler au bloc est en général un choix : on y vient parce qu'on préfère le travail technique au côté relationnel de l'activité dans les services de soins. On y a de lourdes responsabilités, le matériel y est très coûteux.

> *« Les personnes qui sont dans les étages souvent sont des personnes qui cherchent beaucoup le relationnel, en général. Celles qui sont au bloc opératoire, c'est plus le côté technique (…) le côté roi un peu, de celui qui a le pouvoir, qui est avec les chirurgiens. C'est très net. » (AS)*

Mais surtout, on y est en très grande proximité avec les médecins. L'expression sort de temps en temps : le chirurgien, c'est un peu « *dieu* » dans la clinique. M. Michel Martin, le directeur, ne manquera pas d'ailleurs, à plusieurs reprises, de nous rappeler sa blague préférée : « *Connaissez-vous la différence entre un chirurgien et Dieu ? Dieu, il sait qu'il n'est pas chirurgien !* » Si dans sa bouche, on sent un mélange de fascination et de dérision, dans le discours des soignants en revanche, le fait de côtoyer les médecins place aussitôt celui qui en bénéficie au plus haut de l'échelle de valeurs.

> *« Dans les services, il y a que des contacts au téléphone, nous le médecin est juste à côté. » (IDE SSPI)*

Travailler au bloc est prestigieux et valorisant. La direction elle-même semble le confirmer par l'attention qu'elle porte aux problématiques du plateau technique. C'est le règne des praticiens-actionnaires, des patrons de la clinique, la raison d'être de tout l'établissement. Ils sont là pour opérer, il faut leur permettre de le faire le mieux et le plus possible.

> *« …le bloc opératoire qui est considéré, bien à tort je pense, comme la pièce maitresse de la clinique, où le personnel est très chouchouté… (…) La direction fait ressentir aux gens du*

bloc opératoire que c'est là que tout se passe, en fait. Ils disent : tout commence ici, ça passe par le bloc, et tout se termine ici. » (AS)

Si le chirurgien est celui qu'on admire et auprès duquel on est fier de travailler, il est aussi celui dont on craint le courroux lorsqu'il se trouve dans une situation critique ou qu'il est indisposé par une erreur ou une manière de faire qui ne lui convient pas. Chacun sait qu'il peut alors « *monter vite en pression* » et devenir très désagréable.

« Les chirurgiens, c'est des… des caractériels. On est des gens gentils comme ça mais… (…) on est chiants parce qu'on s'occupe de malades et que… en chirurgie on peut pas réfléchir après, si on n'a pas la sonde en salle, (…) on perd du temps, si pendant ce temps-là il y a un trou dans la veine cave, ça coule. Donc on peut être détestables. » (Chirurgien)

Les infirmières le savent : elles peuvent « *en entendre des vertes et des pas mûres* ». Les brancardiers aussi, qui se voient parfois ordonner de manière autoritaire : « *Je veux mon malade !* » Quand on travaille au bloc, il « *faut se blinder* ».

Le praticien « *tout-puissant* » est donc, comme pour les services d'hospitalisation, celui face auquel on va devoir faire une gymnastique permanente pour se plier à ses exigences.

3.2.2. Jongler en permanence avec le programme opératoire

Plus encore que dans les services d'hospitalisation, l'activité du bloc opératoire est à la fois extrêmement rationalisée, quasiment « *industrialisée* », et en même temps soumise en permanence à l'aléa. Ces perturbations peuvent être de différentes natures. Ce peut-être, et c'est la première chose à laquelle on pense, la surprise de ce que le chirurgien va trouver en ouvrant le patient et que les examens n'auront pas permis de déceler, nécessitant l'allongement de la durée d'intervention, des changements de stratégie, du matériel supplémentaire. On imagine facilement la tension des moments où la vie du patient est mise en danger et où il faut réaliser des prouesses techniques pour trouver une solution. Sans parler des gestes malheureux, tant redoutés, qui pourtant arrivent parfois… Il arrive aussi simplement qu'une intervention doive être annulée car le patient ne remplit pas les conditions permettant de l'opérer, ou simplement qu'il ne soit pas prêt à l'heure et retarde ainsi l'ensemble du programme. Les urgences aussi, bien sûr, vont constamment désorganiser le programme opératoire car il va falloir ajouter des patients supplémentaires non prévus, trouver un chirurgien et un anesthésiste qui puisse les prendre en charge, « *leur vendre l'urgence* » et leur affecter une salle libre.

L'aléa peut aussi provenir d'un problème de matériel : les instruments nécessaires ne sont pas prêts, sont en panne, ne sont pas les bons, ou la stérilisation n'a pas fonctionné

correctement. Il suffit qu'une boîte contenant les instruments tombe au dernier moment et la stérilisation est entièrement à refaire, il faut se procurer vite une boite équivalente.

Les perturbations dans l'organisation peuvent enfin provenir des praticiens eux-mêmes. L'anesthésiste est occupé ailleurs, l'un des médecins est parti en pause ou appelé dans les étages, on ne sait plus où il est. Le chirurgien peut aussi décider à tout moment de changer son programme, de faire passer un patient avant ou après. Certains en font descendre plusieurs à la fois et « *stockent* » les patients dans le sas du bloc pour aller plus vite entre deux opérations. Ils exigent parfois de « *tourner* » d'une salle à l'autre même quand ce n'est pas leur tour, pour gagner le temps de nettoyage de la salle et recommencer aussitôt une autre intervention. Chaque chirurgien a de plus « *ses petites manies* » que le personnel nouveau ne connaît pas toujours et préfère telle salle ou tel type de matériel, ou encore que le patient soit installé d'une certaine façon.

Mais ce qui exaspère le plus le personnel du bloc, enclin pourtant à passer beaucoup de choses aux praticiens, c'est l'habitude de certains de sous-estimer la durée des interventions pour en mettre plus dans le programme prévisionnel, dit « *programme froid* ». Si aucun des soignants ne rechigne à faire des heures supplémentaires lorsque des urgences ou des imprévus se présentent, il n'en est pas de même quand ils constatent une fois de plus que le programme froid risque de se terminer à 20h au lieu des 18h30 règlementaires.

> *« Par exemple, nous on avait un chirurgien, il avait mis quatre interventions, dont une qui se terminait à 15h, 8h-15h, il repartait sur une grosse intervention jusqu'à 18h, et il en avait deux autres après, ça fait que ça le menait à 21h. (…) le dernier patient doit sortir de salle en programme froid, 19h dernier carat. (…) Donc je suis allé le voir (…) j'ai dit vous avez vu les horaires que vous avez marqués là ? Comment vous allez faire ? J'ai dit ça peut pas tenir dans la journée, c'est pas possible. Vous vous rendez compte quand même que vous allez payer des infirmières à 200 % pour faire votre programme froid ? Et puis je dis : là, on parle pas des urgences. Eh ben ça n'a pas manqué, on a reçu une grosse urgence qui va nous prendre 4h ! Donc le programme froid s'est terminé à minuit ou 1h du matin. » (RUPT)*

3.3. Une activité en forte croissance et de plus en plus intense

3.3.1. « Il faut speeder » toute la journée

Autant dans les services de soins qu'au bloc, l'impression est commune d'une intensification du travail due à la forte croissance de l'activité. Le vocabulaire employé pour décrire ce phénomène se réfère alors volontiers à l'usine, à la production « *en flux tendus* », au travail à la chaîne.

> *« Des fois on a l'impression que les malades c'est de la marchandise, il faut aller au rendement, remplir les chambres. » (ASH)*

> *« C'est vrai que c'est grand, on fait énormément d'interventions par jour, c'est l'usine (…). L'impression que j'en ai, c'est qu'on travaille à flux tendu, on n'a pas vraiment de marge pour pallier aux imprévus. » (IDE SSPI)*

La clinique, à la limite de ses capacités, gère des volumes énormes : près de 200 patients par jour au bloc, avec une rotation des lits également très élevée dans les services de soins.

> *« Il y a des jeudis matins en ambu où c'est… c'est "Hiroshima mon amour", c'est n'importe quoi, il y en a qui arrivent de partout (…). Il y a 60 malades qui arrivent en 2h, il y a forcément du retard. » (Chirurgien)*

Cette rotation rapide n'impose pas seulement un rythme physiquement intense aux agents comme aux soignants. Elle peut également représenter une charge psychologique lourde, lorsqu'elle entre en tension avec la dimension relationnelle du travail ou les valeurs du métier. « *On n'a plus le temps de parler aux patients* » répètent en chœur les équipes. Mais on n'a plus le temps non plus pour soi de tourner la page, de faire le deuil d'une histoire partagée avant de passer à une autre. C'est notamment le cas lors d'un décès : au-delà du temps nécessaire, plus long, pour le nettoyage de la chambre, l'impression que « *le lit n'est pas encore refroidi* » révèle la difficulté à enchaîner ainsi les patients sans pouvoir souffler.

> *« Quand on a des décès (…) des fois, la chambre, elle est à peine refroidie que faut refaire la chambre parce qu'il y a quelqu'un qui attend en salle d'attente.» (ASH)*

Même si vu de l'extérieur, rien n'a l'air plus calme qu'un service de soin ou un couloir de bloc, les personnels ont l'impression de courir à longueur de journée, d'être sous pression.

> *« Il y a toujours la pression, donc c'est toujours au plus vite quoi. Parce que des fois, on n'a pas fini de faire la salle, et le chirurgien est déjà devant la salle avec le prochain malade (…). Logiquement entre chaque patient, on devrait avoir un quart d'heure pour faire une salle, mais des fois en cinq minutes, faut que la salle soit faite… » (ASH bloc)*

> *« Vis-à-vis d'ailleurs, alors moi j'ai jamais autant couru qu'ici, je dirais. Enfin le fait de courir tous les jours, tous les jours, tous les jours. Qu'il y a pas de temps de pause. » (IDE)*

D'autant plus que cette intensification n'est pas seulement le fait de moments particuliers où il faut donner plus pour faire face à une charge exceptionnelle, mais c'est de plus en plus un rythme constant, un effort permanent.

> *« C'est du début à la fin de la journée, c'est toujours sur le même rythme, si c'est pas des fois plus. Et il faut toujours donner, et il faut être toujours là, et on nous en demande toujours de plus en plus... » (AS)*

Rappelons, et les différentes études présentées plus haut l'ont confirmé, que cette sensation de travailler vite, intensément, de manière bousculée, et d'avoir une charge de travail excessive est partagée par 80 à 90 % des salariés de la clinique.

3.3.2. C'est « gérable », il faut juste « lisser les flux »…

La direction, pourtant, semble réservée sur l'hypothèse d'une réelle surcharge de travail ou de sous-effectifs. Il s'agit pour elle d'une question d'organisation encore à améliorer. Une meilleure rationalisation de l'activité est le préalable à tout jugement sur la charge de travail. La directrice des soins décrit avec conviction le travail réalisé sur le suivi des effectifs de remplacement et la refonte des plannings pour « *optimiser les ressources* » et « *rentabiliser l'outil de travail* ».

> *« La charge de travail, non, elle est importante mais vu les moyens qu'on met elle est totalement gérable. Alors à quelques réorganisations près que je suis en train de mettre en place… » (Directrice des soins)*

La directrice hôtellerie confirme : il faut arriver à travailler sur les flux pour lisser les entrées-sorties et par là-même la charge de travail. Les chirurgiens rencontrés aussi.

> *« Moi je pense que globalement, elles ont quand mêmes des conditions de travail, en termes de quantité de travail, qui sont correctes. C'est surement plus speed en semaine que dans le reste du temps, il peut y avoir des périodes plus chaudes que d'autres, ça d'accord, mais globalement je trouve que c'est plutôt correct. » (Chirurgien)*

La difficulté semble cependant d'arriver à ajuster les effectifs en fonction de l'activité. Et ce n'est pas si simple qu'il y paraît. Car si la direction peut tenter de rationaliser l'activité et d'optimiser les flux, une donnée reste complètement non-maîtrisée : les praticiens. Ce sont eux qui déterminent leur programme opératoire et donc l'ensemble de l'activité de la clinique. Or ils ne se concertent pas entre eux, ce qui peut produire des pics d'activité très importants certains jours et des creux d'autres jours ou pendant les vacances scolaires.

> *« Le problème si vous voulez qui subsiste, parce que là on a fait toutes nos réorganisations de secteur, notamment par rapport à la gestion du personnel et aux plannings, ce qui subsiste, c'est la difficulté à canaliser certains praticiens qui en veulent toujours plus. » (Directrice des soins)*

Les chirurgiens, eux, apprécient de pouvoir avoir un rythme intense d'interventions :

> *« On fait des journées opératoires ici qui sont pas dans le domaine du réalisable en deux jours à l'hôpital. (…) ici il y a un mode d'organisation qui permet de faire ça. Mais le fait est que moi ça me permet de faire ce que je voulais (…) ça tourne, ça va très bien. » (Chirurgien)*

3.3.3. « Si le flux bloque quelque part, c'est le bazar »

Ce travail en flux tendus n'est pas sans provoquer des moments où « *ça coince* », notamment au niveau de la salle de réveil, le principal goulot d'étranglement.

> *« Des fois l'après-midi on arrive, ça sature partout. Le système il sature, c'est-à-dire que la salle de réveil elle est complètement remplie, elle est blindée…. » (Brancardier)*

Enchaîner sur une autre opération suppose en effet que le patient soit emmené en salle de réveil. Mais il arrive que celle-ci soit pleine, soit parce que les anesthésistes ne sont pas passés pour signer les prescriptions de sorties, soit parce que tous les brancardiers sont occupés ailleurs, ou encore parce que les chambres où les patients doivent être remontées ne sont pas libres, lorsqu'il s'agit par exemple d'une place en soins intensifs. Chaque jour, au service de soins continus, il faut évaluer l'état des patients et demander à l'anesthésiste si le patient pressenti peut être renvoyé dans un service d'hospitalisation classique pour libérer une place en soins intensifs. Parfois il transitera par le secteur de surveillance rapprochée dans la même unité, tandis qu'un autre sera « *muté* » vers une unité ailleurs pour lui laisser la place. Ce processus peut impacter ainsi plusieurs unités en chaîne, avec des mutations successives, nécessitant à chaque fois le nettoyage de la chambre et du personnel disponible pour transférer les patients avec leur lit et leurs affaires et transmettre le dossier et toutes les consignes.

> *« Souvent on voit arriver l'anesthésiste en furie qui dit : y a pas de sorties ? Bah si on a des sorties mais on n'a pas de brancardiers. » (IDE SSPI)*

Le blocage peut également venir d'un manque de matériel, qui contraint la salle de réveil à garder les patients plus longtemps tant qu'on n'a pas trouvé par exemple la pompe à morphine nécessaire à sa prise en charge dans le service concerné.

Ces moments critiques, « *la moindre anicroche* », génèrent de fortes tensions, qui peuvent se répercuter d'un service à l'autre.

> *« Quand c'est des nouveaux c'est une catastrophe, c'est comme le périf, ça bouchonne quoi. C'est-à-dire que tout le monde attend, tout le monde gueule au téléphone, ça explose. » (Brancardier)*

3.4. L'organisation aux prises avec la liberté des patrons

Aux yeux de M. Michel Martin et de son équipe de collaborateurs, les membres du comité de direction, la principale source de perturbation et de désorganisation du travail reste le fait du comportement des médecins, qu'il convient par conséquent d'arriver à discipliner.

3.4.1. L'impossible exigence de discipliner les tout-puissants

Les médecins – on nous l'a répété régulièrement – apparaissent, aux yeux de tous, des individualistes qui ne font que ce que bon leur semble. C'est en tout cas l'image véhiculée dans toute l'organisation, et jusque par les praticiens eux-mêmes. Le problème, c'est qu'ici ils sont en plus actionnaires, donc décideurs, patrons. Et s'ils sont précisément dans cette clinique-ci, c'est justement parce qu'ils ont préféré le statut libéral d'indépendants à la lourdeur hiérarchique d'un CHU ou à la soumission à un investisseur privé. Ils souhaitent être leur propre patron et posséder leur outil de travail pour être maîtres de leurs contraintes. « *Ma façon de travailler, c'est moi qui l'organise* », explique l'un deux. On rapporte d'ailleurs fréquemment les ordres terriblement embarrassants que l'on entend parfois ici ou là de la part de certains d'entre eux : « *C'est moi qui paye donc vous faites ce que je veux* ».

> *« Comment voulez-vous faire obéir des médecins ? Le directeur lui-même est salarié. Personne ne peut me dire : écris tes prescriptions, sinon dehors, ou sinon tu ne seras pas payé à la fin du mois. » (Chirurgien)*

La direction, pour imposer son autorité, doit donc manœuvrer à la fois vis-à-vis de ses patrons, qui sont présents quotidiennement sur le lieu de travail, et vis-à-vis des personnels qui accordent au final souvent plus de légitimité au pouvoir médical qu'à la direction administrative.

Sachant qu'elle ne dispose réellement d'aucun pouvoir sur les médecins, elle a identifié deux moyens pour tenter de cadrer leur action : l'utilisation d'outils de gestion et la négociation.

Un des moyens d'obliger à rentrer dans les cases est en effet le système informatique. C'est le cas par exemple du programme opératoire : dès que possible, la direction prévoit de bloquer dans le système d'information les durées minimales des différentes interventions, en fonction des temps réels moyens des derniers mois. Un chirurgien qui programme une opération ne pourrait ainsi plus en réduire volontairement la durée pour charger excessivement son programme de la journée.

Par ailleurs, une charte de bloc a en principe été établie avec les praticiens mais n'a jamais été mise en pratique faute de sanctions effectives. Depuis déjà deux ans, la direction tente de négocier avec le directoire que des mesures soient prises pour la faire respecter et les pénalités prévues appliquées.

Lorsque les membres de la direction parlent des médecins, les termes les plus fréquents sont ceux relevant de l'argumentation, de la négociation, de la persuasion. Le seul moyen

de « *discipliner les praticiens* », d'« *arriver à les remettre dans le droit chemin* », pour reprendre des termes de la directrice des soins, semble être de convaincre ces derniers, par des arguments économiques, du bien-fondé des actions mises en œuvre par la direction et des résultats à en attendre. Il faut surtout leur expliquer, comme s'ils ne connaissaient rien à l'activité, leur faire prendre conscience de la réalité.

> *« C'est notre travail d'ailleurs de leur faire un peu ouvrir les yeux, si vous voulez, mais ils ne comprennent pas. » (Directrice des soins)*

Et puisqu'ils sont actionnaires, il faut leur parler de leur intérêt, leur démontrer avec force chiffres et indicateurs qu'il serait plus rentable d'organiser le travail selon telle et telle modalité.

> *« Je leur ai montré que dans leur quotidien de médecin, de praticien, finalement objectivement les chiffres étaient là (…) et que après, sur leur versant actionnaire, parce que faut toujours… » (Directrice des soins)*

Le comité de direction va alors chercher à obtenir des réunions régulières avec le directoire, présenter des comptes-rendus de son action, ses objectifs chiffrés, les gains attendus en termes d'optimisation et de rentabilité. « *Il y a tout un travail stratégique à faire avec les praticiens* » déclare, convaincue, Mme Robin !

Un travail d'éducation, en quelque sorte, d'autant plus difficile que les médecins ne l'entendent pas ainsi. L'un d'entre eux rapporte ainsi le « *recadrage* » qu'ils ont parfois dû faire face à l'excès de zèle du management :

> *« Il a fallu qu'on les recadre, au niveau des cadres, en leur disant écoutez, ça peut pas marcher comme ça parce que… ben parce que c'est incompatible avec notre mode de fonctionnement. Et ça c'est quelque chose que les cadres ont de la peine à saisir, parce qu'ils veulent rentrer dans un espèce de… de… ben de planification de soins. » (Chirurgien)*

3.4.2. Travailler sous l'œil de l'évaluateur : l'effet « big brother »

L'action de la direction et de ses cadres devient alors extrêmement délicate. Pour faire ses preuves, elle entend bien déployer tous les outils de rationalisation qui lui permettront de gérer au plus près le flux d'activité et d'en éliminer progressivement toutes les perturbations. Mais il faut réaliser cette prouesse sans toutefois déranger et trop éveiller l'attention de ceux-là même qui en sont la première cause.

Car tous travaillent ici sous le regard permanent des patrons, des actionnaires de l'organisation. Ils sont là, ils passent dans les services, ils donnent des ordres, ils voient tout, ils savent tout. « *Eternels absents* » des discours et pourtant si influents, on ne cesse de penser à leurs réactions face à tout acte que l'on pose, à toute parole qui est dite.

> *« Il y a quand même un œil de… il y a un œil au fond d'une tombe ou… un dieu quelque part qui regarde quand même et qui juge » (Membre du CHSCT)*

Si les personnels peuvent se permettre de se plaindre des médecins et de leur comportement, les membres de la direction, eux, gardent un langage très respectueux et n'abordent finalement que très rarement les dysfonctionnements. Ce serait pour eux s'exposer à une réelle mise en danger. Ne sont-ils pas jugés responsables que tout se passe bien ? Un dysfonctionnement ne risquerait-il pas d'être lu comme le signe de leur incompétence ? Lorsqu'incontestablement la situation devient problématique, comme en a témoigné la violente grève du printemps précédent, il leur faut agir et vite, prendre des mesures, montrer qu'ils ont déjà fait tout ce qui était en leur pouvoir pour rétablir l'ordre. M. Michel Martin et son équipe semblent en quelque sorte constamment guidés par cette obligation de réussir, par la nécessité de légitimer leur action et de renforcer leur position.

La règle d'or sera, par conséquent, pour Mme Robin, d'éviter à tout prix que le moindre dysfonctionnement ne parvienne aux oreilles des praticiens. C'est elle et elle seule qui est habilitée à leur faire remonter une plainte ou une demande et aucun cadre ne doit aller exprimer directement des doléances à un médecin. Et cela notamment sur le plateau technique, où tous côtoient en permanence les praticiens. Si ces derniers n'hésitent pas à donner des ordres en direct à n'importe quel personnel, aucun salarié ne devra s'adresser à un médecin sans passer par la directrice des soins. Elle tentera au maximum de tout gérer sans jamais donner à voir le moindre problème aux patrons.

Il est bien évident qu'une telle pression sur la direction, même si elle demeure taboue, ne peut que se répercuter tout au long de la ligne hiérarchique. Dès le premier entretien, M. Martin laisse d'ailleurs entendre que résidait là, selon lui, la source des difficultés rencontrées, que notre diagnostic ne manquerait pas de mettre en évidence. Or il n'en fut pas ainsi. Car si certes le rôle des médecins apparaissait déterminant dans l'organisation du travail, il nous apparu que le rôle du management n'en était pas moins également au cœur du problème, et probablement de la solution. Mais procédons par étapes.

De fait, si la charge de travail et les perturbations constantes du flux de l'activité, notamment du fait des médecins, sont un sujet récurrent des plaintes des soignants, ce ne semble pas véritablement, dans leurs discours, être le plus problématique.

4. LES EQUIPES SOUS TENSION

Pour faire face à la charge de travail et aux situations difficiles, le premier soutien est en général celui de l'équipe, des collègues.

> *« Ça va parce que l'équipe, on a vraiment une affinité, une entraide, c'est l'ambiance d'équipe qui fait passer la grosse pilule, la désorganisation, la mauvaise foi des chirurgiens. J'ai l'impression qu'on est l'équipe soudée au milieu de tout ce bazar et qu'on essaie de faire au mieux, de se dépatouiller et de pallier les erreurs de notre surveillante. » (IDE bloc)*

Cette solidarité est cependant mise à l'épreuve par les tensions quotidiennes. Des plaintes se font entendre, notamment parmi les ASH, l'intégration est de moins en moins facile entre anciennes et nouvelles, les mésententes prennent une ampleur disproportionnée et minent le quotidien.

Ce qui surprend lorsque l'on écoute attentivement les récits des équipes, c'est précisément que la coopération et la solidarité, si nécessaires pour faire face à de telles tensions, semblent comme empêchées par le contexte organisationnel et managérial. Non seulement le soutien de la hiérarchie fait largement défaut, mais les règles imposées par le management viennent parfois faire obstacle à la coopération, voire la sanctionner.

4.1. Les empêchements de la coopération

La population qui semble la plus en souffrance à la Clinique Grandsoin est celle des ASH, aussi bien du bloc que des étages. Le médecin du travail comme les élus du CHSCT l'ont régulièrement relayé, la direction en a bien conscience et nous l'indique dès le départ. Les deux groupes sont cependant dans des situations très différentes. D'une part, dans les étages, on observe un encadrement extrêmement autoritaire et le sentiment d'une forte exclusion par rapport aux équipes soignantes que les agents côtoient régulièrement et avec lesquelles toute coopération semble empêchée par les contraintes qu'on leur impose. D'autre part, au bloc, on trouve une équipe ASH livrée à elle-même, sans aucun encadrement, et exposée à toutes les dérives liées aux conflits de vision sur le travail.

4.1.1. Les interdits imposés aux ASH

Contrairement aux ASH du bloc, clairement en manque de management, nous avons entendu des propos parfois très durs sur le mode d'encadrement des agents du service hôtellerie, pour certaines en grande souffrance. Elles sont notamment heurtées par les nombreux interdits qui leur sont posés et qui sont une difficulté quotidienne dans leur travail.

- **Séparées de l'équipe de soins**

Lorsque les équipes sont arrivées des anciennes cliniques dans le beau bâtiment tout neuf de Grandsoin, en 2003, les procédures, qui avaient fait l'objet d'un long travail d'harmonisation, ont été réaffirmées avec force, posant comme principe la distinction des

tâches entre les différentes fonctions, et notamment entre le soin et l'hôtellerie. Chacun son rôle, chacun à sa place. Pour les ASH, cette distinction est vécue comme une véritable cassure. « *Elles se sentent rejetées* », rapporte Sandrine, leur responsable. On parle de barrière, de scission, d'exclusion.

> *« Les ASH, ça a créé un gros malaise quand elles ont été coupées de l'équipe. C'est une erreur. » (IDE)*

Il ressort de manière récurrente dans le discours des ASH la plainte que les aides-soignantes ne les aident pas pour la distribution des repas et pour certaines tâches comme le changement des bassins. Ce manque de collaboration serait à leurs yeux quasiment institué et objet d'une volonté expresse de la direction. Les fiches de fonction, auxquelles il est si souvent fait référence dans le débat, prévoient pourtant une collaboration sur une partie de leurs tâches (repas, réfection des lits, hygiène des locaux et du matériel).

> *« Il ne faut plus travailler en équipe, l'AS n'a pas le droit de nous aider, on a l'impression d'être des pestiférées. » (ASH)*

- **L'interdit de prendre part à la relation avec le patient**

C'est en réalité une évolution plus générale de leur fonction que les ASH contestent ainsi. En les cantonnant à leur rôle d'entretien de l'environnement du patient, on les prive de ce qui fait pour elles l'intérêt premier de leur métier : la relation au patient, qui devient l'apanage des seuls soignants.

> *« C'est depuis que nous sommes arrivés là que les protocoles, faut bien suivre les protocoles, tout (…). Dès rentrée de jeu oui, on nous a dit de toute façon qu'il fallait plus mettre un bassin, voilà, fallait que ce soit que le bionettoyage. » (ASH)*

Pourtant, parce qu'elles passent dans les chambres pour faire le ménage et qu'elles distribuent les repas et débarrassent les plateaux, les ASH entrent en contact avec les patients. Elles ont même parfois une relation privilégiée, recueillant des confidences, du fait qu'elles sont les seules qui ne pénètrent pas dans l'intimité du corps. Or cette dimension de leur rôle n'est pas prévue, elles ne sont pas censées êtres celles qui remontent des informations sur les patients.

> *« Une fois cette ASH a parlé à une infirmière, en disant ce patient-là, il m'a dit qu'il était perdu, il est complètement perdu mais moi aussi. Et l'infirmière de lui dire : c'est pas ta fonction, tu restes à ta place. Donc elle pouvait pas relayer cette parole-là du patient à une collègue, et là elle s'est dit : plus jamais je n'ouvrirai la bouche. » (Paramédical)*

A ce qui s'apparente pour elles à une discrimination de la part de l'organisation et des soignants, s'ajoute celle provenant de leur propre responsable, qui leur mène la vie dure.

- **L'interdit de s'asseoir**

Dans une logique de contrôle dont elle se sent porteuse, leur responsable directe veille à ce que chacune soit au travail et traque toute « *flânerie* » à l'office. Cela devient dans l'esprit des ASH et de leurs collègues témoins une interdiction pure et simple de s'asseoir.

> *« Avec, enfin je ne sais pas si on peut appeler ça un syndrome mais… de big brother, la sensation d'être observées tout le temps. Alors ça, très très fort. Et… avec une impossibilité de s'asseoir, hormis au toilettes, j'ai vraiment entendu ça, et d'être observées, de pas pouvoir faire de pause, d'être sans cesse visibles en action. (…) Ah oui parce que si elles s'assoient deux minutes à l'office et qu'elles entendent quelqu'un entrer, hop, elles se lèvent d'un coup. Elles sautent ! Mais c'est vraiment impressionnant ! » (Paramédical)*

Cette interdiction de s'asseoir ne serait-ce que cinq minutes avec les collègues de l'équipe soignante est en fait une interdiction de s'organiser soi-même et de décider quand prendre le temps de pause du matin toléré par la direction ou de descendre déjeuner. Car bien des fois, inversement, leur responsable arrive dans le service et envoie l'une ou l'autre en pause ou à déjeuner, quel que soit l'avancement de leur travail, sous le prétexte qu'elles doivent se relayer et ne pas s'arrêter en même temps.

- **L'interdit de travailler à deux**

A se sentiment d'isolement, de marginalisation et de discrimination, s'ajoute un autre interdit très pesant pour les ASH : l'injonction de se répartir le travail en étant chacune dans une aile différente et donc de ne jamais se trouver ensemble dans la même chambre. Pourtant, faire un lit à deux serait tellement plus facile, invoquent-elles ! Cela devient un véritable jeu : s'aider quand même, quand l'une ou l'autre en a besoin, au risque de se faire disputer par la responsable qui arpente à longueur de temps les couloirs des unités de soins.

Lorsque nous serons en observation, à plusieurs reprises, une ASH nous interpellera avec un clin d'œil en nous disant : « *Vous voyez, nous sommes à deux, nous ne devrions pas !* » En témoigne ce petit jeu visiblement intentionnel lors d'une séquence d'observation :

> 9h30. L'AS interroge les ASH (visiblement à mon intention) : « *Vous allez chacune de votre côté ?* » L'ASH 1 : « *Tu ne sais pas qu'on n'a pas le droit de s'aider ?* » En me regardant : « *On est des pipelettes.* » L'AS : « *Diviser pour mieux régner !* » L'ASH 2 : « *J'ai fini de mon côté…* » AS (d'un air moqueur) : « *Tu fais quoi alors ?* » Elle va dans la chambre suivante. (…)
>
> 10h05. L'ASH 2 vient aider l'ASH 1 à faire une chambre. Elle me signale au passage : « *On n'a pas le droit mais on le fait parce qu'elle* [la responsable] *ne viendra pas aujourd'hui – vous êtes là… On en profite parce que ça va plus vite, c'est moins fatiguant, mais on est en faute.* »

Toute transgression à la règle est considérée comme une véritable faute et sanctionnée.

> *« On était deux dans la chambre, ça y est, elle a mis évaluation zéro. » (ASH)*

> *« Il y avait une remplaçante (…) Elle dit : Je vous surprends encore ! (…) Je suis pas en faute, je lui montrais juste le travail, alors qu'on arrête, c'est pas une faute de montrer le travail ! » (ASH)*

« *On n'a pas le droit de…* » devient la plainte récurrente des ASH, ainsi que « *pourquoi nous et pas les autres ?* » Il semblerait en effet qu'une telle répression soit le propre d'une responsable spécifique qui conçoit son rôle comme la stricte application des règles d'organisation du travail poussées à l'extrême. Pourtant, on retrouve cette logique à l'œuvre dans d'autres parties de l'établissement, bien que sous des formes moins extrêmes.

4.1.2. La chasse aux glissements de tâches

Le travail des ASH, comme celui des soignants, se situe effectivement sur un terrain extrêmement sensible : celui de l'hygiène et des risques sanitaires, qui a vu se multiplier ces dernières années les exigences règlementaires et les dispositifs de vigilance et de traçabilité. C'est une multitude de normes et de règlementations qui ont été imposées depuis quelques années et dont les établissements doivent rendre compte lors de la certification. Les cliniques, et en tête Grandsoin qui se targue de figurer en haut des classements, veillent avec une vigilance extrême à ces différents indicateurs qualité et gestion des risques et ont déployé une intense activité de « *protocolisation* » pour verrouiller en interne les procédures à suivre pour chaque acte effectué.

Cette tendance est renforcée par l'actuelle judiciarisation de la société et la crainte constante que des familles ou patients insatisfaits ouvrent un procès contre la clinique ou l'un de ses acteurs. Il est par conséquent nécessaire que chaque acte soit sécurisé, tracé dans les dossiers et les responsabilités de chacun clairement identifiées et respectées.

Plus question désormais de prendre le moindre risque. Chaque soignant ne respectant pas ces règles strictes sera rendu personnellement responsable. Dans ce contexte, intervenir pour aider une collègue sur une tâche qui n'est pas de sa propre responsabilité devient, aux yeux de la direction, un « *glissement de tâche* » ou « *dépassement de fonction* » à proscrire. Les comportements spontanés de coopération, en dehors des tâches prescrites, deviennent alors une plaie à éradiquer du fait des risques qu'ils présentent.

Ce n'est pourtant pas ainsi que l'entend le personnel, en particulier en hospitalisation, où la capacité à faire face à l'activité semble précisément se jouer pour eux dans ces écarts à la règle nécessaires à la prise en charge de certaines situations.

> *« Au départ, leur programme, c'était : ''gérer comme un hôtel''. Mais ce n'est pas possible. Ça veut dire chacun son rôle, sans sortir des limites. (…) Quand une infirmière est bloquée, il faut bien aller répondre. » (ASH)*

La nécessité d'assumer des tâches ne relevant pas de sa propre responsabilité commence au plus haut de la chaîne, avec les manquements de médecins que les infirmières doivent pallier en permanence. Elles délèguent alors une partie de leurs tâches aux aides-soignantes, qui délaissent à leur tour ce qui peut l'être et le reportent sur les ASH.

> *« On a appris à se débrouiller toutes seules, avec des dépassements de compétence. Les AS aussi parce qu'on leur laisse plus de choses. » (IDE)*

Or à Grandsoin, des règles semblent avoir été posées pour interdire ce type de comportements et définir précisément la tâche de chacun.

> *« On nous a dit : vous répondrez pas aux sonnettes, vous devez pas toucher aux bassins, vous ne touchez à rien. En pratique, on est une équipe ou on l'est pas ! (…) S'il fallait écouter protocole sur protocole, on ferait rien. » (ASH)*

> *« Le fait qu'elles restent dans leur bloc et qu'elles nous regardent faire les transferts, des personnes qui sont lourdes par exemple, c'est que ben ça s'est instauré dès le début. » (Brancardier)*

Lorsque l'entraide devient trop difficile, empêchée voire sanctionnée, on ne prend plus de risques pour coopérer, on se retranche derrière les règles et peu à peu on se retire de la vie collective.

> *« C'est ces restrictions, à force de toujours être seul pour faire les différentes choses, on reste tout seul et on ne pose plus de questions, et on se retire petit à petit de la vie de communauté, on ne prend plus les infos, on n'a plus envie, et quand des formations sont proposées, on n'a plus envie de faire des efforts, c'est toujours dans le même sens. » (AS)*

Les salariés y voient là une contradiction de la part de la direction qui à la fois a besoin de ce jeu d'entraide sans lequel une prise en charge de qualité des patients ne serait pas possible, mais qui continue cependant de le condamner dans les discours car il est contradictoire avec les principes de sécurité qu'elle prône dans ses procédures.

> *« On nous fait faire des tâches et après on nous dit qu'on n'est pas de la filière soignante ! » (ASH)*

> *« Ils n'aiment pas le mot ''glissement de tâches''. (…) On se retranche toujours derrière les prescriptions mais sur le terrain ce n'est pas possible. Soit on rentabilise le personnel et c'est cadré pour qu'il n'y ait pas que débordements, quand on fait des glissements de tâches on sait que c'est validé, ou alors ils mettent le personnel en conséquence. » (IDE)*

Or tout le monde sait qu'il est aujourd'hui impossible de faire sans, et lorsque les salariés se retirent, non seulement cela produit des effets délétères dévastateurs, mais très rapidement la qualité du travail lui-même s'en ressent et les risques sont multipliés lorsque les prises en charge sont délicates et requièrent une forte collaboration de tous.

Faut-il pour autant, au nom du bien-être du patient, mettre en jeu la fiabilité du système que le patient lui-même est le premier à exiger ? Personne ne semble trancher la question.

4.2. Le manque de soutien de la part du management

Au plateau technique, la situation est différente de celle des étages. Les difficultés rencontrées par les ASH du bloc, très proches de celles des brancardiers, reflètent en réalité un problème général au bloc et rencontré aussi dans les services d'hospitalisation quoique de moindre manière, également déjà observé dans l'établissement Beausoin. Si l'ambiance dans les équipes se dégrade, c'est avant tout parce que l'équipe est livrée à elle-même, « *tourne en roue libre* », selon l'expression d'une infirmière, et n'est pas soutenue par l'encadrement. Le management semble avoir déserté les lieux, absorbé ailleurs par d'autres enjeux et responsabilités. Plus personne n'est à l'écoute, ne répond aux questions. Il n'y a plus de lieux ni de temps pour discuter des problèmes et trouver des solutions ensemble. Et par conséquent la confiance s'en trouve durablement entamée.

4.2.1. Un management absent

Il existe de fait un véritable déficit d'encadrement au plateau technique. Mme Catherine Robin, qui était jusque récemment responsable du bloc, vient d'être nommée directrice des soins. Membre du comité de direction restreint et chapeautant désormais 80 % des effectifs de la clinique, elle est de moins en moins présente dans son bureau. Pourtant, elle n'a pas encore délégué ses missions précédentes à Armelle, l'adjointe nommée pour la seconder sur le plateau technique. Elle a d'ailleurs conservé son bureau dans le bloc et continue officiellement de gérer directement les brancardiers, tandis que les ASH sont toujours suivies par son ancienne assistante bientôt en retraite.

> *« Elle est plus du tout dans son bureau, donc les gars s'ils veulent la voir, c'est… faudrait presque envoyer un avis d'avocat avant pour avoir un rendez-vous. » (Brancardier)*

Par ailleurs, plusieurs postes de RUPT sont non pourvus et il y a de réelles difficultés à recruter pour ce type de poste. Dernièrement encore, et ce n'est pas la première fois, une responsable d'unité vient de demander de renoncer à sa fonction et de reprendre sa place de panseuse, dans un service où déjà une ancienne RUPT exerce aussi comme infirmière.

Dans les équipes concernées, les salariés se sentent lâchés, livrés à eux-mêmes. Plus personne n'intervient pour aider à résoudre les conflits, certaines équipes sont, selon leurs propres termes, « *à couteaux tirés* ». Pour les personnels, c'est usant, car il faut en permanence pallier, se débrouiller seul. Il n'y a plus personne pour fédérer, promouvoir un projet d'équipe, accueillir les initiatives et les suivre.

> *« On a l'impression qu'on est seul maître à bord, tant qu'on ne fait pas d'erreurs. C'est à la fois fatiguant et frustrant.» (ASH bloc)*

On retrouve peu ou prou la même difficulté avec les unités de soins qui n'ont plus de responsable directement sur place. Les infirmières et aides-soignantes de l'unité 3D, par exemple, placées sous la responsabilité de Soizic, RUS du 3B, se sentent loin de leur cadre. Même si elle est disponible en cas de problème et passe les voir régulièrement, elle n'est pas sur place quand les événements se déroulent. « *Elle ne va pas se rendre compte* » pense-t-on. Les équipes comme les RUS ressentent douloureusement ce manque de proximité.

Lorsque la cadre est loin, absente, occupée ailleurs, il n'y a plus personne pour voir le travail. On commence alors à douter de sa capacité d'évaluer, de sa légitimité à intervenir. On estime ne pas la connaître assez pour l'interpeller en cas de problème.

> *« On l'a jamais vue et on la voit jamais. Elle doit faire nos évaluations mais je pense qu'elle sait même pas trop comment on travaille. » (IDE bloc)*

Certains personnels de l'établissement n'ont même pas réussi à identifier leur responsable, d'autres au contraire en ont plusieurs selon les tâches qu'ils effectuent. C'est le cas par exemple des aides-soignantes du bloc, qui sont gérées par un des RUPT mais également sous la responsabilité des RUPT de salle de réveil et d'endoscopie où elles travaillent. Sans pour autant avoir le sentiment qu'aucun ne soit finalement vraiment sensible à leurs problématiques. Au final, elles continuent d'ailleurs de considérer que la seule véritable responsable au bloc est Mme Catherine Robin, même si on ne la voit presque plus.

> *« On vient de me dire qu'il y avait une responsable aides-soignantes sur le pool, que je ne savais pas.* ***AG : Et on n'a pas su vous dire qui ?*** *Ah je sais pas. On m'a juste dit qu'il y avait une responsable… Mais bon.* ***AG : En tout cas, celle-ci, elle s'est jamais présentée à vous ?*** *Ah non non, jamais. Mais aucune responsable s'est présentée, donc… » (AS)*

La figure du cadre de proximité présent à son équipe, nous y reviendrons plus loin, semble bien éloignée de la réalité des équipes de Grandsoin.

4.2.2. Jamais de réponses de la direction

S'ajoute à cela le fait que les managers n'ont pas, aux yeux des équipes, les moyens de leur apporter les réponses attendues. Lorsque l'équipe fait part d'un de ces petits problèmes quotidiens qui empoisonnent le travail, comme un manque de matériel qui leur fait perdre un temps énorme, il semble que personne à la direction ne s'en soucie et il faut déployer une énergie énorme pour convaincre du bien fondé de cette dépense nécessaire. Or il peut s'agir parfois de toutes petites choses, comme des pots à eau manquant dans un service, ou l'accès aux numéros extérieurs depuis les téléphones internes des infirmières pour pouvoir

appeler un médecin depuis la chambre d'un patient lorsqu'elles doivent lui décrire un état préoccupant. Il aura fallu trois ans de réclamations et l'intervention avec force chiffres de Caroline, la nouvelle RUS très proche de la directrice des soins, pour obtenir ce déblocage des téléphones, pourtant nécessaire à la sécurité des patients.

On en finit même par douter que les cadres remontent vraiment les demandes. En ont-ils finalement la volonté, quand on sait qu'ils ont si peu de chance d'obtenir gain de cause ?

> *« Il y a cette impression, que ça ne remonte pas ou que ça ne va pas plus loin. L'impression que c'est souffler dans un pipeau, c'est vrai ou pas, je ne sais pas. (…). Ça sème le discrédit parce que c'est des petits budgets. » (AS)*

Pour la plupart des salariés, c'est bien au niveau de la direction que le problème prend sa source et peu d'entre eux mettent réellement leurs cadres de proximité en cause. Personne d'ailleurs ne voudrait être à leur place, nous y reviendrons. Les équipes y voient le signe du peu d'intérêt que représente leur travail aux yeux de la direction, puisqu'on ne daigne pas s'intéresser à ce qu'ils expriment, malgré les injonctions à participer. Grandit en tous un fort sentiment d'abandon, de ne pas être écoutés, de compter pour rien, et l'envie de plus en plus forte de se désengager, du moins par rapport à l'organisation.

4.2.3. Pas de réunions ni d'espaces de dialogue

Le sentiment de ne pas être écouté s'appuie sur plusieurs éléments. D'une part les réunions de service, bien qu'officiellement hebdomadaires, sont objectivement très rares car le plus souvent annulées par manque de temps. Un grand nombre de personnels constatent régulièrement, amèrement, que les promesses ne sont une fois de plus pas tenues et que leurs cadres ont sans cesse de bonnes raisons de ne pas arriver à les réunir.

> *« Comme les réunions, à chaque fois, on va avoir une réunion la semaine prochaine et c'est reporté, c'est reporté parce qu'elles n'ont jamais le temps quoi. » (ASH bloc)*

Dans d'autres établissements de santé, ce sont parfois les transmissions ou les staffs qui jouent le rôle d'espace de discussion pour l'équipe, où peuvent être abordés, en marge des échanges centrés sur le patient, également les problèmes de l'équipe et de chacun, du travail. Dans les unités de soins de la clinique Grandsoin, les transmissions ont lieu distinctement pour chaque aile et regroupent donc en général simplement l'infirmière du matin et celle de l'après-midi, ainsi que les deux aides-soignantes correspondantes.

Au fil de la journée, en dehors des temps de transmissions officiels du matin et de l'après-midi, de multiples autres mini-transmissions ont lieu : pour l'infirmière de J qui arrive à 8h, pour la cadre lorsqu'elle passe le matin dans la salle de soins, à nouveau en fin de matinée pour l'infirmière de J qui va assurer la permanence pendant que les autres

descendent manger et puis de sa part lorsqu'elles remontent, et ainsi de suite. On ne cesse de se transmettre réciproquement des informations et des consignes. Mais ces échanges ont lieu la plupart du temps deux à deux, entre les infirmières concernées, avec la présence passive des aides-soignantes, moins directement concernées. On pourra y ajouter en passant quelques commentaires sur des événements récents, mais ce ne sont pas de véritables lieux d'échange pour l'équipe où on peut aborder des questions de fond ou des situations plus problématiques pour y trouver un éclairage collectif.

D'autre part les réunions de service, quand elles existent, s'avèrent bien souvent ne pas être des espaces de dialogue. Ce sont des lieux d'information descendante, et qui plus est sur des thématiques qui ne sont pas d'abord celles qui préoccupent les équipes. La principale préoccupation des responsables semble être celle de faire passer des informations, plus ou moins pertinentes pour le travail quotidien.

> *« C'est plus pour quand eux ont des choses à nous dire, pas pour nous écouter. » (AS)*

> *« [Les réunions de service] ça arrive (…) une fois de temps en temps on va dire, où bah elle, elle a des choses à dire des infos à faire passer mais des infos enfin d'ordre général quoi. Donc du coup euh, ça dure assez longtemps mais (…) c'est pas un moment d'échange. » (IDE)*

Là encore, comme à Beausoin, on observe que ce ne sont pas des réunions *sur* le travail. On y aborde bien plus les préoccupations des dirigeants que celles des équipes.

> *« La communication est trop centrée sur les réseaux informatiques, sur les Compaq (…), tout un tas de trucs d'études de développement…. C'est bon pour le classement de la clinique mais ça aide pas à mieux travailler. » (SSPI)*

Quand il s'agit de consignes à propos de nouvelles procédures à observer, les concernant directement, elles sont données le plus souvent sans en expliquer le motif ni le bien fondé.

> *« C'est peut-être là où le bât blesse, on nous impose des choses, et on ne sait pas pourquoi. On nous dit : à partir d'aujourd'hui vous avez ça en plus. » (IDE)*

Lorsque les réunions sont rares, sur un mode quasi monologique, et ne portent pas sur le travail des équipes au quotidien, comment les personnels peuvent-ils exprimer ce qui fait leurs difficultés, leurs besoins ? Ce n'est pas de groupes de paroles psychologiques que les salariés sont demandeurs, mais d'espaces où aborder collectivement et avec la hiérarchie les problèmes qui sont les leurs. Une infirmière commente ainsi, profondément dépitée, la dernière réunion de son service, ayant porté sur le projet d'établissement, sans qu'à aucun moment n'ait été mentionné le décès accidentel qui avait eu lieu dans leur bloc quelques jours plus tôt et qui avait bouleversé toute l'équipe, tandis que sur les sujets intéressant la hiérarchie on prend les moyens de convoquer tout le personnel :

> *« On a eu une super réunion pour nous expliquer l'organigramme, ça a duré une heure trente… on s'en fout, on sait lire un organigramme ! Par contre (…), ça aurait été évident qu'on commence par ''Lundi on a eu un gros problème, quelqu'un veut en parler ?'' » (IDE Bloc)*

Au final, il semble presque que la parole ait été chassée, rendue impossible. Les réunions apparaissent « *fermées* », il n'y a plus de discussion. On a l'impression qu'il n'y a plus de moments où on peut parler.

> *« Ici on parle pas. (…) Non, faut pas laisser trop de place à la parole, on n'est pas là pour se plaindre, on n'est pas là pour discuter du bien fondé des choses, on est là pour bosser. Moi je le ressens très fort comme ça. Donc la parole c'est plutôt un danger. » (Paramédical)*

Les équipes souffrent de ne pouvoir s'exprimer, les cadres eux-mêmes semblent contrôler leur parole, ne pas véritablement être libres d'intervenir. La confiance a visiblement été largement entamée, crainte et suspicion dominent.

4.2.4. On n'a plus confiance

Si elle n'est pas apparente de prime abord, on détecte au fur et à mesure des entretiens et des confidences une certaine défiance. On la nomme tantôt méfiance, crainte ou simplement prudence. Il est certain que la parole n'est pas ouverte ni libre, que l'on fait attention aux conséquences de ce que l'on exprime. Pourtant, personne ne semble en identifier les causes précises, on l'applique comme une mesure de précaution, au cas où, fruit d'une expérience ancienne peut-être, parfois simplement par mimétisme, sans trop savoir pourquoi. S'il y a eu des histoires par le passé invitant à se protéger, on n'en parle pas, beaucoup ne les connaissent même pas. Une sorte de méfiance « résiduelle ».

> *« On m'a dit à l'arrivée : méfie-toi de tout le monde. » (IDE)*

On évoque la crainte d'être renvoyé à la moindre erreur, même si aucun exemple ne peut être cité. Certains mentionnent des risques de représailles en cas de contestation du personnel, mais les seuls faits concrets que l'on rapporte à ce propos sont les réactions de colère des médecins au lendemain de la grève, épisode somme toute assez banal au bloc. On parle des menaces de lettres recommandées de la direction, mais plus souvent pour constater qu'elles sont finalement bien rarement mises à exécution, ce qui fait même rire.

Au fond, il s'agirait en quelque sorte d'une perte de conviction dans l'action du management, perçu plus comme empêcheur de tourner en rond que réel soutien, souvent de mauvais augure. Plus qu'une méfiance vis-à-vis de personnes précises, ce pourrait bien être une défiance vis-à-vis du management supérieur en général et de ses logiques, et par conséquent de ceux qui en sont les porteurs, l'expression d'une déception, d'une trahison.

> *« On a tellement été briefées, attrapées, il y a tellement eu de barrières, que nous maintenant on attend de voir venir, on a peur que ça nous retombe dessus. Ça a tellement été comme ça, on est obligées de se méfier de tout le monde, des médecins, de toute la hiérarchie, on s'est enfermées dans notre bulle, du coup on se sent agressées même quand ça n'a pas lieu d'être. (…) On se sent moins en faute mais on a gardé cette méfiance d'avant. » (AS)*

Le terme récurrent de « *briefé* » en est le symbole. A Grandsoin, on se sent stressé, sur la défensive, parce qu'épié, surveillé, « *briefé* », manipulé par la direction, et surtout on a la conviction que les responsables d'unités le sont.

> *« Elles sont tellement briefées et elles doivent certainement rendre énormément de comptes à leur responsable, ben que nous ça nous dérange. (…) comme elles sont stressées et elles sont pas bien (…) eh ben du coup nous on se dit : ouf ! on va pas aller… On se méfie en fait. On est vachement sur nos gardes, quand même, mine de rien. » (AS)*

La conviction est là, bien enracinée : en cas de problème, ou tout simplement de manque de « *loyauté* » envers la direction - un des piliers du management pour Catherine Robin -, il n'y aura aucun soutien, pour personne.

> *« Pas mal [de RUS] s'écrasent, elles savent que si elles disent des choses, elles sont éjectées. » (IDE)*

> *« Si on fait une erreur, la moindre chose, pas d'excuse, c'est tout de suite la porte, il n'y a pas de dialogue. (…) Tout le monde a peur de tout le monde ici. » (ASH)*

Cette pensée est d'autant plus douloureuse que l'on sait les risques que l'on court chaque jour, voire que l'on prend même spontanément, pour pouvoir faire le meilleur travail possible, justement parce que la direction ne semble pas vouloir coopérer à la tâche.

4.2.5. « C'est jamais assez »

La question de la reconnaissance est au cœur des discours sur le travail et rares sont les salariés – à l'exception des membres de la direction - qui ne l'aient abordée d'une manière ou d'une autre en entretien. La plainte du manque de reconnaissance est cependant multiforme et difficile à cerner.

Le mot reconnaissance est très souvent associé à remerciements, à un bonjour, « *un merci de temps en temps* », « *un petit mot gentil* ». Il s'agit avant tout de « *reconnaissance pour le travail effectué* », le fait de « *voir le travail* » et tout particulièrement le travail bien fait, de s'y intéresser, d'en souligner le positif, exprimer qu'on a remarqué l'effort consenti. Le compliment, le merci que l'on attend doivent cependant être porteurs d'un réel sentiment de gratitude, pas une simple rhétorique, « *pas seulement aux vœux du jour de l'an, les gens ne sont pas dupes* » comme l'exprimera un soignant. C'est aussi

reconnaitre la différence entre ceux qui travaillent et les autres, distinguer le supplément d'effort les jours pénibles de la contribution ordinaire.

> *« Vous vous êtes décarcassés pour lui, pour qu'il puisse assurer son programme, mais bon, il ne le voit pas quoi. » (RUPT)*

> *« Leur mauvaise foi quoi enfin, voilà on est vraiment une équipe qui, bah on fait vraiment tout pour que ça tourne quoi, on n'est pas des tire-au-flancs. Je pense que quand il faut donner du collier, bah on n'hésite pas et ça on a l'impression que ça, il ne le voit jamais, parce que c'est jamais assez bien, c'est jamais assez vite, c'est jamais... » (IDE)*

La reconnaissance est alors très liée à la question du sens : si le travail n'est pas reconnu, pourquoi s'y investir, pourquoi se donner ?

> *« C'était à se demander, pourquoi on se fait suer à faire ce boulot de dingue ? Pourquoi on court dans tous les sens pour faire en sorte que tout aille bien, et quand tout va bien, ils ne s'en rendent même pas compte qu'on court dans tous les sens. » (IDE)*

> *« On a l'impression des fois de se sacrifier pour rien. » (AS)*

Certains associent la reconnaissance au respect de la personne, à l'expression d'une considération qui donne le sentiment d'exister. Là encore il s'agit de reconnaître la personne à travers son travail.

> *« On ne travaille pas spécialement pour avoir des compliments, mais il faut quand même un minimum pour savoir qu'on existe, et qu'on est là. » (ASH)*

Lorsque manque le bonjour, le petit commentaire personnel du médecin : « *tiens, vous êtes de retour ?* » après un arrêt, les soignants ont le sentiment d'être un pion interchangeable, un « *moins que rien* », qu'ils ne comptent pas.

> *« Nous vraiment, on est des moins que rien ! Pourtant, on a besoin de nous aussi ! » (ASH)*

> *« Moi, dans tous ces milieux-là, moi je me considère comme un pion. Si un jour on n'a plus besoin de vous, on va pas vous dire merci ni au-revoir, voilà. On est des petits pions, on fait ce qu'on veut de nous. » (AS)*

Rien de pire par exemple pour des salariés déjà exaspérés que de constater qu'aucun membre de la direction ni médecin ne leur demande le motif de leurs revendications lorsqu'ils se mettent en grève ! Les brancardiers, qui viennent d'en faire une fois de plus la douloureuse expérience, en ont été très meurtris. Leur cri d'appel à l'aide est resté une fois de plus sans réponse, sans écho.

L'expression de souffrance des salariés pointe de véritables défaillances de la part de l'organisation, et notamment un déficit de management de proximité. Le rôle de ces encadrants de premier niveau n'est cependant pas si clair et a fait l'objet de nombreux

débats dans le groupe de travail chargé d'élaborer des propositions pour un plan d'action en réponse au diagnostic posé.

5. LE ROLE INTENABLE DES CADRES DE PROXIMITE

Précisons que nous appelons ici cadres les responsables d'unités de soins, de plateau technique ou d'hôtellerie, même quand ils n'en ont pas le statut et bien qu'ils n'aient pour la plupart pas eu de formation correspondante[179]. Ainsi, parmi les RUS et RUPT, une seule, Caroline, est sortie de l'école des cadres de santé. Les autres ont au mieux un DU de management, le plus souvent aucune formation. Ils jouent cependant le rôle des cadres de santé à l'hôpital, ou de faisant-fonction. Nous conserverons aussi parfois le terme générique de managers de proximité, même s'il n'est pas spontanément employé par les acteurs, du moins en dehors des membres de la hiérarchie.

5.1. Regards croisés sur les cadres et leur rôle

Les entretiens menés avec les personnels aussi bien soignants, qu'agents ou brancardiers, n'avaient pas pour objet premier de parler de leur encadrement, mais des conditions de réalisation de leur travail. Nous avons recueilli cependant de nombreux commentaires spontanés sur les managers de proximité, de par l'influence qu'ils ont – ou n'ont pas - sur la manière dont se déroule l'activité au quotidien. Des regards largement convergents, qui dressent un tableau éloquent, « *violent* », difficile à digérer pour les intéressés, mais dans lequel ces derniers se sont reconnus sans surprise. « *Dans tout ce qui a été dit, nous avons la savante caricature de ce que je vis actuellement* » a conclu une responsable d'unité suite à une restitution du diagnostic. Brossons à grands traits quelques unes de leurs caractéristiques au regard des uns et des autres.

5.1.1. Des « disjoncteurs, là où il y a tous les faux contacts »

Pour les équipes, le rôle de cadre n'est pas enviable, c'est certain. On les sait « *briefés par la direction* », coincés, « *en porte-à-faux* » entre les objectifs qui leur sont donnés et l'équipe face à laquelle ils se trouvent. On les sent stressés, « *mal à l'aise* » pour relayer

[179] Nous emploierons généralement le masculin car l'équipe des responsables d'unité comporte un homme au moment de l'enquête, deux à ce jour. Mais dans les *verbatim*, on trouvera souvent le féminin, car les équipes, notamment dans les soins et l'hôtellerie, n'ont que des femmes comme responsables.

les directives d'en-haut, « *pas épanouis* » dans leur fonction. Les images pour décrire cette « *position d'entre-deux* » ne manquent pas :

> *« Les RUS sont ressenties comme des disjoncteurs (…) c'est là qu'il y a tous les faux contacts… » (AS)*
>
> *« Elles sont un peu entre le fer et l'enclume. » (AS)*
>
> *« Je ne voudrais pas faire leur boulot, avoir le cul entre deux chaises (…). C'est des places à siège éjectable. » (IDE)*

Une responsable dira : « *Je me sens comme la saucisse dans un sandwich*. » Une autre :

> *« Être cadre de proximité dans un bloc opératoire, c'est quand même être le punching ball de la structure, hein, faut pas se leurrer ! » (RUPT)*

La preuve en est, tous n'y arrivent pas. Certains renoncent au poste, d'autres font comme elles peuvent et se réfugient dans leur bureau.

> *« Ou il faut être sacrément costaud ou on s'enferme dans son bureau et puis on fait de l'administratif, quoi. » (RUPT)*

5.1.2. « Je ne vois pas l'utilité de leur rôle »

Cela a été dit et redit en entretien, les responsables d'unité ne sont jamais là, ils sont toujours en réunion ou occupés à on ne sait quoi. Et le problème, c'est que justement on ne comprend pas bien à quoi. Leur fonction est un mystère.

> *« Elles passent un temps fou dans leur bureau sans relever la tête, je me demande ce qu'elles peuvent faire. C'est phénoménal, elles doivent avoir du boulot, ça se voit, mais alors quoi ? » (AS)*
>
> *« Elles ont des réunions tous les mardis, je me demande ce qu'elles se disent, il n'y a pas 36 trucs ! » (AS)*

Car on ne conteste ni leur bonne volonté, ni leur implication au travail. On ne sait simplement pas à quoi ils servent. On ne comprend pas leur rôle.

> *« Il y a la responsable, mais bon elle gère quoi ? Je dirais le planning, elle gère peut-être les lits ou… je sais pas ce qu'elle gère. » (Brancardier)*

Du coup, on se dit souvent qu'il serait plus utile d'embaucher du personnel en plus dans les équipes, pour faire le travail, que des responsables qui passent leur temps à contrôler ou à faire des papiers. On ne comprend pas non plus la nécessité de plusieurs niveaux hiérarchiques.

> *« On a trois responsables, je trouve que c'est trop. (…) Un jour, j'ai failli faire étouffer un monsieur en le lui disant. » (ASH)*

Cette perplexité semble partagée par les praticiens rencontrés, qui sont bien incapables de dire précisément quel est le rôle des responsables d'unité. Ils savent seulement qu'ils peuvent s'adresser à ces derniers en cas de problème et qu'ils sont en général très bien reçus. Mais quel serait le rôle des cadres auprès des équipes, ils ne voient vraiment pas. Lorsque nous avons demandé en entretien à un chirurgien s'il percevait parfois des tensions entre ce qu'il attendait des infirmières et les consignes qui pouvaient leur être données par leur cadre, il répondit d'un air surpris qu'il n'y avait que lui qui disait aux infirmières ce qu'elles avaient à faire. « *Je ne vois, ou ne discerne aucun euh… aucun commandement supérieur* » expliqua-t-il tout confus et dérouté par la question.

> *« J'ai jamais compris quel était le rôle d'un cadre surveillant dans une unité de soins, à part faire les plannings, mais c'est très méchant de dire ça, mais je sais pas… » (Chirurgien)*

Ils ne voient par conséquent aucunement l'utilité de passer par un cadre pour obtenir ce dont ils ont besoin : pourquoi s'encombrer d'intermédiaires quand on peut aller en direct ?

De manière générale, les praticiens rencontrés sont plutôt sceptiques sur l'activité de management et sur son intérêt. Ils voient dans les managers des gestionnaires bureaucrates au sens le plus péjoratif du terme, dont on ne peut malheureusement pas aujourd'hui se passer à cause de toutes les normes contraignantes du secteur, mais qui sont plutôt de l'ordre de l'empêchement qu'autre chose.

> *« Ça les occupe, c'est leur boulot. C'est sûr que derrière, la vision d'un chirurgien, c'est du grand n'importe quoi. » (Chirurgien)*

> *« Quand t'as le médecin qui dit : si vous voulez pas bouger de votre siège, à ce moment-là restez collée… Comme si on était collée à notre siège ! C'est aussi une image que certains médecins ont des RUS. » (RUS)*

La direction elle-même, par le choix qu'elle a posé dernièrement de diminuer les effectifs d'encadrement de 11 à 8 RUS et de leur octroyer parfois plusieurs unités à gérer, semble désavouer leur rôle, suscitant de nombreux questionnements dans les équipes de RUS / RUPT.

> *« Ça nous a pété à la figure (…). On nous a bien dit : de toute façon, vous les RUS (…) moins vous êtes, plus vous y arrivez. En gros. Quand tu te prends ça dans la figure, c'est violent ! Parce qu'on se dit, non d'un chien, à onze, on tricotait pas dans nos bureaux, quoi ! » (RUS)*

Beaucoup s'interrogeront, lors du *focus group* avec les responsables d'unité, si leur implication et leur efficacité ne les dessert pas, et si le fait qu'ils arrivent à assumer la charge même dans les moments les plus tendus comme l'été, avec de forts sous-effectifs, ne finit pas par démontrer qu'ils ont la capacité de faire face sans qu'il soit nécessaire de leur donner plus de moyens.

5.1.3. « Les mains dans la pâte » : du maternage ?

Si ni les équipes ni les médecins ne voient clairement quel peut-être le rôle des cadres, cela n'est pas beaucoup plus clair du côté des intéressés, quoi qu'ils en disent au départ.

> *« Nos tâches, notre mission, enfin c'est très flou pour tout le monde quoi. Et du coup effectivement on ne peut pas répondre à un besoin si du coup le besoin qui est dans la tête de beaucoup de monde n'est pas le bon. » (Responsable d'unité)*

On a d'un côté le discours des équipes sur les attentes par rapport à leurs responsables : une présence, de la proximité, un soutien. On voudrait qu'ils soient un regard sur le travail, une oreille pour entendre les problèmes et une voix pour les faire remonter à la direction, une main pour seconder parfois lorsque la charge est particulièrement lourde ou les tâches trop délicates, qu'ils sentent les moments où l'équipe est en peine.

Mais ce n'est pas si simple. Les managers ont décidément, aux yeux des personnels, une logique qui échappe totalement à l'entendement et qui les place résolument hors de l'équipe : ils se refusent pour la plupart à mettre la main à la pâte.

> *« Quand l'équipe est en peine, elles cherchent une infirmière pour aider alors que c'est elles qui sont responsables. Il n'y a pas esprit d'entraide, pas avec les responsables. Elles vont trouver une solution pour avoir une infirmière pour nous aider, mais elles non. » (AS)*

Cela semble une question de principe, et cela l'est véritablement pour la direction. Pas question de materner les équipes, répète en permanence Mme Robin, bien décidée à trancher avec le style de management de Mme Marie, l'ancienne responsable du bloc aujourd'hui retraitée dont elle a pris la suite.

> *« Quand les équipes de responsables d'unité de soins ou de plateau technique ont été mises en place, il y avait un deal qui était clair. C'était : soit t'es dans le soin, soit t'es responsable, mais tu fais pas les deux. » (RUPT)*

> *« On a eu des formations pour nous dire de ne pas y aller, de trouver une autre solution mais de ne pas y aller. (…) que c'était pas à nous de faire. » (RUS)*

Une réalité du moins dans les services de soin, car au bloc, il arrive plus fréquemment pour un RUPT de « *mettre les gants et d'aller en salle* ». C'est même une question de légitimité, de pouvoir prouver à son équipe qu'on sait encore faire. « *Mais on se prend des fessées* » si cela arrive aux oreilles de Mme Robin, qui se met à voir rouge si elle entend des salariés louer leur cadre sur qui ils peuvent compter :

> *« J'ai vu ksch !!! ksch ksch !!! rouge ! avec la lanterne qui s'allumait, sur la tête de Mme Robin, comme notant ça comme point négatif, parce que je suis pas leur mère. » (RUPT)*

Tout le monde sait bien pourtant, et la direction la première, que les blocs ne pourraient pas tourner, en cette période où plusieurs postes ne sont pas pourvus et les arrêts nombreux, si les cadres ne mettaient pas la main à la pâte, directrice des soins en tête. Seulement voilà, le discours prêché à Grandsoin est précisément l'inverse : quand on devient cadre, on se retire des soins et on se consacre au management. Et manager, c'est conduire les équipes à l'autonomie, leur apprendre à gérer seules et non pas « *dans le confort il y a maman derrière* ».

Le terme même de cadre de proximité souleva un débat dans le groupe de travail sur le management, pour la connotation « *désagréable* » qu'il véhicule, facilement associable au terrible « *maternage* » résolument à bannir.

> *« Le terme de proximité… pose le problème de la connotation (…). Être à proximité, ben c'est être là pour faire à la place… ou pour répondre d'un simple claquement de doigts à tout ce qui peut être demandé. » (Directrice des soins)*

De la même manière, faut-il réellement « *soutenir* » les équipes, dont la plainte récurrente est précisément : « *on n'est pas soutenus* » ?

> *« C'est pas du soutien, c'est du management des équipes, on les soutient pas, ils sont pas en train de… On les manage, on les encadre. (…) Soutien, il y a un côté euh (…) les équipes elles avancent toutes seules, c'est juste, justement, leur donner les cadres. » (Directrice hôtellerie)*

La différence est cependant subtile entre être là, soutenir mais ne pas intervenir, encadrer sans diriger, et plus encore entre voir le travail, évaluer, contrôler mais ne pas tomber dans le « *flicage* ». Le manager marche décidément sur un fil !

Séverine, l'adjointe de la responsable ASH, à la différence des responsables d'unité, déclare n'avoir pas peur « *d'aller aux charbons* » : « *c'est mon rôle, je suis payée pour ça* ». Elle considère qu'elle est là pour contrôler le travail des agents, « *mettre le doigt* » sur ce qui ne va pas. Lorsqu'elles parleront d'elle, ASH comme membres des équipes soignantes feront d'ailleurs systématiquement le geste qui semble la caractériser : passer le doigt sur les surfaces pour relever la poussière.

> *« Ma mission, ça a été de faire, entre guillemets, le gendarme » (Adjointe resp. ASH)*

Une manière de concevoir son rôle extrêmement mal vécue par les agents, qui se sentent infantilisés, « *grondés comme en maternelle* », et recourent volontiers au terme de « *harcèlement* »[180].

[180] Le terme de harcèlement moral, rendu populaire par l'ouvrage, très médiatisé il y a quelques années, de M-F. HIRIGOYEN (1998), est, on le sait, fréquemment employé abusivement (HIRIGOYEN, 2004). Il apparaît que les acteurs distinguent cependant bien, dans la manière dont ils l'utilisent, les abus de langage des situations véritablement graves et méritant d'être prises en charge par le médecin du travail et documentées en vue d'une éventuelle déclaration. Conscients que le terme fait

> *« Moi j'appelle ça un peu le larbin (…). Quelques fois dans les entreprises ils appellent ça un nettoyeur pour… pour donner la pression au personnel, pour les faire craquer en fait. » (ASH)*

Si son comportement, unanimement réprouvé, a d'ailleurs été sanctionné peu après par un licenciement, il pose cependant une question sur laquelle le discours de la direction reste très ambivalent : le rôle du manager est-il de faire appliquer rigoureusement les règles imposées par la direction ou a-t-il la latitude d'aider les équipes à jouer avec ? Ne pas se poser en vecteur loyal et irréprochable des directives d'en haut, est-ce de la faiblesse, le signe d'un manque de compétence ou de carrure pour le management ?

Du point de vue de la direction, au-delà des compétences valorisées de gestion et d'organisation, on s'interroge sur les compétences en management des managers de proximité. On sait les responsables d'unité actuels peu formés, on constate que bien des fois ils sont démunis face à leur équipe. S'ils annulent systématiquement les réunions de service, c'est peut-être qu'ils ne savent pas animer une réunion, gérer les conflits ou l'agressivité qui peut s'y exprimer, bref qu'ils ont peur et ne vont pas au front. Il faut donc les envoyer en formation, voire les remplacer.

> *« …ce qui se disait [au Codir] sur l'équipe de RUS : ''pas bonnes à grand-chose, à l'origine de tous les maux de l'établissement''. (…) Elles n'ont jamais été coachées. » (Directrice des soins)*

Du côté des équipes, seule la compétence technique, la professionnalité, a de la valeur : sont-elles capables de piquer une veine rebelle quand personne n'y arrive ? Ont-elles une expérience reconnue de l'activité dont elles sont responsables ?

> *« La responsable, elle nous dirige mais elle ne connait pas notre travail, elle ne connaît pas le matériel, on a l'impression qu'il y a un souci de formation à la base. » (Agent de stérilisation)*

Ce qui fera justement la force de Mme Robin, c'est sa grande connaissance aussi bien des soins que du bloc et son expertise reconnue. Même au sein du plateau technique, une RUPT qui aura été panseuse dans un autre bloc devra, pour être légitime dans son équipe, faire preuve de sa compétence dans la nouvelle spécialité qui est la sienne.

Mais la véritable question est peut-être celle du sens juridique du terme compétence : sur quels domaines les cadres de proximité de la clinique Grandsoin ont-ils l'autorité ? Autrement dit : que managent-ils vraiment ? Quels sont les moyens, les attributs de la fonction à leur disposition ?

---

l'objet de définitions strictes, les représentants du personnel ne déclencheront aucune action officielle concernant la responsable ASH, que pourtant bien des agents considéraient comme harcelante, se contentant d'interpeller la direction par tous les moyens possibles, avec faits à l'appui.

5.2. L'insaisissable travail des managers

5.2.1. Ce qu'ils ne managent pas vraiment…

On l'a vu, les responsables d'unités de soins ou de plateau technique n'ont finalement que très peu de prise sur le travail réel de leurs équipes. Ce ne sont pas les prescripteurs de l'activité, le médecin est au final celui qui détermine le travail de l'infirmière et indirectement de l'aide-soignante. Les tâches des soignants sont par ailleurs très précisément définies dans les référentiels nationaux de la profession.

> *« Je voudrais bien savoir ce qu'elle gère réellement, parce que quand je vois toutes les infirmières, elles sont autonomes avec leurs malades, et quand le médecin il passe (…) il dit faut faire ci, faut faire ça. » (Brancardier)*

Les cadres n'ont pas non plus grande prise sur la gestion du flux de l'activité. A l'exception près des unités de soins continus, les RUS n'interviennent pas dans la gestion des lits, assurée par le service ordonnancement. Leur seule marge de manœuvre est un rôle de veille pour alerter en cas de surcharge de travail et demander des renforts du pool, dans la limite des moyens disponibles – contrôlés par la direction - et des besoins de l'ensemble.

Au plateau technique, les RUPT sont certes chargés d'élaborer le programme opératoire, mais il s'agit en réalité surtout d'une validation formelle des programmations faites par les chirurgiens et de leur affecter de manière prévisionnelle les salles correspondantes, que les infirmières orientatrices vont ensuite gérer heure par heure tout au long de la journée. Il s'agit donc plus d'un rôle de rediffuseur d'information que de véritable régulation.

> *« On nous répond aussi, enfin il y a encore pas longtemps : de toute façon je vous appelle pour vous prévenir mais je ne vous demande pas votre autorisation. Ça va déborder, on le sait, mais je m'en fous, c'est pas pour ça que je vous appelle, je vous appelle pour vous dire que j'ai un patient supplémentaire. » (RUPT)*

Ils n'ont, en cas d'abus de la part d'un chirurgien, aucun moyen de pression pour lui faire respecter la règle. De fait, les praticiens les court-circuitent régulièrement, s'adressant directement à celle qu'ils ont bien repérée comme étant la véritable décisionnaire sur les questions qui les intéressent : Mme Robin. Les RUPT rapporteront ainsi des situations où certains chirurgiens sont même allés voir le directeur M. Michel ou le médecin président du directoire pour lui dire : « *La cadre elle a pas voulu ça, mais moi je veux ça.* ». Et tous dans ce cas-là s'exécutent.

Dans le domaine de la gestion des ressources humaines, auquel les cadres semblent consacrer l'essentiel de leur temps, quelles compétences ont-ils ? Depuis la nouvelle organisation du fameux 14 octobre 2008, les « *missions transversales* » qui étaient confiées

à chacune des RUS ont été - ou sont en voie d'être - reprises par Christine, la nouvelle adjointe de la directrice des soins. Parmi ces tâches qui leur ont été retirées, en principe pour être plus sur le terrain, figure le recrutement, auquel désormais les RUS ne prennent plus part, regrettant de ne plus pouvoir participer au choix des membres de l'équipe qu'elles vont devoir encadrer.

La principale question sur laquelle les équipes consultent régulièrement leurs cadres concerne les plannings, que celles-ci passent des heures à élaborer, sans logiciel adéquat. Mais là encore, leur marge de manœuvre est faible et elles ne sont quasiment jamais en mesure d'accorder les récupérations ou changements de jours que les salariés demandent, faute de possibilités de les remplacer.

Concernant les moyens matériels, là encore les RUS et RUPT n'ont aucune autonomie et ils ne peuvent engager aucune dépense, si minime soit-elle, en dehors de la commande biannuelle budgétée par la direction, à la procédure si lourde, lente et centralisée.

Les cadres de proximité ne sont pas non plus associés aux décisions concernant l'organisation ni à l'élaboration des politiques qu'ils doivent ensuite appliquer et faire appliquer. Le style de la direction est clairement directif, autoritaire ; tout le prouve. 88 % des salariés avaient d'ailleurs répondu dans le questionnaire qu'ils considéraient que la direction associait peu ou pas aux décisions.

> *« Ça file quand même, hein ! C'est-à-dire qu'on n'irait pas discuter une décision à appliquer. C'est clair ! » (Responsable d'unité)*

L'exemple le plus significatif en a été pour eux la réorganisation d'octobre, sur laquelle aucune information n'avait filtré jusqu'à la réunion « *fermée* » où on leur a présenté le nouvel organigramme sans aucune possibilité d'en reparler.

> *« [En réunion des responsables], il y a un échange où on va décider des choses, mais de toute façon ça sera pas, ça sera sur du… du concret concret, des choses pratiques, mais ça sera pas sur des décisions. » (Responsable d'unité)*

De fait, même dans la résolution des multiples petits problèmes quotidiens qu'ils passent leur temps à gérer, ils constatent amèrement qu'ils doivent le plus souvent se contenter de faire remonter les informations sans pouvoir apporter de réponse. « *Et pendant ce temps-là, ça va pas être fait !* », ajoutent-ils en rappelant l'incompréhension des équipes.

En dehors des tâches purement gestionnaires, il leur reste donc l'animation des équipes. Cela devrait être leur tâche principale, à en croire le discours de la direction. Mais rien n'est moins évident. Même sur ce registre là, Mme Robin a fortement tendance à l'ingérence et à donner des directives très précises à ses cadres sur la manière de résoudre les problèmes rencontrés. « *Tout juste si elle choisit pas les mots à notre place !* »

commente un cadre. Le grand souci de la directrice des soins est d'ailleurs d'harmoniser les pratiques de management, pour que quelque soit le cadre à qui un personnel pose une question, il soit sûr d'obtenir la même réponse.

La tâche d'animation est ensuite rendue difficile dans bien des cas par la taille des équipes encadrées. Certains responsables encadrent directement jusqu'à plus d'une soixantaine de salariés, un éventail de contrôle beaucoup trop large pour pouvoir faire de la proximité. A la taille des équipes s'ajoute également la configuration géographique des lieux : certaines unités de soins sont réparties sur deux étages différents ou séparées par 100 m de couloirs, entraînant d'incessants déplacements de la cadre comme des équipes. Au plateau technique, certains RUPT ont même leur bureau en dehors du bloc dont ils ont la charge.

Paradoxalement, c'est pourtant par la volonté d'une plus grande présence des cadres dans les équipes que la direction justifie la dernière réorganisation ayant réduit d'un tiers le nombre de responsables d'unité. Sans compter que les nouvelles adjointes de la directrice des soins, Christine pour les services de soins et Armelle pour le plateau technique, censées avoir un rôle de soutien et d'accompagnement des RUS et RUPT, sont englouties sous les tâches administratives à cause des multiples « *missions transversales* » qu'elles ont récupérées pour soulager les cadres et souvent absentes pour suivre à l'extérieur leur formation au management.

Si les cadres de proximité ont au final si peu d'autonomie et de responsabilités propres, à quoi passent-ils donc leur temps ? Pourquoi ne sont-ils pas disponibles pour ce rôle de proximité caractéristique des managers de première ligne et dont les équipes ont tant besoin ? Quels sont les empêchements qui rendent si difficile l'animation des équipes ?

5.2.2. …et ce qu'ils font : tâches parasites et travail invisible

Les RUS et RUPT le constatent : on nous a certes déchargés de nos missions transversales, mais il nous reste nos missions principales, auxquelles se sont ajoutées la taille des équipes et la géographie.

Parmi les tâches quotidiennes les plus chronophages pour eux : la gestion du planning, à la fois travail fastidieux de saisie informatique chaque mois et activité permanente d'ajustement pour faire face aux imprévus. « *Il y a toujours un arrêt maladie, quelqu'un qui ne s'est pas réveillé, il faut se débrouiller*. » S'ajoutent à cela divers tâches administratives comme « *les éléments variables de paye* » et la mise à jour des « *banques de temps* » qui impose de compter manuellement toutes les heures effectuées par le personnel.

La gestion, principale activité des responsables d'unité, est pourtant connotée très négativement dans leur bouche : RUS et RUPT rêvent de « *faire des choses efficaces* » et de « *ne pas passer notre temps qu'à gérer* ». Ce qui les occupe à longueur de temps ne constitue à leurs yeux qu'une masse de « *tâches parasites* », un travail invisible et non valorisé.

> *« Moi ce qui me frustre aussi c'est de me dire qu'on ne traite que les soucis. Et c'est rare quand je rentre chez moi en me disant, aujourd'hui j'ai fait quelque chose de bien, mon tour, c'est propre. Non, j'ai réglé que les merdes ! » (Responsable ASH)*

Interrompus constamment, les cadres constatent en permanence que « *ça part dans tous les sens* » : « *on a l'impression qu'on fait rien parce que tout est découpé* ». Leurs petits bureaux vitrés sont d'ailleurs pour la plupart, dans les services d'hospitalisation, face à l'ascenseur à l'entrée du service : bien souvent le premier endroit où vont venir frapper familles et visiteurs en demande d'information ou d'orientation.

Une des tâches récurrentes qui contribue largement à ce sentiment de perturbation continue est leur mission d'assurer, à tour de rôle et cela revient environ 2 jours par semaine, la permanence du téléphone de garde. Chaque jour, de 7h le matin à 21h le soir, un cadre d'hospitalisation et un autre au plateau technique assurent la garde et jouent le rôle de « *manager de dépannage* » pour toutes les équipes dont le responsable est absent ou occupé. Un grand nombre de procédures renvoient par ailleurs, en cas de dysfonctionnement, à ces numéros de garde, le 6650 pour les soins et le 6656 pour le bloc. En dehors des heures d'ouverture habituelle des autres services support, les cadres de garde assurent également la responsabilité de la « *chaîne de survie de la clinique* » : ils peuvent être appelés pour toute question imprévue mettant le personnel en difficulté. La veille du jour où nous avons rencontré des RUS et RUPT pour un *focus group*, la RUPT de garde avait été par exemple appelée pour une livraison de blanquette de veau que personne ne savait où mettre en l'absence du personnel de cuisine. « *C'est aussi faire un peu le larbin* », expliquent-ils eux-mêmes : ces jours-là, les cadres concernés sont constamment dérangés et amenés à se déplacer pour régler des questions le plus souvent logistiques ou matérielles. « *On ne fait rien en continu, donc ces deux jours-là, vous pouvez dire qu'ils sont nuls !* »

> *« On peut re-déléguer, mais il n'empêche que on est sans cesse interrompu et qu'on ne fait jamais de manière, de A jusqu'à Z. Je fais de A à B, ah mince ça sonne, alors je vais faire de D à R, et puis ah merde, j'ai pas fait de M à R. » (Responsable d'unité)*

Le remplacement des collègues absents, que ce soit parce qu'ils ont ce jour-là des horaires différents, ou pour des congés, des arrêts parfois longs, ou parce que le poste n'est pour un temps plus pourvu, pèse lourd dans la charge de travail des cadres. Ils doivent autant que possible assurer l'intérim : aller dans l'autre unité et gérer le quotidien à sa place.

> *« Je croulais sous le travail à en pleurer parce qu'on était de moins en moins de responsables, on était sans arrêt en sous effectif, du coup il faut pallier aux manques de la collègue. Missions lourdes, plannings, calculs pour les ressources humaines, commandes… » (RUS)*

Le turn-over dans les équipes est également un facteur de surcharge importante pour les cadres, qui doivent notamment assurer la formation des nouveaux personnels. A titre d'exemple, au cours de l'année 2008, l'équipe de salle de réveil a été amenée à intégrer 11 nouvelles infirmières sur un effectif de 24 : 6 en remplacement de congés maternité et 5 pour la création du nouveau bloc E, ainsi que 2 aides-soignantes.

Les cadres gèrent également un grand nombre de stagiaires, dont les évaluations, les « *mises en situation professionnelle* » requises pour le diplôme d'État, nécessitent environ pour la cadre une demie journée de travail, et ce parfois jusqu'à quatre fois par mois. 350 à 450 stagiaires en effet viennent se former chaque année à la clinique Grandsoin.

Parmi les tâches parasites qui constituent une grande part du travail invisible des responsables, figurent toutes les nouvelles exigences des démarches qualité, démultipliées par la certification et les normes de traçabilité. A chaque nouveau critère apparaissant dans les référentiels, il faut éplucher tous les dossiers des patients pour y retrouver les éléments exigés, mettre en place une procédure, contrôler que les équipes y soient fidèles.

> *« Il y a le médecin DIM qui vient vous faire un magnifique laïus sur tout ce qu'il faut que l'on retrouve dans un dossier, pour que la clinique sur un plan financier s'y retrouve. Ouais, ok, très bien (…) On me dit : il faut que tous les patients qui sont là pour telle pathologie, il faut que tu retrouves dans le dossier tous ces critères. Ben 72 patients, je peux pas vous faire ça maintenant. » (RUS)*

Finalement, les cadres ont de plus en plus l'impression d'être absorbés par ces tâches administratives ou de gestion de l'aléa et de ne plus être avec leurs équipes, de ne pas pouvoir se rendre disponible et assurer la proximité demandée.

> *« On est à se dépatouiller de tout ça, là, les programmes à rallonge, des listes de… On n'est pas dans les soins, on n'est pas avec les équipes, on est au téléphone avec les médecins en train d'essayer de faire… On n'est plus avec nos équipes. A ces moments-là. » (Resp. d'unité)*

6. UNE ISSUE DOUBLEMENT INATTENDUE

A l'issue de la campagne d'entretiens et de questionnaires et du traitement des données recueillies, plusieurs restitutions du diagnostic ont été présentées, tout d'abord au comité de direction et au groupe de travail constitué pour l'étude, puis au CHSCT, aux cadres et aux salariés enquêtés.

Parallèlement, un important travail de réflexion a été mis en route avec les membres du groupe de travail pour construire un plan d'action répondant directement aux défaillances pointées. Deux sous-groupes ont été constitués : l'un pour approfondir les questions liées au management, et en particulier au désempêchement des cadres de proximité, l'autre pour les questions touchant à l'organisation du travail notamment pour les ASH. Après une première longue séance d'échange, chacun des sous-groupes a été invité à désigner quelques représentants chargés de proposer la fois suivante un plan d'action à rediscuter et compléter avec le reste du sous-groupe. L'ensemble des propositions a ensuite fait l'objet d'une synthèse et finalement d'une présentation par l'équipe de recherche au comité de direction, puis au directoire.

La directrice des soins et la directrice du service hôtellerie, lorsqu'elles ont ensuite présenté le plan d'action au CHSCT, y ont ajouté toutes les actions envisagées ou déjà mises en place sur le terrain pour décliner concrètement les objectifs annoncés. Les délégués syndicaux s'en sont également emparés pour reproposer en CHSCT une version complétée par leurs soins. Au cours de cet intense travail de concertation, un grand nombre de propositions ont émergé, au point que le médecin du travail commentait en aparté que les syndicats n'auraient bientôt plus de grain à moudre tellement les améliorations obtenues dépassaient toutes les attentes !

6.1. Un plan d'action sur tout le processus de management

Le plan d'action avait pour objectif d'agir sur l'ensemble du processus de management pour « *mieux accompagner les équipes dans la montée en puissance de l'activité, encourager l'écoute et le dialogue sur l'activité et rétablir la confiance* ». Il prévoyait d'agir sur les cinq niveaux hiérarchiques et posait les principes suivants :

- au niveau des équipes, pour rétablir la collaboration entre ASH et soignants ;
- cadres de proximité : leur permettre de passer de la gestion à l'accompagnement de l'activité ;
- adjointes de la directrice des soins : les positionner comme de véritables managers des responsables d'unités ;
- direction : renforcer la capacité du comité de direction à arbitrer des propositions venant de la base ;
- directoire : impliquer les médecins dans l'amélioration de l'organisation du travail.

Pour chacun de ces niveaux, une série de mesures a été proposée, susceptibles d'être mises en place rapidement (voir tableau page suivante).

Sur cette base-là, la directrice des soins et la directrice hôtellerie préparèrent ensuite leur déclinaison en actions concrètes à mettre en œuvre dans leurs services respectifs et présentèrent une version encore plus complète et détaillée au CHSCT du 26/10/2009[181].

Table 16 : Synthèse des éléments du plan d'action proposé au comité de direction de Grandsoin le 29/06/2009, avant sa déclinaison opérationnelle dans chaque service

Opérationnels	Cadres intermédiaires	Direction	Médecins
Collaboration ASH – soignants	*De la gestion au soutien dans l'activité*	*De l'information au dialogue*	*Les impliquer dans l'organisation*
1. Participation des ASH à la réunion hebdomadaire de leur unité de soin et des ASH du bloc aux réunions hebdomadaires d'unités de blocs 2. Informatisation feuille commande de repas permettant de dégager du temps aux ASH 3. Transmissions quotidiennes (5-10') entre les ASH et l'IDE de J 4. Collaboration entre les AS et les ASH pour la distribution des repas du soir (18h40-19h) 5. Management et formation des ASH du bloc, accueil des nouvelles, mise en place d'une ASH référente au bloc.	6. Mobilisation des RUS/RUPT et responsable hôtellerie pour assurer une collaboration effective entre AS et ASH dans la distribution des repas du soir 7. Réunion bimensuelle entre les RUS/RUPT et la responsable hôtellerie pour apporter des réponses communes aux problèmes 8. Engagement de chaque RUS/RUPT sur la régularité des réunions hebdomadaires d'unité, permettant un vrai dialogue, avec un compte-rendu accessible à tous et une présence informelle suffisante à l'équipe au cours de l'activité 9. Développer les occasions d'échange formel et informel entre RUS et RUPT, entre responsables d'unité et adjointes, ainsi qu'avec la direction des soins, y compris ponctuellement à l'extérieur 10. Réunion en collectifs de professionnels deux fois par an pour préparer des propositions de projets à remonter au Codir 11. Réaménagement des bureaux des RUS et signalétique 12. Gain de temps des responsables d'unité par une meilleure gestion des plannings (logiciel adapté) 13. Travail avec la pharmacie : soulager le travail de gestion des stocks dans les services 14. Travail sur la gestion du programme opératoire (ordonnancement durable) 15. Réflexion sur le téléphone de garde confié aux cadres et le remplacement des RUS/RUPT absents.	16. Redéfinir le rôle des adjointes de la direction des soins : elles deviennent des responsables hospitalisation / plateau technique et communication sur ce point 17. Communiquer auprès des personnels et des praticiens sur le rôle et l'activité des RUS/RUPT 18. Embauche d'un RUS supplémentaire en médecine 19. Réponses rapides de la direction aux demandes remontées par le management de proximité 19. Soutien des RUS/RUPT dans l'animation de leurs équipes (par les adjointes) 20. Signifier aux cadres intermédiaires l'importance des moments de soutien dans l'activité et des réunions d'équipe 21. Comité de direction des projets opérationnels deux fois par an pour arbitrer les projets remontés par les collectifs de professionnels (cadres).	22. Nommer un praticien référent au plateau technique, interlocuteur privilégié pour aider les cadres en cas de situation difficile 23. Diffuser la charte de l'hospitalisation validée en CME définissant des règles opposables aux praticiens (visites dans les unités de soin…) 24. Travailler avec le Directoire et sensibiliser les praticiens à l'amélioration du climat social et au rôle du management (codir, management de proximité).

[181] Voir le diaporama présentant l'intégralité des mesures proposées, tel que soumis au CHSCT le 26/10/2009, en annexe 6 p. 479.

6.2. Coup de théâtre : la défaite du management

A peine six mois après le lancement de l'étude sur le climat social, un plan d'action extraordinairement riche et consensuel avait donc été construit, remportant même l'adhésion des délégués syndicaux qui pourtant y étaient profondément hostiles au départ et avaient emmené la direction au tribunal à ce propos. Dès le départ, l'objectif était en effet d'agir vite : avoir des résultats avant même que ne commence l'expertise du cabinet mandaté par le CHSCT, mais aussi et peut-être plus encore faire la preuve auprès des actionnaires que des mesures étaient prises et que la direction avait la situation bien en main. En juin 2009, il ne manquait plus qu'à présenter au directoire le plan d'action, déjà validé à tous les niveaux. La date cependant allait être repoussée de quelques semaines, à cause de la réélection du directoire, qui vit notamment l'un de ses membres remplacé et les deux autres reconduits. Date est prise pour une restitution fin août, l'objectif étant de lancer le déploiement de l'ensemble du plan d'action et de la communication correspondante dès le retour des congés d'été. La restitution aura bien lieu, le quitus sera donné, mais on sent que la conviction n'y est pas.

Et de fait, la donne avait changé. En octobre, Michel Martin nous recontacta confidentiellement pour nous faire part de ses difficultés : le directoire vient de lui annoncer qu'il allait procéder à une réorganisation qui serait présentée lors d'un séminaire avec tous les membres du comité de direction fin novembre.

La clinique Grandsoin sera désormais structurée en trois pôles, placés sous l'autorité directe de l'un des membres du directoire :

- un « *pôle production des soins* », comprenant trois unités indépendantes : l'hospitalisation, le plateau technique et les urgences ;
- un « *pôle DAF/DIM* », avec les services relevant de la facturation et de la comptabilité, l'informatique et le PMSI.
- un « *pôle ressources humaines et organisation générale* », comprenant notamment l'hôtellerie, les services RH et qualité.

Identifiant le comité de direction comme un « *filtre inefficace* », « *source de tous les problèmes* » - selon les termes rapportés par le DG -, le directoire le supprime et décide que la direction générale sera dorénavant assumée exclusivement par les membres du directoire.

Face à un tel désaveu, c'est l'ensemble du comité de direction qui prépare son départ. M. Martin pose sa démission. On lui signifie qu'il ne sera pas remplacé. Le poste de Mme Robin est purement et simplement supprimé. Les uns après les autres, la directrice des ressources humaines, le directeur administratif et financier, le directeur pharmacie et

recherche clinique et l'attachée de direction quitteront l'établissement dans les mois qui suivront. Ils ne seront à chaque fois remplacés qu'un certain temps après leur départ. Parmi eux, seules resteront en poste la directrice hôtellerie et la responsable qualité.

Un nouveau directeur, déjà en charge de l'établissement partenaire voisin, sera engagé quelques mois plus tard, officialisant ainsi la volonté de rapprochement entre les deux entités. Mais on lui donnera le titre de secrétaire général, comme pour signifier que les seuls véritables dirigeants sont désormais les médecins directeurs, membres du directoire.

Lors d'un dernier entretien-bilan confidentiel avec notre équipe, juste avant son départ, M. Martin nous décrit la situation telle qu'il la voit se profiler. A ses yeux, la nouvelle organisation est la négation même du rôle du management. Tout doit passer par les médecins directeurs, qui gèrent l'établissement en quelques heures le lundi matin, le mardi entre 7h et 8h avant leur vacation au bloc, et une réunion le vendredi après-midi. Aucune délégation n'est prévue, ils décident de tout. Le président du directoire, que Michel Martin surnomme « *le grizzli* » depuis une plaisanterie de celui-ci, semble ne s'intéresser que très peu aux cadres qu'il reçoit à 7h30 du matin en entretien lorsqu'ils viennent, intimidés, tenter d'obtenir un accord sur un projet de modification de l'organisation du travail dans un service ou une équipe.

Pour Michel Martin, l'élément déclencheur a été Mme Robin : trop bonne gestionnaire, elle a été une empêcheuse aux yeux des praticiens qui ne supportaient pas de devoir rendre des comptes et de ne pouvoir faire ce qu'ils voulaient. Si ce retour du directoire dans la gouvernance n'est au fond, *a posteriori*, pas surprenant, il reconnaît qu'il ne l'avait - une fois de plus - pas vu venir. Il avait pourtant récemment été écarté de plusieurs réunions stratégiques concernant l'avenir de l'établissement. Mais cette fois-ci, c'est trop tard.

Le nouvel organigramme sera progressivement mis en place, début 2010. Avec du recul, un an plus tard, les cadres intermédiaires diront avoir beaucoup souffert du moment de crise traversé par l'établissement, mais que les personnels l'auraient à peine remarqué. Au bloc, pas un des salariés ne l'a mentionné dans les événements majeurs de l'année lors des entretiens annuels d'évaluation, affirme Armelle, la responsable du plateau technique.

Le plan d'action pour l'amélioration du climat social, élaboré collectivement, est enterré silencieusement, pour la plus grande déception des délégués syndicaux qui n'auront de cesse de réclamer qu'il soit repris et mis en œuvre. A aucun moment les salariés n'auront eu connaissance du plan dans son ensemble, élaboré en réponse à leur plainte. Un an plus tard, lorsque nous rencontrerons Christine, la responsable hospitalisation, ancienne adjointe de Mme Robin, celle-ci nous avouera penaude qu'elle n'a jamais eu la version définitive du document et que jamais, depuis sa validation 18 mois plus tôt, elle ne l'a reconsulté.

Entre temps, sa collègue Armelle, la responsable du plateau technique, a donné sa démission, épuisée, laissant une équipe de RUPT en plein désarroi, résolue de démontrer au directoire qu'il ne leur était plus possible de tenir ainsi. Il ne semble pas rester grand-chose de notre intervention.

6.3. Une issue inattendue : l'appropriation souterraine du plan d'action

Nous reviendrons pourtant à Grandsoin en mars 2011, convaincus que certainement, un travail ayant mobilisé tant d'acteurs à tous les niveaux de l'organisation devait bien avoir laissé des traces et que probablement certaines éléments du plan d'action auraient été mis en œuvre de manière discrète, dans tous les sens du terme, par ceux qui les avaient conçus.

Nous avons donc sollicité la nouvelle DRH et Christine, l'ancienne adjointe de la directrice des soins, devenue, à l'issue de notre intervention, responsable des soins à part entière, pour un dernier entretien-bilan. Quelle ne fut pas notre surprise – et la leur - de découvrir au fur et à mesure de l'entretien que l'essentiel des points d'amélioration envisagés par le comité de pilotage avait finalement été mis en œuvre. Nos deux interlocutrices n'avaient elles-mêmes pas conscience de la conformité des actions qu'elles avaient mises en place avec le plan d'action élaboré deux ans plus tôt. Christine conclut ainsi, après avoir relu attentivement le document : « *Je dirais que quand je reprends le plan d'action, tout ce qui est mis là, finalement, a été fait. (…) Ça a été quand même positif* ».

Les points d'amélioration envisagés au niveau des ASH ont pour la plupart été déployés :

> *« Pour les ASH des unités de soin, participation aux transmissions avec le J, ça, ça a été fait. (…) Participation aux réunions hebdos : elles ont été informées que c'était possible, elles peuvent y aller. Mais ça dépend des personnes, certaines y vont, d'autres non. Celles qui le veulent. (…) Rencontre responsables d'unités de soins avec hôtellerie, ça, ça a été fait. L'hôtellerie participe aux réunions de responsables d'unité tous les deux mois (…) Nous avons fait des rencontres régulières AS – ASH dans chaque unité avec les responsables, début 2010, plus un point fin 2010, pour comprendre les difficultés de chacun et voir comment améliorer les choses. » (Responsable hospitalisation)*

En ce qui concerne la question plus spécifique du management, nous constatons que Christine a non seulement repris à son compte les objectifs du plan d'amélioration, mais un certain nombre de mesures prises vont même au-delà de ce qui avait été envisagé collectivement. Le plan d'action mettait notamment en évidence la nécessité pour les anciennes adjointes, désormais instituées responsables à part entière, de soutenir les responsables d'unités dans l'animation de leurs équipes, à travers notamment des

moments d'échanges réguliers. Christine nous explique qu'elle rencontre désormais les RUS tous ensemble trois fois par semaine et individuellement une ou deux fois par mois.

> *« Le mardi, il y a la réunion des responsables, avec aussi le cadre des urgences. Ce n'est plus comme avant, un tour de table qui durait 3 h. Maintenant, il y a un ordre du jour défini. D'abord on valide le compte-rendu de la semaine précédente, qui est fait très rapidement, pas plusieurs semaines après comme avant. Puis je passe des infos. Ensuite, je traite deux sujets définis, annoncés dans l'ordre du jour. Ensuite, deux responsables d'unité de soins s'expriment sur ce qu'elles veulent, elles ont la parole 20' – ½ h chacune ». **[Chercheurs : « Quels types de sujets elles abordent ? »]** « Ça dépend des responsables. Des échanges de pratiques, certaines parlent des problèmes qu'elles rencontrent, sur lesquels elles ont besoin de l'avis des autres. Ou d'autres parlent simplement de leur quotidien. (…) On fait ça depuis peut-être 1 an ½, depuis que j'ai pris vraiment mon poste de responsable. [Elle sourit et s'explique] Avant j'étais plus ''adjointe'' ! » (Responsable hospitalisation)*

A travers la réorganisation, le Directoire a pris la direction de l'ensemble de la clinique, chacun des membres du Directoire manageant désormais un pôle d'activité. Ce qui nous est au départ apparu comme une véritable négation du management semble finalement aujourd'hui se profiler comme tout à fait en adéquation avec les points d'amélioration relevés dans notre diagnostic. Le Directoire n'a en effet pas conservé seul le pouvoir de décision : un nouveau directeur général a été nommé et des structures d'échange entre le Directoire et la direction ont été instaurées. Non seulement le Directoire semble aujourd'hui sensibilisé à la question du climat social et à ses enjeux, mais il s'implique désormais réellement dans le fonctionnement opérationnel de la clinique.

> *« Je pense qu'il y a eu une prise de conscience. Moi, quand j'ai été recrutée, ça a été un des points importants qu'ils m'ont vendu dans le poste. (…) Ce qui change par rapport à hier, c'est que le Directoire reste sur un fonctionnement opérationnel. Avant, le DG précédent avait pris des décisions seul, il s'était coupé du Directoire. » (Nouvelle DRH).*

Le médecin responsable du pôle « *production de soins* » fait ainsi figure de médiateur entre les praticiens du bloc et le management, un interlocuteur qui manquait jusqu'ici aux cadres de proximité.

> *« Mardi dernier, en réunion, on a parlé d'un problème en ambulatoire, parce que les médecins ne signaient pas les sorties patient. Ça pose des problèmes de responsabilité. J'ai pris la décision de dire de ne pas les faire sortir. J'en avais parlé avec [le médecin responsable du pôle soin, membre du Directoire], je savais qu'il était d'accord, j'ai pu prendre la décision tout de suite le mardi soir. Jeudi, le courrier était parti à tous les praticiens et les responsables d'unités ont pu aussitôt le transmettre aux soignants. » (Responsable hospitalisation)*

Finalement, c'est sur l'ensemble des champs d'action identifiés lors de notre intervention que les pistes d'amélioration ont été mises en place.

Pourtant, le déploiement du plan d'action, à la suite de la profonde réorganisation qu'a connue la structure, n'allait pas de soi : le document élaboré collectivement avait été peu à peu oublié par les différents responsables. Malgré cela, la mise en œuvre effective des différents points d'amélioration traduit une réelle émancipation des acteurs par rapport à notre intervention. Plus que le plan d'action, c'est le substrat sur lequel s'est appuyé notre recherche que les acteurs se sont appropriés : la parole, la mise en discussion du travail et de l'organisation. Christine, la responsable des soins, concluait ainsi, à la fin de notre échange :

> *« Je retiens que l'essentiel du plan d'action, c'est l'échange et la communication. C'est vrai qu'il y a eu de l'échange avec le Directoire. A partir du moment où on l'a mis en place, ça fonctionne. On a bien évolué. » (Responsable hospitalisation)*

*

Il n'est pas possible de dire aujourd'hui si la santé des salariés de la clinique Grandsoin, à plus de deux ans de distance du début de l'enquête, s'est réellement améliorée, mais la « *lune de miel* » que vit aujourd'hui la direction des ressources humaines – selon ses propres termes - avec les délégués du personnel, naguère si virulents, témoigne de l'évolution d'un établissement, passé d'une crise aigüe à une situation ayant largement bénéficié du dialogue instauré entre tous les acteurs pendant la période d'intervention. La nécessité de redonner des marges de manœuvre et du pouvoir d'agir aux acteurs de terrain, soignants mais aussi agents de service qui en étaient largement privés, de permettre ainsi la restauration de la coopération et de la confiance, et d'assurer les conditions d'une plus grande présence des cadres de santé dans l'animation de ce dialogue, semble avoir été entendue et porter ses fruits. D'une manière inattendue mais au demeurant efficace, les médecins-actionnaires ont pris une part plus grande dans les questions organisationnelles et permettent aujourd'hui une régulation conjointe qui apparaissait plus que nécessaire. Les conditions sont-elles pour autant suffisantes pour assurer une dynamique positive dans la durée ? L'avenir le dira.

Posons dès à présent quelques hypothèses, en reprenant les données issues des deux terrains dont nous venons de dresser le tableau, pour une analyse plus en profondeur et une mise en perspective des problématiques rencontrées dans les deux cas.

TROISIEME PARTIE :

RESULTATS ET DISCUSSION

CHAPITRE 7 – QUAND L'HYPER-RATIONALISATION DÉTRUIT L'ECHANGE…

Beausoin et Grandsoin, deux établissements très différents, constituent cependant deux histoires qui se font écho et invitent à tirer des fils communs, à tenter une analyse susceptible de les mettre en perspective et de les faire résonner l'une et l'autre. On ne peut certes comparer une grosse clinique privée quasiment « *industrielle* » et un petit établissement associatif se réclamant plutôt de « *l'artisanat* »[182]. Pourtant les points communs sont nombreux et le parallèle va se révéler particulièrement intéressant pour faire ressortir quelques grandes thématiques communes.

Dans les deux cas, on constate, parallèlement à la détérioration du climat social, une réelle intensification du travail, due en particulier à l'augmentation des tâches administratives et gestionnaires. Les directions de Beausoin comme de Grandsoin multiplient dans leur établissement les outils de gestion visant à garantir une qualité sans faille et à promouvoir une excellence reconnue à l'extérieur. Cette logique d'hyper-rationalisation du travail, qui absorbe les cadres et les déconnecte de la réalité du travail, met en difficulté les personnels, dont l'indispensable activité de régulation autonome n'est plus, de ce fait, sécurisée et encadrée et dont le travail n'est plus soutenu par les outils finalisés à répondre à des enjeux externes. Les espaces permettant une régulation conjointe tendant à disparaître ou à dysfonctionner, la coopération devient difficile.

Quels sont alors les effets de cette situation, que nous avons qualifiée de « *gestionnite* » (DETCHESSAHAR et GREVIN, 2009 ; 2010), sur le vécu au travail ? Le déficit de management, auquel se substitue une hyperactivité gestionnaire, se traduit par l'expression d'un manque de reconnaissance du travail réalisé, que plus personne ne voit, et des personnes qui s'y consacrent, devenues des pions dans un système. C'est la part de don du travail qui est ainsi niée, non reconnue, empêchée par l'emballement de la régulation de contrôle.

Exigence de perfection d'un côté, se traduisant par une course à l'excellence effrénée, désir de bien travailler de l'autre, qui demande à être reconnu et à pouvoir s'exprimer ; ces deux tentatives convergent sans toutefois parvenir à se comprendre et à se rejoindre dans une réciprocité, à mettre en dialogue ces volontés de bien faire, de se donner sans compter.

Dans un premier temps, nous analyserons le phénomène de la « *gestionnite* » ainsi observé. Nous verrons en particulier la pression produite dans ces organisations par le

[182] Cf. chapitre 5 p. 223.

mythe de la qualité parfaite et les représentations du management véhiculés par le tournant gestionnaire et ses outils.

Dans un deuxième temps, nous identifierons ses effets sur le travail de régulation locale. Nous étudierons la difficile position d'un encadrement de proximité qui, souvent, n'a plus les moyens de son action. Nous observerons la manière dont les outils se substituent aux relations, creusant ainsi le fossé entre le management et les opérationnels. Nous verrons que, de manière différente, dans les deux cas la libre parole et le dialogue sont finalement empêchés, la mise en débat du travail n'est plus possible, produisant chez les salariés un sentiment exacerbé de ne pas être écoutés.

Dans un troisième temps, nous analyserons plus finement les différentes dimensions que cache la plainte du manque de reconnaissance : tout d'abord la reconnaissance du travail réel en lui-même et de ses difficultés, puis celle de la personne qui l'a réalisé et désire voir apprécié son engagement et sa contribution propre. Nous verrons que c'est finalement la dynamique de don elle-même qui est en jeu, lorsque les acteurs se sentent trahis car ce qu'ils ont donné n'est pas reconnu comme tel.

1. LA « *GESTIONNITE* » : UN EMBALLEMENT DU CONTROLE

Les deux établissements que nous avons étudiés ont pour point commun d'être l'un et l'autre à la pointe dans le champ dans lequel ils se situent. La clinique Grandsoin est régulièrement classée parmi les meilleures de France ; le centre de soins de suite Beausoin est reconnu sur son territoire comme un établissement de grande qualité ayant systématiquement une longueur d'avance sur tous les nouveaux projets. Les dirigeants de Beausoin et Grandsoin ont tous deux saisi l'opportunité du « *tournant gestionnaire* », caractéristique du secteur de la santé, et développé des outils permettant de rationaliser leur activité et d'en faire une source vitale de performance. Là où d'autres débutent à peine dans la mise en place des nouveaux outils de gestion portés par les « *vagues de rationalisation* » (HATCHUEL et WEIL, 1992), Beausoin et Grandsoin en ont fait un véritable avantage concurrentiel. Parmi les petits établissements associatifs de soins de suite, peu sont ainsi équipés comme Beausoin pour chiffrer leur activité et négocier des budgets avec la tutelle. A la clinique Grandsoin, c'est l'ensemble de l'activité chirurgicale qui a été industrialisée selon les méthodes de la gestion des flux avec un outil unique en son genre permettant de suivre en temps réel la trajectoire des patients au plateau technique. Cette excellence fait la fierté de la direction, tant à Beausoin qu'à Grandsoin, mais également celle des soignants, conscients de bénéficier d'un outil de travail exceptionnel et de réaliser une prise en charge de haut niveau.

Ce très haut niveau d'exigence n'est cependant pas sans mettre fréquemment les salariés en difficulté et se révèle source d'une tension inégalée pour eux : intensification du travail due à une gestion de l'activité toujours plus en flux tendus, complexification du fait de la multiplication des procédures et des outils employés, pression inhérente à ces environnements où l'erreur n'est plus possible et l'excellence devient la norme minimale. Pas question pour autant de renoncer à un haut niveau de qualité, de revenir en arrière. Personne dans ces établissements ne remet véritablement en cause la pertinence en soi des normes sanitaires, des règles et des procédures qualité. La question est de trouver comment faire pour arriver à suivre, à rester dans la course.

> *« Maintenant qu'on est rentré dans ce processus là, que les gens qui travaillent à sortir tous ces papiers pour l'accréditation… et ils n'arrêtent pas de sortir d'autres papiers, d'autres normes, d'autres, d'autres, d'autres… et puis je ne sais pas si nous on arrivera à toujours fournir, être disponible. » (IDE, Beausoin)*

Le processus semble s'emballer et tout laisse à penser que la course à l'excellence constituera de plus en plus une caractéristique fondamentale du champ de la santé comme de bien d'autres secteurs économiques déjà.

1.1. La course à l'excellence ou l'impossible exigence du zéro-défaut

Ce n'est pas sans fierté que le directeur de Grandsoin explique que son établissement réalise chaque jour autant d'interventions chirurgicales que le CHU voisin, avec un personnel largement inférieur, ou que la directrice de Beausoin vante ses innombrables groupes de travail ou ses pôles de compétences infirmiers. Mais ce qui frappe, lorsque l'on s'attarde à les faire parler de leur activité, c'est le peu de marges de manœuvre dont disposent réellement ces dirigeants. La performance qui est la leur semble finalement une obligation, ils en parlent comme d'une question de survie. Reconnus par leurs pairs comme ayant une longueur d'avance sur tous les autres, ils se sont fait un devoir de demeurer les meilleurs, comme des bons élèves qui ne s'autorisent pas à lâcher la tête de classe.

1.1.1. Obligation de résultat

L'enjeu de la performance pour la directrice de Beausoin, on l'a vu, est énorme : sa survie semble dépendre de sa capacité à positionner son petit établissement dans la course à l'excellence. Être premier au tableau d'honneur est ce qui lui permet de se faire reconnaître comme un acteur essentiel du secteur et d'obtenir ainsi le soutien de la tutelle face à un éventuel investisseur privé qui pourrait prétendre racheter l'établissement associatif. C'est par sa remarquable qualité que le petit centre de soins prouve sa capacité à être pérenne et rentable et décroche les financements nécessaires pour atteindre la taille critique et se spécialiser sur les créneaux les plus pertinents pour l'avenir. Cela suppose pour la direction :

- que l'établissement soit jugé irréprochable selon tous les indicateurs qualité servant de critère aux classements et évaluations par les tutelles ;
- d'assurer un niveau réel de qualité de prise en charge correspondant aux attentes des patients les plus exigeants, afin de conserver une réputation d'excellence ;
- de se distinguer des autres établissements concurrents en développant des projets innovants et en étant pilote sur différents projets lancés par les tutelles ;
- de réussir à gérer l'activité de manière à autofinancer tout ce qui n'est pas pris en charge par les fonds publics et à dégager des moyens pour les projets ;
- de bien connaître les enjeux du secteur et d'être en position d'influer lorsque des décisions sont prises, en assumant diverses responsabilités (de type expert-visiteur auprès de la HAS ou la coordination du projet médical de territoire).

Tandis qu'à Beausoin la bataille menée est *in fine* celle contre les investisseurs privés, à la clinique Grandsoin elle se joue, selon l'aveu même de son dirigeant, contre le public. Lorsque le directeur de l'établissement formule des demandes d'autorisation de nouvelles activités à la tutelle, il se heurte en effet à l'influence du Maire, président du CHU, qui a plus de poids que lui auprès du Ministère. « *On est soumis au bon vouloir d'une tutelle qui a tendance à vouloir protéger le monopole public* », explique-t-il en entretien. La pression de la tutelle se fait sentir jusque sur ses tentatives de rachat d'une autre clinique privée. C'est pourquoi lui aussi assume ou a assumé des responsabilités dans une commission ministérielle, à la Fédération de l'hospitalisation privée, ainsi que dans des projets de test de nouveaux indicateurs préalablement à leur mise en place au niveau national.

Même si, contrairement à Beausoin, une importante clinique privée comme Grandsoin n'est pas dépendante des subventions de l'État, ses marges de manœuvre sont cependant plus que réduites car elle ne fixe pas ses tarifs et doit assurer la rentabilité de l'équipement dans un environnement très réglementé. De plus, les critères d'évaluation, comme les normes auxquels ils sont soumis, échappent totalement à ceux qui ont la responsabilité de les mettre en œuvre. La responsable qualité de Beausoin explique :

> « *Ça vient de plus haut. Quand le ministère de la santé, moi j'appelle ça* « pond un décret », *(…) il ne songe jamais sur le terrain à savoir comment on va l'appliquer. Est-ce qu'on a les moyens de le faire, en personnel ? Est-ce qu'on a les moyens en budgets ? Comment on va le faire ? Est-ce que c'est applicable dans nos établissements et en combien de temps c'est réalisable ? Ça… Le décret il tombe, voilà. Et une fois que c'est un décret, c'est un décret. À nous de nous débrouiller !* » *(Responsable qualité, Beausoin)*

Par ailleurs, la notoriété des établissements se joue dans les classements publiés régulièrement sous la forme de palmarès dans la presse nationale ou sur les sites Internet consultables par le grand public. Pour figurer dans le peloton de tête des palmarès nationaux, comme c'est le cas de la clinique Grandsoin depuis quelques années, il faut être excellent sur tous les critères passés en revue. Sans compter que plus encore que le classement, c'est l'amélioration permanente qui est valorisée. Le défi est de taille pour ceux qui, une année, ont atteint la place de meilleur établissement de France. Un rien suffit à les déclasser et donc à être jugés en perte de vitesse. D'autant que les patients sont encore plus exigeants quand ils se savent accueillis par une des meilleures cliniques du pays et ils n'hésitent pas à exprimer leur insatisfaction au moindre inconfort ou aléa.

L'excellence poursuivie peut alors devenir une sorte de malédiction, de condamnation à la réussite permanence, à la perfection, au zéro-défaut. Or un tel perfectionnisme est par nature intenable, particulièrement dans un domaine ou l'aléa est omniprésent et le résultat jamais totalement maîtrisable.

« *La barre est haute* », entend-on souvent à Beausoin, tant de la part de membres de la direction que des personnels. « *On veut aller dans la qualité extrême* » dira une infirmière du centre. C'est souvent avec ironie qu'ils commentent cette course à la qualité parfaite :

> *« On a eu des montées comme ça de tellement vouloir être le meilleur élève, de la part des hiérarchies. Qu'est-ce qu'on s'en fout d'être le meilleur élève ! Franchement je trouve ça ridicule. (…) il y a eu un niveau d'exigence, c'était débile. (…) Parce que vous n'avez pas droit à l'erreur, il faut être parfait ici. Personne n'est parfait ! Qu'est-ce qu'on s'en fout d'avoir, vraiment je trouve ça ridicule, d'avoir le prix d'honneur ! » (Paramédical, Beausoin)*

Un sentiment également largement partagé à Grandsoin. La clinique étant entièrement détenue par les médecins qui y exercent, la situation est encore plus complexe. L'actionnaire, celui dont l'intérêt se mesure à l'aulne des classements et des indicateurs, est présent quotidiennement aux côtés de ceux qui exercent l'activité. On retrouve parfois en filigrane dans les discours des personnels les traces d'un imaginaire collectif un peu paranoïaque du patron actionnaire omniprésent - « *l'œil au fond de la tombe* », ainsi qu'en parlait en privé un des membres du CHSCT. Ce patron, qui intervient dans le travail et en est directement le prescripteur, n'est pas un simple intervenant extérieur – quelqu'un qui réalise des « *interventions* » (GLOUBERMAN et MINTZBERG, 2001 ; 2002) – à la manière d'un prestataire fournisseur de services. Par son statut de libéral qui loue ses vacations à la clinique, il est également un client, quelqu'un qui rapporte du chiffre d'affaires. L'établissement dépend de son activité, qui en même temps n'a aucune possibilité d'influencer son comportement. Le dirigeant doit donc rendre compte aux actionnaires de la performance d'une entreprise dont l'activité ne dépend pas de lui mais d'eux-mêmes, tant en amont (la prescription) qu'en aval (la production des soins). Le patron est donc à la fois le fournisseur, le producteur et le client, en même temps que le propriétaire.

Sans compter que les médecins-actionnaires s'avèrent précisément être une des principales causes d'incertitude et de désorganisation dans le processus de production. De par leur statut et leur rôle dans l'organisation, les médecins ne sont soumis à aucune règle et personne ne peut discuter leurs ordres. « *Ici les chirurgiens sont actionnaires, ils sont maîtres de ce qu'ils font* », explique une cadre. La seule capacité d'action de la direction de l'établissement consistera donc à s'assurer que tout soit exécuté de manière irréprochable, car elle sera tenue responsable de tout dysfonctionnement. C'est son seul champ de compétence. C'est le paradoxe d'une gouvernance directement partie prenante dans l'activité demandant des comptes à ceux qui n'en ont aucune maîtrise.

Tenue à l'excellence, la direction, tant à Beausoin qu'à Grandsoin, poursuit alors le mythe d'une qualité parfaite et s'engage dans une traque aux erreurs et aux dysfonctionnements, qui alimente une véritable phobie du risque.

1.1.2. La traque aux erreurs et la phobie du risque

Les équipes de direction n'ayant aucune maîtrise de l'activité en elle-même, qui relève d'abord des médecins, elles s'engagent en revanche dans ce qui constitue leur domaine propre : la gestion, la rationalisation, la conformité aux normes. C'est sur ce registre-là qu'elles doivent et espèrent faire leurs preuves. L'objectif est dès lors affiché : on se réclame de qualité totale, on vise le « *zéro-défaut* ». L'erreur est interdite, le dysfonctionnement devient l'ennemi numéro un que l'on traque sans état d'âme.

Du point de vue de la direction, le message est clair : « *l'erreur, elle est pas acceptable* », explique un salarié de Grandsoin, en ajoutant : « *avec menaces de sanctions, c'est des mots qui sont dits* ». L'erreur est d'autant plus inacceptable que des vies humaines sont en jeu. « *Ce sont des métiers où on sait qu'on n'a pas le droit à l'erreur* », confirme une cadre de Beausoin. La phobie du risque est alimentée par les innombrables obligations légales entraînant des réunions et des mesures exceptionnelles dès qu'un nouveau germe apparaît.

La justification première de toutes les règles imposées est toujours la sécurité du patient. Et de fait, d'innombrables normes et protocoles servent à circonscrire les risques et à délimiter les responsabilités en cas de problème. C'est la hantise permanente de tous : qu'il arrive un problème non maîtrisé et que le patient se retourne contre le responsable. « *Il faut surtout pas qu'il y ait des plaintes* » (cadre, Grandsoin). La peur du procès est dans tous les esprits et la direction, à Beausoin comme à Grandsoin, ne cesse de le rappeler, aux cadres comme aux soignants.

> *« En plus l'actualité là, des erreurs médicales, alors là c'est chaud bouillant ! (…) ce qui est arrivé, ça pourrait nous arriver tous les jours. Et [la responsable] qui nous rappelle à l'ordre mardi dernier en disant : il faut être plus, plus que jamais, ultra-super-prudents, parce qu'en plus les gens deviennent procéduriers. Et là en l'occurrence il y a eu un courrier le matin même. » (Paramédical, Grandsoin)*

Pourtant, tous le savent, le risque est quotidien, d'autant que l'activité est complexe.

> *« En plus il y a cette informatique qu'on vient de mettre en place et il y a des bugs sans arrêt sur les prescriptions, donc [les infirmières] se disent : si on fait la moindre erreur, ça va être la catastrophe et… Elles sont pas en confiance, ça c'est sûr. » (Cadre, Beausoin)*

Le lapsus de bon nombre de soignants de Beausoin lorsqu'ils mentionnent le dispositif qualité de déclaration des événements indésirables est révélateur : l'utilisation du terme médical « *effet indésirable* » n'est pas sans évoquer les conséquences parfois inévitables d'une action censée apporter un bienfait mais pouvant provoquer des réactions non voulues, éventuellement douloureuses. L'erreur est inhérente à l'action humaine, elle est le propre de l'activité à hauts risques qu'ils exercent, on ne pourra jamais l'éliminer

complètement, semblent-ils vouloir dire à la direction qui, elle, juge que, par définition, un « *événement indésirable* » ne doit plus se produire.

Une telle menace suscite inévitablement des comportements visant à se protéger. On l'a vu à Beausoin, où les risques sont amplifiés par les fortes tensions entre direction administrative et médicale. Chacun « *se couvre* », la traçabilité et le respect des règles deviennent le moyen de dégager sa responsabilité. La responsabilité est trop lourde à porter, le risque devient « *la part maudite* » (BOURGEON, 2007) qu'on se renvoie comme une patate chaude. D. BOURGEON identifie la part maudite à « *la part non prise en charge* » de la détresse du patient (2007, p. 106), qui génère de la culpabilité et appelle à être partagée. On peut sans doute plus largement considérer le risque lié à la prise en charge du patient, qu'aucun soignant ne se sent en mesure d'assumer seul, comme cette « *part maudite* » que l'on ne peut porter et qui pèse lourd pour qui n'est pas soutenu.

La multiplication des outils qualité, susceptibles d'être utilisés sur un mode accusatoire en vue de dégager sa responsabilité, participe du sentiment de contrôle et de mise en danger lors de toute prise d'initiative. L'usage en forme de délation du système des événements indésirables à Beausoin en est un exemple flagrant. Alors qu'en général les soignants jouent le jeu de signaler spontanément leurs erreurs, la traque à la faute qu'ils perçoivent de la part de leur hiérarchie développe en eux un profond malaise et alimente la défiance.

> *« [La direction] a tellement peur qu'on cache nos erreurs qu'on a l'impression qu'on fait qu'en cacher, c'est complètement dingue comme truc ! » (IDE, Beausoin)*

1.1.3. La chasse aux glissements de tâches

Dans un tel contexte, toute sortie des règles devient une mise en danger inconsidérée, risquant d'être sanctionnée. En réalité, tant à Beausoin qu'à Grandsoin, les sanctions effectives sont relativement rares et demeurent en général de l'ordre de la réprimande orale, parfois accompagnée d'un courrier personnalisé reprochant les faits. Mais la menace est permanente et sans cesse mobilisée par la direction. Quelques faits, rapportés parmi les histoires véhiculées dans la culture de la maison, viennent rappeler la réalité du danger.

En cas de problème, l'infirmière sait qu'elle sera toujours perdante face au médecin ou à la direction. Elle est donc contrainte de choisir, souvent seule et dans l'urgence, entre assumer le risque pour le bien du patient ou s'en tenir aux règles, avec les conséquences que cela peut avoir. A chaque détérioration de l'état d'un patient, elle peut être amenée à intervenir rapidement, sans la prescription écrite du médecin, voire sans-même avoir pu le consulter ou qu'il ne se soit déplacé. Elle sort alors de ses compétences, agit sans filet au risque de se voir reprocher son action (ou son inaction) si la situation tourne mal. Ce

risque, cette « *épée de Damoclès* » permanente comme diront plusieurs infirmières de Beausoin, est d'autant plus pesant pour les soignants que l'administration prône une politique de sanction de toute transgression des règles.

L'histoire la plus emblématique de toutes est l'épisode du patient en fin de vie pour lequel le protocole de morphine a été lancé sur prescription seulement orale du médecin, par téléphone, sans que celui-ci ne se soit déplacé de tout le week-end, malgré les appels répétés des infirmières des tours successifs qui considéraient devoir impérativement agir face à la gravité de la situation. Les menaces orales et les sanctions effectives de la part de la direction et du médecin-chef ont été très mal vécues par les infirmières de Beausoin.

> *« Les collègues (…) ont accepté les prescriptions par téléphone, elles ont fait ce qu'il y avait à faire. (…) je suis d'accord que c'était pas comme ça que ça devait se faire, mais enfin moi, j'aurais été là le dimanche, j'aurais surement exécuté moi aussi… » (IDE, Beausoin)*

Ce type de situations révèle en effet des échelles de valeurs différentes : là où pour les soignants prime l'état du patient et le devoir moral de le soulager, pour la direction la priorité est la sécurisation du processus, à savoir la conformité aux règles afin d'éviter toute prise de risque mettant en jeu la responsabilité des acteurs et de l'organisation. Le risque est la « *part maudite* » qu'on se renvoie, dont les procédures permettent de se protéger si on les respecte à la lettre.

Dans bien des cas, pourtant, précisément parce qu'ils tiennent à faire un travail de qualité, les acteurs se trouvent engagés à poser un geste qui ne relève pas de leur compétence officielle et qui par conséquent peut être considéré comme une infraction par rapport aux règles de sécurité et de division du travail. C'est ce qu'ils appellent un « *glissement de tâche* » [183]. Le management tente par tous les moyens de se prémunir contre le risque qu'ils représentent et mène une véritable chasse aux glissements de tâches.

Ces multiples cas de sortie des règles sont cependant l'expression d'une coopération permettant une prise en charge collective des situations pour lesquels les moyens de chacun seraient insuffisants (OSTY, 2003). Ils sont donc au fondement même de la compétence collective.

> *« Quand on doit gérer tout le monde, c'est vrai que notre aide-soignante du coup, qui a pas la responsabilité on va dire d'injection ou de préparation de médicaments, nous permet*

[183] F. OSTY en donne la définition suivante : « *Le glissement de tâches se caractérise par l'incursion d'une catégorie de personnel dans la réalisation d'actes pour lesquels il n'est pas explicitement habilité. Il s'agit, sur le plan réglementaire, d'une dysfonction par rapport à une définition stricte des tâches de chacun et des niveaux de qualification. Symptôme d'un ordre local propre au service, le glissement de tâches correspond à une modalité construite par les différents acteurs pour garantir un niveau d'efficience satisfaisant.* » (2003, p. 188)

parfois, quelque chose qu'on n'a pas vu : ben, t'as vu, il est pas…, il y a ci, il y a ça. Ah, j'avais pas fait attention. Donc tout le monde travaille en complément. » (IDE, Grandsoin)

De plus, dans bien des cas, pour ceux qui les réalisent, ces transgressions des règles sont vécues comme contraintes, imposées par les circonstances et les manquements de ceux qui, implicitement ou explicitement, les laissent assumer des responsabilités qui ne sont pas les leurs. Ils savent prendre un risque qu'on leur reprochera, mais qu'ils acceptent pour le patient, pour la satisfaction de bien faire leur travail et le sens qu'ils y investissent.

« On a des fauteuils roulants qui ont pas de pied à perfusion, donc on est obligés de clamper les perfusions[184]. (…) Et ça ils le savent à la direction. (…) C'est un acte médical normalement ; nous brancardiers on n'a pas le droit de le faire. Et l'autre jour, moi j'ai un collège, il a clampé sur un site[185] (…) faut surtout pas clamper dessus parce que ça se bouche relativement vite. (…) Mais on est obligés, on n'a pas de pied à perfusion ! » (Brancardier, Grandsoin)

Le risque est là, quotidien. A chaque fois, les professionnels ont conscience qu'ils sont susceptibles d'effleurer le pire. Leur geste, posé en toute connaissance de cause et par conscience professionnelle, n'est donc en rien une infraction par volonté de transgresser les règles ou de marquer un désaccord (HONORÉ, 2006 ; VARDI et WIENER, 1996). C'est au contraire un acte qu'ils craignent. C'est pourquoi les salariés estiment que l'organisation, qui les contraint à prendre un tel risque, devrait l'assumer avec eux, les soutenir plutôt que le leur reprocher. L'écart entre le service générique et le service effectif est un effet co-substantiel à l'activité de service – et c'est tout particulièrement vrai dans la santé - et devrait donc être reconnu et accompagné plutôt que qualifié de dysfonctionnement, observe C. DU TERTRE (2005, p. 41).

« Ils n'aiment pas le mot ''glissement de tâches''. (…) On se retranche toujours derrière les prescriptions mais sur le terrain c'est pas possible. Soit on rentabilise le personnel et c'est cadré pour qu'il n'y ait pas que débordements, quand on fait des glissements de tâches on sait que c'est validé, ou alors ils mettent le personnel en conséquence. » (IDE, Grandsoin)

Les glissements de tâches deviennent problématiques lorsque le risque qu'ils impliquent n'est plus sécurisé mais au contraire sanctionné, lorsque le contrôle se pervertit en un système disciplinaire (HONORÉ, 1999). C'est le cas à Beausoin du fait de la chasse aux erreurs du médecin-chef par le biais des événements indésirables ; c'est le cas aussi à Grandsoin où la direction des soins et plus encore les responsables hôtellerie prônent un respect strict des procédures et menacent de sanction toute transgression.

[184] Clamper une perfusion consiste à l'interrompre. Le terme clamper signifie normalement pincer les vaisseaux avec un instrument pour empêcher une hémorragie.

[185] Un site, appelé aussi chambre à cathéter implantable, est un dispositif sous-cutané relié à une veine profonde permettant des injections régulières, utilisé par exemple pour des chimiothérapies.

La sanction est vécue comme une profonde injustice quand celui qui l'impose porte lui-même une part de responsabilité dans la situation qu'il reproche. De la part de la hiérarchie, qu'elle soit médicale ou administrative, condamner le glissement de tâche consiste à faire porter au plus faible les conséquences de ses propres responsabilités non assumées, à punir ce qui est en réalité un don coûteux.

Interdire et sanctionner les glissements de tâches, c'est aussi bloquer « *les négociations silencieuses que sont les transgressions* » (BABEAU et CHANLAT, 2008, p. 217), ces « *négociations ordinaires* » (STIMEC, 2009) qui constituent la régulation et permettent le travail. C'est finalement empêcher toute forme d'échange, de coopération.

C'est le cas à Grandsoin, où tout semble indiquer que la coopération n'est pas bienvenue. Les ASH, dont la responsable a posé comme principe l'interdit de faire une chambre ou un lit à deux, l'expriment particulièrement.

> *« Il faut plus travailler non plus en équipe, [l'AS] elle a pas le droit de nous aider à couvrir un lit aussi, avec l'agent. Des fois on a l'impression d'être des pestiférées ! » (ASH, Grandsoin)*

L'absence d'entraide n'apparaît pas ici comme le fait d'une dégradation du climat de travail mais précisément l'inverse : quasiment institutionnalisé, l'interdit de la coopération a progressivement empêché toute entraide tant entre catégories professionnelles qu'entre pairs. Ce n'est pas un manque de solidarité des salariés mais un mode de fonctionnement établi par l'organisation, par une trop stricte définition des rôles. L'absence de travail en commun a, de manière générale, des effets particulièrement délétères sur le collectif et par conséquent sur la qualité même du travail.

> *« C'est le fait d'avoir toujours ces restrictions, de pas prendre nos pauses ensemble, de pas faire telle et telle chose ensemble, il faut toujours qu'on soit tout seul pour faire différentes choses (…) du coup on commence à se retirer comme ça, petit à petit, de la vie de communauté. » (AS, Grandsoin)*

Même si en réalité, les personnes continuent malgré tout de s'entraider, bravant les règles et les risques de sanction.

> *« Dès qu'on peut on s'aide entre nous, parce que sinon des fois ce serait trop dur. (…) Je pense qu'on doit avoir pas le droit, d'après ce que j'ai compris, mais bon… (…) Chacun devrait rester sur chaque bloc. » (Brancardier, Grandsoin)*

Pour les personnels, et notamment les ASH, braver l'interdit de la coopération, c'est aussi exprimer son autonomie face à des règles qui semblent absurdes, tant elles ne font qu'empêcher un travail de qualité. Bien qu'il ne s'agisse jamais d'une contestation explicite des règles en tant que telles, c'est le moyen de redire son attachement à la réalisation d'un travail bien fait, « *malgré* » les règles et leurs contraintes.

Face à une telle phobie du risque, il n'est pas étonnant que les dysfonctionnements et les ajustements inévitables face à la règle tendent à être masqués. L'objectif devient de faire en sorte que cela ne se voie pas. Un des paradoxes du mythe de la qualité parfaite est que les premiers tentés de dissimuler les manquements aux procédures, que par ailleurs ils traquent, ne sont pas tant les soignants eux-mêmes que les directions et leurs collaborateurs. Ceux-ci doivent certes garantir la qualité des soins mais surtout, vis-à-vis de l'extérieur, toujours sauver les apparences d'une qualité parfaite.

1.1.4. Donner l'illusion de la qualité parfaite

L'important n'est pas d'abord la qualité en elle-même mais d'en donner l'illusion. Dès lors, la priorité pour la direction sera de s'assurer que les dysfonctionnements ne se voient pas et que tous les indicateurs restent « *au vert* ».

> *« La direction, elle veut tous les feux au vert, c'est-à-dire pas d'emmerdes. (…) il se passe quelque chose, il faut toujours tout de suite la solution. » (Cadre, Beausoin)*

C'est notamment essentiel pendant le processus de préparation de la certification. Il faut prouver sa performance, la défendre vis-à-vis de l'extérieur et en aucun cas laisser apparaître les points plus disqualifiants. Cette politique visant à soigner les apparences quitte à masquer les problèmes provoque de douloureuses désillusions parmi ceux qui ont accepté de s'investir dans les groupes de travail avec une réelle volonté de contribuer à une démarche d'amélioration. Une infirmière de Grandsoin en témoigne :

> *« Je faisais partie de l'accréditation[186] (…). Oui, il y a eu beaucoup de désillusions entre ce que je pensais qu'on pourrait faire et ce qui, en fait, est la réalité ; entre la réalité du terrain et en fait ce qu'ils font entre guillemets croire aux experts de l'accréditation. (…) moi je trouvais qu'il y avait un énorme écart. Il fallait montrer les points positifs. (…) d'accord, Ok, mais après, mince, montrons la réalité des choses ! Et non, quoi, tout n'est pas beau, tout n'est pas rose, il y a plein de choses où il faut qu'on s'améliore !» (IDE, Grandsoin)*

Les salariés perçoivent pourtant bien les enjeux de l'évaluation externe et ses conséquences pour l'établissement. Ils acceptent même d'en jouer le jeu quand c'est nécessaire, même s'ils considèrent cela comme du cinéma.

> *« La qualité, pour être validé, il faut ça, donc on le met mais par contre c'est pas appliqué. (…) C'est facile, vous avez les experts qui arrivent, tout le monde se met au garde-à-vous et puis tout le monde fait bien son truc et voilà. » (Cadre, Beausoin)*

[186] La démarche s'appelle désormais certification, mais nombre de soignants et même de cadres continuent d'employer le terme précédent d'accréditation, dont l'usage est encore très répandu.

Ce qui en revanche révolte les soignants, pour qui prime la qualité de prise en charge des patients et autant que possible leur bien-être, c'est lorsque la qualité « *des indicateurs* » se fait au détriment de celle des soins. Or pour eux, la trop forte exigence des procédures, qu'ils ne contestent pas en soi, ne permet plus aujourd'hui une véritable qualité.

> *« Le fait de coller aux critères qualité, c'est vécu comme une charge de travail qui leur empêche de fournir la qualité qu'elles voudraient fournir elles. (…) Il y a la qualité de l'établissement, qui est collée aux recommandations (…). C'est forcément au détriment de cette première qualité, qui était de passer du temps auprès du patient. » (Cadre, Beausoin)*

Les personnels expriment fréquemment leur impression que la qualité recherchée n'est qu'apparence, qu'on soigne « *la vitrine* », que seule l'image a de l'importance aux yeux de leurs dirigeants. « *C'est le paraître qui est bien* » (AS, Beausoin), le reste doit demeurer caché, pour ne pas risquer de ternir la réputation.

> *« Il faut montrer sur l'extérieur que Beausoin c'est… il y a un bel emballage. (…) à l'intérieur, ben il y a plein de remue-ménage, dont on s'en fout ou il faut pas le dire (…). Mais il faut que Beausoin, ce soit quelque chose de beau. » (AS, Beausoin)*

A Grandsoin, les actionnaires étant présents sur place, la pression est plus forte encore. L'objectif est clairement qu'ils ne se rendent compte de rien, même s'ils sont chaque jour au bloc et dans les services. L'important est donc d'arriver à « *gérer* ». Les consignes sont strictes, pour ceux qui sont en contact avec les praticiens. Un brancardier explique :

> *« [La responsable] nous avait dit : (…) quand on vous appelle maintenant des salles [d'opération], vous répondez juste par oui, même si vous avez quatre patients à aller chercher, la salle de réveil qui a appelé ou quoi que ce soit, vous répondez juste par oui puis vous raccrochez, parce que vous dérangez les chirurgiens. (…) Mais qu'il fallait pas partir dans les conversations : (…) là j'y arrive pas… » (Brancardier, Grandsoin)*

Une attitude confirmée par des cadres intermédiaires, qui affichent leur souci de ne surtout pas faire arriver aux oreilles des médecins-actionnaires les problèmes rencontrés, alors même qu'ils les côtoient tous les jours au plateau technique. C'est visiblement une question de loyauté vis-à-vis de la direction, dont chacun sait que les relations sensibles avec le directoire sont le territoire réservé.

> *« J'ai pas à chanter sur tous les toits que ouais, on est débordés. Non, je pense pas que ça nous servira d'abord, et puis quelque part c'est un peu… » (Cadre, Grandsoin)*

En effet, exprimer qu'on a du mal à faire face à la charge de travail, c'est afficher son incapacité. « *Faut avoir vraiment confiance dans son collègue pour pouvoir [demander de l'aide], parce que ça veut dire s'afficher comme un peu défaillant. Ici, on défaille pas* », explique un membre de l'équipe paramédicale de Grandsoin.

Or ceux qui, plus que quiconque, ne peuvent se permettre d'être perçus comme défaillants, sont les membres de la direction. Leur position est fragile face aux médecins-actionnaires omnipotents. N'étant pas inscrits dans la hiérarchie médicale, celle qui a de la valeur aux yeux des soignants, leur légitimité est faible non seulement face aux médecins mais même vis-à-vis de leur propre personnel. Pour eux, il est donc essentiel que les actionnaires n'aient pas de doutes quant à leur capacité à gérer la situation.

> *« [L'encadrement], ils sont très respectueux… (…) de là-haut [les médecins]. (…) Ils voient bien qu'il y a des problèmes mais… ils vont y arriver ! » (Membre du CHSCT, Grandsoin)*

C'est de fait ce que nous constaterons *a posteriori*, lorsque le comité de direction sera remis en cause par une instance de gouvernance doutant de sa compétence et de sa capacité à obtenir les résultats attendus. On comprend mieux la nécessité pour la direction d'obtenir rapidement des résultats, sur la question du climat social par exemple. Ce fut là pour elle un des enjeux essentiels de notre intervention : lui donner les moyens de mieux maîtriser la situation, en comprenant bien d'où venaient réellement les problèmes, sans toutefois la mettre en danger par un diagnostic trop compromettant pour elle.

Tout laisse à penser que c'est aussi la raison pour laquelle les cadres de proximité ne remontent pas toujours les difficultés rencontrées par leurs équipes : bien des fois ils ont dû expérimenter en réunion d'encadrement que leur direction apprécie peu que l'on exprime par trop fréquemment des problèmes pour lesquels on n'a pas toujours de solution. C'est du moins la perception de certains membres de leurs équipes :

> *« Les responsables, elles veulent pas d'histoires non plus, elles veulent pas avoir de problèmes, donc je pense qu'elles doivent se rendre compte de certaines choses, mais par rapport à elles, elles veulent pas être mal vues aussi. Si elles osent dire des trucs, elles ont peur aussi que ça retombe sur elles, en fait. » (ASH, Grandsoin)*

Il y a probablement pour les cadres de proximité une question de légitimité difficile à conquérir, vis-à-vis de leur équipe, qui les fait préférer ne pas entrer en conflit avec leurs subordonnés en n'abordant pas les difficultés. Mais il y a peut-être aussi une pression de la direction pour le « *beau* », le « *zéro défaut* », « *l'excellence* », qui interdit de rendre visibles les problèmes, les conflits, les paradoxes, les dysfonctionnements.

Le dialogue, l'expression des salariés, qui sont pourtant encouragés par les démarches d'amélioration continue de la qualité, posent en réalité terriblement problème quand on est tenu au zéro-faute, à montrer une vitrine parfaite vis-à-vis de l'extérieur (tutelles, patients, accréditation) ou de sa structure de gouvernance (conseil d'administration ou actionnaires). On finit peu à peu par éliminer toute possibilité aux salariés d'exprimer les dysfonctionnements et les plaintes, que l'on cantonne aux outils informatisés plus

aseptisés et anonymes comme les fiches d'événements indésirables. Le dialogue, la parole, c'est dangereux, c'est risquer de donner à voir une faiblesse.

Comment allier transparence, traçabilité, logique d'amélioration continue, qui supposent l'identification de tous les problèmes et dysfonctionnements, avec l'exigence actuelle de zéro-défaut exigée par les normes, les indices, les classements, par les patients et les familles, par les actionnaires ? Voilà une injonction contradictoire très culpabilisante et conduisant logiquement à cacher les problèmes. Cela induit une pression difficilement tenable, en premier lieu sur les dirigeants, tenus responsables de résultats sur ce terrain si paradoxal. Eux-mêmes reportent ensuite cette pression sur tous ceux qui sont en dessous et celle-ci se répercute, comme l'analyse M-A. DUJARIER (2006), spécialement sur ceux, tout en bas, qui ne peuvent éviter d'affronter le paradoxe, à savoir les soignants dont l'action se déroule sous le regard des patients. Ou sur ceux qui sont à la frontière des deux logiques, les cadres de proximité. Nous y reviendrons.

1.2. La tentation de l'hyper-rationalisation

Pour se protéger du risque et de tout ce qui pourrait perturber l'organisation et ternir la qualité, selon le *credo* professé par les directions des établissements rencontrés, point de salut hors du respect des règles, de même que dans la santé il n'y a point de soins sans protocoles. Comme toute « *technique managériale* », le « *tournant gestionnaire des établissements de santé* » est porteur d'outils comportant à la fois une dimension de substrat technique, mais aussi une philosophie gestionnaire et une vision de l'organisation (HATCHUEL et WEIL, 1992). Les outils et leur « *mythe rationnel* » (HATCHUEL, 2001) de la qualité parfaite véhiculent des représentations du management profondément différentes de celles portées par les personnels soignants ou de service, ou encore par les médecins.

1.2.1. Management « hyper-rationnel » vs « hyper-affectif »

Le discours de l'encadrement supérieur à la clinique Grandsoin est emblématique : il oppose une conception d'un management supposé performant fondé sur le cadrage, le contrôle et la compétence gestionnaire, à une vision véhiculée par les équipes et la plupart des responsables d'unités, que ceux-ci appellent « *management par l'humain* », associé pour la direction au très péjoratif « *copinage* » ou « *maternage* ».

En entretien, un certain nombre de salariés et de cadres eux-mêmes se définiront et décriront leurs collègues ou prédécesseurs selon ces deux catégories. Une nouvelle responsable plus avenante donnera parfois l'espoir au départ d'être plus à l'écoute que les précédentes ; les faits finiront souvent par la faire ranger du côté de la rigidité des règles.

Une cadre de Grandsoin décrira ainsi la clinique comme « *dominée par le copinage* » jusqu'en 2005, puis ensuite, à l'arrivée de nouvelles responsables « *avec des objectifs plus cadrés* », apparaît le « *management par les règles* », avec cependant « *trop d'autorité* », quoique cela soit officiellement reconnu comme nécessaire. « *Aujourd'hui, je le sens bien.* [*La nouvelle responsable*] *est plus dans l'échange* », dira-t-elle en conclusion, tout en précisant soigneusement que « *copinage* » ne signifie pas forcément plus d'écoute. Comme bien d'autres, elle oscille entre deux représentations du management entre lesquelles elle ne sait choisir, adhérant par principe à la politique de la direction sans pour autant être totalement convaincue par une manière de faire avec laquelle elle tentera en permanence de garder ses distances, malgré les limites que représente visiblement l'excès inverse.

Ces deux visions du management viennent percuter régulièrement les pratiques et créent un malaise, notamment pour les cadres de proximité tiraillés entre leur identité soignante et le discours de la direction. La différence entre les deux formes de management s'exprime à la fois dans les représentations du management qui sont portées, dans la relation à l'équipe et au travail de terrain et dans le lien avec la direction.

D'un côté, on trouve une vision du cadre proche de celle décrite par H. MINTZBERG sous le nom de « *cadre en temps réel* » : « *toujours surchargé de travail, il est partout à la fois, prêt à remplacer n'importe quel salarié, prêt à faire tout travail qui s'avère nécessaire* », jouant avant tout un rôle de « *régulateur* » (1984, p. 141). Un mode de management que J. HART et A. MUCCHIELLI qualifient de « *management hyper-affectif* », caractéristique des cadres de santé (1994). A l'opposé, une représentation qui rejoint le type qu'H. MINTZBERG nomme « *cadre interne* » : ces managers « *passent leur temps à créer la structure, à assurer la formation et le développement professionnel de leurs subordonnés et à superviser les opérations qu'ils développent* ». Leur principal rôle est celui de « *répartiteur de ressources* » (1984, p. 141). Une définition qui se rapproche également du « *modèle rationnel* » de R. QUINN (QUINN et ROHRBAUGH, 1981).

Nous retiendrons pour notre part, pour qualifier les formes ici observées, le terme de « *management hyper-rationnel* » et celui de « *management hyper-affectif* », soulignant ainsi la forme excessive qu'ils représentent tous deux dans les cas étudiés, le management se jouant justement dans un difficile équilibre face à des paradoxes irréductibles (QUINN et ROHRBAUGH, 1981 ; DENISON, HOOIJBERG, QUINN, 1995 ; MINTZBERG, 2011).

Parmi les cadres de proximité de Grandsoin, ces deux types de management apparaissent avec force. D'un côté, les responsables d'unité, pour la plupart d'anciennes infirmières promues sans formation spécifique, restent très attachés à leur identité de soignants, membres de l'équipe de soin, et peinent à entrer dans la logique de la direction, dont

pourtant ils connaissent bien la rhétorique et savent répéter les discours attendus. De l'autre, quelques rares cadres embauchés récemment, parfois issus de l'école des cadres, incarnent au contraire la vision du management « *hyper-rationnel* » portée par la direction et sont régulièrement montrés en exemple. Entre les deux, on sent un fort clivage : « *On n'avait pas le même langage* », expliquera l'une d'entre elles.

> *« Ils sont trop restés sur le schéma de ce qu'on appelait la surveillante, qui était une super infirmière, qui était à la fois capable de piquer tous les patients qui étaient impiquables (…) Répondre toujours, être le pompier de service. (…) Moi mon travail, je le vois pas comme ça. » (Cadre, Grandsoin)*

> *« Pour ma collègue de l'école des cadres, nous ne faisons pas partie de l'équipe soignante mais de l'équipe de direction. Moi je suis là pour leur rendre service, leur faciliter la vie, faire en sorte qu'elles travaillent bien. » (Cadre, Grandsoin)*

Tous, cependant, quelque soit leur position, connaissent le discours officiel sur leur rôle. Dans la philosophie de l'établissement, un bon manager, c'est quelqu'un qui cadre, qui encadre, qui est cadré, qui sait coller au cadre et faire rentrer dans le cadre.

> *« Notre rôle c'est aussi de faire appliquer tous les protocoles aux équipes, d'apporter une homogénéisation pour qu'on fasse toutes pareil, et faire suivre les règles aux docteurs, (…). Pour que tout soit cadré, dans les règles, que ce ne soit pas anarchique. Si chacun y va de sa petite organisation, ça peut pas aller. » (Cadre, Grandsoin)*

Cette représentation du management est incarnée de manière quasi caricaturale par les responsables du service hôtellerie, pour qui encadrement rime avec contrôle et discipline.

> *« Il y en a qui, je pense, craignent d'affronter leur équipe. (…) Vous êtes managers, vous devez vous imposer ! C'est pas [*tout doucement*] : ''oui, alors quand tu auras un moment, est-ce que tu pourrais…'' Il y a des fois [*elle tape du poing sur la table*] il faut y aller ! (…) C'est mon rôle, je dois aller aux charbons ! » (Cadre, Grandsoin)*

Le changement a été particulièrement remarqué à Grandsoin, lorsque la directrice des soins a pris la responsabilité du plateau technique. Autant celle à qui elle succédait était « *maternante* » (selon les termes même de la nouvelle responsable), autant celle qui prend les rênes incarne la nouvelle représentation du management fondé sur la performance et la rationalisation. Celle-ci décrit elle-même le fossé :

> *« [La responsable précédente] était sur un autre mode de management, plutôt un mode de management on va dire… un peu… maternaliste, hein ! (…) c'est une autre génération (…) [les responsables d'unité] on leur a pas mis une rigueur, mais une rigueur avec des bases organisationnelles, entre guillemets scientifiques si vous voulez. (…) le volant management humain, ben on les a laissé faire, avec ce qu'elles sont elles-mêmes comme êtres humains.*

> *Alors entre celles qui maternent, celles qui maternent et puis qui grondent un coup, enfin voilà, c'est comme à la maison avec ses enfants. » (Cadre, Grandsoin)*

Le passage au mode de management « *hyper-rationnel* » que prône la direction s'accompagne du recrutement de cadres « *qui collent avec sa façon de manager* » (cadre, Grandsoin). Il en a été de même à Beausoin, où la directrice a tenu à recruter des cadres « *professionnelles* », « *pas dans l'affectif* » :

> *« Il y a eu tout un staff avec des personnes plus, enfin je veux dire, qui correspondent peut être plus à ce que j'attendais, à ce qu'attendent les tutelles, avec des indicateurs, des tableaux. (…) une surveillante qui est vraiment, qui remet, dès qu'il y a du cancan ou du dérapage affectif, qui remet du professionnel en place. » (Direction, Beausoin)*

Le professionnalisme est indubitablement lié aux règles, aux procédures.

> *« Il y en a qui ont compris la musique de la qualité et puis certains qui ne sont pas habitués à formaliser, à procédurer leur approche. » (Direction, Beausoin)*

La direction demande donc aux cadres de ne pas prendre part au travail, de vouvoyer leurs équipes, de ne pas se faire appeler par leur prénom, de ne pas manger avec le personnel.

> *« J'aimerais bien qu'on m'appelle P., enfin moi c'est vrai que "Mme N.", je suis pas vieille, à tout bout de phrase, ça me gêne quoi ! (…) Elles m'ont dit : "non non non, faut vous faire vouvoyer, Mme N. c'est très bien". » (Cadre, Beausoin)*

Le « *management hyper-affectif* » est perçu comme un signe de faiblesse, d'incompétence, le signe d'une carence de formation ou de carrure pour le poste. Souvent on l'associe même au manque de courage. Pour la direction, le « *management hyper-affectif* » n'a pas sa place dans une organisation avec un tel niveau d'exigences.

> *« [Telle cadre] était beaucoup sur un mode affectif avec ses équipes, elle était très désorganisée, rien n'était fait dans les temps. Alors là, j'ai été directive au possible. On a des devoirs envers le personnel ! » (Cadre, Grandsoin)*

Les termes très négativement connotés utilisés en référence à ce qui est au contraire une valeur essentielle dans le monde des soignants, à savoir « *l'humain* », en dit long sur la manière dont est considéré tout ce qui ne se soumet pas aux règles et résiste à la rationalisation. Or précisément, les soignants revendiquent à longueur de temps la différence entre « *travailler sur de l'humain* » et travailler sur des boites de conserve ou des cartons d'emballage, image évoquant pour eux l'usine avec tout ce que cela peut signifier de négatif.

> *« Si c'était des boites en carton ou des boites de conserve, je me donnerais beaucoup moins de mal, mais là derrière… Non mais c'est vrai que on travaille avec de l'humain quoi ! Donc on peut pas dire (…) c'est pas grave si c'est pas fait. » (IDE, Grandsoin)*

Le « *management hyper-rationnel* » est associé par les personnels à autoritarisme, intransigeance, les équipes reprochant le manque « *d'humain* ». « *On passait pour des méchantes* », affirme une cadre de Grandsoin. Certaines responsables qui optent pour ce mode de management en finissent par se blinder, face à l'échec ensuite de toute tentative de proximité avec leurs équipes. Les deux modes de management semblent incompatibles.

Inversement, d'autres cadres font le choix de laisser le fossé se creuser avec la direction, afin de ne pas s'isoler de leur équipe. Elles tiennent à continuer à mettre « *la main à la pâte* » en cas de difficulté, ce qui leur permet de garder une légitimité sur le terrain. Elles refusent d'entrer dans les schémas prescrits où les cadres, relais de la direction, sont exclusivement consacrés aux tâches de gestion et de coordination, laissant leurs équipes assumer de manière entièrement autonome le quotidien.

La question de l'intervention de la cadre dans le travail concret, sa capacité à « *mettre la main à la pâte* » quand c'est nécessaire, est pourtant essentielle aux yeux des personnels. En effet, alors que l'échelle de valeurs des soignants place le patient au dessus de tout, ce qui devrait donc amener la responsable à lâcher son travail administratif quand le patient a besoin et que l'équipe ne peut assurer, les cadres semblent avoir adopté l'échelle de valeur de la direction, qui place le travail administratif au-dessus du reste. En privilégiant la gestion, les cadres se placent non seulement en dehors de l'équipe et de ses valeurs mais également au-dessus. Le soin aux patients devient une tâche d'exécution, puisqu'il n'est visiblement pas une responsabilité de la direction ni une priorité à ses yeux. La responsable d'unité ne fait pas partie de l'équipe soignante, qu'elle laisse seule dans la difficulté pour rester dans d'autres sphères jugées plus importantes.

> *« Si nous on a un problème dans le service pour x raisons, (…) elles sont pas là pour nous donner un coup de main. (…) Elles sont plus administratives, à gérer les plannings, gérer je sais pas quoi (…) là on marque vraiment la barrière, ben je suis responsable, je vous dis faut faire comme ci comme ça, ben nous on vit d'exécuter. » (AS, Grandsoin)*

Le fait que le cadre cherche une solution et envoie une autre infirmière plutôt que d'intervenir elle-même - ce que la direction prône avec conviction et martèle aux cadres comme étant leur rôle et le bon mode de management - est lu par les soignants comme un déni, un refus de s'impliquer dans le travail. A leurs yeux, le cadre n'assure pas sa responsabilité par rapport au travail lui-même. Ce n'est plus un cadre de santé, c'est un cadre de gestion, un gestionnaire. Pour les soignants, il serait plus important de laisser son propre travail d'organisation pour aider parfois les soignants dans le soin des patients, les autres tâches étant secondaires. On sent très fort le conflit entre deux mondes, deux logiques, qu'une aide-soignante décrit très clairement :

> *« Quand elle sent que l'équipe est en peine, non non, alors elles vont essayer de chercher une infirmière qui pourrait être disponible pour aider, alors que quelque part, elles sont responsables à la base ! (…) Elles vont trouver toujours une solution pour avoir une infirmière pour nous aider, (…) mais elles non. » (AS, Grandsoin)*

De la même manière les glissements de tâches, de la part des agents et de certains soignants, peuvent aussi être lus comme une revendication implicite vis-à-vis de l'encadrement d'un mode de management basé sur l'humain plutôt que sur les règles[187]. Cette revendication est d'ailleurs clairement formulée dans certains entretiens. La direction prône constamment un mode de management basé sur la formalisation et le respect des règles, garant d'une qualité parfaite et de l'excellence recherchée, celles des indicateurs produits par les tutelles. Les soignants pour leur part, et avec eux les agents de service qui sont soumis à un management particulièrement autoritaire, défendent un management « *par l'humain* », où la personne est prise en compte, tant dans la vision du patient que dans les pratiques managériales et dans l'organisation du travail. Un management où les relations primaires ont toute leur place, où ne dominent pas les rôles et les règles. Un management qui reconnaisse les personnes, leurs besoins, leurs attentes, leurs compétences.

Pour résumer, nous pourrions synthétiser dans le tableau suivant les caractéristiques des deux visions du management qui s'opposent de manière flagrante à Grandsoin :

Table 17 : « Management hyper-rationnel » *vs* « management hyper-affectif » à Grandsoin

Le « *management hyper-rationnel* »	Le « *management hyper-affectif* »
⇨ Cadrage, contrôle, relai de la direction	⇨ Maternage, copinage, disponibilité
⇨ Le cadre, membre de l'équipe de direction	⇨ Le cadre, membre de l'équipe soignante
⇨ Favorise l'autonomie de son équipe et se réserve aux tâches d'encadrement : *« Un cadre de proximité ne doit pas se substituer au travail du personnel »*	⇨ Met la main à la pâte si besoin : *« Je me suis toujours battue pour garder les mains dedans, parce que je ne concevais pas mon rôle en étant qu'un cadre administratif »*
⇨ Paraît autoritaire aux yeux de l'équipe : *« On passe pour des méchantes »*	⇨ Paraît faible aux yeux de la direction : *« Elles ont peur de leur équipe »*
⇨ Compétence gestionnaire	⇨ Compétence technique dans le soin
Direction et nouvelles cadres	« *Anciennes* » responsables d'unité

[187] F. OSTY interprète les glissements de tâches entre infirmières et médecins comme le révélateur d'un conflit de vision sur le travail entre les deux professions. Les incursions des infirmières dans le champ médical sont l'expression d'une tentative d'acquérir un pouvoir supplémentaire pour imposer la vision du malade qui leur tient à cœur, à savoir celle du soin en opposition à la culture de la maladie portée par le corps médical (2003, p. 195-200).

Dans les faits cependant, la ligne de démarcation est loin d'être claire. La directrice des soins elle-même, qui promeut en permanence le management par les règles auprès de son équipe de cadres et condamne fermement, chaque fois que possible, le « *copinage* » et le « *maternage* », n'hésite néanmoins pas à « *mettre la main à la pâte* » des heures durant quand un dysfonctionnement perturbe l'activité. La manière dont elle décrit son propre rôle vis-à-vis des responsables d'unité n'est d'ailleurs pas dénué d'ambiguïté : « *L'encadrement supérieur, c'est-à-dire moi, a pour mission d'aider ces cadres* ». Et elle est effectivement ultra-présente, intervenant partout où un besoin se fait sentir.

1.2.2. La rationalisation comme réponse à tous les problèmes

Dans les deux établissements, les membres de la direction et pour une part de l'encadrement intermédiaire tiennent un discours très rationalisateur. A leur sens, une meilleure organisation permettrait d'éliminer tous les dysfonctionnements constatés.

> *« Il faut qu'on puisse se dire, à la fin du projet sur l'ordonnancement total : voilà, on a tout optimisé, dans les entrées de patients, dans la relation avec les cabinets, machin et tout et puis voilà. » (Cadre, Grandsoin)*

Lorsque l'organisation se heurte à des aléas, que les caractéristiques même du travail suscitent des tensions, la solution semble être cherchée toujours du côté de l'optimisation de la gestion des flux plutôt que de la coopération et de l'ajustement mutuel. Ainsi, face à la difficulté de ne pas faire attendre les patients tout en gérant les lits selon les critères de remplissage maximal, malgré l'intensification que cela crée pour les agents chargés de faire le ménage des chambres entre une sortie et une entrée planifiées à la même heure, une cadre de Grandsoin ne semble voir que la nécessité de faire « *un travail de fond sur les flux* », à savoir « *lisser au maximum les entrées et les sorties* » pour mieux les gérer et faire en sorte que les sorties soient systématiquement validées en temps réel.

Par conséquent, si l'on en croit le discours de certains cadres, pour que tout se déroule parfaitement, il suffirait que le personnel respecte strictement les protocoles et suive fidèlement les consignes données. La rationalisation semble la solution à tout.

> *« Maintenant si elles suivent ce que je leur dis, il y a pas de raisons. Moi je l'ai fait, et c'est largement faisable. C'est faisable ! » (Cadre, Grandsoin)*

Le discours est d'autant plus fort lorsque ces cadres ont auparavant exercé la fonction dont ils ont la responsabilité et utilisent leur propre expérience comme référence pour l'organisation du travail. On constate souvent une négation de l'accroissement de l'activité, dont ils ne finissent par convenir qu'à reculons.

> *« Il y a pas plus de nombre de chambres ! Donc il y a la même quantité de lits.* ***[AG : Mais il y a plus d'activité quand même, plus d'entrées/sorties ?]*** *Alors il y a peut-être plus… oui il y a peut-être eu effectivement… Ah non mais ça, bon… oui. Dans certains services c'est vrai qu'il y a plus de rotation, c'est vrai, mais… » (Cadre, Grandsoin)*

Un exemple révélateur de cette tentation du management par les procédures peut être observé dans l'épisode particulièrement caricatural du « *projet social* » élaboré par la direction de Beausoin en réponse à notre diagnostic invitant à recentrer les cadres de proximité sur l'animation de leurs équipes sur le terrain. Lorsqu'il s'est agit de corriger les effets inévitables d'une activité essentiellement tournée vers l'extérieur, ainsi que l'a démontré R. QUINN dans ses travaux sur les paradoxes de la performance (QUINN et ROHRBAUGH, 1981 ; DENISON *et al.*, 1995), il est apparu que le revirement vers l'interne n'était pas aussi aisé. La première réponse de la directrice et de son équipe fut de programmer de nouveaux groupes de travail destinés à produire leur lot de protocoles, procédures, chartes et dispositifs formalisés cadrant plus encore le travail.

Les marges de manœuvre dégagées par l'intense activité de négociation aux frontières de l'organisation n'étaient pas réinvesties dans la régulation locale du travail, mais continuaient de venir nourrir un suréquipement gestionnaire visant l'information de la tutelle, le développement de services fonctionnels pour installer et maintenir ces instruments et les alimenter en données. Le tout entretenait un activisme innovateur conduisant à multiplier les groupes de travail dans la structure, suivant la logique de management participatif en vigueur, ajoutant encore à l'essoufflement des salariés. La direction se révélait ainsi prisonnière de l'activisme gestionnaire qui faisait son succès.

De fait, après notre départ, elle retint finalement, de tout le travail destiné à lui faire prendre conscience des risques de son mode de fonctionnement, qu'il lui fallait clarifier l'organigramme et formaliser les tâches de chacun pour éviter les courts-circuits. Il en résulta une ultérieure rigidification du système, dont témoignèrent les quatre salariés – cadres de santé, médecin et délégué du personnel - rencontrés un an plus tard.

C'est d'une certaine manière le même processus qui s'est produit à la clinique Grandsoin. Quoique dans une situation différence quant à sa dépendance vis-à-vis des tutelles et à son autonomie financière, la direction a elle aussi déployé une intense activité gestionnaire pour faire reconnaître l'établissement parmi les plus performants en France. Prenant acte de la dégradation du climat social qui en est résulté en interne, la direction semblait avoir pris des dispositions pour rétablir le déséquilibre constaté. C'est cependant une réaction de la gouvernance à l'hyper-régulation gestionnaire qui a mis à terre tous ses efforts, conduisant au départ de quasiment tous les membres du comité de direction.

Dans les deux cas, la direction ne semble plus savoir répondre au déséquilibre engendré par la suractivité gestionnaire que par la production de nouvelles normes, de nouveaux outils, de protocoles enfermant toujours plus les acteurs dans des règles où la relation, la discussion, l'initiative, le pouvoir d'agir sont étouffés. Le management se réduit à l'hyper-rationalisation, à une logique gestionnaire poussée à l'excès, une forme de « *gestionnite* ».

2. QUAND LA REGULATION CONJOINTE FAIT DEFAUT…

Le malaise des établissements étudiés apparaît comme une maladie du management, une carence d'animation managériale, de régulation conjointe. L'hyperactivité gestionnaire gagne jusqu'aux cadres de proximité, acteurs clé par excellence de la régulation locale. Leur rôle devient intenable, leur activité non reconnue et colonisée par bien d'autres préoccupations que celle du soutien au travail d'organisation de leurs équipes. La discussion disparaît, les règles et les outils remplacent progressivement la relation. Il n'y a plus d'espaces pour la régulation conjointe, le contrôle étouffe finalement toute possibilité de contribuer à la régulation collective du travail.

2.1. Un management de proximité sous tension

Le management apparaît fortement défaillant aux yeux des équipes de terrain, à Beausoin comme à Grandsoin. Comment en est-on arrivé là alors que la direction, dans les deux établissements, déploie beaucoup d'énergie pour se doter de managers très professionnels ? Les représentations sur le management, véhiculées tant par les équipes que les directions, révèlent une situation profondément paradoxale : on ne comprend plus à quoi servent les cadres de proximité et les attentes vis-à-vis d'eux relèvent de l'impossible. Engloutis par les tâches de gestion, ils ne disposent plus de marges de manœuvre suffisantes ni pour développer les projets que la direction exige d'eux, ni pour assurer une présence sur le terrain auprès de leurs équipes. Ils n'ont plus les moyens de leur management.

2.1.1. Une position intenable

La fonction du manager de proximité semble particulièrement mal comprise et peu estimée dans les équipes de soin ou d'hôtellerie. On se demande quel est son rôle, on perçoit mal son utilité. Les termes employés sont des plus expressifs et rejoignent largement ceux de la littérature sur l'encadrement de proximité (BELLINI et LABIT, 2005 ; BUSCATTO, 2002 ; DESMARAIS et ABORD DE CHATILLON, 2010 ; DIETRICH, 2009) et celle sur les cadres de santé (BOURET, 2008 ; DIVAY et GADEA, 2008, LAUDÉ, 2010 ; SAINSAULIEU, 2008).

Ils occupent une place « *d'entre-deux* » difficile à tenir : « *le cul entre deux chaises* » (AS, Beausoin ; IDE, Grandsoin), « *entre le fer et l'enclume* » (AS, Grandsoin), « *la saucisse dans un sandwich* » (cadre, Grandsoin). Qualifiés de « *tampons* » (brancardier, Grandsoin ; cadre, Beausoin), de « *disjoncteurs* » (AS, Grandsoin), de « *punching ball* » (cadre, Grandsoin), de « *places à siège éjectable* » (IDE, Grandsoin), ils sont vus comme le lieu de convergence de toutes les tensions, « *de tous les faux contacts* » (AS, Grandsoin) et chargés d'un rôle de médiation peu envié.

En dehors de l'élaboration des plannings, personne ne semble savoir définir exactement leur rôle, ni comprendre leur utilité.

> *« Son rôle, je ne vois pas l'utilité de son rôle. Je ne vois pas l'utilité. » (ASH, Grandsoin)*

> *« J'ai jamais compris quel était le rôle d'un cadre surveillant dans une unité de soins, à part faire les plannings » (Médecin, Grandsoin).*

Une seule chose est sûre - et tous le constatent - les cadres sont très occupés, ils « *gèrent* » plein de choses, même si on sait rarement quoi.

> *« Elles passent un temps fou dans leur bureau, sans souvent des fois relever la tête. On se demande… moi je me pose la question, je me demande qu'est-ce qu'elles peuvent faire, quoi, c'est phénoménal ! Elles doivent avoir du boulot, pour qu'elles soient comme ça, ça c'est sûr, ça se voit, mais alors quoi ? Moi ça me… je suis sidérée un peu. » (AS, Grandsoin)*

De la même manière qu'on se demande ce qui peut justifier tant de réunions de la part du management. Tout en réclamant des réunions de service hebdomadaire dans les équipes afin de discuter des problèmes et que les demandes puissent être remontées à la hiérarchie, on ne comprend pas bien ce que les cadres peuvent avoir à se dire chaque semaine.

> *« Des fois je me demande vraiment ce qu'elles papotent dans leurs réunions tous les mardis parce que franchement… Il y a pas trente-six trucs, quoi ! » (AS, Grandsoin)*

Une des cadres de Beausoin remarquera que lorsque les soignants rencontrent des problèmes concernant le travail, c'est le médecin qu'ils vont voir ; tandis qu'ils s'adressent directement à l'administration pour les questions relevant de la gestion des ressources humaines. Ils ne s'adressent à leur cadre souvent que pour des questions de planning.

Les cadres intermédiaires ont donc énormément de mal à se positionner. La direction elle-même ne leur en donne pas toujours les moyens ou est la première à les court-circuiter. Régulièrement, à Beausoin, la direction ou des cadres fonctionnels interviennent directement auprès des équipes, sans passer par le cadre de proximité, de même que les personnels n'hésiteront pas non plus à interpeler la directrice ou à monter la voir.

> *« Ça se fait, encore une fois, sans que ça passe par moi (…) chaque personne à décider de faire un groupe de travail va en parler, sans me demander. » (Cadre, Beausoin)*

Même si l'établissement, de par sa taille, est beaucoup plus structuré, il en est parfois de même à Grandsoin, où la directrice des soins tend à vouloir tout contrôler et délègue peu.

> *« On sait pas trop comment se positionner (…). Comme elle veut tout diriger, tout faire, nous, [on] nous pose des questions, ben je dis je vais en parler… » (Cadre, Grandsoin)*

Tout comme la directrice de Beausoin, la directrice des soins de Grandsoin entend par ailleurs encadrer de très près ses cadres et leur prescrit très précisément le mode de management à adopter.

> *« Elle est très directive. (…) Elle dit clairement (…) : dites ça, dites ça, dites pas ci, dites pas ça. » « Tout juste si elle choisit pas les mots à notre place. (…) Comme si on n'était pas capables de savoir ce qu'on doit dire et ne pas dire ! » (Cadres, Grandsoin)*

Les cadres de proximité, à Beausoin comme à Grandsoin, on très peu de latitude décisionnelle. Ils ne décident ni de leurs moyens, ni de leur organisation, réduits souvent à de simples relais vers une direction centralisant tout les pouvoirs.

> *« On vous donne des responsabilités, on vous dit vous êtes responsables de ça, mais sans l'être. (…) On vous donne un budget et puis (…) c'est au-dessus qu'on passe les commandes. (…) Après on vous dit : dites donc, vous avez dépensé trop ! » (Cadre, Beausoin)*

Un des membres du comité de direction de Grandsoin le constatera par lui-même lors de l'un des groupes de travail sur le management organisé dans le cadre de l'étude :

> *« Un manager, s'il a pas tous les outils dans son sac pour manager, je sais pas comment il fait. (…) Je me mets à la place de quelqu'un qui n'a pas tous ces outils là… d'autonomie, de décision, de budget, de sous, d'organisation. (…) Est-ce que dans la maison on est tous très au clair avec ça ? (…) Je ne suis pas sûr. » (Cadre de direction, Grandsoin)*

Les salariés perçoivent clairement le manque de liberté de leurs cadres. La méfiance s'installe, révélatrice d'une perte de crédibilité du management dans son ensemble.

> *« Elles sont tellement briefées et elles doivent certainement rendre énormément de comptes à leur responsable, ben que nous, ça nous dérange. (…) On ressent cet état sur nous, en fait. (…) Du coup nous on se dit, ouf ! on va pas aller… On se méfie en fait. On est vachement sur nos gardes, quand même, mine de rien. » (AS, Grandsoin)*

A Beausoin comme à Grandsoin, les équipes ont l'impression d'une incohérence entre le discours porté par le management et la réalité qui est souvent faite de restrictions et de refus. Au final, on ne sait plus si on peut faire confiance à son cadre de proximité ou s'il ne va pas finalement jouer le jeu de la direction et abandonner ses engagements pour se plier aux exigences qu'on lui pose. Cela jette un discrédit sur le management dans son ensemble, on ne peut plus avoir confiance dans la parole donnée.

> *« Les gens ne savent pas si c'est du lard ou du cochon (…) la personne peut vous dire quelque chose et finalement faire autre chose. Oui oui, ça c'est… Donc ça, ça vous met à mal. Il y a pas de confiance ! » (Paramédical, Beausoin)*

Même si bien souvent, les membres des équipes reconnaissent l'impuissance du cadre de proximité, pris dans des logiques qui le dépassent et viennent de plus haut que lui.

> *« C'est pas de leur faute à la limite, ce sont des objectifs qu'elles doivent atteindre, un peu comme une entreprise américaine, commerciale ou… » (AS, Grandsoin)*

Privés des ressources en termes de moyens matériels, de temps, d'autonomie de décision, de légitimité pour agir, de marges de manœuvre, on comprend la difficulté de l'encadrement de proximité à se positionner et à jouer pleinement son rôle.

2.1.2. Le travail de régulation, une activité invisible et méprisée

Aux yeux de la direction, pourtant, les attentes envers les managers intermédiaires sont claires. Les objectifs de performance tracent une feuille de route sans équivoque : il faut développer des projets, innover, mettre en place une organisation toujours plus rationnelle, gérer les flux d'activité au plus près, être irréprochable sur tous les critères de la certification.

Il est particulièrement frappant de constater combien le fait de porter des projets est jugé comme central dans leur fonction par les cadres de l'établissement, tant à Beausoin qu'à Grandsoin. On sent bien que l'évaluation se jouera pour la direction sur ce critère-là. L'une des surveillantes fait ainsi de bilan de son activité :

> *« Au moment de préparer mon entretien d'évaluation, (…) j'ai trouvé ça affreux de me dire si on me demande ce que j'ai fait cette année, je ne sais pas trop en fait. Des plannings, des admissions… (…) Est-ce que j'ai mis en place des choses, est-ce que j'ai changé des choses, est-ce que j'ai piloté des projets ? Parce que c'est quand même ça mon rôle ! » (Cadre, Beausoin)*

Le travail de régulation, de proximité aux équipes, est invisible, y compris pour les intéressés. La simple gestion quotidienne n'est pas une activité satisfaisante ni honorable aux yeux des cadres ni de la direction. Ce qui compte, ce qui est valorisant et valorisé, c'est de mettre en place des projets, c'est l'innovation, le changement.

Il faut faire preuve de résultats, et ceci à court terme. La trajectoire du manager est en jeu : il faut avoir fait ses preuves pour pouvoir quitter le poste et trouver mieux ailleurs.

> *« Si on veut être réactifs (…) il faut qu'on ait des personnes qui passent, qui viennent challenger, qui viennent se challenger sur un domaine et qui repartent. Et quand elles repartent, elles partent toujours plus haut, plus fort, elles ne vont pas sur quelque chose d'en dessous. » (Direction, Beausoin)*

Plusieurs cadres ont pourtant pointé le paradoxe qui existe entre la course aux nouveaux projets et la difficulté à suivre jusqu'au bout ceux qui sont lancés, à en assurer le développement, la maintenance, à évaluer les outils mis en place.

> *« On met en place des outils (…) mais on n'a pas le suivi d'après, c'est-à-dire on n'évalue pas notre outil à un moment, à l'instant T pour savoir si il fonctionne ou pas, et les retours qu'on a. (…) Alors forcément, cet outil, eh ben il est plus utilisé après, puisque ben, il marche pas ! » (Cadre, Beausoin)*

La « *maintenance* » des outils mis en place pour assurer une qualité maximale demande aux cadres un travail lourd et incessant. Mais c'est un travail qui n'a pas de valeur. L'activité administrative, la gestion quotidienne, rendue indispensable par la multiplication des outils et projets mis en place, n'est pas un travail qui compte, ni aux yeux des soignants pour qui il s'agit d'une « *paperasserie* » inutile, ni finalement aux yeux de la direction, qui ne valorise que l'innovation, la mise en place de nouveaux projets et outils. C'est de fait aussi cela qui est valorisé par les tutelles et qui permettra d'obtenir des ressources supplémentaires.

> *« L'ARH valorise (…) la capacité à mener des projets, à développer la structure (…) le fait de participer à des réunions du réseau, d'ouvrir l'établissement aux réseaux, de piloter des projets innovants (…) et d'envoyer des salariés à l'extérieur. » (Direction, Beausoin)*

Les cadres de proximité sont donc pris en étau entre d'un côté un management supérieur qui ne valorise que les projets tout en leur demandant d'alimenter sans cesse de nouveaux outils de gestion, de l'autre les équipes soignantes ou hôtelières pour qui le seul critère donnant dignité au travail est la proximité aux patients, sans compter les médecins qui s'inscrivent dans une logique où la compétence technique médicale est la référence prioritaire. Or au quotidien, l'activité des cadres se trouve engloutie par la régulation locale, par un travail d'organisation et de gestion qui n'a de valeur pour personne, pas même pour eux.

Pour les membres des équipes eux-mêmes, le travail administratif est perçu comme un empêchement du « *vrai travail* », celui auprès des patients. Le travail de coordination est un travail de nature gestionnaire, ce n'est pas du soin, du relationnel. Sans compter que le travail d'organisation, de « *gestion* », semble exponentiel, il ne cesse de se multiplier, il envahit progressivement toute l'activité.

> *« Faut vraiment s'occuper du patient, c'est notre travail premier. C'est le rapport avec le patient, c'est pas le rapport avec la direction, enfin les brancardiers, les médecins et tout ce qu'on veut. Ça, ça nous intéresse pas. » (AS, Grandsoin)*

Même de la part de l'encadrement, jamais cette masse de travail invisible que constitue la régulation ne semble considérée comme une activité utile, nécessaire à l'organisation.

> *« Qu'on ait l'impression de faire des choses efficaces et de pas passer notre temps qu'à gérer. » (Cadre, Grandsoin)*

> *« Moi ce qui me frustre aussi, c'est de me dire qu'on traite que les soucis. Et c'est rare quand je rentre chez moi en me disant : aujourd'hui j'ai fait quelque chose de bien, mon tour, c'est propre. Non, j'ai réglé que les merdes ! » (Cadre, Grandsoin)*

« *Régler les merdes* » : le terme n'est pas sans évoquer explicitement le « *sale boulot* » (HUGUES, 1996 ; LHUILIER, 2005). Le manager est celui qui gère les déchets de l'organisation, le laid, les dysfonctionnements, ce qui a résisté à la rationalisation. Gérer du quotidien, ce n'est pas travailler (MISPELBLOM BEYER, 2004), ce n'est rien faire de beau, de valable. Ce travail invisible ne peut être jugé « *beau* » par le management, qui ne valorise que ce qui est scientifique et rationnalisé (ALTER, 2009, p. 186-188). Quel sens alors peut avoir toute l'énergie qui y est quotidiennement investie ?

Tout comme les infirmières qui ne reconnaissent pas l'extraordinaire compétence qui est la leur de jongler avec de multiples contraintes et aléas (BOUFFARTIGUE et BOUTEILLER, 2003) et l'important travail d'organisation et de régulation qu'elles effectuent en permanence, les cadres de proximité continuent de décrire leur mission en termes de supervision du travail de soin alors même qu'ils sont de plus en plus occupés par les tâches gestionnaires.

2.1.3. Un management absorbé par l'hyperactivité gestionnaire

L'hyperactivité gestionnaire, nous l'avons vu tant à Beausoin qu'à Grandsoin, conduit les managers à déserter le terrain pour concentrer leur activité aux frontières de l'organisation, dans la négociation des contraintes externes (DETCHESSAHAR, 2011).

> *« Elle est plus dans l'établissement ! Elle travaille avec nous ou… ? » (Paramédical, Beausoin)*

> *« Elle est plus du tout dans son bureau, (…) faudrait presque envoyer un avis d'avocat avant pour avoir un rendez-vous ! » (Brancardier, Grandsoin)*

On en trouve un exemple significatif dans la localisation du bureau des surveillantes de Beausoin, placé à l'étage de la direction et non plus dans les services. Tandis qu'il a été réinstallé suite à notre intervention au cœur de l'activité, nous apprenions en revanche que ceux du service ordonnancement à Grandsoin, assurant la coordination du flux d'activité, étaient déménagés au septième étage du nouveau bâtiment construit à l'extrémité de celui où se déroulent les soins.

> *« Elles ne sont pas souvent sur le terrain. Mme X avec ses agents de services, on ne la voit pas, Mme Y on la voit de moins en moins, de moins en moins. » (AS, Beausoin)*

Préoccupé essentiellement de questions stratégiques, l'encadrement est déconnecté de la base (MINTZBERG, 2011, p. 195-202), il ne connaît plus les difficultés concrètes de tous les

jours rencontrées par les personnels. Projeté sans cesse vers l'avenir ou au contraire dans le *reporting* de l'activité passée, il n'est pas là, dans le présent des équipes, au moment où celles-ci sont sollicitées par un travail toujours plus exigeant (UGHETTO, 2007). Les temporalités des uns et des autres ne sont plus les mêmes.

Le management est désormais tout entier tourné vers le haut et vers l'extérieur (GLOUBERMAN et MINTZBERG, 2001 ; 2002), plus personne n'est là pour manager en direction de l'intérieur, pour organiser le « *travail d'organisation* » (DE TERSSAC, 1992) au niveau local et la coordination de l'activité.

De plus, le travail quotidien de régulation locale semble tellement sans valeur que la direction elle-même tend à vouloir en quelque sorte rentabiliser l'activité des cadres de proximité en leur confiant le plus de missions « *transversales* » possibles ou, à défaut, plusieurs unités à encadrer.

> *« Je croulais sous le travail à en pleurer parce qu'on était de moins en moins de responsables. (…) Missions lourdes, plannings, calculs pour les ressources humaines, commandes… (…) ils nous ont dégagées des missions très bureau, RH (…) mais on est moins nombreuses. » (Cadre, Grandsoin)*

Le travail des cadres de santé est désormais tout entier constitué de tâches de gestion, d'organisation et de régulation. Il comprend notamment, d'après les récits de leur activité :

- Des missions de gestion du personnel : plannings, calcul des heures, éléments variables de paye, suivi et évaluation des stagiaires…
- Des tâches de gestion du matériel : commandes, réponse aux demandes des équipes.
- Des travaux administratifs : vérification de l'exhaustivité des dossiers papier et informatiques, *reporting* et outils de suivi qualité.
- Une fonction de formalisation du travail : élaboration des procédures, participation aux groupes de travail sur les nouvelles normes à mettre en place.
- Un travail de régulation de l'activité : téléphone de garde centralisant tous les appels concernant des dysfonctionnements, changements dans le programme opératoire ou gestion des urgences, ajustement des effectifs à la charge de travail.
- Une activité de négociation : avec les médecins, avec les établissements en amont ou en aval pour gérer les entrées et sorties, avec les familles en cas de problème.
- Une responsabilité de relai d'information, de la direction vers les équipes et de remontée des besoins des opérationnels vers le management supérieur.
- Un rôle de proximité auprès des équipes : accompagnement du personnel dans les difficultés, animation de réunions de service, évaluation individuelle.

Si l'on se rapporte à la manière dont H. MINTZBERG a redéfini récemment les rôles du manager (2011, p. 61 ou 108), il apparaît que ce sont les rôles de type « *leadership* » en direction de l'unité qui font ici clairement défaut dans la pratique des cadres observés. Ce sont ceux que R. QUINN place dans le cadrant du « *modèle des relations humaines* » (DENISON, HOOIJBERG, QUINN, 1995). Les tâches de nature plus gestionnaire ont en effet envahi l'activité quotidienne des cadres.

> *« Elles ont pas le temps d'être à l'écoute de leurs infirmières, d'être aux transmissions le midi, parce que il y a les plannings, il y a les éléments variables de la paye, enfin… Elles passent beaucoup de temps devant leur ordinateur à gérer ça. » (Brancardier, Grandsoin)*

Certains cadres de santé s'occupent de tâches administratives très lourdes comme les admissions à Beausoin ou de la gestion des lits pour les responsables d'unités de soins continus ou ceux des blocs à Grandsoin qui sont chargés des programmes opératoires.

> *« La journée du cadre était embolisée à 75 % et des fois à 90 % par la gestion de ce qu'on appelle la gestion des prêts de matériel. » (Cadre, Grandsoin)*

Certains responsables d'unité de Grandsoin constateront qu'ils peuvent passer jusqu'à 20 % de leur temps hebdomadaire à la gestion du téléphone de garde ou à l'évaluation des stagiaires, alors même que les « *missions transversales* » leur ont en principe été retirées.

> *« On est très parasités, mais des fois on est parasités par des sujets qui méritent un vrai travail à part. » (Cadre, Grandsoin)*

« *C'est toutes les tâches transversales que vous avez qui vous submergent* », constate justement un membre de la direction de Grandsoin à propos des cadres de proximité. Or ces tâches parasites ne cessent d'augmenter, à mesure que croît l'activité mais surtout que se développent de nouveaux outils, de nouvelles préoccupations.

> *« Ça nous a augmenté notre charge de travail, d'avoir une responsable ressource humaine (…) Elle fait son boulot, mais nous derrière, ça entraîne une somme de travail administratif, purement là pour le coup, qui est considérable. » (Cadre, Beausoin)*

A Beausoin, étant donné la taille de l'établissement, les cadres de proximité jouent simultanément le rôle de cadres supérieurs. Ils doivent assumer un rôle de représentation à l'extérieur sur des gros projets dans lesquels l'établissement s'investit. Ils doivent siéger dans toutes les instances officielles et consacrer énormément de temps aux dossiers de certification, projet d'établissement et démarches qualité et gestion des risques.

Par ailleurs, la distance géographique que les cadres sont appelés à parcourir entre les différents lieux où ils exercent est parfois très importante et, pour nombre d'entre eux, leur bureau est excentré par rapport au lieu de l'activité. De plus, le management des

équipes est rendu d'autant plus difficile que l'éventail de contrôle de chaque cadre est important, un même manager encadrant souvent plusieurs unités.

Le lieu d'exercice de la plus grande part de leurs missions, et notamment des plus chronophages, est bien souvent leur bureau ou les réunions, ce qui laisse aux cadres de proximité très peu de temps pour être, justement, sur le terrain, dans la proximité.

> *« La surveillante, je la vois jamais. (…) Bon il y a les plannings et les réunions à côté mais il n'y a pas que ça. Je trouve qu'elles ne sont pas assez proches des équipes. Et s'il n'y a pas de travail d'équipe, ça fait partie de ça aussi. » (ASH, Beausoin)*

Le management proprement dit, l'animation des équipes, disparaît alors peu à peu au profit des tâches purement gestionnaires, administratives. Le travail de régulation locale, au niveau le plus micro du collectif de travail, n'est plus soutenu, organisé. « O*n n'a pas l'impression que quelqu'un fédère l'équipe* », observe une aide-soignante de Beausoin.

> *« Quand je suis arrivée dans le service, j'ai trouvé qu'il était en roue libre. Je trouvais qu'il y avait peu d'écoute du personnel par rapport aux difficultés évoquées, il y a peu de réponses apportées. » (IDE, Grandsoin).*

Aussi bien à Beausoin qu'à Grandsoin, les salariés expriment très largement un sentiment d'abandon de la part de leur encadrement. Ils pointent une disparition de la scène du travail quotidien de la figure du manager de proximité soutenant la régulation locale. « *Aspiré* » vers le haut, accaparé par les « *machines de gestion* » (GIRIN, 1983), son activité est désormais plus ordonnée vers les outils censés répondre aux injonctions portées par les régulations macroscopiques qu'au service du travail des équipes et de son animation managériale. L'encadrement en vient à délaisser le « *micromanagement* »[188], le travail de régulation locale, au profit du « *macromanagement* », d'un management à distance, « *déconnecté de la base* » (MINTZBERG, 2011, p. 200-202).

2.2. Les outils se substituent à la relation

Si la multiplication des outils de gestion est bien une caractéristique essentielle du « *tournant gestionnaire* » des établissements de santé, quel en est l'impact sur le travail ? L'appropriation stratégique des outils et des nouvelles normes permettant de rationaliser l'activité et d'en rendre compte de manière pertinente vis-à-vis de l'extérieur est au cœur du succès des établissements Beausoin et Grandsoin. En revanche les outils introduits par la direction apparaissent parfois sur le terrain, au niveau opérationnel, comme la source de nombreux empêchements, lorsqu'ils ne sont pas finalisés vers le travail et sa mise en

[188] H. MINTZBERG qualifie également le « *micromanagement* » de « *management debout* », à l'image de l'infirmière en chef « *toujours sur ses pieds* » qu'il a observée (2011, p. 201).

discussion. Utilisés plus souvent pour éviter les risques de la relation et de la mise en débat du travail, ils n'ont pas pour objet la régulation locale et sont généralement doublés par les acteurs d'autres procédés jugés plus efficaces pour la coopération que les supports officiels. Car plutôt que de soutenir la relation, ils tendent à s'y substituer.

2.2.1. L'évitement de la confrontation à l'autre

La situation est finalement assez paradoxale : l'encadrement est de plus en plus occupé par un nombre croissant d'activités informationnelles qui, d'une certaine manière, chassent les activités communicationnelles. Les activités de gestion prennent le pas sur les activités de management, entendu comme l'animation d'une action collective finalisée.

C'est le cas à Beausoin où la multiplication des réunions et groupes de travail, loin de servir la bonne régulation du travail, contribue à éloigner les acteurs, et particulièrement le management intermédiaire, des problèmes concrets de l'activité. Trop nombreux, trop déconnectés du quotidien du travail, les incessantes réunions ajoutent au sentiment d'urgence des acteurs bien plus qu'elles ne permettent de le traiter. Un paradoxe qu'H. MINTZBERG décrit comme « *le casse-tête de la connexion* » (2011, p. 195-202).

On l'observe aussi à Grandsoin, où les contraintes de l'activité quotidienne à flux tendu rendent impossibles les espaces de discussion permettant une mise en dialogue des contraintes du travail. Les réunions deviennent exclusivement des lieux de transmission d'information en provenance de la hiérarchie et se raréfient de plus en plus. Il n'existe plus de temps permettant la prise en charge collective des tensions et l'élaboration de compromis de sens et de perspectives communes sur le travail.

Peu à peu, dans les deux établissements, les outils se substituent à la communication, à la relation interpersonnelle. « *L'informatique, ça c'est un outil génial, on n'a plus besoin de sortir de son bureau !* » (IDE, Beausoin), observent les équipes avec ironie.

> *« En fait elle savait très peu se servir de l'ordinateur, donc elle faisait très peu d'ordinateur, donc elle passait beaucoup plus souvent dans le bloc ! » (Brancardier, Grandsoin)*

C'est le cas avec le dossier médical informatisé, qui permet un suivi à distance de l'activité de la part des cadres et des médecins. Les surveillantes de Beausoin le constataient, à l'instar d'un médecin de Grandsoin qui en décrivait ainsi les risques :

> *« Le but des trucs informatisés machin, c'est qu'on aura pas forcément besoin de faire la prescription en salle de soins. (…) Et plus on est loin, (…) moins on peut passer de messages, (…) moins on peut être à l'écoute de leurs questions intelligentes ou stupides ou de préoccupations… » (Médecin, Grandsoin)*

On retrouve la même situation avec le logiciel de planning, sur lequel les soignants de Beausoin sont désormais tenus de consulter leurs horaires, sans que leur cadre ne descende dans le service les informer des changements les concernant :

> *« Toc, au lieu d'un matin elle met un soir, un petit clic et puis ça y est. » (IDE, Beausoin)*

Le « *gain* » de temps pour l'encadrement n'est le plus souvent pas réinvesti dans la relation pour un plus de dialogue, de discussion sur le travail et sur les préoccupations des salariés. Le chirurgien peut prescrire un médicament depuis le bloc à un patient qui va mal dans les services d'hospitalisation, la cadre de santé peut surveiller à distance la charge de travail et éventuellement déplacer un remplaçant d'une équipe à une autre. Mais à aucun moment les équipes n'auront eu l'occasion d'exprimer leurs difficultés, de discuter du problème et de la solution choisie. Les outils ne servent pas le dialogue.

> *« On nous a dit : planification murale, comme ça il y a aura une visualisation. (…) on va pouvoir comptabiliser. (…) Ça n'a pas fonctionné. Après on nous a dit l'ordinateur (…) La surveillante pourra aller tous les matins voir la charge de travail. (…) Quand il y avait eu le problème au mois de décembre, (…) on avait beau dire stop (…) elle nous écoutait pas ! » (AS, Beausoin)*

L'intervention du management devient imperceptible. Les outils contribuent à rendre invisible le travail de régulation et par conséquent à lui faire perdre son sens, tant pour les membres de l'équipe qui n'en perçoivent plus le bénéfice, tant pour les cadres eux-mêmes dont le travail perd ainsi toute valeur vis-à-vis de leurs équipes comme de la direction.

De même lorsqu'un problème se présente, les salariés sont désormais systématiquement invités à remplir une fiche de déclaration d'événement indésirable, afin que le dysfonctionnement puisse être étudié par le service qualité. Mais ils n'ont le plus souvent aucun retour sur leur signalement, sauf parfois un accusé de réception disant que la fiche a bien été prise en compte.

> *« On a l'impression en fait qu'on remplit du papier, il faut le remplir parce que faut le remplir et puis c'est tout. Donc c'est vrai que l'information elle va dans un sens mais pas dans l'autre sens. » (AS, Grandsoin)*

Les fiches d'événement indésirable deviennent des outils d'évitement de la relation, de la communication. Face à un problème, au lieu d'en parler et de l'affronter, les responsables demandent au personnel de faire une déclaration – ou à Beausoin le médecin en fait une - et le problème semble ainsi réglé. Il est délégué à un service qualité qui ne rentrera en contact avec aucun des acteurs concernés. C'est une sorte de délégation du management et de la relation à un système anonyme, à un instrument.

L'intermédiaire est devenu nécessaire du fait que les dysfonctionnements - ou pire les erreurs - sont des événements « *indésirables* » spécialement problématiques dans une

organisation censée garantir l'excellence. S'il est bien un événement à éviter, c'est précisément la mise en discussion de ce type de faits qui ne devraient pas exister. Réduire la plainte à sa plus simple expression, par une déclaration administrative, permet en quelque sorte de réduire le risque d'en faire un « *événement* » (ZARIFIAN, 1995) significatif.

C'est particulièrement évident sur le plateau technique de Grandsoin, lorsque le comportement de certains médecins pose problème. Personne n'étant en mesure de recadrer ces derniers ni même de leur reprocher leur comportement, les responsables, pour toute réponse, invitent les personnels mis en difficulté à remplir une déclaration. Une manière élégante d'enterrer les faits, puisque chacun sait que personne n'ira jamais faire la moindre remarque aux chirurgiens.

> *« A chaque fois qu'on fait remonter : oh aujourd'hui, j'ai eu un souci, machin… "Vous avez fait une feuille d'événement indésirable ?" (…) On en rigole entre nous parce que c'est vrai que c'est systématiquement ce qu'on nous répond. » (IDE, Grandsoin)*

On retrouve par ailleurs, à Beausoin comme à Grandsoin, la tentation d'utiliser les outils de gestion pour clore la discussion plutôt que pour servir de support à la mise en visibilité du travail et à sa mise en débat par le collectif. Invoquer une règle permet d'éviter la discussion, la négociation, elle tranche sans besoin d'être mise en question. La régulation conjointe n'est alors pas possible, la négociation sur l'usage de la règle interdite, bloquée (BABEAU et CHANLAT, 2008, p. 217). La vraie demande n'est pas écoutée, pas entendue, elle ne peut pas être considérée car la règle est absolue. La plainte, quelle qu'elle soit, n'est pas légitime. A Beausoin comme à Grandsoin, le management s'empresse, document à l'appui, de « *couper court à toute discussion* » :

> *« J'ai ressorti la fiche de poste, j'ai commenté chaque item, ça a coupé court à toute discussion. » (Cadre, Grandsoin)*

C'est également ce que l'on constate avec l'utilisation à Beausoin des notes de service comme mode de communication privilégié par la direction et en partie aussi par les cadres de proximité. La direction affirme ne cesser de communiquer, et de fait les panneaux d'affichages, à tous les étages, sont couverts de notes, tandis que le personnel éprouve le sentiment d'un dialogue de sourds et d'une incommunicabilité totale. La note de service en effet est monologique, elle ne permet que la transmission d'information, mais sans aucun retour sur la réception par les destinataires et encore moins discussion avec eux sur l'objet ou ses motifs. Elle n'autorise aucun dialogue.

L'invocation des outils sert aussi aux cadres dirigeants de gage scientifique pour ne pas être mis en difficulté face aux médecins du directoire contestant la politique menée : les membres de la direction s'emploient à « *leur montrer le versant actionnaire* » *(cadre de*

direction, Grandsoin) en leur donnant des chiffres, face auxquels leurs interlocuteurs n'ont pas d'arguments.

> *« Je leur ai fait un point très technique sur le fait que la nouvelle organisation (…) ne les avait pas gênés ni dans leur progression d'activité ni dans leur organisation au quotidien (…). Donc là, ça a coupé court finalement à toutes les discussions. » (Cadre, Grandsoin)*

Les outils permettent ainsi à certains acteurs d'avoir la main là où les jeux de pouvoir ne le leur permettraient pas. C'est un des objectifs du logiciel de gestion des plannings opératoires à Grandsoin, qui devait permettre par la suite de verrouiller les durées d'intervention pour éviter que les chirurgiens ne surchargent le programme. C'est aussi une des fonctions du dossier médical informatisé, qui rend obligatoires et visibles toutes les prescriptions, parfois si difficiles à obtenir de certains médecins. C'est également ce que permet le PMSI à Beausoin, lorsque le médecin-chef rechigne à fournir son rapport d'activité et à rendre transparents les critères de remplissage des chambres.

Or c'est justement ce que dénonce L. BRUNI (2008), en constatant que là où les procédures et les relations contractuelles remplacent les relations interpersonnelles, afin de protéger l'interaction des tensions dont elle est potentiellement porteuse, elles privent par là-même cette interaction de sa capacité à créer du lien social et de la cohésion. La relation en face à face est en effet porteuse de risque, d'une blessure potentielle (BRUNI, 2008) tandis que la dépersonalisation des problèmes à travers des statistiques de dysfonctionnements rendus anonymes par un service qualité – dont la mission est également, remarquons-le, la gestion des risques – peut sembler de prime abord les rendre beaucoup plus supportable pour des directions tenues à un zéro-faute.

2.2.2. Des outils qui ne servent plus le travail concret

Nous avons vu comment la directrice de Beausoin utilise abondamment les outils de gestion pour produire une photographie de l'activité qui lui permet de négocier ensuite des budgets avec la tutelle. Encore faut-il que ces outils soient en mesure de saisir l'activité réelle, et notamment sa part invisible, celle qui échappe à toute description par les catégories existantes. La difficulté est précisément que le travail réel est pour une large part tout autre chose que son produit final ou que la liste des tâches prescrites pour y aboutir. Lorsque donc le management prétend réguler l'activité sur la base des indicateurs produits par les différents outils qu'il a mis en place, ce n'est qu'une part seulement de la réalité qu'il est en capacité de saisir. H. MINTZBERG classe de fait ce « *mystère de la mesure* » au rang de l'un des « *paradoxes inéluctables du management* » (2011, p. 205-209).

Y. CLOT (2008) invite par conséquent à analyser le travail empêché, plutôt que simplement ce qui est réalisé. C'est bien ce que souhaiteraient par exemple les ASH de Grandsoin, lorsque leurs responsables lisent le tableau des tâches d'entretien du service. Cette liste des tâches hebdomadaires et mensuelles prescrites, qu'elles sont censées réaliser lorsque le travail quotidien leur en laisse le temps, permet un suivi de l'accomplissement de ces tâches moins prioritaires et un rappel à l'ordre si nécessaire par la responsable hôtellerie. Or pour les agents, le fait qu'elles n'arrivent pas à assumer ces tâches-là devrait au contraire être lu comme le signal qu'elles sont débordées par une activité quotidienne trop lourde. L'accusation de n'avoir pas fait correctement leur travail est dans ce cas perçue comme d'autant plus injuste que dès que l'activité de leur service diminue, les ASH sont le plus souvent envoyées en renfort dans d'autres unités. Elles le seront d'ailleurs là encore parce qu'un autre outil aura signalé à l'encadrement que l'activité est moindre qu'ailleurs et que le personnel peut donc être déplacé, ce qui sera fait sans que généralement on ne demande leur avis aux intéressés. Les outils, là encore, en l'occurrence le tableau des taches du service ou le système informatique reportant le nombre d'entrées et de sorties prévues, et la charge qu'ils sont censés objectiver, malgré leurs limites évidentes, ne sont jamais l'objet de discussions entre le management et les opérationnels.

Les soignants constatent qu'ils passent de plus en plus de temps dans leur travail à alimenter en données ces mêmes outils supposés soutenir leur travail. En réalité, contrairement peut-être aux niveaux supérieurs de la hiérarchie, ceux-ci ne se contentent jamais de les utiliser tels quels. Souvent, ils doublent par exemple la consultation du système informatique d'un appel car ils savent les informations incomplètes ou pas toujours renseignées en temps réel. Ils avertissent leurs collègues oralement d'un changement, qui pourrait sans quoi passer inaperçu. Ils reprochent d'ailleurs fréquemment à leurs cadres de ne pas leur signaler les changements de plannings effectués directement dans l'ordinateur ou l'arrivée de nouveaux protocoles placés dans les classeurs sans qu'une information orale n'ait été donnée aux équipes. Dans les couloirs des blocs opératoires de Grandsoin, un petit coup d'œil par les parois vitrées permet souvent plus aisément de vérifier le déroulement des interventions que la consultation du système informatique de suivi des programmes opératoires avec ses codes couleurs, pourtant « *un bijou du genre* » *(cadre, Grandsoin)*. Sans compter que bien des fois, l'information est insuffisante pour le travail. C'est le cas par exemple des prescriptions médicales que les médecins laissent par écrit à la va-vite quand ils passent dans les services. Souvent, les infirmières doivent les rappeler ensuite pour avoir les compléments d'information nécessaires à l'administration des soins prescrits. La communication orale semble toujours plus riche et plus fiable, dans

la culture des soignants, que les dispositifs écrits ou informatiques[189]. H. FAYOL, considéré comme le père du management moderne, avait d'ailleurs recommandé dès 1918 : « *toutes les fois que c'est possible, les relations doivent être verbales* » (1999, p. 45).

Les informations sont d'autant plus incomplètes que leur saisie demande du temps car les supports sont bien souvent multiples : l'informatique est encore doublée de l'outil papier, qu'il s'agisse de la feuille d'écologie au plateau technique ou des dossiers de soins dans les services. Bien souvent, des check-lists de vérification viennent s'ajouter aux outils utilisés pour en valider l'exhaustivité, listes qui sont à leur tour pointées avec le système informatique. Pour les soignants dans les services, aussi bien à Beausoin qui a déjà informatisé le dossier patient qu'à Grandsoin où cela ne saurait tarder mais qui dispose en revanche d'un outil informatique pour la gestion des lits et des programmes opératoires, les ordinateurs cohabitent donc avec les classeurs à l'ancienne et leurs multiples feuilles très formalisées, mais aussi avec la planification murale, qui demeure l'outil privilégié des soignants. A ce triple dispositif, s'ajoutent les petites fiches personnelles de transmissions que se font les infirmières et les aides-soignants, mises à jour à longueur de temps.

> *« [Les infirmières] sont directement sur leur… ben clampées dans leur classeur (…). Eh ben ça prend un temps monumental, enfin quelque chose de fou quoi ! (…) elles s'en sortent pas. Enfin elles y arrivent mais elles mettent un temps ! Si elles mettent 2h pour faire leurs classeurs, déjà, c'est bien. Dans l'après-midi. (…) Elles perdent un temps monstrueux là-dessus alors que ça sert pas à grand-chose. » (AS, Grandsoin)*

Le travail de recopie des informations d'un support sur l'autre paraît donc particulièrement fastidieux, du fait même que ces outils ne servent pas directement le travail et s'ajoutent à des dispositifs de transmissions orales déjà lourds. A l'ère de la gestion industrielle des flux en juste-à-temps, les heures passées quotidiennement par les infirmières à replanifier les soins du lendemain sur la fiche prévue à cet effet dans le dossier papier et la nécessité d'y tracer chaque acte de sa prescription à sa réalisation, semble relever d'une autre époque ; un peu comme si on continuait dans de grandes entreprises à tenir parallèlement par précaution une compatibilité sur des journaux et grands livres papier avec les exigences du contrôle de gestion d'aujourd'hui. Les soignants utilisent donc simultanément, d'un côté les outils officiels, produits de la régulation de contrôle, que personne n'améliore car ils ne servent pas réellement le travail, de l'autre ceux informels et simples de la régulation autonome, qui n'ont aucune existence formelle. Les outils officiels ont seulement pour fonction de servir de preuve en cas de mise en cause et sont destinés à ceux qui sont extérieurs au travail. Ils constituent une charge et ne sont pas finalisés au travail concret.

[189] Voir à ce sujet « *le ventre mou des "données solides"* » par H. MINTZBERG (2011, p. 206).

Dans les blocs de la clinique Grandsoin, par exemple, le magnifique système informatique de suivi des programmes opératoires, un produit maison, fait la fierté de tous les responsables. Mais les utilisateurs en revanche, et notamment l'infirmière qui tient le rôle d'orientatrice, chargée de la gestion des salles d'intervention et du matériel, ainsi que les brancardiers, impriment pour eux et leur équipe une version papier du programme qu'ils peuvent annoter, surligner et corriger librement tout au long de la journée. Sous cette forme là, affichée, l'outil rend possible une appropriation individuelle et collective et une mise en discussion du travail, que le support informatique non flexible ne permet pas.

N'en concluons pas pour autant que les outils de gestion ne sont pas nécessaires au travail. S'ils peuvent devenir un empêchement, lorsque de moyens ils tendent à devenir des fins, ils sont toutefois indispensables à une efficace organisation du travail. Mais ils doivent demeurés adaptés à ce qui constitue leur finalité première : soutenir le travail. L. BRUNI suggère ainsi que, selon un principe de subsidiarité horizontale qu'il conviendrait de ne pas oublier, un média n'est pertinent que s'il soutient la relation sans s'y substituer (BRUNI, 2009). Lorsque l'outil en vient à réduire les interactions, il appauvrit par là-même également le travail. C'est aussi ce que constate L. HONORÉ (2011) à propos des marges de manœuvre à laisser aux opérationnels pour permettre à l'encadrement de proximité de se donner le temps d'une véritable action managériale de pilotage de l'autonomie de ses équipes.

La question se pose par exemple à propos de la feuille de menus utilisée par les ASH de Grandsoin pour commander les repas en cuisine, sur la base des indications des infirmières. Ces feuilles de menus sont l'objet d'incessantes tensions et négociations entre d'un côté les infirmières, disposant du savoir médical mais pour qui l'alimentation n'est pas prioritaire par rapport au soin, et de l'autre les agents de service contraints de transmettre les commandes de repas à heure fixe à la cuisine. La direction étudie par conséquent l'hypothèse d'informatiser le système, afin que la prescription médicale dans le dossier de soins se traduise directement par une commande en cuisine, sans passer par l'intermédiaire de l'ASH. Mais ces dernières savent qu'elles continueront, en bout de chaîne, de constater les dysfonctionnements lors de la distribution des plateaux, si les infirmières n'ont pas renseigné les changements de dernière minute. Ce système informatisé, qui va probablement réduire les interactions entre les acteurs, permettra-t-il la résolution des tensions ? Va-t-il permettre aux ASH de continuer à disposer des éléments d'information qui fondent leur connaissance et donc leur compétence dans le repérage des erreurs de menus et leur traitement au moment de la distribution des repas, qu'elles réalisent le plus souvent sans la présence de l'aide-soignante censée les vérifier ? Ou va-t-il les en priver et les réduire à de simples distributeurs de plateaux, l'organisation se dessaisissant ainsi d'une source importance de compétence collective et de régulation locale efficace ? Tout

dépend en effet si les ASH ont accès au système et à l'information. Or l'on sait que c'est une question délicate du fait de la confidentialité des données de soin, auxquelles déjà les ASH souhaiteraient avoir accès afin justement de permettre une meilleure prise en charge du patient, mais qu'on leur refuse souvent en raison de leur absence de qualification.

Tout l'enjeu est donc que les instruments mis en place dans une logique gestionnaire permettent d'alimenter, par des données pertinentes sur l'activité réelle, les dynamiques d'échange, de mise en discussion du travail, de régulation collective. Que la construction d'une véritable régulation conjointe soit favorisée et non étouffée, empêchée.

2.3. La disparition de la discussion

Lorsqu'on interroge les personnels sur leur travail, dans les deux établissements apparaît de manière récurrente dans les entretiens ce qu'ils évoquent sous le terme générique de « *problèmes de communication* ». Il s'agit à la fois de la manière dont circule l'information, aussi bien descendante que remontant vers la direction, du sentiment d'être écouté dans leurs demandes, en même temps que des possibilités dont ils disposent pour se concerter avec leurs collègues lorsqu'ils rencontrent une difficulté ou tout simplement pour construire du sens et interpréter l'environnement et les messages véhiculés par le management. Le statut donné à la parole dans l'établissement révèle la manière dont le management considère les personnes, leur légitimité à prendre part à l'organisation du travail et à sa mise en débat.

2.3.1. Le statut de la parole dans l'organisation

Le centre de soins de suite Beausoin et la clinique Grandsoin présentent deux configurations totalement différentes quant à la place qui est donnée à la parole dans l'espace et le temps du travail. Autant à Beausoin la parole circule abondamment, quasiment trop pourrait-on dire, alimentant d'incessants bruits de couloirs tandis que les espaces de discussion officiels sont désertés, autant à Grandsoin la parole semble implicitement interdite et systématiquement inhibée. Toutefois, dans les deux établissements, la défiance empêche que l'expression, lorsqu'elle existe, soit libre.

A la clinique Grandsoin, bon nombre des acteurs interrogés en conviennent eux-mêmes : la parole n'est pas bienvenue dans l'établissement, elle représente un risque et rares sont ceux qui s'autorisent à parler librement. Les salariés perçoivent une sorte de norme implicite véhiculant le principe qu'il ne « *faut pas laisser trop de place à la parole, on n'est pas là pour se plaindre, on n'est pas là pour discuter du bien fondé des choses, on est là pour bosser* » (Paramédical, Grandsoin). La parole est « *flânerie* », un temps

improductif à éliminer. Le temps de la régulation et celui consacré aux investissements immatériels ne sont pas considérés comme nécessaires (DU TERTRE, 2005, p. 43).

> *« J'ai l'impression de connaître plus personne, parce que c'est boulot boulot, et dès qu'on commence à discuter entre nous, des choses bien précises, (…) il y a une responsable qui arrive (…), l'air de dire ben qu'est-ce que vous faites là, quoi ! On se sent toujours en faute. » (AS, Grandsoin)*

Pour des raisons de permanence des soins, les équipes ne doivent plus prendre leur pause ensemble. Les soignants sont officiellement censées s'alterner en salle de pause, tandis que les agents de service ne sont même pas autorisés à s'y asseoir. Les espaces de discussion sont peu à peu éliminés pour optimiser le temps de travail.

> *« On n'a pas droit d'être assise, pas droit de parler. Faut toujours avoir le chiffon collé à la main, on se demande si bientôt on aura droit d'aller aux toilettes. » (ASH, Grandsoin)*

Le terme d'« *équipe cancan* » rapporté par une cadre de Grandsoin en dit long sur la vision portée par le management sur l'utilité des discussions entre les membres du personnel. Le terme de « *cancan* » sera aussi très utilisé à Beausoin, où la communication informelle dans les couloirs semble le mode de circulation de l'information le plus fréquent.

Plus encore qu'un coût inutile, « *la parole est un danger* », explique encore un paramédical de Grandsoin. Ce qui représente en réalité un danger, on l'a vu, c'est de laisser apparaître des dysfonctionnements, des faiblesses. C'est pourquoi, malgré les invitations permanentes du management à participer, il est malaisé d'exprimer ce qui sera aussitôt qualifié de plainte et risque d'être mal vu. Tout se passe comme si chacun percevait que le silence lui serait préférable.

> *« Une aide-soignante ou une infirmière qui dit les choses, elle a la grande chance de se faire pister, je pense. (…) Et vraiment, je l'ai ressenti vraiment, vraiment ! En faisant ma réunion, mais c'était… ahhh ! Moi j'ai senti des gens muselés. » (Cadre, Grandsoin).*

A Grandsoin, le choix généralisé de ne pas s'exprimer semble quasiment faire partie de la culture de la maison, même si c'est un sujet tabou. Seuls quelques nouveaux connaissant encore peu les normes de l'établissement osent intervenir en réunion. On parle d'ailleurs de réunions « *fermées* », où il n'est pas possible de s'exprimer effectivement.

> *« **[C'est lié au mode de management dans la maison ?]** Certainement ! Certainement ! (…) De parler librement de ces choses-là, oui, c'est quelqu'un qui arrive. » (Paramédical, Grandsoin)*

A Beausoin, la situation est apparemment très différente. Loin d'y être interdite, la parole y circule au contraire de manière totalement non maîtrisée. La petite taille de l'établissement et le climat de famille qui y a toujours régné ont favorisé des relations

directes entre les différents acteurs, indépendamment des canaux hiérarchiques et des circuits officiels de circulation de l'information. Dans ce contexte, l'arrivée de cadres fonctionnels et de managers de proximité a ajouté à la prolifération des informations et des règles et alimenté le phénomène de « *pléistocratie* » (REYNAUD, 2003c) : chacun, dans une quête de légitimité, produit ses propres normes et les diffuse en direct à tous les personnels, quitte à court-circuiter ses collègues. La défiance qui s'est installée, du fait des tensions récurrentes entre les directions administrative et médicale, provoquant des réflexes d'autoprotection pour éviter d'être mis en défaut, rend aujourd'hui périlleuse la prise de parole dans un tel contexte. Le management tend alors à réduire les occasions de discussion et se cantonne aux espaces officiels de communication plus monologiques.

> *« Au vu de tous les cancans, des bruits de couloir, ce ne sont que des canaux officiels de réunion ou d'affichage pour communiquer. » (Direction, Beausoin)*

Le vide de dialogue et l'incertitude quant à la fiabilité de l'information qui circule renforce encore plus la rumeur et, tandis que les spéculations vont bon train dans les couloirs, la parole disparait dans les espaces officiels et le phénomène prend progressivement une ampleur incontrôlée.

Lorsqu'après la restitution de l'étude, la direction voudra prendre des mesures pour enrayer le phénomène, elle exigera que toute communication passe désormais par les canaux hiérarchiques, afin de redonner leur place aux cadres de proximités, seuls interlocuteurs légitimes auprès des équipes. En réalité, elle verrouillera les circuits d'information remontant des personnels vers la hiérarchie, tandis que les cadres fonctionnels ou les médecins continueront de court-circuiter leurs collègues en diffusant directement de l'information vers les équipes lors de contacts informels dans les couloirs, et parfois même en les convoquant directement à des formations ou groupes de travail sans en informer les cadres de proximité. Les mesures seront alors perçues par les salariés comme une rigidification du système, alors même que la « *pléistocratie* » demeurera le mode de fonctionnement du management. Une fois de plus, l'expression sera limitée, le dialogue empêché, mais les règles de contrôle continueront de se multiplier.

Si l'on ne peut réduire l'activité de régulation aux échanges langagiers, celle-ci se déploie le plus souvent à travers la parole dans les espaces de discussion, formels ou informels, où le travail et ses problèmes peuvent être mis en débat. A Grandsoin, le mode de management autoritaire, révélateur de la prétention de la régulation de contrôle à tout maîtriser et sécuriser, se traduit par un interdit de la libre parole dans l'espace et le temps de travail. A Beausoin, l'emballement de la régulation de contrôle produit un décrochage et un abandon du terrain par le management, qui laisse au contraire le champ

libre à des processus usants de régulation autonome s'exprimant à travers des bruits de couloirs aussi inefficaces que perturbateurs. Dans les deux cas, les différentes formes de régulation ne se rencontrent pas et ne permettent pas la construction d'une régulation conjointe. Les espaces de discussion sont alors soit abandonnés par le management ou désertés par le personnel, soit colonisés par d'autres enjeux que ceux du travail et les problèmes concrets ne se trouve plus régulés et pris en charge par le collectif.

2.3.2. Appels au dialogue

A Beausoin comme à Grandsoin, la communication est essentiellement descendante, monologique, et les réunions sont de nature informationnelle plutôt que de véritables espaces de discussion sur le travail.

Même dans ce qui pourrait être considéré comme un espace de discussion privilégié, à savoir les transmissions, la discussion sur le travail tend à disparaitre, la forme des relèves se prêtant peu à l'expression de propositions organisationnelles ou à la discussion de cas difficiles, ainsi que le notent M. GROSJEAN et M. LACOSTE (1999, p. 112). L'échange porte avant tout - et de plus en plus quasiment exclusivement puisque ces temps tendent à être réduits - sur les patients et non pas sur le travail du collectif et sa régulation. La communication y est de plus en plus formalisée, au travers notamment des « *transmissions ciblées* », outil de gestion extrêmement structuré visant à optimiser le diagnostic infirmier en centrant l'échange d'information tant écrite qu'orale sur les variations par rapport à la norme. Les infirmiers comme les aides-soignants y sont formés lors de leurs études selon des procédures définies nationalement. Bien souvent, ces transmissions prennent une forme très monologique où l'information est transmise sans être discutée, même si l'infirmière « *montante* » garde ensuite toute latitude dans l'exécution des soins (KOSTULSKI, 2000). A la clinique Grandsoin, il n'y a même plus de réunion d'équipe passant quotidiennement en revue l'ensemble des patients du service. Chaque infirmière transmet les informations nécessaires à la collègue qui arrive, en une multitude de mini-temps de transmissions tout au long de la journée, finalement très chronophages et peu propices à l'évocation d'autres sujets non directement liés aux patients.

Face à l'intensification du travail, et notamment de celui des cadres, les réunions de service se raréfient. Certains d'ailleurs ne sont pas sans se demander si la disparation des réunions de service ne serait pas en rapport avec la difficulté pour le management d'affronter le dialogue. Le dialogue est un risque, c'est un exercice difficile, rendu encore plus périlleux quand la confiance est dégradée et que le climat n'y est pas propice.

> *« Il y a peut-être pas assez de réunions avec [la responsable], mais je pense que même pour elle, la surveillante, avoir des réunions avec des brancardiers, ça doit pas être facile non plus… » (Brancardier, Grandsoin)*

Certains salariés expriment clairement en entretien leur impression que le dialogue n'est pas bienvenu, qu'il n'y a pas possibilité de discuter avec l'encadrement.

> *« C'est pas on va discuter, on va en parler, ou on va rester, on va essayer de construire la chose pour voir comment on peut arranger, tout ça. Non non, c'est forcément non, dès le départ. Quand on demande quelque chose, c'est forcément non ou c'est pas sûr que vous l'aurez. » (AS, Grandsoin)*

Les managers craignent la discussion et préfèrent finalement le silence de leur équipe à la remontée de problèmes. On l'observe d'autant plus quand le climat social devient tendu. Cadres et médecins ont alors des réactions d'évitement, ils fuient la confrontation en face-à-face avec les salariés.

> *« Je lui avais dit : écoutez, il y a des bruits de couloirs qui disent que nous allons changer de service, est-ce que c'est vrai ? (…) Pourquoi vous n'êtes pas venue nous le dire ? C'était quand même à vous de nous le dire ! (…) Alors l'explication que j'avais (…) qu'elles avaient laissé aux délégués le soin de nous redonner une réponse. (…) Il y a un petit peu des fuites, quoi, voilà, un peu des trucs d'évitement. » (IDE, Beausoin)*

Une cadre de proximité de Beausoin le reconnaîtra même : dans les moments de tension, qu'il s'agisse d'un changement de planning mal compris ou d'une réorganisation des tâches, elle évite de descendre dans les services affronter la levée de boucliers.

> *« Il m'est arrivé de ressentir le besoin pendant quelques jours, ben de rester un peu plus dans le bureau et descendre un petit peu moins dans les services. (…) ça peut être pour calmer le jeu (…) à mon poste je ne devrais peut-être pas abandonner le bateau quand il le faut pas. (…) Ça va être par exemple une décision prise, j'aillais dire par la direction, enfin par l'administratif on va dire, (…) une décision qui ne va pas plaire.» (Cadre, Beausoin)*

Les réunions d'équipe, quand elles ont lieu, sont envahies par la transmission d'informations en provenance de la direction, relayées par le cadre sous forme d'injonctions, règles et consignes multiples. Le temps réservé ensuite à la discussion est le plus souvent réduit à la portion congrue, et plus encore celui où les membres des équipes peuvent eux-mêmes soulever les problèmes qui les préoccupent. Un cadre avouera même annuler les réunions lorsqu'il n'a pas assez d'informations à transmettre. La mise en discussion du travail n'est donc pas le but des réunions d'équipe.

> *« On n'a jamais de réunion. Si, la dernière fois qu'on a eu une réunion, c'était… au restaurant, alors c'était tout le plateau technique, mais ça avait aucun rapport en fait. Non non, on peut pas l'aborder, ces problèmes-là on les aborde pas. » (Brancardier, Grandsoin)*

Bien que sollicités en permanence dans des groupes de travail dans une logique d'amélioration constante de la qualité, les personnels ont bien souvent l'impression de n'avoir pas voix au chapitre et que les difficultés qu'ils tentent de remonter sont perçues comme une plainte de leur part, comme un signe de mauvaise volonté, de désengagement, là où justement ils ont pris le risque de s'impliquer au-delà de leurs tâches quotidiennes. L'agenda des groupes de travail est lui aussi décidé par le management. Ce ne sont là aussi que très rarement des réunions *sur* le travail, où l'on met en débat le travail réel.

Une infirmière de Beausoin fera d'ailleurs remarquer que le mode de management n'est réellement participatif que pour ceux qui sont impliqués dans les groupes de travail, mais comme ils ne disposent ensuite d'aucun espace pour reparler avec leurs collègues de ce sur quoi ils ont été appelés à travailler et pour justifier des choix faits par le groupe, les autres salariés se voient imposer sans comprendre les mesures élaborées soi-disant « *collectivement* ». Il s'agit de fait plus d'un mode de délégation, associant certains à la discussion – et non d'ailleurs à la décision –, mais qui reste vécu par tous les autres comme autoritaire et descendant. Les personnels impliqués dans les groupes de travail s'en trouvent d'ailleurs très frustrés et portent en silence le poids des reproches de leurs collègues qui ne comprennent pas les mesures prises, sans savoir s'ils sont effectivement mandatés pour expliquer des décisions qu'ils peinent à assumer et ne partagent pas toujours pleinement.

Là où la direction entend des plaintes et des reproches, le personnel exprime en réalité un désir de discussion, de dialogue. Lors d'un groupe de travail à Beausoin, a été rapporté l'épisode de l'achat peu de temps auparavant d'une machine pour l'entretien des sols. Dans un souci d'associer les utilisateurs à la décision, il avait été proposé aux ASH qui le souhaitaient d'essayer la machine. La décision a cependant ensuite été prise sans tenir compte de leurs réactions. Révoltés, les agents ont refusé d'utiliser les nouveaux produits, qui posaient effectivement les problèmes qu'ils avaient signalés, et le service entretien a dû finalement changer de fournisseur. La direction, constatant le coût de l'opération, décida alors de mettre en place une commission chargée d'élaborer des procédures d'achat verrouillées. La soif de participation et de dialogue des agents n'a une fois de plus pas été entendue.

Seules peut-être les formations dispensées en interne restent souvent des espaces de discussion et de libre expression, d'autant plus qu'elles permettent en général un brassage interservices et parfois même inter-catégories entre des personnels n'ayant pas habituellement l'occasion d'échanger. Les intervenants paramédicaux qui les ont en charge le confirment. Mais, en l'absence de la hiérarchie, le produit de cette discussion ne

peut être réintégré dans l'organisation. Ce sont donc des soupapes permettant un moment de vider son sac, mais qui restent ponctuelles et rares, de l'ordre de l'informel.

C'est pourquoi les personnels, tant à Beausoin qu'à Grandsoin, expriment fortement leur sentiment de n'être pas écoutés, pas entendus. Le management ne semble jamais s'intéresser à ce qui fait leurs problèmes quotidiens dans le travail, absorbée qu'elle est par des enjeux stratégiques à d'autres niveaux.

> *« C'est pour ça qu'on a tous fait grève, les brancardiers. Parce que personne nous écoute. La direction ne nous écoute pas, c'est tout. Ils nous demandent même pas pourquoi on fait grève, déjà ! Donc ça veut bien dire ce que ça veut dire. » (Brancardier, Grandsoin)*

A Beausoin autant qu'à Grandsoin, le contraste est frappant entre ce qui fait l'objet des préoccupations de la direction et les attentes des équipes, concernant parfois simplement des besoins en matériel représentant des sommes minimes, qui pourtant restent sans réponse. Ce sera par exemple des pots d'eaux qui manquent aux ASH ou le positionnement d'un fax obligeant certaines aides-soignantes de Grandsoin à parcourir les couloirs plusieurs fois par jours pour envoyer les demandes de radios ou les commandes de médicaments. Les salariés ont l'impression de s'user à réclamer ce qui leur semble les conditions nécessaires à un travail de qualité. La direction reste sourde, inaccessible, occupée qu'elle est à des questions stratégiques pour l'établissement, et les cadres de proximité démunis de réponses à donner à leurs équipes.

Ce que signifie la plainte des salariés de Beausoin ou de Grandsoin, lorsqu'ils répètent à qui veut l'entendre « *on n'est pas écoutés !* », c'est la nécessité d'un dialogue entre le management et les équipes et l'importance qu'ils accordent à la possibilité de prendre part à la discussion sur le travail. Aucun d'eux, quelque soit le niveau hiérarchique auquel il se trouve ou le niveau de qualification qui est le sien, n'entend se contenter d'exécuter des prescriptions sans donner de lui-même dans son travail, participer à en faire un travail de qualité, une œuvre digne de ce nom dont il soit fier. On travaille « *pour* », pour le patient, pour l'établissement, c'est le sens même du travail. Or cela suppose de disposer d'une part d'autonomie, de la possibilité de contribuer au travail et à son organisation. Ne pas pouvoir échanger avec les collègues ou la hiérarchie sur la meilleure manière de faire le travail, c'est être réduit à l'état de machine, d'exécutant. C'est ne pas être reconnu dans sa compétence, dans ses potentialités humaines, dans sa capacité à donner.

Tandis que le manque d'écoute s'explique directement par la moindre présence des managers de proximité sur le terrain et la disparition des espaces de discussion que l'hyper-rationalisation a progressivement éliminés, la question de la reconnaissance

apparaît plus complexe et nécessite d'être approfondie pour identifier les leviers sur lesquels elle se fonde. C'est ce qui fera l'objet de la troisième partie de ce chapitre.

3. LA RECONNAISSANCE MISE A MAL

La demande de reconnaissance, nous l'avons vu sur les deux terrains étudiés et dans la littérature sur le sujet, porte avant tout sur le fait de voir son travail vu, reconnu. A travers le travail, c'est ensuite la personne en elle-même qui est en jeu, dans son identité, au-delà de sa fonction. La plainte du manque de reconnaissance est enfin un appel à ce que le don de soi dans le travail soit accueilli comme tel, plutôt que nié ou refusé ; elle est un signe que la réponse à la dynamique de don est jugée insatisfaisante par les acteurs qui s'y sont engagés. Car, rappelons-le, les espaces de discussion, en tant qu'ils sont le lieu où se construit la régulation conjointe, sont aussi des espaces de reconnaissance, de manifestation que le don - la part de don présent dans le travail - a bien été reçu et pris en considération, qu'il établit une réciprocité, permettant la coopération. C'est ainsi que peut être lue la plainte de manque de reconnaissance si vivement exprimée à Beausoin et à Grandsoin.

3.1. La reconnaissance du travail

Les acteurs de terrain interrogés précisent bien que la reconnaissance attendue est avant tout une reconnaissance du travail réalisé. Mais qu'entendent-ils par là ?

3.1.1. « On ne réalise pas le travail qu'on fait ! »

Dans les propos des acteurs, la description du travail fourni se situe sans ambiguïté sur le registre du don, de l'investissement, du « *plus* » librement consenti par rapport au travail prescrit. Une infirmière l'exprime ainsi :

> *« Je me demande si on réalise tout le travail fait par l'ensemble du personnel. En dehors de leur travail propre, l'investissement. (…) On ne fait pas que notre travail et après voila. » (IDE, Beausoin)*

C'est justement là où il a fallu le plus lutter contre les événements pour assurer malgré tout la réalisation des objectifs prévus, avec tout ce qui s'est rajouté en plus, qu'il est le plus douloureux de constater que ces efforts passent inaperçus. Ils perdent tout leur sens.

> *« Les gens ont l'impression qu'on n'a pas conscience du travail qu'ils font et des efforts qu'ils fournissent. » (AS, Grandsoin)*

La direction – ou plus largement le « *management amont* », dirait N. ALTER (2009) -, du fait de la logique qui est la sienne, ne s'intéresse qu'au résultat et ne voit pas l'effort qui a permis de l'atteindre. Il se situe, en ce qui concerne le travail des subordonnés, dans une logique de jugement d'utilité (DEJOURS, 2008). Alors que ce qui, aux yeux des salariés, donne valeur à leur travail, c'est précisément l'effort consenti. Or il est bien plus difficile pour le management de voir, de prendre en compte, ce qui justement n'apparaît plus dans le résultat final : toutes les difficultés dépassées, tout ce que cela a demandé, tout ce qu'il a fallu donner de soi.

> *« Ça sert à rien les coefficients, les machins, je calcule, il faut tant de personnel, non non, faut venir, faut venir travailler avec nous, faut voir ! » (Agent de stérilisation, Grandsoin)*

Et il ne s'agit pas seulement d'analyser le travail à distance à travers des outils. Ce que les personnels attendent, à Beausoin comme à Grandsoin, c'est que leurs responsables se déplacent, viennent voir en personne le travail.

> *« Dès fois, on se dit qu'il faudrait qu'ils prennent notre rôle, qu'ils sortent du bureau et qu'ils viennent voir ce qui se passe réellement. Mais pas nous jeter la pierre. Voir le travail qu'on fait. » (ASH, Grandsoin)*

Le fait que cette année-là les entretiens annuels d'évaluation à Grandsoin n'ait pas été réalisés, malgré les critiques qu'on peut adresser à ces outils (DEJOURS, 2009) et que certains salariés ne manquent pas de faire, a « *blessé* » les personnels.

> *« Ça a blessé un peu les gens, y a pas eu d'évaluation. (…) Et les gars, ou les filles, je pense qu'elles se sentent un peu zappées quoi (…) ça a choqué tout le monde. » (Brancardier, Grandsoin)*

3.1.2. Reconnaître la charge de travail

Que le travail soit vu, voilà encore l'objet de la plainte concernant la charge de travail, si fréquente dans le discours des soignants ou agents de service. Au-delà des questions d'effectifs, qui peuvent certes être bien réelles mais ne sont pas suffisantes pour expliquer la plainte, les personnels attendent que le management reconnaisse leur impression de « *courir tout le temps* », de devoir « *toujours faire vite* », au point de ne plus arriver à faire leur travail de manière satisfaisante. Les tensions, les contradictions créées par l'intensification du travail ont besoin d'être entendues, prises en compte, alors même que tout est fait par le management pour qu'elles disparaissent et ne se voient pas.

La reconnaissance repose d'une certaine manière pour ceux qui ont fait le travail sur tout ce qui a été investi, dépassé, pour réaliser l'œuvre malgré les imprévus qu'il a fallu surmonter ; tandis que pour le management, l'excellence suppose que l'on ait été capable

de produire selon un processus lissé, où tout dysfonctionnement a été anticipé et éliminé. Ce qui donne donc valeur au travail pour les uns est précisément ce qui est signal d'échec et de non-performance pour les autres.

Le conflit à Beausoin autour du changement d'étage entre les deux équipes en est une illustration. Les équipes attendaient de la direction qu'elle reconnaisse la charge mentale particulièrement lourde au 2e étage, du fait de la pression imposée par le médecin-chef, et la charge physique supplémentaire supportée par l'équipe du RdC-1er, notamment en soins de nursing. Elles ne contestaient donc pas la charge en tant que telle, mais son déni. Tant que les différences de charge de travail seront niées, la direction aura beau obtenir des postes supplémentaires de soignants, les équipes ne se sentiront pas reconnues dans leur contribution spécifique.

> *« Mais quand ma collègue, sous l'émotion, la fatigue, a dit : "oui, on fait rien pour nous !", c'est pas ça qu'elle veut dire (…) Ce qu'elle disait, c'est : nous on va pas bien ! » (Délégué du personnel, Beausoin)*

Les aides-soignantes de l'équipe du bas tiennent à ce que leur surcharge soit reconnue, mais il est humiliant, disqualifiant pour celles du second qu'on affirme ainsi qu'elles n'ont pas la même charge à supporter, comme si leur travail n'avait alors plus de valeur. N'ayant pas le même effort à faire, elles n'auraient pas le même mérite, à moins que l'on ne reconnaisse la charge mentale que représente la tension avec le médecin-chef. La décision de la direction d'imposer malgré les résistances une nouvelle permutation entre les équipes un an plus tard pourrait avoir joué le rôle de revalidation de la spécificité de chaque étage, qu'il existe bien une usure nécessitant de varier les charges.

De fait, la cadre de proximité des équipes de soin le constatera lorsqu'un outil de mesure de la charge de travail sera ensuite mis en place à Beausoin, qu'elle utilisera simplement pour objectiver la plainte lorsqu'elle sentira les équipes en souffrance, afin de négocier ensuite avec elles que certaines aillent en renfort dans le service le plus chargé. Le seul fait que leur surveillante s'intéresse au problème et engage la discussion est déjà pour les équipes un début de réponse.

On constate dans les entretiens une sorte de malaise sur la question de la charge de travail : tout se passe comme s'il était nécessaire de dire qu'elle est lourde, pour ne pas trahir la communauté qui porte ce message et parce qu'il en va de la dignité du travail[190]. En même temps, on tient à dire qu'on aime son travail et qu'on le fait bien, ce qui est incompatible

[190] Une aide-soignante rencontrée précédemment en entretien, confiera à mi-voix lors d'une séquence d'observation : « *J'en ai presque honte mais c'est vrai qu'ici il y a moins de travail. Je passe mon temps à circuler dans les couloirs pour pas qu'on voie que je n'ai rien à faire.* »

avec la plainte d'usure véhiculée. Donc on se justifie, en parlant de l'usure dans l'équipe mais en assurant son propre plaisir et engagement, quitte parfois à glisser entre deux que la charge n'est peut-être pas si lourde que ça, mais que ça n'engage que soi…

Au-delà même des réponses apportées par le management, les équipes attendent d'abord la confirmation que la plainte a été entendue. Parfois, en effet, des solutions seront mises en œuvre par l'encadrement sans que les équipes n'en aient connaissance. Ces mesures n'apporteront pas alors une réponse suffisante à la demande. C'est l'absence de dialogue qui est ici pointée.

De leur côté les managers, tant les cadres de proximité que les membres de la direction, expérimentent eux aussi de plus en plus un sentiment d'absence de reconnaissance de la part de leurs salariés. Ils ont l'impression de se donner sans cesse et vivent la plainte du personnel comme le signal que leur propre effort n'a pas été vu. Les cadres de proximité de Grandsoin en témoigneront à plusieurs reprises lors du *focus-group* :

> *« Moi je sens pas forcément de compréhension de leur part. Autant nous, en tant que cadre de proximité, elles sont notre priorité quotidienne, on pense qu'à elles et à la meilleure façon d'organiser leur travail et qu'elles puissent prendre en charge les patients au mieux pour assurer la qualité des soins et tout… Il y a aucun retour ! » (Cadre, Grandsoin)*

De plus, le travail de régulation, tâche centrale des cadres, n'était ni reconnu ni gratifiant, on comprend que certaines d'entre elles tentent de garder une place dans les soins, leur permettant de réaffirmer leur identité d'infirmières, par des compétences valorisées.

Quel est en effet précisément le travail, le type d'engagement, pour lequel les personnels attendent une reconnaissance, laquelle et de la part de qui ?

3.1.3. Jugements d'efficacité et jugements de beauté

Ce que les salariés expriment le plus souvent quant au contenu de la reconnaissance qu'ils attendent s'explicite généralement en termes de remerciements, de retours positifs sur leur travail. Le salaire, qui a pour but de rémunérer l'activité de travail prévue dans le contrat, ne semble pas suffisant aux yeux de ceux qui se sont investis au-delà de ce qui était requis. C'est bien précisément ici l'engagement, « *le plus* », le travail réel réalisé et dépassant les prescriptions, qui appelle à être reconnu. La demande de reconnaissance porte sur un investissement qui ne peut être considéré comme un dû par l'organisation.

> *« J'attends encore qu'on me dise merci, (…) merci d'avoir bossé sur le sujet. (…) Je ne demande pas qu'on m'augmente, mais qu'on me dise : c'est bien ce que vous avez fait, grâce entre autres à votre participation on a fait évoluer l'établissement. » (Paramédical, Beausoin)*

Les soignants attendent clairement une reconnaissance de leur travail, tant par les médecins avec lesquels ils travaillent, que de la direction ou de leur cadre de proximité. Mais pas la même… Une infirmière explique pourquoi la reconnaissance du cadre, qui porte sur le travail d'organisation, n'a pas du tout la même valeur que celle du médecin :

> *« C'est vrai que des fois [les cadres] nous disent vous avez bien rempli ces papiers là, mais ça, ça nous passe un petit peu au-dessus. (…) Moi j'attends plus une reconnaissance des médecins, en fait. (…) Parce que c'est vrai que régulièrement on se fait enguirlander, des fois envoyer paître, envoyer bouler mais avec des mots super méchants ! (…) Mais on n'a jamais de reconnaissance, nous dire : ah ben là vous avez bien travaillé. » (IDE, Grandsoin)*

Le travail administratif, on le fait par contrainte, parce qu'il est imposé, mais ce n'est pas d'abord là qu'on s'investit de manière significative. En revanche, dans le travail de soin, on donne constamment. Accepter de faire des prouesses en salle d'opération ou de pallier constamment les manques du médecin qui ne laisse pas des consignes suffisantes, c'est un don significatif, d'autant plus précieux qu'il ne provoque bien souvent en retour que des reproches injustifiés. Il y a donc un don permanent, dans une logique d'inconditionnalité conditionnelle (CAILLÉ, 2000, p. 111-112) : on accepte de continuer à donner malgré l'absence de retour, mais pas indéfiniment et une réponse est tôt au tard attendue, faute de quoi on se retirera de la relation jugée trop inégalitaire.

La même infirmière précise encore, au sujet de la reconnaissance qu'elle attendrait :

> *« C'est vrai que le côté soins est plus important, donc… C'est peut-être aussi pour ça, ouais, qu'on préférerait que ce soit les médecins qui nous félicitent. (…) Ça a pas le même impact. (…) Nos cadres elles sont infirmières, à la base, donc… Et les médecins, enfin même si moi je veux pas les mettre sur un piédestal, mais ils sont quand même au-dessus de nous. » (IDE, Grandsoin)*

Les cadres, parce qu'ils véhiculent la rationalité instrumentale de la direction, se situent dans une logique de « *jugement d'utilité* » (DEJOURS, 2008). Des médecins, en revanche, on attend un « *jugement de beauté* » sur le travail, car ils sont ceux les plus à même de juger de la conformité du travail aux règles de l'art, du métier, celles qui vont attester de la place du soignant dans la communauté de référence. Cette forme de « *jugement d'élégance* » (DEJOURS 1993, p. 4) le plus souvent proférée par les pairs, est ici, plus encore que des pairs, attendue de ceux qui sont considérés comme les maîtres, les experts, les savants de la discipline, ceux auprès desquels on apprend.

Bien des salariés du bloc reprocheront à certains médecins de Grandsoin leur manque de savoir-vivre, pas de merci, pas de bonjour ni d'au revoir. Mais ce merci qui est attendu est bien plus qu'un mot de politesse, c'est la reconnaissance du travail, de la personne, du don. Or le fait que les chirurgiens soient actionnaires semble empirer encore plus la situation.

Peut-être justement parce qu'ils sont médecins et actionnaires, donc doublement extérieurs à l'organisation (GLOUBERMAN et MINTZBERG, 2001 ; 2002), ils ne sont pas dedans, ils ne voient pas. Pourtant ils sont présents sur le terrain, ils n'auraient donc pas de raison de ne pas voir. Mais ils ont le regard porté ailleurs. On attendrait peut-être moins un merci d'un actionnaire extérieur, anonyme, inconnu, ou d'un administrateur qu'on ne voit jamais. Mais là on les côtoie, on travaille avec eux, pour eux directement, ils devraient donc voir. Le chirurgien ou l'anesthésiste n'est pas un inconnu, il a un visage. On voudrait qu'il ait du cœur. C'est ce dont témoigne l'extrait d'un courrier envoyé par les délégués syndicaux aux médecins-actionnaires au lendemain d'une grève :

> *« En effet, on pourrait penser que vous médecins et actionnaires en travaillant sur place vous êtes plus proche de la réalité mais en fait nous avons le sentiment que vous n'avez pas plus d'intérêt pour le personnel que si vous étiez de simples actionnaires attendant leurs dividendes Outre-Manche… » (Courrier du 23/03/2009)*

De la part des patients, en revanche, tous attestent que, d'une manière générale, la reconnaissance ne manque pas. Ce n'est jamais ce dont les personnels parlent lorsqu'ils invoquent un manque de reconnaissance. Bien au contraire, ils justifient souvent le fait d'avoir osé se plaindre en convenant ensuite qu'heureusement, ils agissent pour le patient et que celui-ci donne sens à leur travail.

> *« Quand la famille revient nous voir ou nous envoie une carte pour nous dire merci d'avoir été présents, on se dit on a quand même bien fait notre travail. » (IDE, Grandsoin)*

Les remerciements des patients sont lus comme une confirmation de la qualité du travail. Leur attention est d'autant plus appréciée qu'eux, justement, ont vu l'effort qu'a demandé le travail réel et l'engagement qui y a été mis. Alors précisément que les cadres semblent y être insensibles.

> *« Il y a quand même pas mal de patients qui se rendent compte de l'activité qu'il y a. (…) Qui se rendent compte qu'on est souvent débordées et qui nous remercient. Malgré tout on s'occupe bien d'eux et que ça doit pas être facile tous les jours… » (IDE, Grandsoin)*

Notons que ceux qui expriment le moins, du moins explicitement, leur quête de reconnaissance sont les membres de la direction. On peut penser bien sûr qu'ils en reçoivent beaucoup plus et que la fierté du bel établissement qu'ils dirigent est déjà en soi gratifiante. En réalité, les tensions récurrentes entre médecins et directions administratives, caractéristiques de nombreux établissements de santé, trouvent certainement une part d'explication dans la question de la reconnaissance. Chargés des tâches administratives, le « *sale boulot* », les administratifs ne relèvent pas de l'activité médicale noble et sont exclus de ce fait de la reconnaissance des médecins, qui ont souvent peu d'estime pour la gestion. Ils vont donc rechercher la reconnaissance à l'extérieur auprès de leurs pairs. La course aux

projets et l'hyperactivité gestionnaire observée dans les deux établissements peut ainsi être lue comme la recherche par les dirigeants d'une reconnaissance, d'un jugement de beauté qui ne leur est pas accessible en interne. On voit bien d'ailleurs combien ils sont sensibles à tout article de presse relatant leur nom ou celui de leur établissement.

3.1.4. Avoir part au mérite collectif

Si généralement, dans les discours de fin d'année, la direction prend soin de vanter la participation de tous à la performance collective, il lui est souvent plus difficile de souligner effectivement la contribution de tous ceux qui, dans l'ombre, réalisent le travail au quotidien. Ceux-ci sont pourtant bien plus conscients que ne le pense l'encadrement supérieur de travailler pour un objectif commun, de représenter l'organisation et d'être responsable pour une part de ses résultats.

> *« Si l'établissement a évolué tel qu'il a évolué, c'est parce qu'on est là aussi. On a eu des décideurs qui ont décidé des choses à des moments donnés cruciaux (…) Mais il y aussi nous qui avons bossé là-dessus. (…) Et je trouve qu'on l'oublie un peu. » (Paramédical, Beausoin)*

La direction a tendance à s'approprier les fruits du travail collectif et les bons résultats de l'organisation ; elle ne sait y reconnaître suffisamment la part du personnel. C'est particulièrement flagrant lors de la certification ou de la rédaction du projet d'établissement, où tous sont largement sollicités.

> *« On attendait cette réunion avec impatience, et ce qui en ressort (…) qu'ils ont augmenté l'activité. Bah oui c'est bien mais bon, derrière cette augmentation de l'activité, bah on a trimé aussi quoi ! » (IDE, Grandsoin)*

Cette attitude suscite une grande perplexité des salariés. Ils estiment donner beaucoup sur un registre qui n'est pas à leurs yeux leur mission première et comprennent mal qu'ensuite le management soit si peu sensible à ce qui constitue leurs préoccupations à eux, à savoir le travail de soin, de prise en charge des patients au quotidien.

Tandis que pour les acteurs de terrain, le soin et la prise en charge des patients est la valeur suprême et prioritaire, le management affiche d'autres systèmes de référence. Il lui préfère les projets, les démarches permettant de valoriser l'établissement à l'extérieur.

> *« La direction actuelle, elle était plutôt pour, à la limite, donner une petite prime à celles qui allaient aux réunions parce qu'elles s'investissaient et puis rien à celles qui restent dans les services. (…) mais celles qui restent dans les services, elles ont toute la charge de travail et je trouve qu'il y a autant d'investissement ! (…) On valorise plus l'administratif. » (IDE Beausoin)*

Ce qui est important pour l'encadrement est ce que les soignants considèrent quasiment comme le « *sale boulot* », ou du moins une activité secondaire et non noble. Ils emploieront d'ailleurs des termes comme « *l'administratif* », voire « *la paperasserie* », tandis que la direction déploiera tout le vocable à la mode dans les grandes entreprises dans le registre des projets, de la qualité, de l'excellence et de la performance.

Par ailleurs, lorsque les compliments exprimés ne sont pas ressentis comme sincères, ils sont susceptibles de provoquer de violentes réactions. C'est là toute l'ambiguïté de la reconnaissance : elle doit être exprimée de manière sincère. N. ALTER souligne l'importance de l'expression des sentiments dans la manifestation de la gratitude (2009, p. 31-38). Pour que la déclaration de reconnaissance soit crédible, il faut « *du sentiment* », pas que du « *littéraire* ». La sincérité se juge non seulement aux paroles, mais à l'ensemble des signaux donnés. C'est bien là toute la difficulté pour le management, attendu non pas sur les discours qu'il fait mais sur la cohérence de l'ensemble de son action et des décisions qu'il prend. On l'a vu, ce qui est attendu c'est avant tout que le travail soit vu, reconnu. Là encore, les remerciements doivent en être l'expression, pas le substitut.

> *« [On attend] une reconnaissance du travail fait, et pas quelque chose de littéraire comme ça qui en fait, on sent qu'il y a pas de sentiment.» (AS, Grandsoin)*

La reconnaissance est vraiment le fait de voir le travail et de l'exprimer ; c'est reconnaître le travail. Toutefois, le travail et la personne qui l'accomplit sont intimement liés. Reconnaître une personne c'est voir le travail qu'elle fait et savoir le lui dire. Et ne pas reconnaître le travail réalisé, c'est manquer de reconnaissance envers la personne.

3.2. La reconnaissance de la personne

C. DEJOURS et les auteurs de la psychodynamique du travail soulignent que la reconnaissance, qu'elle passe par le jugement d'utilité ou par le jugement de beauté, porte sur le travail accompli et non pas sur la personne. La gratification identitaire qui en résulte n'est qu'une conséquence et vient ensuite (DEJOURS, 2008, p. 234-235). Elle n'en est pas absente pour autant et ressort fortement dans les propos des salariés interrogés. A travers leur travail, c'est leur identité qui est en jeu, précisément parce qu'il s'agit d'un don les engageant comme personne (GODBOUT, 2000).

3.2.1. L'impression d'être invisible

Les catégories les moins reconnues, comme les agents de service, expriment fortement, on l'a vu aussi bien à Beausoin qu'à Grandsoin, l'impression d'être invisible, qu'elles n'existent pas, ne valent rien. Cette impression est renforcée à chaque fois qu'un des

membres de l'encadrement administratif ou médical ne leur adresse pas la parole, les croise sans les saluer. Les ASH déploient alors toutes sortes de stratagèmes pour acquérir eux aussi ce « *sentiment d'exister* » (ALTER, 2009, p. 116ss) qu'on leur refuse.

> *« L'important c'est d'être vue, c'est ce que j'ai compris. (…) personne me voit à la limite. Ils ignorent que je travaille là ! Ils savent même pas que je suis venue ! » (ASH, Beausoin)*

Combien de fois nous entendrons en entretien, tant à Beausoin qu'à Grandsoin, l'exclamation, notamment de la part des agents de service : « *On n'existe même pas !* ». Refuser la relation, ne pas dire bonjour, c'est dire à l'autre qu'il n'existe pas ; c'est aussi par conséquent se rendre inexistant à ses yeux.

> *« On a des chefs qui sont inexistants, quand on est dans le couloir ils nous disent pas bonjour. » (Brancardier, Grandsoin)*

Inversement, lorsque la reconnaissance est exprimée, cela provoque un plaisir certain. Il peut s'agir d'un jugement de beauté tel que l'entend C. DEJOURS, le fameux « *vous avez bien bossé les filles !*» tant attendu par les infirmières. Mais ce qui plus encore va être lu comme une marque de forte reconnaissance, c'est lorsque la contribution personnelle est mise en évidence, ce que C. DEJOURS appelle « *le jugement d'originalité* » (1993). Lorsqu'un supérieur dira : « *ça fait longtemps qu'on vous a pas vue !* », la personne se sent unique, connue, appréciée.

> *« Ce qui nous fait plaisir quand même, c'est que certaines infirmières et certains médecins reconnaissent les gens qui travaillent et [ceux] qui travaillent pas, quoi. (…) Quand nous on arrive dans un bloc, elles sont contentes de nous voir : "Ah c'est toi !" » (ASH, Grandsoin)*

3.2.2. Se sentir un pion

A la différence des agents de service, les soignants exercent, eux, une activité qui leur permet d'exister, du moins aux yeux des patients. Néanmoins, l'expression « *se sentir un pion* », qu'ils emploient de manière récurrente, est caractéristique du sentiment d'être pris par la direction pour un objet, de ne pas être non plus reconnu en tant que personne.

> *« Si un jour on n'a plus besoin de vous, on va pas vous dire merci ni au-revoir, voilà. On est des petits pions, on fait ce qu'on veut de nous. » (AS, Grandsoin)*

Domine parfois l'impression que la personne n'existe que par le travail qu'elle produit, si ce travail est nécessaire à ce moment-là aux yeux de la hiérarchie. Elle est considérée comme un objet, un moyen de production, et non pas comme une personne.

> *« Un moment donné, à l'instant T, on a eu besoin de lui (…). Et puis une fois que ça a été fini, que le truc il a été fait, vous retombez dans l'anonymat. » (Cadre, Beausoin)*

Le salarié se sent floué, on lui a pris alors qu'il était dans l'attitude de donner. Cela fait de lui un objet et non plus une personne, acteur autonome capable d'initiative et de don. Il n'entend pas être réduit à un facteur de production, à une ressource qu'on affecte ici ou là. Le mode de management dont il fait l'objet nie son unicité, sa liberté, son autonomie.

L'expression de la reconnaissance fait partie du « *côté humain* », elle manifeste que les relations, bien qu'encadrées par un contrat de travail, gardent une dimension caractéristique de la socialité primaire, des relations entre personnes.

> *« On fait pas des choses pour spécialement avoir des remerciements mais il faut quand même une certaine reconnaissance quoi. Il y a des gens, dans la mesure où ils [deviennent cadres], ils oublient le côté humain, en fait. » (ASH, Grandsoin)*

Les espaces de liberté, d'autonomie et la possibilité d'y « *consumer* » des ressources à l'expression de la convivialité (ALTER, 2009), de la socialité, sont le propre de la dimension humaine. En ce sens, la pause café que s'accordent les agents de service de Grandsoin, tolérée par la direction mais combattue par leur encadrement de proximité, est pour eux essentielle car elle leur permet de rejoindre l'équipe de soin et de bénéficier des informations échangées lors de ces temps informels à l'office. Par conséquent, lorsque leur responsable, qui le plus souvent leur reproche vivement leur inactivité dès qu'elle les voit assises à l'office, s'octroie le pouvoir d'envoyer certaines en pause déjeuner dans les moments qui lui semblent moins intenses, elle prive les ASH de cet espace d'autonomie et nie ainsi leur capacité à gérer elles-mêmes leur charge de travail. Désirant se montrer attentionnée et maternelle, elle les infantilise et les blesse dans leur dignité. Elle ne reconnaît pas leur autonomie en tant que personnes, elle en fait des pions.

> *« Elle nous dit : allez hop, il y en a une, elle descend. Mais bon, on n'est pas, encore là, des petits enfants, dire c'est l'heure. On sait nos temps de pause… » (ASH, Grandsoin)*

3.2.3. Le respect de la personne

Le management, qui tend à réifier les personnes en les réduisant à des ratios, est cependant constitué d'acteurs qui parfois s'emportent, sortent des normes comportementales imposées par leur rôle et dérapent. Même quand ces dérives sont propres à certaines personnalités impulsives et ne se produisent qu'occasionnellement, il n'en demeure pas moins que les termes avec lesquels certains membres de la hiérarchie parlent parfois du personnel peuvent être jugés irrespectueux par ces derniers, voire blessants.

> *« Et ça avait été dit, (…) qu'elle en avait marre de payer des aides-soignantes, des fainiasses, des tire-au-flanc…. » (AS, Beausoin)*

Au-delà de ceux qui ont été directement concernés, de nombreux salariés rapportent combien ils ont été scandalisés d'entendre des médecins ou des responsables hiérarchiques traiter leurs collègues de manière irrespectueuse.

> *« J'ai été assez surpris d'entendre (…) parler aux salariés de cette façon-là. C'est vraiment les prendre pour des moins que rien. (…) À mon chien je parle mieux. » (Cadre, Beausoin)*

Systématiquement, il est fait référence au respect dû à tout être humain. Les personnels se sentent traités comme des bêtes, atteints dans leur dignité de personne.

> *« Et puis de parler au petit personnel, certains chirurgiens c'était incohérent quoi. On était des bêtes de travail et puis c'est tout. » (Brancardier, Grandsoin)*

Être reconnu, être respecté, signifie aussi être pris en compte avec toutes ses contraintes, celles de son activité spécifique, liées aux fonctions exercées et aux conditions de leur mise en œuvre, celles du service par exemple, mais également celles de la vie hors travail. Ainsi, les infirmières de Beausoin interpréteront comme un manque de respect des médecins le fait de ne donner les prescriptions que tard dans l'après-midi, quand la pharmacie est fermée. Cela traduit de leur part le manque de connaissance des contraintes des infirmières du service. Ce même respect est attendu également de l'encadrement concernant l'équilibre entre les exigences professionnelles et celles de la vie privée. Derrière chaque salarié, il y a une personne et une situation unique, que l'administration, qui gère des effectifs et des flux d'activité, prétend ne pas pouvoir prendre en compte.

> *« On est des êtres humains, on a une vie de famille aussi. Là on se demande si on se moque pas de nous, quoi ! Je sais pas. Faut avoir de la considération, on a une vie aussi à côté. » (ASH, Grandsoin)*

3.2.4. Au-delà du statut

L'expression « *on est un petit peu, entre guillemets, du petit personnel* » est revenue à plusieurs reprises dans la bouche des agents ou des soignants lorsqu'ils parlaient du regard que portait sur eux la direction.

> *« Non, on est vraiment le bas de gamme de chez le bas de gamme ! » (ASH, Beausoin)*

En refusant une relation qui va faire exister l'autre comme personne, on le cantonne dans une fonction, on le réduit à son statut.

> *« Quand elle a en face d'elle quelqu'un qui a un certain niveau, une certaine prestance, elle peut encore considérer la personne et lui parler. Que nous, n'étant rien du tout, c'est vrai que c'est perdre du temps ! Parce qu'on ne mérite même pas… » (ASH, Beausoin)*

Les personnels des catégories les moins reconnues sont effectivement souvent ceux qui expriment la souffrance la plus vive en termes de reconnaissance. On retrouve ici ce qu'A. CAILLÉ avait observé à propos des niveaux de reconnaissance. Il affirmait en effet : « *se voient estimés ceux dont l'action témoigne d'un excès de la liberté sur la nécessité* » ; (…) « *respectés ceux chez qui liberté et nécessité s'équilibrent* » et enfin « *sont méprisés ou sont invisibles ceux chez qui la part de nécessité l'emporte sur celle de la liberté* » (CAILLÉ, 2007b, p. 203). Les catégories les moins reconnues sont bien celles à qui disposent du moins de liberté dans leur action, à qui bien souvent on ne reconnaît pas d'agir pour d'autres motivations que la nécessité matérielle.

> *« Nous les aides-soignantes on est des moins que rien, ils nous répondent jamais. Mais par contre, il va répondre à l'infirmière par son prénom. » (AS, Grandsoin)*

La reconnaissance, au contraire, suppose et à la fois engendre un rapport personnel, une part d'intimité, de proximité, qui permet de dépasser les frontières de rôles ou de statuts.

> *« On a une semaine où on va en salle [d'opération]. (…) ça fait super bien, d'être reconsidérés comme ça, ça fait plaisir quand même. (…) Je pense que d'échanger comme ça justement, des petits postes avec des grands postes, et ben ça nous donne beaucoup plus d'assurance, beaucoup plus de confiance en nous et de respect pour le chirurgien, parce que c'est là qu'on voit quand même qu'il fait un travail super bien, et qu'on se dit… je suis super fière quoi ! Super fière de l'aider à contribuer à opérer cette pauvre dame qui a un cancer. » (Agent de stérilisation, Grandsoin)*

Dans cet extrait, transparaît le rapport intime qui se crée en salle d'opération avec le chirurgien, si typique des relations de la sphère de la socialité primaire, ainsi que la fierté, le « *sentiment d'exister* » dont parle N. ALTER (2009, p. 111-134) qui découle de cette coopération hautement valorisante. Ce sont typiquement des dons (ou contre-dons) à valeur narcissique tels que décrits par J-P. DUMOND (2002) ou P. FUSTIER (2000, p. 29).

Être vu, appelé par son nom, qu'on s'adresse à soi comme à une personne digne de respect et capable de contribuer à l'action collective, valorise en retour le travail et suscite un engagement renouvelé à donner le meilleur de soi.

Les expressions fortes employées par les salariés : « *on n'est que des pions* », « *on n'existe pas* », que l'on entend bien au-delà des seuls établissements de Beausoin et Grandsoin, témoignent de l'importance fondamentale, pour être reconnu comme une personne, de l'autonomie, que déjà R. KARASEK (1979) reconnaissait comme l'un des critères des situations délétères en termes de risques psychosociaux, et son lien avec la reconnaissance, identifiée également par J. SIEGRIST (1996) comme un des déterminants de la santé au travail.

3.3. La reconnaissance de la dynamique de don

Qu'il s'agisse de la reconnaissance du travail ou de la personne elle-même, c'est fondamentalement une attente de reconnaissance de la part de don qui a été engagée et du lien, du dialogue qu'elle avait pour finalité de construire. Refuser de voir le travail réalisé, d'accorder la possibilité de participer à la régulation, c'est refuser une relation, c'est rompre la dynamique de don. « *Refuser de donner (…) comme refuser de prendre, équivaut à déclarer la guerre ; c'est refuser l'alliance et la communion.* » affirme M. MAUSS (1924, p. 18). On peut ainsi lire toute la quête de reconnaissance (CAILLÉ, 2007a) qui sous-tend les questions de santé au travail à travers la dynamique de don et le sentiment de trahison que provoque sa négation.

3.3.1. Ce qui motive le don

On l'a vu, on attend la reconnaissance de ceux supposés voir le travail et notamment le travail qui compte pour soi, celui dans lequel on s'est donné. Pour les soignants, c'est donc du médecin qu'on attend la reconnaissance du travail de soin. De la part du cadre, de la direction, on attend le signal qu'ils ont vu l'effort accompli pour réaliser tout le travail invisible demandé (ALTER, 2009, p. 95ss), la part maudite de l'activité. On attend donc d'un côté un merci, un bravo, un jugement de beauté, parce que le don correspond à un travail effectué par motivation intrinsèque ; de l'autre, on attend un jugement d'utilité, mais aussi un retour, car le travail réalisé ne procurant aucune motivation intrinsèque, il n'est accordé que pour permettre la coopération, la réalisation du travail motivant. Il n'est pas purement gratuit (DOUGLAS, 2004) mais destiné à provoquer un contre-don, une réciprocité.

C'est pourquoi en même temps qu'on se plaint, on se défend de ce besoin de reconnaissance, qu'il est difficilement avouable de prétendre quand seul le désintéressement devrait motiver le travail. C'est là toute l'ambiguïté du discours à ce propos. On préfère bien souvent dire qu'on n'attend rien, qu'on n'en a pas besoin. Car le don ne peut qu'être gratuit, inconditionnel. On expliquera alors que ce qui importe c'est le lien, et l'absence de celui-ci qui fait défaut.

> *« C'est pas grave, la reconnaissance, je l'ai tout à fait dans mon travail, je l'ai avec mes patients, y a pas de souci. J'attends rien de la hiérarchie. Mais je trouve ça dommage (…) d'avoir des relations comme ça.* ***[Des relations que vous qualifieriez comment ?]*** *Inexistantes ! » (Paramédical, Beausoin)*

Dans le cas du travail de soin, intrinsèquement motivé, on n'attend pas d'abord de contre-don. Pour autant, le don « *gratuit* », unilatéral, celui du soin, n'est pleinement don que s'il a bien été reçu, si donc il a déclenché une certaine forme de réciprocité, même si on

n'en attend pas des retours concrets[191]. C'est la même chose pour le patient. On donne indépendamment du retour du patient, mais ce retour fait plaisir et porte d'une certaine manière le don à son accomplissement, le met en lumière. Il entretient la dynamique. Sur ce registre, le soignant est capable de continuer à donner même sans retour. On voit bien que, comme l'observent L. BRUNI et A. SMERILLI, on peut être donneur inconditionnel sur un plan – celui du soin - et conditionnel sur d'autres – celui par exemple des tâches administratives, du travail d'organisation (2011, p. 130).

> *« On ne travaille pas spécialement pour avoir des compliments, mais il faut quand même un minimum pour savoir qu'on existe et qu'on est là. » (ASH, Grandsoin)*

Le soin, le travail en direction du patient, correspond à la part du travail réalisée pour des motivations intrinsèques, pour laquelle donc la capacité à donner sans attendre de retour est plus grande, parce que le premier « *gain* » est dans le geste lui-même, dans le plaisir du don (GODBOUT, 1992, p. 106).

Le travail d'organisation est au contraire un « *parasite* » du « *vrai* » travail (RAVEYRE et UGHETTO, 2003). Il n'a de sens que s'il sert le travail le plus noble. L'investissement dans un coûteux travail de régulation a donc pour but unique de construire la réciprocité et la confiance, seules susceptibles d'assurer la coopération nécessaire à un travail de qualité, qui ne peut être que collectif.

Mais dans les deux cas, c'est bien une question de reconnaissance du don. Qu'il s'agisse de la reconnaissance attendue de la direction ou des remerciements que l'on espère de la part des médecins, il manque l'accusé de réception du don, le retour. Le don – et donc le travail – est ainsi nié, il n'est pas reconnu au sens où il n'a pas d'existence possible. La reconnaissance que l'on réclame n'est pas d'abord pour le travail que l'on aurait fourni de toute façon, ce qu'il était normal de faire, mais pour le surplus, ce qu'on n'était pas obligé de faire. Les dépassements de fonction, le fait d'accepter des remarques désagréables ou de revenir en plus sur ses repos, ce n'était pas dans le « *contrat* » minimal initial. C'est donc vraiment la dimension du don dont on attend reconnaissance. Le reste est implicitement déjà reconnu, il fait partie du contrat.

> *« Les gens qui font ce métier-là sont des gens (…) qui viennent donner d'eux-mêmes à leur boulot, c'est une grande expression mais ils viennent pour d… par générosité aussi quelque part. » (Médecin, Grandsoin)*

Certains patients, par les questions qu'ils posent sur les conditions de travail, témoignent du fait qu'ils ont vu la dureté des conditions de travail, les prouesses réalisées. C'est un signe fort de reconnaissance qu'ils démontrent ainsi aux soignants ou agents. Le fait que

[191] Cf. chap. 3 p. 118-121.

l'attention des patients aux conditions de travail des soignants soit intéressée, par crainte pour leur sécurité et la qualité de leur prise en charge, ne pose pas problème aux soignants. Que la relation contienne une part d'intérêt n'empêche pas, au contraire, que la réciprocité s'établisse. Or c'est cela qui est ici important : la confirmation qu'il y a bien une relation de réciprocité où l'on sait que l'on est lié par le don échangé. Il ne s'agit pas de penser que les soignants ni les patients doivent agir par pur altruisme. La présence d'intérêt ne dénature pas la relation d'échange-don, du moment que les différentes dimensions peuvent y cohabiter, du moment que la reconnaissance est venue signifier que ce qui a été donné a été vu et apprécié.

Ce qui en revanche interrompt la dynamique de don, c'est le sentiment que celle-ci est détournée au profit de l'intérêt de l'un des partenaires, qui abuse du don de l'autre et ne participe pas à nourrir l'échange.

3.3.2. Un don sans retour

Plusieurs salariés de Beausoin et Grandsoin évoquent une relation « *à sens unique* » : les uns donnent continuellement, mais ne doivent rien demander ; les autres ne cessent de demander, sans rien donner en retour. C'est du moins ainsi que la relation est lue par bon nombre de personnels.

> *« On a l'impression, nous, toujours, de donner, donner, donner, donner, donner plus, et qu'on a rien en retour. » (IDE, Grandsoin)*

> *« On nous demande toujours plus. Toujours de faire de plus en plus de choses. Et en contrepartie on n'a rien en échange. (…) C'est toujours dans le même sens. » (AS, Beausoin)*

Notons toutefois que cette impression est réciproque. Le management exprime symétriquement la même déroutante sensation de manque de réciprocité.

> *« On avait l'impression d'aller toujours dans un sens, et de se demander si c'était bien efficace nos rencontres parce que l'échange était assez limité quand même. » (Cadre, Grandsoin)*

Ce qui semble essentiellement demandé aux salariés, c'est de « *participer* ». Les personnels participent à des groupes de travail, à des projets. Ne pas y prendre part serait malvenu. Pourtant, cette « *participation* » est pour eux du registre du don, rien ne les y obligeait *a priori*. En revanche, cette participation de leur part ne devrait-elle pas obliger le management vis-à-vis d'eux ? Est-elle réellement un dû ?

> *« On nous en demande, on nous en demande, mais qu'est-ce qu'on nous donne ? Pas grand-chose. (…) Et puis c'est, à la limite vous ne participez plus, ben vous êtes mauvais élève, on vous le reproche.» (Paramédical, Beausoin)*

C'est pourquoi, ayant le sentiment d'une relation systématiquement déséquilibrée en leur défaveur - tandis que le propre d'une relation d'échange-don est au contraire l'inégalité alternée (GODBOUT, 1992, p. 41) – beaucoup sont sur le point de faire le choix de se retirer de l'échange, de cesser de participer. Toutefois, ce qu'ils remettent en cause, c'est ici précisément ce qui était censé faire partie de l'échange, à savoir la « *participation* ». Ce n'est pas leur engagement dans leur travail.

> *« Là on entend beaucoup dire l'accréditation, il est hors de question que je participe. (…) On veut bien donner aussi mais faut savoir donner dans l'autre sens. » (ASH, Beausoin)*

A la clinique Grandsoin, l'enjeu de la participation aux groupes de travail est moins fort, étant donné le nombre plus important de salariés dans la structure. Ce qui est donné est plus souvent lié aux exigences des médecins. Mais là encore, pour que ce soit un don, il ne faut pas que ce soit considéré comme un dû.

> *« Quand il faut donner du collier, bah on n'hésite pas et on a l'impression que ça, il le voit jamais, parce que c'est jamais assez bien, c'est jamais assez vite » (IDE, Grandsoin).*

Or ces dons, et c'est bien ce qui fait problème, ne semblent reconnus, donc reçus, ni par les médecins ni par l'encadrement. Pourtant tous savent bien que sans ces dons, la clinique ne pourrait tourner.

3.3.3. Le sentiment d'être floué

La direction invoque des valeurs d'engagement, d'implication, se situant dans son discours sur une rhétorique évoquant la reconnaissance et la dynamique du don. Son action, en revanche, se révèle clairement dans une logique utilitariste. Les salariés se sentent trahis.

On perçoit le sentiment d'être abusé, floué dans la relation. Non seulement le partenaire manifeste de l'ingratitude (ALTER, 2011), mais pire encore, il profite du don et le détourne à son profit, tout en sachant que la propre dynamique oblative ne sera pas interrompue car elle fait partie de la culture professionnelle.

> *« Il y a quelque chose qui cloche là, j'ai l'impression qu'on se fait avoir comme y a pas. » (AS, Grandsoin)*

> *« C'est de la prise en otage de conscience professionnelle. Moi la première. Il y a des choses, je suis obligée de faire des trucs en plus et je réclame rien. » (DP, Beausoin)*

Ce qui est donné doit rester librement consenti et ne peut en aucun cas être prétendu par l'organisation ou certains acteurs plus puissants. Ainsi, autant les personnels ne comptent pas leurs heures lorsqu'il y a des urgences, autant il leur est insupportable que certains

chirurgiens programment plus d'interventions qu'ils n'en ont le droit, contraignant ainsi les salariés d'astreinte à faire des heures supplémentaires de leur fait.

> *« Ils sont prêts à rester jusque minuit, 2h, à passer une nuit complète, à faire une réa, attendre un Samu, un transfert, tout ce que vous voulez, sur leurs heures d'astreinte. Mais ça les exaspère que systématiquement il y ait des débordements sur la chirurgie programmée. Ils ne supportent pas. » (Cadre, Grandsoin)*

Tout ce qui était librement donné devient « *volé* », pris de manière indue et, puisque le mode de fonctionnement constaté se révèle d'ordre marchand, on juge alors que ce qui a été consenti mériterait restitution ou rémunération et on commence à faire les comptes.

3.3.4. Des comptes d'apothicaire

Aux yeux des salariés, la manière dont les comptes sont faits n'est pas équitable : d'un côté il faut donner gratuitement et sans mesure, de l'autre on tient des comptes rigoureux, de manière presque mesquine.

> *« Quand ça va dans son sens à elle, si on reste dix minutes un quart d'heure après, ça on s'en balance, mais nous (…), si on a le malheur d'arriver (…)… C'est pour ça qu'à la longue, quand c'est toujours dans le même sens, ça peut pas bien marcher. » (AS Beausoin)*

Les pauses sont, à Beausoin comme à Grandsoin, le symbole de ce qui est souvent sacrifié de la part des salariés et si étroitement déduit des salaires de la part de l'organisation.

> *« Elles prennent très rarement leur pause. C'est-à-dire qu'elles bossent 45 minutes pour leur pomme ! » (Cadre, Grandsoin)*

L'attitude de la direction se révèle en contradiction avec le discours porté, censé inviter à l'implication. Elle incite par conséquent les salariés à s'en tenir eux aussi strictement aux règles. Et un délégué du personnel de Beausoin d'en conclure : « *C'est pour ça que la pointeuse (…) la plupart des gens ici en rêvent presque !* »

Le management, avec sa logique d'hyper-rationalisation, en vient parfois à faire des comptes d'apothicaire qui semblent délirants aux personnels qui, eux, ne demanderaient qu'à donner sans compter. Le travail, vécu sur le mode de l'engagement, est minuté par l'organisation. Chaque minute compte, il n'y a pas de petites économies, semble vouloir dire l'encadrement.

> *« Tout ce temps là a été calculé, minuté, (…) toc, allez 3 minutes là, 5 minutes là, allez hop ! (…) C'est du non stop ! 51 minutes ! (…) c'est débile à un point… Et même, elle était arrivée dans son calcul, (…) elle était rendue à 49 minutes dans ma charge de travail, sans compter bien sûr tous les déplacements, les choses comme ça ! "Alors on va vous donner quoi à faire*

pour les 2 minutes ?" (…) Elle me dit : "oh eh bien ça !" Bon eh ben là, il fallait 5 minutes, eh ben tant pis, on mettra que 2 minutes et puis ça fera le compte ! » (ASH, Beausoin)

Les salariés ont l'impression que l'entreprise « *grignote* » sur leur dos du temps de travail supplémentaire, par des calculs pour le moins sophistiqués.

« Ils nous font même pas 12h, ils nous font 11h56, quelque chose comme ça, qui fait que ça grignote (…) donc ça nous fait, sur les 9 semaines, on doit avoir (…) 6h à rendre. (…) Il paraît que c'est plus facile de compter ! » (AS, Grandsoin)

C'est bien la manière dont leur travail – et donc eux-mêmes - est ainsi considéré, à travers ces comportements mesquins, qui heurte si profondément les personnels. Lorsque la tâche est ainsi minutée, à la manière de l'organisation scientifique du travail, comment peuvent-ils encore garder un espace pour la relation avec le patient, primordiale pour eux, ou la satisfaction que le travail soit fait dans les règles de l'art ?

3.3.5. Entre ce qui est dit et ce qui ne peut être dit

La plainte de manque de reconnaissance, récurrente chez les salariés aussi bien de Beausoin que de Grandsoin, se précise rarement quant à la manière dont la reconnaissance devrait s'exprimer, sur quel registre et de la part de qui. Il est même fréquent que l'on passe rapidement d'un registre à une autre dès lors que le chercheur tente d'interroger plus avant. Certains se rabattent sur des revendications salariales, pourtant quasiment toujours absentes de l'ensemble du discours, d'autres minimisent leur demande en disant qu'il leur suffirait d'un petit merci de temps en temps. Derrière ce qui est dit, il y a en effet ce qu'on ne peut pas dire.

Le principe du don, c'est d'obliger à un contre-don (MAUSS, 1924). Et c'est bien une notion que l'on retrouve dans le discours des personnels. Pourtant, étonnamment, ce n'est pas sur le registre où on l'attendrait que la demande de contre-don est le plus souvent formulée.

Là où explicitement, les salariés expriment le contre-don attendu, c'est dans le domaine des horaires et des récupérations, thématique sensible dans des métiers où l'on est amené souvent à venir en plus de ses horaires pour remplacer un collègue absent ou qui a demandé sa journée. Lorsque les personnels font un effort pour arranger l'organisation, ils attendent qu'en retour il leur soit permis de rattraper les heures supplémentaires effectuées en prenant de temps à autre une récupération. Or bien souvent cela leur est refusé sans raison valable à leurs yeux. A la clinique Grandsoin particulièrement, la plainte est récurrente : « *on n'a pas le droit à poser des récups, on les pose c'est refusé, c'est toujours refusé !* » (AS, Grandsoin). Et les motifs invoqués pour le refus, quand ils sont explicités, paraissent souvent des plus futiles.

> *« Des fois on va accepter de revenir travailler par exemple sur un repos parce que il manque quelqu'un, et à côté de ça, c'est un exemple hein, on va poser une récupération un jour et puis à chaque fois ça nous est refusé parce qu'on peut pas nous remplacer. (…) on fait des efforts pour arranger la direction (…) et on n'a rien en retour. » (IDE, Grandsoin)*

Sur le moment, les salariés donnent sans compter, ils ne négocient pas à quel moment ils pourront récupérer le temps travaillé supplémentaire. Mais il est entendu que ce don oblige et que la direction ne pourra leur refuser en retour lorsqu'ils demanderont une récupération.

Ne nous y trompons pas, cependant. Si c'est sur le registre des récupérations d'horaires que s'exprime le plus souvent la demande de retour de la part de l'organisation, ce n'est pas pour autant ce que les salariés semblent véritablement attendre en premier lieu. C'est en revanche le terrain sur lequel s'exprime le basculement dans le registre du compte, basculement parce que précisément les salariés ne souhaitent pas agir sur le mode utilitariste de l'échange marchand ou contractuel dans lequel les entraîne l'organisation.

L'échange-don, tel que l'a décrit M. MAUSS (1924) est un « *fait social total* » où se mêlent les dimensions économiques, juridiques, politiques, symboliques, affectives, identitaires. Il n'est jamais qu'un simple échange de biens et ne cherche pas l'équivalence. Ce n'est donc pas d'abord l'équilibre de la contrepartie qu'il faut y chercher.

De plus, pour comprendre ce qui s'y joue, il est important de prendre en compte le fait que dans une relation de don, on ne peut s'avouer floué, car cela reviendrait à dire que l'on fait les comptes, ce qui est impensable puisque c'est précisément ce que l'on reproche au partenaire. Le donateur floué est donc prisonnier de la dynamique de don dans laquelle il est entré et se sent d'autant plus trahi que le partenaire le contraint à jouer un jeu qu'il condamne.

Or justement, le don, l'investissement dans le soin, auprès du patient, fait trop partie de l'identité des soignants pour que ceux-ci puissent se permettent de basculer dans la logique du compte sur ce registre. Le seul domaine dans lequel peut s'exprimer le sentiment d'être floué par une revendication est celui de la relation salariale, mais en aucun cas le travail lui-même, même si c'est pourtant là que naît l'insatisfaction première.

Pour la même raison, la question de la rémunération n'est que rarement évoquée. On n'est pas là pour gagner de l'argent, ce serait malvenu dans un établissement où les gens souffrent et meurent. Seuls parfois les agents de service ou les brancardiers en souffrance expriment leur colère en osant affirmer, sur le ton de la provocation, qu'ils viennent bien pour de l'argent, car rien autrement ne les pousserait à s'astreindre à un si dur travail. Pourtant, là encore, avant même les revendications salariales, domine en arrière plan le

regret de ne pouvoir s'investir dans un travail qui en fait a du sens pour eux. Ce sont donc souvent les délégués du personnel qui se font le porte-parole de revendications et de défense des bas salaires, rarement les autres salariés.

La question des primes est, elle-aussi, révélatrice du rapport à l'argent des personnels de santé. Dans la plupart des cas, lorsqu'il y est fait mention, c'est pour s'offenser que la direction puisse ainsi penser rémunérer l'effort fourni. Ce ne peut en aucun cas être le prix (en anglais « *price* », la valeur) du travail, mais seulement un prix (au sens anglais de « *prize* ») récompensant le don de soi. C'est donc quasiment toujours avec ironie et mépris que l'on parle de ces primes.

> *« C'est pas parce qu'on a eu une prime pour l'accréditation que tout va bien. 200 € sur des années de boulot, c'est… non ! » (DP, Beausoin)*

On racontera au contraire fièrement le boycott du repas offert pour féliciter le personnel après la certification, ou celui de la galette des rois où la direction exprime traditionnellement ses vœux et se congratule pour l'année écoulée. Car l'organisation ne peut ainsi prétendre éteindre la dette par un tel contre-don. Pour que la « *participation* » puisse être poursuivie, il est nécessaire que soit reconnu que l'échange n'est pas soldé.

La plainte du manque d'écoute et de reconnaissance, si vivement exprimée par les salariés de Beausoin et de Grandsoin, se veut l'écho d'un profond malaise vis-à-vis de l'organisation : parce que leur travail n'est pas reconnu, qu'ils ne se sentent pas considérés comme personnes, ils ont le sentiment d'être floués, de donner sans retour. Le travail ne prend sens qu'en tant qu'il permet de construire une relation dans laquelle chacun trouve sa place et le sentiment d'exister. Mais cela suppose que ce qui a été investi dans le travail soit reconnu, qu'un signe quelconque vienne manifester que le don a bien été vu. Sans accusé de réception, le don, même gratuit et inconditionnel, parce qu'il est finalisé à la réciprocité, s'épuise et se vide de son sens. Le don appelle à la réciprocité, à une relation à double sens, il ne peut être réduit à un échange économique. C'est pourquoi le travail ne peut être réduit à un facteur de production que l'on peut rationaliser et rentabiliser. Du fait de la dimension de don qui lui est inhérente, il suppose des relations interpersonnelles, telles que celles qui relèvent de la socialité primaire. Or précisément ce sont celles que le phénomène de la « *gestionnite* » met à mal.

Ce qui dans les deux cas étudiés est à reconstruire, c'est justement la présence et la disponibilité du management de proximité pour voir le travail, exprimer son soutien aux membres de son équipes en valorisant leur contribution personnelle. Avec l'éloignement du manager, la disparition des espaces de discussion et de la régulation conjointe, c'est la

possibilité même de la reconnaissance du don qui se trouve empêchée. Le don alors s'épuise et ne procure plus le plaisir attendu. Le malaise s'installe.

*

Les deux établissements, Beausoin et Grandsoin, sont tous deux embarqués dans une course à l'excellence, à la qualité parfaite, dans une chasse aux glissements de tâche au nom de la phobie du risque, qui devient empêchement de la coopération, dans une logique de management hyper-rationnel où l'humain n'a plus sa place. Cet emballement du contrôle, qui n'est pourtant que volonté de se donner l'exigence d'un travail de haut niveau, est vécue paradoxalement par les équipes sur le terrain comme un déni de la volonté qu'ils ont, eux aussi et malgré cela, de bien travailler.

Ils ont le sentiment que leur travail à eux n'est pas reconnu, que finalement eux-mêmes ne sont pas considérés comme personnes, que l'on ne croit pas à la nécessité de la coopération que patiemment ils tissent entre eux pour en faire une source de compétence et d'intelligence collective (GROSJEAN et LACOSTE, 1999). Ils regrettent qu'on ne prenne pas en considération leur désir et leur capacité de mettre en discussion le travail pour l'améliorer et de contribuer de manière pertinente à la réflexion sur leur organisation. Mais surtout, ils perçoivent que leur volonté de bien travailler, de se donner sans compter, n'est pas entendue, n'est pas vue. Tout ce qu'ils donnent d'eux-mêmes l'est alors pour rien, puisqu'on ne répond qu'en leur demandant toujours plus. Grandit peu à peu la déception, la défiance, l'impression d'avoir été floué, offensé. Le don est réduit à un calcul parce qu'il n'a pas été reçu comme tel, la générosité se change en revendication.

Il n'est pas étonnant de constater que le malaise s'installe précisément sur la scène attendue de la régulation conjointe : à la jonction – ou plutôt non-jonction - entre un contrôle démesuré et une régulation autonome étouffée. On n'a plus confiance dans un management qui refuse le don, qui réfute la coopération. Plus que tous, les managers de proximité font les frais de cette régulation « *grippée* » (OSTY, 2010, p. 278) : ils n'ont plus de crédit pour personne, leur rôle est flou, leur position rebute, leur incapacité est patente, on les voit emportés dans le tourbillon d'un travail d'organisation invisible, infini et méprisé.

« *La souffrance est (…) une impuissance à dire, à faire, à raconter et à s'estimer. C'est un empêchement* », affirme Y. CLOT (2001, p. 47) avec P. RICŒUR. Nous pourrions ajouter : la souffrance est aussi une impuissance à donner, lorsque la dynamique de don est empêchée, qu'elle s'épuise sans toucher au but, en un dialogue de sourds laissant chacune des parties meurtrie et la régulation douloureusement inachevée.

CHAPITRE 8 – L'ENJEU DE LA RECONNAISSANCE DES DYNAMIQUES DE DON

Nous voici presque au terme du parcours et au seuil de ce qui en est le cœur. Il s'agit maintenant de concentrer tout le travail réalisé en une véritable « *thèse* » qui apporte une réponse, ne serait-ce que partielle, à la question de recherche. Notre objet était de comprendre l'impact du tournant gestionnaire qui transforme actuellement les établissements de santé sur le vécu des salariés, sur leur bien-être au travail. L'intention était également de pouvoir proposer des pistes permettant de concevoir des modes de management plus « *soutenables* », plus favorables à la construction de la santé de tous les salariés.

Les données recueillies sur les deux terrains étudiés et analysées dans le chapitre précédent ont conduit à proposer une lecture par le don de la question de la santé au travail et de ses déterminants organisationnels et managériaux. Nous allons revenir sur cette proposition : en quoi une approche par les théories du don permet-elle de répondre à la question posée par cette recherche, d'éclairer l'impact des transformations du management dans les établissements de santé sur la construction de la santé au travail ?

Dans une première partie, nous développerons le lien entre souffrance au travail et épuisement des dynamiques de don. Nous verrons que les processus de construction de la santé au travail sont indissociables des conditions organisationnelles et managériales permettant le déploiement d'espaces de discussion qui soient des espaces de reconnaissance du don, scènes au niveau local d'une véritable régulation conjointe.

Dans une deuxième partie, nous explorerons les conséquences d'une telle perspective en termes de management : quel peut-être le rôle du management dans la reconnaissance des dynamiques de don et les défis auxquels le don confronte l'organisation ? Nous tenterons alors de développer quelques premiers éléments d'un management permettant de faire place au don dans l'organisation.

1. LE MAL-ETRE AU TRAVAIL, UN MALAISE DU DON

L'objet de cette première partie est de proposer en une synthèse les liens entre les conditions de la construction de la santé au travail dans les établissements traversés par le tournant gestionnaire du secteur sanitaire et la reconnaissance en leur sein des dynamiques de don à l'œuvre dans le travail.

Nous verrons que la disparition des espaces de discussion et de manière plus générale de toute possibilité de dialogue entre collègues et avec la hiérarchie sur le travail lui-même ne permet plus la construction des règles collectives nécessaires au travail. Le phénomène de « *gestionnite* » (DETCHESSAHAR et GREVIN, 2009 ; 2010) décrit dans les chapitres précédents tend en effet à aspirer le management intermédiaire vers d'autres sphères et à les concentrer sur des tâches gestionnaires destinées à répondre à des enjeux externes, les conduisant ainsi à déserter la scène du travail local qu'ils sont de moins en moins à même de réguler. Se développe alors dans les équipes le sentiment de ne pas être écoutés et que leur travail n'est plus reconnu. Régulation de contrôle et régulation autonome ne se rencontrent plus, provoquant un épuisement de l'engagement dans une coopération empêchée à laquelle plus personne ne croit. Le don s'essouffle faute d'espaces de reconnaissance des dynamiques relationnelles qu'il a pour objet de construire.

1.1. La disparition du dialogue sur le travail

Ainsi que nous l'avons exposé aux chapitres deux et quatre, nous avons choisi, en cohérence avec l'approche théorique et méthodologique proposée par l'équipe de recherche SORG, d'appréhender le bien-être ou mal-être au travail par le niveau le plus micro de l'activité réelle, à travers l'analyse des dynamiques communicationnelles en tant qu'elles permettent ou non une prise en charge des difficultés rencontrées au quotidien dans le travail (DETCHESSAHAR *et al.*, 2009a).

Les espaces de discussion jouent un rôle fondamental dans les organisations, qui n'apparaît peut-être pleinement que lorsque ceux-ci ne sont plus en mesure de fonctionner correctement. Ce sont des espaces essentiels au travail, lieux de construction de solutions productives et de normes de comportement à tenir face aux injonctions paradoxales, de mise en débat du travail et de ses problèmes, lieux par excellence du « *travail d'organisation* » (DE TERSSAC et LALANDE, 2002). Ce sont des espaces du politique, permettant la publication des opinions subjectives, chacun se révélant ainsi à soi-même et aux autres (DETCHESSAHAR, 2003), et de confrontation à l'altérité. Ces « *espaces de*

délibération » (DEJOURS 2009, p. 80-84) permettent de définir les normes du travail, des conventions d'effort communes et que chacun trouve sa place dans le collectif. Ce sont aussi des espaces du social, qui nourrissent l'interconnaissance et la confiance nécessaires à la coopération. Ce sont donc des espaces à la dimension identitaire forte où se construit et se vérifie l'appartenance au métier (OSTY, 2003), au collectif de travail.

Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, il est apparu dans les deux organisations étudiées que les espaces de discussion effectifs sont en réalité de plus en plus réduits. Les réunions de service ou d'équipe sont très irrégulières, voire devenues exceptionnelles, et n'ont plus pour objet le travail réel et ses difficultés. L'ordre du jour se limite le plus souvent aux informations descendantes concernant la stratégie de l'établissement ou les projets portés par la hiérarchie. Le dialogue y a de moins en moins de place.

La parole elle-même devient désormais dangereuse, mal venue, interdite par des organisations visant à tout organiser et rationaliser et pour qui l'échange apparaît souvent comme une forme de « *flânerie* »[192], un temps improductif à éliminer. Il n'existe plus de temps permettant d'élaborer une vision commune du travail, de construire collectivement des solutions productives. A la nécessaire « *combinaison organique du temps de travail* » mêlant alternativement temps de production directe, temps de régulation et temps d'investissement immatériel (DU TERTRE, 2005, p. 42-43) se substitue une vision réductrice et taylorienne du travail. On assiste à un « *déni des pratiques inventives* » (OSTY, 2010, p. 268) qui pourtant sont rendues de plus en plus incontournables par une activité à la complexité croissante dans un contexte où l'aléa demeure permanent.

Dans l'impossibilité de sécuriser une prise en charge des patients toujours plus délicate et nécessitant impérativement des coopérations multiples, les opérationnels sont mis en difficulté. Pour le dire avec les termes du modèle de J-C. SARDAS (2004 ; SARDAS *et al.*, 2011), la dynamique identitaire globale des acteurs entre dans un cycle négatif : mis en incompétence, les acteurs sont de plus en plus empêchés d'agir et de faire bien leur travail, se sentent non reconnus et s'en trouvent physiquement éprouvés. Toutes les dimensions de la dynamique identitaire (les aspects cognitif, stratégique, subjectif et physiologique) sont ici simultanément touchées et se renforcent mutuellement en un processus délétère.

Les conséquences sont évidentes : la confiance se distend, les collectifs se dégradent et laissent place à des tensions et des conflits. Les dynamiques communicationnelles sont

[192] Ce terme est souvent mobilisé en référence à la chasse aux temps improductifs associée à la logique taylorienne, même si F. TAYLOR (1957) l'utilise en réalité plutôt en rapport aux comportements de freinage.

bloquées, le dialogue s'éteint. F. OSTY appelle « *doute éthique* » cette défiance à l'égard de l'institution productive, que l'on ne croit plus capable de donner du sens (2010, p. 269).

Pour redonner du pouvoir d'agir et rétablir ainsi les processus de construction de la santé au travail, Y. CLOT et la clinique de l'activité proposent des méthodologies – l'auto-confrontation croisée et la méthode de l'instruction au sosie (CLOT, 2008) – fondées sur la mise en mots de la part implicite et empêchée du travail et invitent à en faire l'objet d'un débat avec un pair. La discussion est le moyen de rouvrir des possibles, de reprendre la main sur son activité, de regagner du pouvoir d'agir et par conséquent de « *soigner le travail* ».

Cependant, en se concentrant sur le « *genre* » propre au métier (CLOT, 2008) et la place de chacun dans le collectif, ces approches omettent que ce qui pose problème, c'est que ce collectif de travail est intégré dans une organisation porteuse et génératrice d'une multitude de contraintes, qu'elles soient exogènes ou endogènes. La régulation entre le collectif de travail avec ses normes propres et le niveau de la régulation de contrôle, de plus en plus omniprésente et introduisant une pression et des contraintes considérables, se révèle source de tensions et de mal-être. Or, c'est bien souvent à la jonction entre l'équipe de travail et la hiérarchie, là où devrait se construire la régulation conjointe, que se produisent nombre de frottements douloureux et de blocages mettant en crise la confiance et empêchant les dynamiques communicationnelles.

Le collectif des pairs est certes le premier soutien (DEJOURS, 2008 ; 2009) et se révèle plus que jamais indispensable pour pouvoir faire face aux « *sollicitations du travail* » (UGHETTO, 2007). C'est d'ailleurs ce que souvent les acteurs rencontrés ont affirmé en entretien pour signifier qu'ils trouvaient encore là les ressorts pour leur activité par ailleurs mise à mal. Mais si ce soutien des pairs est si crucial, c'est bien parce que le travail est soumis à une montée des contraintes telle qu'il n'est plus possible de faire face seul. Tout comme il ne suffit pas de « *regonfler* » le salarié psychologiquement fragilisé en lui apprenant à gérer les situations de stress le mettant quotidiennement en difficulté, de même peut-on penser qu'il ne suffit pas de redonner du pouvoir d'agir au sein d'un collectif lorsque les injonctions paradoxales continuent de se multiplier et le travail de s'intensifier. Il est certes nécessaire de considérer l'activité de travail du point de vue du sujet et du collectif dans lequel il s'inscrit, comme le proposent les approches issues de la psychologie du travail. Mais il est aussi indispensable de prendre simultanément en compte la manière dont est rendu possible - ou au contraire empêché – le travail de régulation locale permettant aux acteurs de s'approprier de manière efficace les règles de contrôle et d'en faire des outils pour l'activité concrète. C'est en effet ce qui leur permettra de dégager des marges de manœuvre susceptibles de préserver à la fois le pouvoir d'agir de

chacun, le travail d'organisation personnel (DUJARIER, 2006) et de développer si besoin des mécanismes de défense (DEJOURS, 2008), sans perdre de vue la nécessaire performance de l'ensemble.

Il ne suffit donc pas de mettre en place des groupes de paroles, des espaces du psychologique, comme sont tentées de le faire bon nombre d'organisations confrontées à la question des risques psychosociaux. Il convient de s'interroger sur la possibilité de mise en œuvre réelle d'un travail de régulation locale au niveau du collectif, sur la « *capabilité* » des acteurs à le faire, pourrait-on dire avec A. SEN (FALZON, 2005). Or la réflexion sur la régulation locale est indissociable d'un désempêchement du management de proximité, dont le travail d'organisation est une des missions premières. Il s'agit en quelque sorte de redonner du pouvoir d'agir aux cadres intermédiaires dont le rôle « *d'organisation du travail d'organisation* » et d'entretien des dynamiques communicationnelles est essentiel à l'activité (LÉPINE, 2009b). Son intervention permettra d'arbitrer lorsque ce sera nécessaire afin d'éviter au collectif un épuisement dans la discussion (DEJOURS, 2009, p. 80) et dans les dynamiques de régulation autonome (DETCHESSAHAR *et al.*, 2009b).

« *Soigner le travail* », c'est donc aussi remettre le management « *sur le métier* », là où se joue l'articulation entre la prescription gestionnaire et l'activité réelle, sans « *refiler* » le travail d'organisation et de médiation des contradictions au niveau inférieur (DUJARIER, 2006 ; MUCCHIELLI, 1997), alors contraint de bricoler dans l'urgence et sans moyens des solutions toujours insatisfaisantes.

De la même manière que l'on parle de « *scène de régulation conjointe* » au niveau des relations hiérarchiques de proximité (OSTY, 2003, p. 230), on pourra étendre la proposition à l'ensemble des niveaux du management et y analyser la manière dont à chaque fois le niveau supérieur est en mesure ou non d'assurer que soit réalisé à son niveau le travail de régulation conjointe afin que le niveau inférieur dispose des conditions nécessaires à l'accomplissement d'un travail de qualité.

Des espaces de discussion, véritables espaces du politique permettant une mise en débat du travail concret au sein du collectif et en présence de la hiérarchie, sont donc susceptibles de redonner du pouvoir d'agir aux acteurs et d'élaborer les conditions d'un travail moins empêché, dès lors qu'ils permettent de construire les règles du travail, les compromis et les accords nécessaires à la coopération (DETCHESSAHAR, 2011). Mais le fonctionnement effectif de ces espaces ne va pas de soi et suppose un certain nombre de conditions et de dispositifs d'accompagnements (DETCHESSAHAR, 2003 ; 2011). Il suppose également la confiance, la liberté et la convivialité (DEJOURS, 2009, p. 83-85 ; OSTY, 2003, p. 235).

C'est l'hypothèse de la recherche menée dans le cadre du contrat ANR-SORG (CLERGEAU *et al.*, 2006), dans laquelle s'est inscrite dès le départ cette réflexion ; hypothèse pleinement confirmée par les deux études de cas rapportées ici. Reprenons-en les principales conclusions afin de voir de quelle manière nos résultats apportent une contribution originale aux perspectives élaborées jusqu'ici.

1.2. L'impact du tournant gestionnaire des établissements de santé

Les deux terrains ont mis en évidence un phénomène très marqué, dans les organisations de santé étudiées, que nous avons qualifié de « *gestionnite* » (DETCHESSAHAR et GREVIN, 2009 ; 2010). Les politiques de restriction budgétaire ont eu pour résultat l'introduction dans les établissements de soin d'outils basés sur des logiques gestionnaires conduisant à analyser le travail de plus en plus en termes de coûts et d'efficience. C'est le cas de la T2A, ou tarification à l'activité, mais aussi des systèmes de gestion et de pilotage de la performance toujours plus nombreux. Parallèlement, les régulations de sources externes ne cessent de se multiplier : normes de sécurité, indicateurs multiples, certification et dispositifs d'amélioration continue de la qualité… Qu'il s'agisse de lois, de systèmes d'évaluation par les organismes de tutelle ou de critères internes destinés à garantir pour l'extérieur un niveau de performance et de qualité, le travail est soumis à un nombre croissant de normes et de procédures formalisées. L'activité des dirigeants d'établissements de santé, tant dans d'importantes cliniques privées à la gouvernance complexe que dans de petits établissements associatifs non lucratifs, est de plus en plus une activité de pilotage dans un univers extrêmement contraint. Ils sont de fait soumis à une obligation de résultat qui devient presque une obligation d'excellence, de « *qualité extrême* », tant la survie de l'établissement semble inexorablement liée aux indicateurs sur lesquels ils sont jugés et « *benchmarkés* ».

Dans ce contexte, la pression qui descend tout au long de la chaîne hiérarchique se fait forte et l'agenda des managers intermédiaires se trouve envahi par des problématiques externes, qui font d'eux de plus en plus les membres d'une équipe de direction élargie, porteurs de ses préoccupations stratégiques, plutôt que des encadrants de proximité à l'écoute et au service des problèmes concrets des équipes opérationnelles. Le « *macromanagement* » prend le dessus, au détriment du « *micromanagement* », et le manager se trouve alors déconnecté de la base (MINTZBERG, 2011).[193]

[193] « *There is presently too much managing up, often as an excuse for the frustrations of managing down* », constataient déjà H. MINTZBERG et S. GLOUBERMAN en 2001 (p. 85).

La multiplication des outils de gestion nécessitant un incessant travail de saisie de données et de contrôle de leur fiabilité, les cadres de proximité sont de plus en plus occupés à des tâches administratives. Celles-ci viennent se superposer à la charge déjà lourde de gestion des plannings, caractéristique de l'univers des soignants soumis à une activité continue et où les changements d'horaires et les réajustements d'effectifs constituent le lot quotidien.

A ce travail gestionnaire, s'ajoute pour le management intermédiaire une intense activité de coordination et de communication. Les politiques et les outils portés par le « *tournant gestionnaire* » étant voulus par principe de nature participative, toute nouvelle modalité dans l'organisation du travail, la plus élémentaire soit-elle, est le plus souvent précédée de réunions en groupes de travail destinées à impliquer différentes catégories de personnel, sinon dans la décision du moins dans la conception des procédures qui seront ensuite imposées sous forme de nouvelles normes.

Les directions et leurs services fonctionnels, sans cesse absorbés par le lancement de nouveaux projets, n'ont plus guère le temps d'assurer le suivi des innombrables dispositifs mis en place, ni de fournir aux cadres de proximité chargés de les faire appliquer les moyens nécessaires à leur déploiement efficace. Ces derniers se trouvent alors contraints de veiller à l'application de modes d'organisation qu'ils n'ont pas su expliquer, dont leurs équipes – et parfois eux-mêmes – ne comprennent pas l'utilité et que de nouveaux projets déjà en cours de conception rendent obsolètes ou redondants.

Lorsqu'ils ne sont pas en réunion hors du service, les cadres de proximité sont donc absorbés par les tâches gestionnaires. Bien souvent, ils ne trouvent même plus le temps de réunir régulièrement leurs équipes et de se rendre présents au quotidien sur le terrain de l'activité. Les rares moments de discussion restant avec leurs équipes sont de plus en plus colonisés par des ordres du jour en provenance de la direction et de moins en moins ouverts à la mise en mots des problématiques concrètes du travail opérationnel. Quand bien même d'ailleurs les salariés pourraient encore formuler leurs difficultés, celles-ci trouveraient généralement trop peu d'écho pour pouvoir être remontées par les cadres à un niveau supérieur ou être traitées dans des réunions de management. Les micro-problèmes du quotidien de travail ne constituent en effet pas une priorité pour les directions désormais « *extraverties* » (DETCHESSAHAR, 2011), hyper-sollicitées par des enjeux stratégiques de plus en plus éloignés du terrain. Les personnels demeurent donc sans réponse sur des questions parfois minimes budgétairement mais qui peuvent constituer de véritables obstacles au travail concret. Ils développent le sentiment de n'être jamais entendus et finalement qu'ils comptent bien peu aux yeux de la direction qui, elle, ne cesse de leur adresser de nouvelles injonctions.

La régulation de contrôle s'emballe tandis que les espaces de la régulation conjointe diminuent de manière significative. Les possibilités de mettre en débat le travail concret et d'élaborer collectivement des solutions adaptées sous le regard de la hiérarchie disparaissent, tandis que les espaces supposés permettre la discussion deviennent de plus en plus des instruments de communication monologique des nouvelles règles venues d'en haut. L'activité du management se réduit à sa dimension purement gestionnaire, l'animation des équipes est sacrifiée au profit de l'alimentation des outils, devenus des « *machines de gestion* » (GIRIN, 1983).

Dans ce contexte, le malaise s'installe, la plainte s'élève de plus en plus fortement, les conflits tendent à se multiplier et la défiance se répand à tous les niveaux de l'organisation. De plus en plus, les salariés parlent de retrait, envisagent de cesser de répondre aux sollicitations du management à participer, comme une manière d'exprimer leur malaise (HIRSCHMAN, 1995 ; BAJOIT, 1988). Peu sont en effet en mesure de quitter l'établissement, convaincus qu'il leur serait trop coûteux de rechercher un poste ailleurs. Ils ne remettent pas en cause leur travail auprès des patients, mais basculent progressivement dans un mode « *d'engagement raisonné* » (ALTER, 2009), de défiance.

1.3. L'appel à la reconnaissance

Le phénomène de retrait partiel, observé sur les deux terrains étudiés, s'est révélé au cœur de la question du malaise au travail. Lors des entretiens réalisés, nous avons ainsi mis en évidence un écart on ne peut plus contrastant entre d'une part l'implication, exprimée avec insistance quelque soit leur niveau hiérarchique, de salariés fortement investis dans leur travail et désireux d'un travail « *bien fait* », et le sentiment d'autre part que cet engagement se heurte continuellement à un management plus porteur de contraintes que de soutien. Par son discours et ses pratiques, le management semble dire qu'il ne croit pas à la capacité de ses personnels de faire du « *beau travail* ». Les appels à la participation accompagnés d'une multiplication des modes de contrôle, la réduction continuelle des marges de manœuvre et d'autonomie, les injonctions à une qualité parfaite doublées de la menace de faire porter personnellement la responsabilité de la moindre erreur sans pour autant donner les moyens nécessaires, produisent un discours organisationnel contradictoire et troublant, véhiculant *in fine* l'impression d'une non reconnaissance des personnes et du travail réalisé.

Du fait à la fois de la disparition des espaces de discussion et du dialogue en leur sein - et de manière générale du blocage des dynamiques communicationnelles -, et simultanément

d'une diminution de la présence effective des cadres de proximité dans les services, émerge un fort sentiment de manque de reconnaissance du travail.

La lecture que propose C. DEJOURS de la question de la reconnaissance semble ici insuffisante à expliquer ce qui émerge des deux recherches empiriques. Si la reconnaissance des pairs joue un rôle essentiel dans les processus de sublimation de la souffrance en plaisir au travail (DEJOURS, 2009), la reconnaissance de la part de la hiérarchie ne peut se réduire à un simple jugement d'utilité. Les personnels expriment avec force leur attente d'une reconnaissance, d'un « *merci* » de la part de leur hiérarchie, qu'elle soit médicale ou administrative. Mais ce n'est pas le jugement d'utilité qui semble ici faire défaut ; ils contesteraient même plutôt une lecture trop exclusivement utilitariste de leur travail. N. ALTER suggère que le management recherche lui aussi un jugement de beauté, lorsqu'il cherche à présenter de « *belles analyses* », bien « *scientifiques* » (2009, p. 186-187), et nous l'avons constaté également. Ce qu'en revanche expriment les personnes rencontrées, c'est la nécessité, en quelque sorte, d'un jugement de beauté sur leur travail de la part du management.

En effet, si les patients ou les collègues représentent certes un « *espace social de reconnaissance* », constate F. OSTY « *seule la hiérarchie raccroche l'agent à son institution d'appartenance, le confortant dans ses pratiques de travail et assurant un lien entre les deux espaces d'identification* » que sont le métier et l'organisation (2003, p. 226).

Il est intéressant de constater que la demande de ce « *jugement de beauté* » de la part des salariés vis-à-vis de leur hiérarchie, qu'elle soit médicale ou administrative, s'inscrit dans une dynamique que l'on peut qualifier de « *dynamique de don* », que les modèles fondés sur la logique de contribution / rétribution ou effort / récompense n'élucident pas totalement. La lecture de ces problématiques à travers les théories du don va permettre d'éclairer de manière plus fine ce qui jusqu'ici restait dénommé sous le terme générique de manque de reconnaissance.

Ce que les personnes attendent n'est pas tant en effet, ou pas d'abord, un retour objectif, sous la forme de rémunération, de jours de récupérations accordés ou d'autres avantages matériels. Ce n'est pas non plus seulement une question de reconnaissance symbolique, de statut, plus gratifiante encore. Ce que demandent les personnes au travail, c'est que la part de don qu'ils ont investie dans leur activité, en réalisant leur tâche bien au-delà des prescriptions et malgré toutes les contraintes imposées, en y mettant d'eux-mêmes, soit vue et qu'elle permette la création d'un lien social.

La spécificité des approches par le don est précisément d'attirer l'attention sur la dimension relationnelle, sur ce que le don engendre entre les personnes plutôt que sur ce

qui s'échange. Ce qu'expriment les personnes sur le terrain, c'est justement que l'on ne peut se contenter de regarder le travail de loin à travers des indicateurs agrégés et que ce qui donne sens à l'engagement relève d'une relation que le management ne peut refuser de nouer alors même qu'il la sait nécessaire. Sans coopération, nul n'est désormais capable de mener à bien son travail, or la coopération suppose justement que chacun donne de soi. La coopération ne peut s'expliquer totalement sans don, elle ne se résume pas aux outils de coordination, tout comme l'activité ne se réduit pas à la tâche prescrite.

La plainte de manque de reconnaissance, qui concerne le travail concret réalisé mais englobe également la dimension de la personne elle-même, de son pouvoir d'agir et de sa capacité à contribuer de manière créative à la mise en discussion du travail, relève d'un enrayement des dynamiques de don dans l'organisation, d'un « *grippage* » de la régulation (OSTY, 2010, p. 278). Un jugement de beauté, un jugement « *de reconnaissance du don* », signe que le don a bien été reçu comme tel et que le lien est établi, est nécessaire de la part du management pour que l'engagement dans le travail garde tout son sens.

Les salariés en appellent à des « *relations de reconnaissance* » (OSTY, 2010, p. 277-278), des relations où le don et la gratitude s'expriment, dont les émotions ne soient pas bannies, où les personnes se rencontrent vraiment, entrent pleinement en co-opération et partagent le plaisir d'une œuvre commune. Le don doit construire la communauté. H. MINTZBERG propose dans ce sens de créer le terme de « *communityship* », qui serait selon lui une préoccupation bien plus utile aux organisations que le « *leadership* » (2009).

Par reconnaissance du don, nous entendons à la fois la reconnaissance du travail réalisé, du don de soi, de l'effort investi pour surmonter les difficultés et produire « *malgré tout* » un beau travail, mais également la reconnaissance de la personne elle-même, qui se dit à travers son travail et entend voir appréciée sa créativité, sa singularité, la contribution spécifique qui est la sienne, ainsi que la manière dont elle a accepté de la conjuguer avec le collectif pour construire la coopération et produire une œuvre commune de qualité.

1.4. La régulation conjointe mise en échec

S'il est bien un paradoxe frappant sur les deux terrains étudiés, c'est l'impression de « *dialogue de sourds* » entre la direction et le personnel, qui résulte des discours tant des uns que des autres. De part et d'autre on observe un engagement fort à mettre tout en œuvre pour atteindre un haut niveau de qualité dans le travail et au service de l'ensemble de l'organisation. Pourtant, fondés sur les critères de qualité différents (FRAISSE *et al.*, 2003) et sur des représentations diamétralement opposées, ces efforts ne se rencontrent pas, ne parviennent pas à construire une régulation conjointe, malgré un désir

incontestable de réciprocité. Comme impuissants à s'ouvrir à une logique différente, les efforts de part et d'autre en finissent par conclure à la mauvaise volonté de l'autre partie, dans l'incapacité d'en saisir le sens. Dialogue certes, car la volonté et la tentative réelle de communiquer est présente des deux cotés, mais entre partenaires sourds à ce que l'autre propose et réalise.

À quelque niveau hiérarchique que l'on se trouve, la volonté de se donner semble mise en échec par l'absence de reconnaissance dont elle fait l'objet en retour. Et pourtant, elle persiste. « *Les représentants de l'entreprise ont décidé unilatéralement de modifier les règles du jeu, en passant du pacte au contrat, du don contre-don à la recherche de l'équilibre entre contribution et rétribution, mais les salariés continuent, tout aussi unilatéralement, à s'adonner à leur tâche, à donner à l'entreprise infiniment plus que ce qui est prévu par le contrat de travail* », constate N. ALTER (2011, p. 57). Q-N. HUY observe également avec surprise la loyauté et l'engagement dont font preuve les manageurs intermédiaires, qu'il qualifie de « *mystérieuse qualité persistante* » (2001, p. 76) en dépit de toutes les circonstances dans lesquelles ils sont placés.

Comme l'observe N. ALTER (2009), contrairement à ce que l'on pourrait penser, ce ne serait donc pas le don qui manque dans les organisations mais bien le savoir-recevoir, la reconnaissance de la dynamique relationnelle du don.

Cet enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don nous paraît se situer tout particulièrement là où se tisse, à tous les niveaux, la régulation conjointe. Il n'est bien évidemment pas un lieu unique où se construirait la régulation conjointe, à la jonction entre une régulation de contrôle en provenance de la hiérarchie et une régulation autonome déployée par la base. Toute l'organisation est tissée d'espaces où se rencontrent des régulations de sources différentes, qui peuvent se « *conjuguer harmonieusement* » ou demeurer « *parallèles* », se superposer sans jamais se rencontrer (REYNAUD et REYNAUD, 1994). On peut considérer toutefois que le management de proximité est par définition un des espaces types de charnière entre des logiques différentes et parfois contradictoires, dont la régulation conjointe est au cœur de la mission (OSTY, 2003, p. 226-230).

Par management de proximité, on peut d'ailleurs entendre toute situation de management dans laquelle un supérieur hiérarchique encadre un subordonné, quelque soit le niveau de celui-ci. Ainsi, un cadre dirigeant est – en principe - toujours lui-même en situation de management de proximité vis-à-vis de ceux qu'il encadre, quand bien même ceux-ci sont eux-mêmes managers pour d'autres.

On constate néanmoins sur le terrain que plus on s'éloigne des échelons supérieurs de la hiérarchie, plus les contraintes exogènes pèsent lourd, ne serait-ce que par la moindre marge de manœuvre dont les acteurs disposent pour y faire face, et plus par conséquent la régulation conjointe devient problématique. Plus également l'investissement nécessaire pour réussir le travail malgré tout devient important, tout en demeurant cependant insignifiant aux yeux d'une hiérarchie préoccupée par des enjeux stratégiques beaucoup plus importants à ses yeux. Plus, donc, le don est coûteux pour ceux qui chaque jour peinent sans que cela ne soit jamais remarqué, valorisé, ni reconnu.

La régulation conjointe, en tant qu'elle est espace de négociation des compromis et accords communs sur le travail et ses modalités, « *activité déontique* » au principe même de la coopération (DEJOURS, 2009, p. 80), suppose de prendre directement le travail, l'activité réelle, pour objet et par conséquent de le mettre au jour, de le reconnaître. La mise en discussion du travail commence donc par sa reconnaissance, d'autant plus essentielle que la plus grande part du travail, celle qui précisément coûte le plus, est invisible. Elle est un don qui demeure caché mais nécessite d'être reconnu, d'être reçu pour que se construise la coopération. Coopération au sein du collectif, mais aussi, de manière beaucoup plus problématique et cependant vitale, « *coopération verticale* » (DEJOURS, 2009, p. 80) entre le supérieur hiérarchique et les subordonnés, faute de quoi on ne peut parler de régulation conjointe. Ce n'est pas sans poser problème au management.

1.5. L'épuisement des dynamiques de don au travail

Nous l'avons vu sur les deux terrains de recherche ici présentés, ce que produit précisément le tournant gestionnaire, c'est l'empêchement de la reconnaissance des dynamiques de don inhérentes au travail. La « *gestionnite* » finit par rendre plus difficile la visibilité du travail réel par les cadres de proximités, qui, aspirés dans d'autres sphères et de plus en plus absents du quotidien du travail, ne le connaissent plus et ne savent plus identifier l'effort engagé, la part de don qui y a été investi et les difficultés qu'il a fallu affronter pour le réaliser. Les managers ne voient plus le travail, ils ne savent plus y repérer la part de don qu'il comporte. Il n'y a alors plus personne pour exprimer de la gratitude et assurer que le don a bien été reçu.

Les « *espaces de reconnaissance* » (PIHEL, 2006b, p. 46-47), où le travail peut être mis en discussion et la dynamique de don vérifiée, sont moins nombreux et moins fréquents. V. LÉPINE identifie trois types de pratiques où est susceptible de s'exprimer la reconnaissance : l'activité communicationnelle ordinaire du travail, les moments de représentation et de mise en scène de la reconnaissance, les discours et signes

institutionnels (2009a). La présence des cadres, absorbés ailleurs, diminue et avec elles les occasions de communication ordinaire où s'exprime en quelques mots l'estime et la reconnaissance du travail de chacun. Les moments plus institutionnalisés de reconnaissance, comme peut l'être l'entretien annuel d'évaluation, se vident de sens parce qu'ils ne s'appuient plus autant sur une connaissance du travail quotidien concret et parce qu'ils sont de plus en plus cadrés par des grilles formalisées, construites par des acteurs qui ne connaissent pas le métier, ses conditions d'exercice réelles et les règles du beau travail. Ainsi, l'entretien annuel perd sa fonction de méta-communication, sa fonction expressive « *d'engagement fort dans la relation professionnelle* » (LÉPINE, 2009a, p. 103) et bien souvent jusqu'à sa fonction conative. On le scénarise d'ailleurs de moins en moins souvent, quand le cadre les réalise encore lui-même (dans la clinique étudiée ils n'avaient pas eu lieu l'année de notre intervention, dans le centre de soins de suite ils étaient en partie délégués). La reconnaissance est également la grande absente des discours et des documents institutionnels, constate enfin V. LÉPINE dans son étude sur les cadres de santé, tant dans les fiches de poste et les organigrammes que dans les documents officiels (2009a, 2009b).

Dès lors que les interactions et les occasions de réciprocité se raréfient, la distance s'installe, la confiance se distend et le doute s'infiltre quant à la nature de la relation entretenue et à son équilibre. Dans les espaces de discussion qui restent encore officiellement ouverts, le dialogue s'éteint, ce ne sont plus des espaces de reconnaissance du don. Ils sont désertés par les acteurs, qui ne croient plus à une réciprocité possible.

L'absence du management de proximité est vécue comme un abandon des salariés au moment justement où ceux-ci, face à la montée des contraintes, ont besoin d'un soutien et d'un signal du lien de réciprocité. Alors même que le management est englouti par une hyperactivité gestionnaire, il apparaît comme désinvesti vis-à-vis des acteurs de terrain qui attendent un signe de reconnaissance de leur engagement « *sans compter* » dans le travail. Désormais soumis à la direction et non plus membre de l'équipe et du métier, le cadre de proximité fait figure aux yeux de son équipe d'étranger, sur lequel on ne peut plus compter. La promesse de soutien de l'organisation qu'il représente est désavouée et il devient alors quelqu'un avec qui on n'a plus rien à échanger et dont on se méfie.

Par la logique rationalisatrice dont il est porteur, le management « *amont* » (ALTER, 2009) devient source d'empêchement du don, figure de l'interdit de la dynamique relationnelle. Par sa volonté d'enfermer l'action dans des règles, il exprime ainsi sa répulsion pour le don et la liberté qui le caractérise. Il devient l'expression de la logique purement utilitariste que le don prétend justement dépasser.

La dynamique de don n'a de sens que par la réciprocité, par la relation qu'elle engendre. Lorsque celle-ci fait défaut, la réitération de l'engagement est à chaque fois remise en cause. Y renoncer signifierait cependant renoncer définitivement à toute relation possible, et donc à la possibilité d'un travail bien fait, indispensable à la construction de la santé. Inversement poursuivre sans retour risque de conduire à l'épuisement, à l'exaspération, le sentiment d'être trahi atteignant profondément la personne elle-même (ALTER, 2009).

Le malaise au travail serait donc un malaise du don, le signe d'un épuisement dans des dynamiques de don, où ce qui est donné ne semble jamais reçu et ne procure donc pas en retour la joie de la réciprocité du don, le « *plaisir du don* » qui lui est essentiel (GODBOUT, 1992, p. 197-198) et permet de continuer à donner sans compter. Ce don sans écho, sans réciprocité, ne conduit alors qu'à un sentiment de vanité, de vide, que traduit bien l'usage du terme de « *burn-out* » fréquemment employé chez les soignants[194].

1.6. L'enjeu des espaces de discussion et de reconnaissance du travail

Cet épuisement du don ne débouchant pas sur une réciprocité de l'échange n'est pas sans lien avec le blocage des dynamiques communicationnelles observées et la disparition du dialogue sur le travail au sein des espaces de discussion. Les espaces de discussion, qu'ils soient informels ou plus institutionnalisés, sont potentiellement, comme nous l'avons vu, de véritables espaces de reconnaissance, permettant le déploiement des dynamiques relationnelles et la vérification de la réciprocité.

La mise en débat du travail n'a en effet pas simplement pour objet l'élaboration de solutions productives nouvelles, la mise en lumière des empêchements permettant de regagner un pouvoir d'agir. Elle est un lieu où se joue la possibilité du « *vivre ensemble* » (DEJOURS, 2009, p. 82-83). Elle est un espace de reconnaissance du travail réalisé, de mise en visibilité de la part d'effort, d'engagement, de don qu'il contient. Elle permet à chacun de dévoiler ses pratiques, de révéler son style propre en vue de maintenir vivant le genre du métier (CLOT, 2008). Elle est donc un espace d'identité, de révélation à soi et aux autres de sa propre singularité, de sa créativité, de sa capacité à donner. Par le jeu de dévoilement réciproque que suppose le dialogue, ces espaces sont aussi des occasions de

[194] Le terme a été introduit par un psychologue américain, H. FREUDENBERGER, en 1974. Il décrit ainsi le « *burn-out* »: « *je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens étaient parfois victimes d'incendies, tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte* » (cité par LORIOL, 2003, p. 67). Notons d'ailleurs que la définition du syndrome dans le célèbre test « *Maslach Burn-Out Inventory* » comporte trois dimensions : l'épuisement, la dépersonnalisation et le sentiment de non accomplissement (LORIOL, 2003, p. 67-68). On y retrouve la dimension personnelle que nous soulignons.

construire la confiance, de vérifier les relations au sein du collectif mais aussi avec la hiérarchie, présente par l'intermédiaire du cadre.

Les espaces de discussion sont donc le lieu où s'élabore, où se discute, où se négocie la régulation conjointe, la mise en adéquation des règles de contrôle avec le réel du terrain et ses contraintes, avec la manière dont chacun se les approprie, les « *rend propre à un usage* » (de VAUJANY, 2005) local et ajusté aux situations.

Notons que de la même manière qu'on nomme espaces de discussion des réunions d'équipes, des groupes de travail, des formations ou les entretiens annuels d'évaluation, on peut également y inclure les temps de présence du cadre en proximité dans le travail dès lors qu'ils permettent une mise en débat du travail, même implicite et n'impliquant pas l'ensemble du collectif. Il s'agit d'ailleurs là simplement de deux formes différentes d'espaces de discussion, l'une plus institutionnalisée et équipée – ou destinée à l'être –, l'autre plus informelle, de « *communication ordinaire* » (LÉPINE, 2009a, p. 101), réduite à deux ou quelques membres seulement du collectif, aux modalités variables, s'improvisant au gré des nécessités. La présence du manager en proximité auprès de son équipe, lors de son passage dans la salle de soin, lors d'un bref échange dans un couloir, ou encore son écoute disponible lors de la visite d'un salarié dans son bureau pour une question pratique, constituent potentiellement de véritables espaces de discussion et de reconnaissance du travail.

Nous n'entendons pas ici seulement les espaces informels de convivialité ; nous proposons de considérer que tout moment où, au cœur de l'activité, plusieurs acteurs se rencontrent autour du travail et portent ensemble un regard sur la manière dont il est réalisé, constitue une forme d'espace de discussion. Si la mise en discussion s'effectue le plus souvent par le biais de la parole, elle ne s'y réduit bien évidemment pas et peut prendre de nombreuses autres formes, parfois même silencieuses. Ces regards portés à plusieurs sur le travail pourront faire l'objet par la suite d'une mise en mots lors de discussions ultérieures. Ils sont déjà en eux-mêmes des occasions où le « *genre* » de métier est mis en jeu et constamment revalidé en même temps qu'il est renouvelé et le « *style* » de chacun mis à l'épreuve du collectif (CLOT, 2008).

Et l'on sait que soumettre son travail au regard d'autrui, fut-il pair ou supérieur hiérarchique, n'est jamais chose facile ; c'est toujours se mettre soi-même en jeu, se soumettre au jugement et donc au risque de l'autre. C'est une forme de communication très engageante. C'est donc un don, un don couteux, par conséquent de grande valeur. Mais c'est aussi cela qui permet la reconnaissance de sa propre contribution, qui n'a de valeur que

lorsqu'elle est partagée, vue, reconnue, car dans la logique du don, ce qui n'est pas donné – et nous pourrions ajouter, pour que ce soit un don, reconnu comme tel - est perdu.

1.7. Intérêt d'une approche par le don et proposition d'une définition

Au terme de ce parcours, nous pouvons donc considérer comme établi le lien étroit entre santé au travail et reconnaissance des dynamiques de don. Cette recherche nous a également permis de souligner que le développement des processus de construction de la santé au travail suppose des espaces de discussion, espaces de régulation conjointe et de reconnaissance du don.

Cela signifie-t-il que nous considérons comme synonymes les termes « *espaces de discussion* », de « *régulation conjointe* » et « *espaces de reconnaissance des dynamiques de don* » ? Si l'objet désigné par ces différents termes est sensiblement le même, le phénomène peut être soumis à des regards différents selon le cadre conceptuel choisi. La mobilisation de cadres théoriques distincts et toutefois cohérents entre eux permet une approche plus riche, qui se manifeste notamment lorsque l'on décline les modalités d'ingénierie de ces espaces, comme nous le verrons plus loin.

La « *théorie des espaces de discussion* » (DETCHESSAHAR, 2001), qui fait référence au « *tournant linguistique* » et aux courants s'intéressant à l'organisation comme discours organisationnel (BOJE, 1991 ; TAYLOR et LERNER, 1996 ; ROBICHAUX *et al.*, 2004 ; BOUILLON, 2009 ; MAYERE, 2009 ; pour n'en citer que quelques uns), permet de mettre en évidence les dynamiques communicationnelles qui s'y déploient. Ces approches soulignent la nécessité d'équiper ces espaces de manière à rendre possible un dialogue authentique et une véritable mise en discussion du travail et que les solutions productives qui y sont construites soient réintégrées dans l'organisation.

L'approche par la théorie de la régulation sociale (REYNAUD, 1988 ; DE TERSSAC, 2003a) pointe le caractère central de l'activité de construction de règles communes du travail, au croisement entre prescriptions et contraintes du réel, sans cesse réélaborées et négociées afin d'assurer collectivement le « *travail d'organisation* » (DE TERSSAC et LALANDE, 2002). On pourrait rapprocher le travail d'organisation, en ce qu'il est construction de compromis pour régler les échanges entre les acteurs (2003a, p. 122) de ce que les approches communicationnelles nomment la « *métaconversation* », l'échange permettant la production des règles de l'interaction (ROBICHAUX *et al.*, 2004). L'approche par la théorie de la régulation met en évidence les tensions entre règles de contrôle et régulation autonome et invite à penser les modes de sécurisation de la prise de risque que comporte nécessairement le travail en tant qu'il est sortie des règles pour s'ajuster aux aléas de

l'activité réelle. Une telle perspective suggère de repenser en conséquence les représentations du management par rapport aux règles et à leur appropriation.

La spécificité qu'apporte enfin la mobilisation des théories du don est la dimension relationnelle et la prise en compte des « *personnes* » engagées dans l'activité de régulation, dans un regard qui dépasse celui porté sur ce qui s'échange. L'approche par le don suggère de déplacer l'attention vers les relations qui se construisent entre les personnes à travers les dynamiques de don, qui ne sont autres que des dynamiques communicationnelles permettant la mise en discussion du travail et une activité déontique de négociation d'accords communs portant à la fois sur la dimension technique et sur le « *vivre ensemble* » (DEJOURS, 2009, p. 83). Le don est dynamique au sens où il s'inscrit dans une histoire, dans un échange poursuivi dans le temps et dont la finalité ne se limite pas à l'objet échangé ou co-construit mais engage les personnes avec leur subjectivité dans une relation qui ne cesse d'être nourrie et remise en jeu à chaque interaction.

La nécessité de la reconnaissance du don rappelle que les organisations ne sont pas que des structures, des flux d'activités ou un ensemble de ressources à gérer mais des communautés humaines où se vivent des échanges essentiels à la construction des personnes et à leur épanouissement. Et que toute organisation produisant du mal-être ne peut que s'épuiser dans des dynamiques délétères rendant le travail lui-même impossible.

L'intérêt d'une approche par le don et son lien avec la santé au travail ayant été posé, il convient maintenant d'explorer les perspectives qu'ouvre ce cadre théorique et la manière dont il permet d'éclairer les phénomènes organisationnels et les enjeux managériaux. Nous tenterons cependant d'abord de donner une définition plus précise de ce que nous entendons par dynamiques de don dans les organisations. Nous pourrons alors, à partir de là, proposer des pistes de réflexion pour penser les modalités d'un management capable de soutenir les dynamiques de don plutôt que de les étouffer ou de les laisser s'épuiser.

Nous avons dit que le don est un risque parce qu'il met en jeu la personne toute entière, son identité. Il représente un défi pour l'organisation, confrontée non plus à des individus interchangeables mais à des personnes uniques revendiquant d'être considérées dans leur singularité. La tentation d'hyper-rationalisation gestionnaire se trouve remise en cause par l'irruption de l'humain et bousculée par l'incertitude et les espaces d'autonomie ouverts par le don. Le don a besoin de liberté, il crée en permanence de l'indécidabilité car c'est ce qui lui permet d'exister. C'est pourquoi il suppose la confiance dans les partenaires de l'échange. Le don a ensuite pour caractéristique fondamentale de viser non pas l'équivalence de l'échange, même à long terme, mais la construction de la réciprocité de la relation. C'est pourquoi il est dit gratuit, inconditionnel : le retour n'est que le moyen

de confirmer que la finalité est atteinte. Le lien est la motivation intrinsèque du don, son seul « *intérêt* ». Calculer l'équivalence de ce qui circule est donc impensable et inacceptable, sauf à ce que, secrètement, cela serve à vérifier que l'état « *d'inégalité alternée* » est bien le témoin de la « *dette mutuelle positive* » ainsi construite (GODBOUT, 2000). L'important demeure que ce qui est donné et reçu soit bien perçu comme un don, mais reste toujours de l'ordre du non-dit, faute de perdre de sa valeur. Le don, discret sans être invisible, relève de l'indicible, il doit demeurer incalculable.

J. GODBOUT en propose la définition générale suivante :

> « *Qualifions de don toute prestation de bien ou de service effectuée, sans garantie de retour, en vue de créer, nourrir ou recréer le lien social entre les personnes* » *(GODBOUT, 1992, p. 128)*

À cette définition également partagée par A. CAILLÉ, ce dernier ajoute : « *Dans la relation de don, le lien importe plus que le bien* » (CAILLÉ, 2000, p. 124). O. MASCLEF précise dans ce sens que l'engagement ou la prestation, effectuée de manière unilatérale, « *n'appelle pas de façon explicite de contrepartie certaine (mais […] appelle de façon implicite une certaine contrepartie)* » (2004, p.87). Il souligne aussi que cet engagement « *implique systématiquement un coût et/ou un risque pour celui qui l'effectue* ».

Nous voudrions ici ajouter l'idée, présentée plus haut, que le don est une dynamique fondée sur une reconnaissance réciproque du lien ainsi partagé et que sa finalité est avant tout relationnelle.

Nous pourrions par conséquent définir le don comme *un geste coûteux, effectué de manière libre et inconditionnelle, en vue de créer ou de nourrir une relation entre les personnes telle qu'elle suscite potentiellement une dynamique de réciprocité*.

Le fait de souligner sa finalité relationnelle ne doit cependant pas faire oublier que le don demeure au départ un geste gratuit, susceptible d'être réitéré en l'absence de toute réciprocité. C'est le sens même du don tel que nous l'entendons que de ne rien attendre en retour, de ne pas prétendre à quoi que ce soit. Il est régi par le principe de la gratuité, encore antérieure à la relation de réciprocité qu'il construit et qui en est le signe de réussite, la récompense en quelque sorte.

Remarquons que ces caractéristiques sont tout à fait en ligne avec les résultats de la grande enquête de C. BAUDELOT et M. GOLLAC sur le bonheur au travail, qui avait identifié quatre registres du plaisir au travail : la dimension relationnelle et celle du service à autrui, la dimension de la créativité et celle de la découverte, de l'exploration du nouveau (2003, p. 163-190). On y retrouve les dimensions créative et relationnelle de la personne. Parmi les réponses sur le plaisir au travail relevées par les auteurs de l'enquête, nombre d'entre elles

s'expriment d'ailleurs dans le vocabulaire du don et rejoignent ce que J. GODBOUT appelle « *le plaisir du don* » (1992, p. 198) et même « *l'appât du don* » (p. 27).

L'auteur, s'appuyant sur les récentes découvertes des neurosciences sur le plaisir qui découvrent « *les fondements biologiques du désir humain du lien voulu pour lui-même* » (GODBOUT, 2008, p. 205), suggère même que « *l'appât du gain et le désir d'accumulation ne sont souvent, ultimement, qu'un moyen ayant pour but final le don* » (p. 207).

Le don n'a ici le rôle que de grille de lecture, de révélateur de dynamiques qui sont en fait le propre de la personne humaine. Il est l'expression de la personne dans son agir. C'est pourquoi, dans le travail, il est ce qui donne accès à un registre plus ontologique. Mais il ne s'agit en aucun cas de réduire l'échange à une dynamique de don.

Après avoir ainsi précisé ce que signifie le don et la manière dont il éclaire les processus de construction de la santé au travail, nous aimerions suggérer un pas de plus et envisager ce qu'une telle analyse peut signifier en termes de management.

Comme nous l'avons déjà exprimé précédemment, selon la conception de la recherche que nous avons adoptée, nous ne pouvons nous contenter de décrire les processus à l'œuvre sur les terrains observés et la manière dont ils peuvent constituer des résultats généralisables à un niveau de théorie au moins intermédiaire (DAVID, 2004). Le savoir ainsi produit doit pouvoir être actionnable (HATCHUEL, 2005), il doit donner au management des clés pour l'action. Ainsi, pensons-nous qu'il ne suffit pas de constater l'incapacité de l'organisation à accueillir le don, encore nous faut-il proposer des pistes pour penser un management susceptible de faire place aux dynamiques de don. C'est l'objet de la seconde partie de ce chapitre.

Nous avons mis en évidence non seulement les conséquences délétères du déficit de management sur les processus de construction de la santé au travail, mais également le rôle crucial du manager de proximité dans le soutien de ses équipes et la manifestation de la reconnaissance, indispensables à un engagement durable dans le travail et dans la coopération. Nous avons également souligné que la préservation et le fonctionnement des espaces où se joue la régulation conjointe, pour en faire de véritables espaces de discussion et de reconnaissance des dynamiques de don, est au cœur du rôle du cadre de proximité. C'est pourquoi, à la différence des approches cliniques centrées sur les acteurs eux-mêmes et leur pouvoir d'agir, nous aborderons cette dernière partie directement sous l'angle du rôle du management, en tant qu'il est un facteur déterminant des conditions permettant la construction de la santé au travail.

2. LE ROLE DU MANAGEMENT DANS LE SOUTIEN DES DYNAMIQUES DE DON

Nous allons donc maintenant chercher à comprendre ce qui empêche le don d'éclore dans le contexte du travail dans les organisations de santé traversées par l'actuel « *tournant gestionnaire* » et les conditions organisationnelles et managériales qui pourraient permettre aux processus de don de trouver leur place dans les organisations. Parler de management en rapport au don peut sembler antinomique (DUMOND, 2007). Le don pose en effet des questions extrêmement stimulantes pour les théories du management et de véritables défis pour l'organisation, invitant à penser des pratiques susceptibles de favoriser durablement l'engagement dans des formes effectives de régulation conjointe et de coopération, propices à la construction de la santé au travail.

2.1. Le management mis au défi

Nous avons posé plus haut que l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don se situe avant tout au niveau du management et plus précisément de l'encadrement de proximité. Nous nous concentrerons donc ici sur les conditions de possibilité de la reconnaissance du don par l'encadrement.

2.1.1. Le difficile rôle de lien du management de proximité

Au cœur des dynamiques de don, quelle est la situation du management de proximité vis-à-vis de ses équipes comme de son propre encadrement ? A la différence des opérateurs de terrain, les cadres intermédiaires disposent encore de nombreux espaces de discussion et d'occasions d'échanges avec le management supérieur. Ces espaces, toutefois, sont eux aussi de plus en plus colonisés par les questions stratégiques et les projets provenant de la direction ou destinés à répondre à des demandes externes, qui constituent une part de l'activité des managers de proximité mais pas la totalité. Les questions qui leur sont plus propres, qu'elles concernent les tâches de gestion dont ils sont chargés ou les problèmes quotidiens de leurs équipes, y trouvent de moins en moins de place et de reconnaissance.

Cette situation conduit une part d'entre eux à se concentrer sur les missions stratégiques et de contrôle les plus valorisées et à laisser le fossé se creuser avec leurs équipes, quitte à déserter encore plus les occasions de s'y confronter. D'autres refusent d'entrer totalement dans cet espace identitaire qui n'est pas le leur et préfèrent la rupture silencieuse avec leur hiérarchie plutôt que de renier leur identité de soignants. Ils s'investissent alors dans leur équipe, choisissant de « *mettre la main à la pâte* » pour témoigner de leur proximité et de leur soutien dans le travail, selon les modalités de la

sphère des relations primaires (CAILLÉ, 2000, p. 86-87). Mais n'ayant pas l'oreille de la direction sur les questions nécessitant d'être remontées pour obtenir une réponse, ces cadres seront vite mis en défaut dans la dynamique de l'échange avec leur équipe et perçus comme incapables d'apporter le retour de la part de l'organisation que les opérationnels attendent. La relation de don étant indissociable du rôle tenu, ils ne pourront assurer la survie de la dynamique d'échange au sein de la socialité secondaire.

Les cadres de proximité sont ceux qui ont pour rôle de faire la jonction entre les liens primaires et secondaires, de traduire la dynamique de don d'une sphère dans l'autre. Si la dynamique de don ne peut se passer de liens primaires entre les membres de l'équipe et le manager placé par l'organisation à leurs côtés pour jouer ce rôle - ce que sous entend précisément le terme de « *proximité* » qui les désigne -, cette présence ne peut se défaire des relations d'ordre secondaire qui la structurent. Un manager qui jouera trop sur la proximité versera dans le « *copinage* » ou le « *maternage* », honnis par les directions et méprisés par les équipes. Le manager ne peut se contenter de jouer sur le registre primaire, en principe facilité par son appartenance au métier. Il est supposé traduire et représenter le lien ainsi construit dans la sphère de la socialité secondaire, par rapport à l'organisation et aux membres de la direction. Lui seul peut en effet jouer ce rôle à la fois de traducteur et de trait d'union entre deux mondes souvent trop différents et trop inégaux pour qu'une relation directe soit toujours possible.

Or ce rôle d'intermédiaire n'est possible que si le management de proximité est lui-même dans une relation d'échange-don avec la direction. Ce qui suppose de sa part de s'investir dans les échanges avec celle-ci, dans une relation de proximité et le partage d'une identité commune. Ce type d'échange est cependant très chronophage, la direction demandant un investissement total et prenant peu en considération ce qui se joue aux autres niveaux qu'elle connaît souvent mal, étant elle aussi peu en proximité auprès des managers intermédiaires qu'elle encadre. C'est pourquoi les cadres de proximité sont fréquemment perçus comme étant tiraillés entre deux mondes aux exigences fortes et contradictoires.

Par ailleurs, le rôle de traduction du management intermédiaire suppose - et c'est la difficulté de bien des cadres de proximité même si ceux-ci en ont généralement conscience - des liens primaires permettant qu'une relation étroite se noue. Or une dynamique de don, phénomène fondamentalement « *personnel* », ne peut se déployer qu'entre des personnes en interaction entre elles, qui partagent des temps et des espaces de travail, des références identitaires communes. Un rôle de management ne peut se concevoir à distance, seule la rencontre entre les différentes formes de régulation permet la construction d'une régulation conjointe. Or le lieu de cette rencontre est celui de la régulation locale et la confrontation,

pour déboucher sur un accord, a besoin de « *l'atmosphère du don* » (GODBOUT, 1992), de la proximité des relations primaires, d'une part, et du cadre des normes et des statuts posés par la socialité secondaire, par le contrat, d'autre part.

Les relations hiérarchiques de proximité constituent la « *scène de la régulation conjointe* » (OSTY, 2003, p. 230) par excellence, liant les deux « *espaces d'identification* » que sont le métier et l'institution (p. 226), la « *sphère privilégiée de circulation des signes de reconnaissance* » (OSTY et DAHAN-SELTZER, 2006, p. 100). C'est dans cet « *espace social de reconnaissance* » que peuvent s'articuler les différentes dimensions du travail et que l'engagement subjectif peut accéder à une certaine visibilité.

Manager est avant tout une activité de régulation, de négociation de compromis sociaux (MISPELBLOM BEYER, 2004), un « *travail de traduction* », à savoir de capacité à faire partager des interprétations, à résister aux pressions d'un bas comme d'en haut pour conserver des marges de manœuvre, et de mise en scène pour articuler les contradictions (DESMARAIS et ABORD DE CHATILLON, 2010). Les « *nouveaux rôles pour les managers* » consisteraient pour M. THÉVENET à être à la fois « *un interprète et un traducteur infatigable* », « *un bricoleur* » pour conjuguer local et global, et « *un passeur d'émotion* » qui reconnaisse et assure un soutien par sa présence (2009, p. 147-150). P. BOURET (2008) souligne combien dans les établissements de santé, soumis à des règlementations élaborées à des échelons toujours plus éloignés, l'activité des cadres de santé est un « *travail de lien* ». La régulation et donc la relation, le lien, est en quelque sorte le rôle propre du manager de proximité et tout spécialement du cadre de santé (LÉPINE, 2009b).

Le travail des cadres de santé, observe P. BOURET, consiste de plus en plus à articuler les contraintes de la production des soins avec un système technocratique gestionnaire qui n'a plus de visage humain. Les normes à faire appliquer leur parviennent souvent par messagerie électronique et sont de moins en moins négociées dans un face à face avec une hiérarchie connue. Reconnaître cet invisible travail de lien, cette activité « *mal vue* » sans cesse masquée, reviendrait en effet pour les directions à accepter que la rationalisation ne suffit à assurer l'efficacité du système et que des ajustements, des « *rattrapages* » permanents, sont nécessaires (BOURET, 2008, p. 735-736). C'est sans doute pourquoi les dirigeants d'entreprises semblent parfois rêver de pouvoir se passer de la charge de l'activité managériale, constate également M. THÉVENET (2009, p. 93).

C. DESMARAIS et E. ABORD DE CHATILLON constatent que les blocages de l'activité de traduction réalisée par le management peuvent être dus aux conditions organisationnelles, notamment la pression à la conformité résultant de l'hyper-rationalisation managériale et du mythe du zéro défaut qui fait de tout incident une faute (2010, p. 82). Or c'est

précisément ce que nous avons observé sur les deux terrains étudiés. La régulation conjointe semble étouffée par la régulation de contrôle, elle est souvent rendue impossible voire interdite. Le management et le travail d'organisation qui lui est propre est littéralement empêché.

Le travail de régulation, caractéristique du rôle de l'encadrement intermédiaire, est tout entier tissé de dynamiques de don. Il est lui-même don au sens où il ne peut résulter que de l'engagement et de la créativité des cadres face à tout ce qui est imprévu, imprescriptible, face à tout ce que la règle n'a pas suffi à faire fonctionner. Il est également un don au sens où c'est une activité invisible, peu gratifiante, rarement valorisée, voire stigmatisée (BUSCATTO, 2002). C'est un travail de « *gestion du désordre* » (ALTER, 2009, p. 96). Les acteurs eux-mêmes expriment souvent leur sentiment de ne faire « *que régler les merdes* ». La gestion de l'événement (ZARIFIAN, 1995), parce qu'il est potentiellement risque, dysfonctionnement, donc échec de la rationalisation, du « *beau travail* » aux yeux de la direction, est en quelque sorte le « *sale boulot* » (HUGUES, 1993 ; LHUILIER, 2005), la « *part maudite* » du travail (BOURGEON, 2007).[195] Le travail de régulation est en même temps un travail « *sur le don* », celui des équipes encadrées ; un travail d'articulation entre les différentes sphères du don, de médiation, de traduction pour mettre en évidence le don dans le cadre de la logique gestionnaire qui lui est souvent sourde. Le management de proximité a pour rôle la mise en visibilité du don, la manifestation de la gratitude et la responsabilité de le faire reconnaître dans les sphères supérieures.

On peut cependant se demander : peut-on donner ce que l'on ne possède pas soi-même ? Cette question apparemment un peu naïve n'est pas si évidente qu'elle n'y paraît si l'on pense à la position du management de proximité par rapport aux dynamiques de don. Le travailleur, lui, donne de lui-même à travers son travail. On peut penser qu'un membre du management supérieur dispose tout au moins de quelques marges de manœuvre lui permettant d'accorder de la souplesse dans les règles, des moyens concrets pour soutenir le travail, des récompenses symboliques, même si les contraintes imposées par les tutelles ou la gouvernance et les enjeux économiques, la pression de la concurrence, tendent à réduire de plus en plus leur latitude. En revanche, le cadre intermédiaire, directement confronté aux dynamiques de don en jeu dans son équipe, a lui de moins en moins de souplesse et de moyens pour alimenter les échanges. Il n'a parfois aucune latitude ni concernant l'organisation du travail, ni les moyens, ni même dans certains cas à propos de

[195] Même si inversement, lorsque l'aléa crée de l'urgence, S. GLOUBERMAN et H. MINTZBERG observent qu'il est susceptible d'unir les différents acteurs, habituellement très fragmentés, autour d'un but commun (2001, p. 69 ; 2002, p. 22).

son mode de management. Il se trouve donc à devoir exprimer la reconnaissance au nom de l'organisation, tout en étant personnellement engagé dans une relation dans laquelle il a lui-même peu à offrir. Une situation difficile à tenir, d'autant plus que dans la relation qui le lie à sa propre hiérarchie, le manager de proximité est déjà bien en peine de pouvoir assurer à la hauteur de ce que l'on attend de lui. Et pourtant, il n'a d'autre choix que la loyauté vis-à-vis de la hiérarchie, il est dans « *l'obligation de jouer* » et de réussir (COUSIN, 2006, p. 156). C'est donc dans ses propres ressources qu'il devra lui aussi puiser, en offrant écoute, attention, confiance, encouragements, proximité, dans la mesure où il est encore suffisamment disponible pour être en mesure de le faire.

2.1.2. Désempêcher le management

Les deux terrains étudiés ont mis en évidence avec force que le défaut de management ne provient souvent pas des défaillances des managers de proximité eux-mêmes, d'un manque de compétence de leur part ou de choix erronés. Ils sont même probablement ceux de l'encadrement qui sont le plus sensibles à la nécessité d'une réelle proximité auprès de leurs équipes, d'une disponibilité et d'une écoute de leur part indispensables au bon fonctionnement du service. Nous avons démontré qu'ils sont en réalité empêchés par de multiples contraintes qui les mettent en tension et les accaparent sur d'autres fronts. Absorbés par d'innombrables tâches gestionnaires, ils sont également appelés à jouer un rôle auprès de l'encadrement supérieur, qui les associe à des préoccupations stratégiques ou organisationnelles plus larges que le fonctionnement de leur propre unité. On attend d'eux qu'ils montent des projets, développent des pratiques innovantes et travaillent à l'amélioration continue de la qualité – souvent entendue au sens de gestion sécurisée des processus. Rien, ni dans les modes d'évaluation ni dans le discours en provenance de la direction, ne les incite réellement à consacrer prioritairement du temps et des moyens à l'animation de leur équipe. L'activité de régulation locale est méprisée et sans cesse ignorée alors qu'elle absorbe une grande part de leur temps et énergie. Eux aussi, peut-être plus que tous, s'épuisent dans des dynamiques de don à fonds perdu.

C'est pourquoi la « *capacitation au don* » (CAILLÉ, 2007b, p. 208) des cadres de proximité passe inévitablement par un « *désempêchement* » de leur temps, afin de leur donner les conditions d'une véritable animation managériale, qui est leur fonction première. Cela suppose que le management supérieur leur en donne les moyens et ne les transforme pas d'abord en gestionnaires fonctionnels chargés d'innombrables missions transversales ou en bras droits de la direction exclusivement à son service. La direction a la responsabilité de

leur donner le pouvoir d'agir qui leur permettra de remplir leur fonction, autrement dit les moyens humains, matériels, financiers, décisionnels et en termes de temps.

Nous avons observé en effet des managers dépossédés des tâches relevant directement du management : le recrutement, l'évaluation, la définition et l'organisation du travail. Ils n'avaient la main sur aucun des problèmes concrets rencontrés par leurs équipes et ne disposaient d'aucune responsabilité sur les moyens matériels de la réalisation du travail, y compris pour l'achat de fournitures aux montants minimes. Ils étaient par conséquent eux-mêmes quasiment sans aucun pouvoir d'agir. Comment pouvaient-ils dans ces conditions contribuer à développer l'autonomie et l'initiative de leurs équipes ?

La manière dont l'ensemble de l'organisation est conçue doit viser à mettre en « *capacité* » les managers de proximité de susciter et de faire remonter du terrain des propositions que la direction arbitrera en fonction des ressources et des objectifs, et non pas les réduire à être uniquement les exécutants d'une stratégie décidée unilatéralement en amont sans aucune possibilité pour eux d'y prendre part.

L'encadrement supérieur est également responsable d'assurer le management des cadres intermédiaires, qui plus que tout autre ont besoin de soutien. De véritables scènes de régulation locale doivent exister entre la direction et le management intermédiaire, faute de quoi l'ensemble de la régulation sera bloquée et les équipes resteront sans réponses. Déjà en 1918, H. FAYOL observait que ce qu'il appelait « *la conférence hebdomadaire des chefs de service* » devrait être centrée sur la régulation conjointe : « *Il ne s'agit pas, dans ces conférences, de dresser le programme d'action de l'entreprise, mais de faciliter la réalité de ce programme à mesure que se déroulent les événements* » (1999, p. 116). Il la qualifiait d'« *instrument essentiel* » (p. 118), au même titre que les budgets ou l'organigramme.

La direction a par ailleurs pour rôle de veiller à la cohérence de l'ensemble des exigences véhiculées par l'organisation et élaborées par autant de fonctionnels bien intentionnés mais souvent inconscients des injonctions contradictoires qu'ils génèrent pour les acteurs de terrain. Le management est en effet une question d'équilibre, ne cessent de répéter H. MINTZBERG (2011) ou R. QUINN (QUINN et ROHRBAUGH, 1981 ; DENISON *et al.*, 1995), qui suppose de manier constamment les paradoxes et de rester réaliste.

L'équipe de direction est encore celle qui devrait, autant que possible, retraduire et retravailler en interne les contraintes externes sans les laisser traverser directement l'organisation (MINGUET, 2011), rediffusant la pression à la manière de « *passoires* » ou de « *tuyaux d'arrosage* » (MINTZBERG, 2011, p. 96).

Le désempêchement des managers pour qu'ils puissent jouer effectivement leur rôle d'animation managériale auprès de leurs équipes et travailler à construire les conditions d'une régulation conjointe efficace sera enfin toujours un défi du fait même de la nature paradoxale du management. Il doit donc figurer en permanence à l'ordre des priorités à la fois pour les cadres de proximité eux-mêmes et plus encore pour les directions, dont le rôle est de garantir et de rappeler, jusque dans les politiques d'évaluation, que ces tâches sont au cœur même du rôle des managers.

« *La mise en place de certains types d'organisation du travail, la reconnaissance ou non de l'expérience, la prise en compte de la parole, le développement du pouvoir ou de l'autonomie relèvent dans l'entreprise de la direction* », affirme J-F. CHANLAT (1990b, p. 719). Le désempêchement du management de proximité et le développement de nouvelles pratiques managériales plus centrées sur la discussion et permettant la reconnaissance des dynamiques de don est bien, *in fine*, du ressort de la direction et relève de sa responsabilité.

2.1.3. La délicate mise en visibilité de l'indicible

Mais quand bien même le manager disposerait des marges de manœuvre pour se consacrer à son travail de lien, comment peut-il mettre en mots ce qui est indicible, mettre en lumière ce qui ne peut, pour avoir du prix, qu'être tenu caché ? Comment manifester la valeur de ce qui doit demeurer incommensurable et sans cesse nié pour pouvoir exister ?

La tâche du management n'est pas des plus simples. Pour autant, sans reconnaissance, le lien ne peut vivre, le don risque de ne pas se poursuivre et l'engagement finir par n'être plus renouvelé. Tentons d'esquisser quelques pistes.

Reconnaître le travail et la dimension de don qu'il contient pourrait être traduit, à la manière de M. MAUSS, sous la forme d'une « *triple obligation* » de reconnaissance[196] :

- Tout d'abord l'engagement à voir le travail, l'effort accompli, et à le reconnaître dans sa dimension de don.

[196] La notion de reconnaissance est centrale dans les travaux de C. DEJOURS (2008, 2009) et de la psychodynamique du travail, comme nous l'avons vu au chapitre 2. Elle est apparue également essentielle dans l'analyse des dynamiques de don, ainsi que l'indique N. ALTER (2009) et que nous l'avons présenté au chapitre 3. Elle s'est révélée finalement, au chapitre 7, au cœur de notre analyse des terrains étudiés, comme dans notre présente discussion, sans pour autant constituer dans notre cheminement un cadre théorique en soi. Nous aurions pu bien évidemment mobiliser la riche littérature sur le sujet, notamment la théorie de la reconnaissance d'A. HONNETH, ou encore les travaux de P. RICOEUR. A ce stade, à l'exception de quelques brefs articles (HONNETH, 2004 ; RENAULT, 2007) et des travaux du M.A.U.S.S. (LAZZERI et CAILLÉ, 2004 ; CAILLÉ, 2007a), nous n'avons pas encore exploré ces travaux, ce que nous ne manquerons pas de faire à l'avenir.

- Recevoir ce don comme tel exige ensuite d'exprimer de la reconnaissance aux personnes qui en sont les auteurs, en manifestant par de la gratitude que le don est bien accepté et qu'il a du prix.
- Enfin, reconnaître la relation ainsi construite et l'obligation d'un retour qui témoigne de ce lien, c'est donner les moyens nécessaires au travail, assurer les conditions d'un travail bien fait et qui permette le développement de la personne.

Pour que le travail soit vu et reconnu, nous l'avons déjà évoqué, il est nécessaire que soient mises en place les conditions d'un management « *désempêché* », susceptible d'assurer une proximité réelle et une disponibilité effective des cadres auprès de ceux qui leur sont confiés. La simple présence attentive est en effet potentiellement une « *relation agissante* », au sens où elle produit de la reconnaissance (LÉPINE, 2009a) ; elle est une forme de communication performative, un « *être-là* » qui parle et dit le lien.

Exprimer la reconnaissance afin de confirmer que le don a bien été reçu et apprécié suppose ensuite des relations de confiance et qu'existent des espaces de reconnaissance. Il peut s'agir d'espaces de discussion institutionnalisés et équipés au cours desquels le travail est mis en débat au sein du collectif et où la contribution singulière de chacun peut être mise en lumière et bénéficier à tous. Il peut s'agir également de situations informelles où quelques mots, un simple geste ou un regard viennent signifier la valeur accordée à ce qui a ainsi été identifié comme un don de soi libre et coûteux.

S'engager dans la réciprocité, peut consister enfin pour la direction à apporter des réponses là où une demande est exprimée, une sollicitude face à des besoins, qu'ils concernent le travail, ses conditions ou son impact sur la vie hors travail. C'est prendre en compte les personnes et le travail.

Si la manifestation de la reconnaissance s'exprime souvent par des émotions, des gestes et des regards qui « *sous-titrent* » le don (ALTER, 2009, p. 29), des mots sont aussi attendus. Combien de fois n'avons-nous pas entendu dans les entretiens l'attente d'un merci, d'un compliment, d'une parole signifiant que l'engagement a été vu, apprécié, qu'il a contribué au résultat obtenu ? Tout en précisant à chaque fois que le compliment ou le remerciement n'importait pas en tant que tel, que l'on ne travaille pas pour cela, comme pour rappeler que les personnes agissent bien sur le mode de l'inconditionnalité conditionnelle, mais aussi qu'une réciprocité est espérée, qu'elle donnerait sens à l'effort, qu'elle démultiplierait le plaisir face à la prouesse réalisée et la satisfaction du travail bien fait. La reconnaissance doit donc aussi passer par la parole, manifester explicitement, sinon le don, du moins que le geste a été vu.

Les mots sont cependant à double tranchant. Lorsqu'ils ne correspondent pas à une authentique dynamique de don construite entre les personnes en jeu, ils sonnent faux et constituent une blessure, une offense plutôt qu'un cadeau. Les discours de la direction qui ne s'enracinent pas dans une relation vérifiée au quotidien, par exemple, sont le plus souvent mal perçus, reçus comme l'expression d'une domination ou d'une provocation. Ils sont alors un poison pour la relation que pourtant les deux parties aspirent à établir. Les paroles doivent s'accompagner des gestes correspondants, d'un retour, quel qu'il soit.

Ce n'est pas l'objet retourné qui est attendu, la récupération accordée ou la prime octroyée, mais le signal qui garantira que la dynamique de réciprocité est là, que l'on peut continuer à donner sans compter. Un mot, un geste, un simple regard ou une véritable concession en retour, l'important est la reconnaissance de la relation, d'expérimenter le plaisir de donner qui va nourrir le désir de poursuivre et de donner encore.

Les mots, les gestes, les échanges, sont toujours situés, ils s'inscrivent dans un contexte, dans un réseau de relations, dans une « *chaîne de dons* » (MAUSS, 1924). Plus encore que le geste lui-même, qui ne constitue jamais un « *one shot* » isolé, les acteurs perçoivent « *l'intertextualité* » (DETCHESSAHAR et JOURNÉ, 2007), l'ensemble du discours transmis par le management et sa cohérence. Si donc le discours officiel prêche la gratitude mais que quotidiennement les besoins du travail ne sont pas pris en compte, le sentiment de non reconnaissance perdurera. C'est ce que nous avons vu de manière évidente sur les deux terrains étudiés.

Arrêtons-nous un instant sur une question : est-il concevable en soi que la reconnaissance du don se manifeste par des éléments matériels, par une somme d'argent par exemple ? B. FREY a ainsi démontré que des mesures incitatives extrinsèques peuvent, selon la manière dont elles sont perçues, produire un « *effet dévastateur* » sur la motivation intrinsèque (FREY et JEGEN, 2001)[197]. Nous pouvons penser que ce type de manifestation concrète de la reconnaissance n'est pas exclu du moment que ce qui est offert n'est pas considéré comme une rémunération du don mais une récompense. C'est toute la différence qui existe dans la langue anglaise entre les termes « *price* » et « *prize* ». De même que le salaire n'est pas à entendre comme la valeur de la personne elle-même mais une compensation du travail réalisé, de l'effort fourni, de la même manière la valeur du

[197] C'est le principe de l' « *effet dévastateur* » (ou effet d'éviction, « *crowding-out effet* ») des incitations financières sur la motivation intrinsèque, étudié par B. FREY (FREY et JEGEN, 2001 ; OSTERLOH, FREY et FROST, 2001). L'auteur démontre, dans le prolongement de la théorie de l'évaluation cognitive, que les interventions extérieures ont un effet négatif sur la motivation intrinsèque lorsqu'elles sont perçues comme un accroissement du contrôle et inversement qu'elles ont un effet positif (« *crowding-in effet* ») lorsqu'elles viennent en soutien et en reconnaissance de l'autonomie (FREY, 1998, p. 444 ; FREY et JEGEN, 2001, p. 594-595).

don, de ce que produit l'échange, dépasse largement le prix de l'objet qui circule. La reconnaissance est donc toujours symbolique, jamais réduite à ce qui la manifeste. S'il peut être important que la reconnaissance s'exprime parfois aussi de manière concrète, il sera souhaitable que son « *prix* » soit entendu au sens de récompense, de symbole et non de valeur d'échange. Pour cette raison, l'expression de la reconnaissance tend à mobiliser des rites et des modes de manifestation si possible publics plutôt que privés.

Pour que le don ait du prix, encore faut-il aussi que le don offert ait de la valeur aux yeux de ceux qui l'échangent, afin de signifier combien précieux est le lien et la personne avec qui l'on commerce. Or c'est là que le manager des établissements de santé se trouve en défaut : ce qui fait l'objet de son activité est précisément ce qui compte le moins pour les équipes qu'il encadre. Les tâches gestionnaires, le travail d'organisation, de régulation locale, n'ont rien de la dignité du travail de soin. Jamais pour des professionnels de santé l'effort investi sur ce registre ne procurera la joie que suscite le regard fier du chirurgien après une intervention délicate menée à bien, ni même le sentiment de contribuer à quelque chose d'important à ses côtés ou de participer au rétablissement ou au réconfort d'un patient souffrant.

Il faudra donc dramatiser plus encore la reconnaissance pour donner du prix à ces dons sans valeur. Des rituels devront être inventés, des espaces de reconnaissance institués, pour signifier ce qui est en jeu.

Un échange de don, si l'on se rapporte aux descriptions de M. MAUSS (1924), suppose de se déplacer tantôt chez l'un tantôt chez l'autre ou s'organise autour de scènes rituelles instituées dans ce but. Ainsi le manager de proximité devra-t-il se rendre sur le terrain où le don est produit, tout autant qu'inviter le donataire dans son espace à lui pour un échange plus intime et organiser de temps à autre des espaces publics de rencontre où les dons peuvent circuler ouvertement sous les yeux de tous. A la manière des invitations chez soi entre amis dans le cadre de la sphère primaire, le manager alterne des visites régulières sur le terrain du travail, auprès de son équipe, et des moments d'accueil de l'un ou l'autre dans son bureau, qu'il s'agisse de rendez-vous importants ritualisés comme l'entretien annuel d'évaluation ou de visites spontanées lorsqu'un membre de l'équipe passe pour chercher une information ou faire une demande. Ces visites réciproques nourrissent la relation, entretiennent la dynamique de don. Le cadre de proximité est aussi celui qui crée et anime des espaces publics particulièrement propices au déploiement des relations de don et à l'expression de la reconnaissance, comme le marché est le lieu emblématique des échanges marchands ou les fêtes rituelles celui des dons primitifs. Les réunions hebdomadaires d'équipe ou de service sont l'un de ces espaces privilégiés de la

reconnaissance des dynamiques de don, comme peuvent l'être aussi les groupes de travail ou d'autres espaces de discussion portant sur l'activité. Tous les outils du management sont susceptibles de devenir des espaces de reconnaissance des dynamiques de don dès lors qu'ils sont investis dans ce sens.

Si c'est l'authenticité du type de lien construit qui s'avèrera primordiale, la manière de mettre en scène ces moments sera tout aussi importante pour souligner, « *sous-titrer* » (ALTER, 2009, p. 29) la relation de reconnaissance qu'ils entendent manifester. Il s'agira de mettre en place « *un véritable dispositif communicationnel qui place au cœur de l'interaction une scénarisation du processus de reconnaissance* » (LÉPINE, 2009a, p. 103). Négliger la nécessaire dramatisation de ces moments pourrait faire le même effet qu'un cadeau non emballé : c'est signifier le peu d'importance que l'on accorde au partenaire.

Transformer les outils du management en scènes de mise en visibilité et de reconnaissance des dynamiques de don suppose cependant que soient garanties les possibilités de la confiance et du dialogue.

2.1.4. Réintroduire le dialogue et reconquérir la confiance

Si la discussion suppose des espaces structurés et équipés, c'est aussi parce que le dialogue n'est en rien garanti du seul fait qu'existent des espaces dans ce but. D. BOHM a étudié les processus de construction d'un dialogue authentique (2004), mais semble douter que cela soit pleinement possible lorsque le groupe a pour objet de parvenir à des solutions productives ou qu'une hiérarchie y est présente (p. 49). Quand bien même c'est pour lui le propre du dialogue que d'être source de créativité, la finalisation du dialogue limite selon lui le processus de circulation des significations communes, qui est la définition même qu'il donne au concept (p. 6-7). L'important n'est pas en effet la solution trouvée (p. 53) mais ce qui se crée entre ceux qui dialoguent. Autrement dit, le dialogue, pour porter du fruit, doit être gratuit et finalisé à la relation. C'est précisément ce qu'entend souligner une lecture de la discussion à travers l'approche relationnelle du don proposée ici.

Le dialogue est affaire de confiance, il repose sur une relation construite patiemment dans le temps (DETCHESSAHAR, 2011, p. 102). Il est donc le produit des dynamiques de don tout autant qu'il en est le marqueur.

C'est le défi auquel ont été confrontés les deux établissements où se sont déroulées les recherches-intervention décrites ici, où la confiance avait été durablement atteinte. Dans l'un des cas, après la restitution de notre diagnostic, la volonté de changement a été décrétée d'en-haut mais rien n'a été véritablement mis en œuvre pour rétablir durablement le dialogue et la confiance. Quelques mesures ont été prises au niveau

opérationnel et notamment le rétablissement des réunions d'équipe. En réalité, celles-ci ont eu bien du mal à fonctionner dès lors que structurellement la chasse aux erreurs demeurait une menace, la tendance à la rigidification du système s'accentuait, la direction semblait toujours aussi loin du terrain et les cadres peu libres de se consacrer à l'animation de leurs équipes. Plusieurs sanctions envers des personnels soignants ont même été ordonnées dans les semaines qui ont suivi la discussion d'un plan d'action visant le rétablissement de la confiance et du dialogue.

Dans la clinique, en revanche, au moment où presque tous les membres du comité de direction étaient amenés à quitter l'établissement, l'encadrement intermédiaire se trouvait à mettre en place une série de mesures qui avaient été construites et validées à tous les niveaux, depuis le sommet de la hiérarchie jusqu'à la base. Ces mesures consistaient toutes à redonner du temps et de l'espace pour la discussion et la coopération dans le management quotidien et dans la vie des équipes. Insensiblement, le dialogue a été retissé dans tous les interstices où il était possible, au point de reconstruire la confiance jusqu'entre les partenaires sociaux et la direction, à un niveau encore jamais atteint auparavant.

Il conviendrait également d'étudier plus avant le rôle de la confiance dans ces processus. Elle est apparue ici à la fois la condition et le produit de la discussion, des dynamiques de don. La littérature sur le sujet est vaste, et il n'est pas possible d'en faire le tour ici. Nous retiendrons cependant qu'elle est un des marqueurs de « *l'atmosphère du don* » (GODBOUT, 1992), qui souligne une fois de plus la dimension fortement relationnelle des processus de don et dont les liens avec la santé au travail mériteraient d'être approfondis.

2.1.5. Le don et les outils de gestion

Une autre problématique gagnerait par ailleurs à être étudiée plus avant, il s'agit de la place de la technologie dans les dynamiques de don. Si la dynamique de don est une relation de personne à personne, que devient le don lorsque cette relation est médiée par des outils, par des technologies ? On la vu, « *le don fuit le calcul* » (GODBOUT, 1992, p. 66), il « *ne se soumet pas à l'étroitesse des dispositifs de gestion* » (ALTER, 2009, p. 26). Il est incommensurable, ne peut être quantifié, objectivé, il ne saurait être géré sous peine d'être dénaturé (DUMOND, 2002, p. 396 ; 2007, p. 72).[198]

[198] Encore que P. POIRIER propose une analyse des « *états du don* » comme un outil de mesure du climat social : « *En nous permettant de fixer, telle une photographie, les dynamiques relationnelles au sein d'un groupe ou d'une équipe de travail, les états du don nous éclairent sur le climat et nous fournissent des indicateurs pour arrêter la meilleure stratégie d'intervention* », affirme-t-il (2008, p. 117).

Bien des fois, nous l'avons constaté, les systèmes d'information tendent à se substituer aux relations de personne à personne et par conséquent à appauvrir l'interaction et à la priver de ce qui constitue précisément sa capacité à être source de régulation et de compétence collective. C'est ce qui conduit L. BRUNI à proposer un principe de « *subsidiarité horizontale* » : que les outils ne fassent pas ce que la relation peut faire, ou encore en termes plus généraux, que le contrat ne fasse pas ce que le don peut faire (2008, p. 113). Le contrat doit rester un instrument subsidiaire, de soutien, et non un substitut moins coûteux des autres formes de relation, dans une sorte de « *dumping relationnel* » (p. 115). L. HONORÉ (2011) constate également que l'appauvrissement de l'interaction, lorsqu'elle est étouffée par une gestion trop technique, peut conduire à un appauvrissement du travail lui-même et à des processus fortement délétères pour les salariés comme pour la performance organisationnelle.

Les outils sont cependant tout aussi susceptibles de jouer le rôle de supports permettant de dégager des ressources cognitives et donc des marges de manœuvre dans l'action. C'est ce que défend Y. CLOT qui va jusqu'à qualifier la standardisation et les prescriptions de « *prothèses cognitives* » ou d'« *organes où se dépose l'efficience* » (1995, p. 136-137). Il conclut : « *l'ordre technologique est humain en son principe puisqu'il est convoqué là où justement le travail, pour excéder ses limites, cherche à s'économiser à l'aide d'artefacts* » (p. 255).

Il n'existe donc probablement pas de réponse simple à ces questions, qui sont autant de pistes ouvertes pour des recherches futures, mais on peut dès à présent retenir que, pour éviter le développement de processus délétères, le soutien aux dynamiques communicationnelles et relationnelles et non leur appauvrissement doit rester la finalité première de toute instrumentation et le critère sur lequel fonder un mode de pilotage de l'usage des outils qui y veille.

Nous avons tenté d'éclaircir, du moins dans ce qu'il était possible de faire à ce stade, quelques questions posées par la mobilisation du don comme grille de lecture pour penser le lien entre management et santé au travail. Il nous reste maintenant à proposer, de manière plus explicite encore, une déclinaison concrète des principes avancés jusqu'ici en vue non pas d'une ingénierie du don, qui serait en soi quasiment un contresens, mais du moins des conditions d'un modèle managérial susceptible de donner toute sa place au don et d'en favoriser les dynamiques.

Nous commencerons par mettre en évidence les principes fondamentaux sur lesquels devrait être basé un management respectueux des dynamiques de don et donc favorable à la construction de la santé au travail, avant de proposer des pistes plus concrètes encore.

2.2. Interroger l'anthropologie sous-jacente

Nous avons dégagé au chapitre trois, lorsque nous avons proposé une synthèse originale des approches par le don, deux caractéristiques essentielles de toute dynamique de don : la dimension personnelle et la finalité relationnelle. Ces principes se dessinent comme prémisses pour penser un management favorable aux dynamiques de don : d'une part une vision du management et de l'organisation fondée sur une anthropologie qui reconnaisse la personne dans toutes ses dimensions, d'autre part l'attention qu'attire le don sur la centralité de la relation.

Une telle hypothèse invite par conséquent à interroger les fondements même de l'axiomatique sur laquelle reposent implicitement les modèles de management contemporains et à questionner de la vision de l'homme qu'ils supposent.

Là où l'organisation, et le rapport marchand qui la sous-tend, « *dépersonnalise* » (GODBOUT, 2000, p. 117), nous avons vu combien les personnes revendiquent le droit au respect, invoquent la notion de dignité, reprochent d'être parfois traités comme des « *pions* ». Là où les exigences de la gestion poussent à la standardisation, les acteurs attendent un « *jugement d'originalité* » (DEJOURS, 1993) qui signifie l'unicité de leur contribution personnelle et tentent de renforcer leur capacité à répondre aux exigences spécifiques de chaque médecin. Là où le management réfléchit en termes de flux, de gestion des effectifs en fonction de statistiques d'activité, les soignants expriment le besoin de stabilité dans les équipes pour construire la confiance entre collègues d'une même unité, nécessaire à une coopération sans faille. Là où la direction tente de sécuriser et d'encadrer l'activité dans un système de responsabilités bien délimitées, certains continuent de défier les règles et de se hasarder au-delà de leurs compétences pour rendre service, pour réintroduire de l'humain dans les procédures, malgré les risques encourus. Là où l'organisation cherche à rationaliser chaque geste, les salariés voudraient des temps et des espaces d'interconnaissance et la liberté de s'arrêter pour parler, exprimer ses sentiments, oser rire et être soi.

Les études de terrain ont permis de mettre en évidence l'importance du regard que portent les membres de l'encadrement sur leurs équipes : bien souvent les personnes se sentent réduites à l'état de pions, d'objets que l'on déplace, d'individus anonymes interchangeables, de ressources affectées en fonction de la charge de travail. De même, les modes de communication et de comportement ne renvoient pas toujours le sentiment d'être respecté comme une personne. Ces situations pointent la nécessité de remonter aux représentations qui sont celles du management.

Souvent les théories des organisations posent en effet la question de la vision de l'organisation véhiculée par telle ou telle approche, selon qu'on la conçoit comme une machine ou un organisme, un nœud de contrats, un système politique, un ensemble de cultures ou encore un vaste réseau dématérialisé[199]. Les recherches en gestion prennent en principe le soin d'expliciter leur posture épistémologique et le statut des connaissances produites. En revanche la question de l'anthropologie philosophique sous-jacente est bien souvent laissée en suspens (CORCUFF, 2007, p. 18-20) et les présupposés adoptés ne sont généralement ni justifiés ni remis en question (GHOSHAL, 2005). Implicitement, la théorie des organisations semble accepter sans discussion la vision d'un « *homo œconomicus* », ou plus récemment souvent celle d'un « *homo strategicus* ». Or, déjà D. McGREGOR l'avait identifié en son temps (1969), la définition des présupposés anthropologiques choisis est précisément une question qui mérite d'être interrogée, d'autant plus que les hypothèses posées par la théorie néo-classique du paradigme dominant sur la « *nature de l'homme* » (JENSEN et MECKLING, 1994) ne semblent pas pouvoir expliquer certains types de comportement, et notamment ceux relevant des dynamiques de don inconditionnel, ni son besoin de reconnaissance sociale (BERNOUX, 2010).

Si les travaux de D. McGREGOR (1969) paraissent aujourd'hui datés et ont pu être parfois un peu raillés, bien peu de chercheurs, à notre connaissance, ont repris la question qu'il posait alors et interrogé sérieusement l'influence des présupposés anthropologiques sur les théories produites par la recherche et, par voie de conséquence, peut-être plus encore qu'on ne le pense (GHOSHAL, 2005) sur les pratiques de management.

Les approches par le don, qu'elles proviennent de la sociologie - notamment le courant anti-utilitariste en sciences sociales (M.A.U.S.S.) - ou de l'économie – comme l'économie civile italienne (BRUNI, 2009) – invitent à une anthropologie ne s'inscrivant en définitive ni dans l'individualisme méthodologique ni dans le holisme (CAILLÉ, 2000). On pourrait la qualifier plutôt de « *personnaliste* » (MOUNIER, 1949).

Postuler le caractère libre et créateur de la personne et sa dimension fondamentalement relationnelle ne signifie pas considérer que tout doit être réduit à un individualisme méthodologique même complexe, sans prendre en compte l'impact des structures sociales. Celles-ci représentent une contrainte forte que nos études de terrain ont clairement mise en évidence. C'est plutôt tenter de tenir les deux bouts à la fois tout en choisissant de porter le regard prioritairement sur l'importance que revêtent les relations de personne à personne à la fois pour ceux qui s'y engagent et pour le fonctionnement du système dans son ensemble.

[199] Pour une synthèse de ces représentations, voir par exemple les manuels de Y-F. LIVIAN (2008) ou J. ROJOT (2005).

Si une nouvelle définition, plus complexe et plus centrée sur la notion de personne, des présupposés anthropologiques opérés en management permettrait sans doute de renouveler bien des perspectives en théories des organisations (CHANLAT, 1990a ; 1998), ce n'est pas l'objet de cette thèse que de prétendre à une telle ambition. En revanche, nos résultats conduisent à souligner l'importance d'une réflexion explicite sur le sujet.

Dans la ligne de notre méthodologie d'approche par le terrain afin de produire des connaissances « *enracinées* » dans les données empiriques (GLASER et STRAUSS, 1967), nous pouvons cependant, à l'issue de cette recherche, proposer à l'instar de J. GODBOUT de considérer l'homme non pas seulement comme un « *homo œconomicus* » mais également comme un « *homo donator* » (2000). Ceci non pas pour indiquer que le fonctionnement humain pourrait être réduit au don, mais bien qu'il s'agit d'une dimension essentielle de la personne que l'on ne peut écarter et qui appelle à être prise en compte dans les théories de l'action collective.

Nous nous contenterons donc de préciser ici que considérer l'homme ou la femme au travail comme une personne, comme un être capable de don, c'est insister notamment sur son caractère libre et créateur et sur le fait qu'il est un être de relations.

2.3. Pistes pratiques pour un management faisant place au don

Sur la base des principes énoncés ci-dessus, il est maintenant possible d'énumérer plusieurs pistes pour repenser un management qui sache laisser place aux dynamiques de don et d'en tirer quelques éléments d'ingénierie de pratiques managériales propices à la reconnaissance du don, à une meilleure « *capacitation au don* » (CAILLÉ, 2007b, p. 208).

Les propositions avancées ici pourront sembler relever des bases même du management, peu différentes de celles qu'ont formulé depuis bien longtemps déjà de nombreux auteurs en théorie des organisations. Pour autant, faut-il renoncer à les rappeler, alors même que leur mise en pratique apparaît toujours si laborieuse et pourtant si urgente pour répondre au malaise actuel dans le travail ? Peut-être ces principes n'ont-ils pas été suffisamment déclinés concrètement dans les enseignements de gestion pour influer durablement et en profondeur sur les pratiques de management (GHOSHAL, 2005). C'est pourquoi, loin de tout idéalisme ou naïveté, c'est par pragmatisme qu'il nous semble nécessaire de les détailler ci-dessous.

2.3.1. Reconnaître la personne et le don

Reconnaître le travail, nous l'avons dit et répété, suppose la capacité du management à être présent sur les lieux de l'activité pour voir le travail et manifester sa gratitude pour ce qui est donné par chacun des acteurs, au-delà du contrat. N. ALTER résume ainsi les trois principes d'action qu'il propose : « *faire preuve de gratitude* » pour ce qui est donné, ce qui « *suppose préalablement de connaître la réalité du travail fourni et des relations de coopération* », et enfin de réduire « *la dissociation croissante entre le management en aval et le management en amont* » (2011, p. 59-60).

Reconnaître la personne derrière le travail, c'est aussi considérer que tout travail est l'expression de la personne elle-même et qu'il doit donc être respecté comme tel. Prendre en compte la personne en tant qu'auteur du travail implique de veiller à conserver un grand respect lorsque l'on évalue et expose un jugement sur le travail réalisé. Concrètement, cela suppose en termes de communication d'user de modes d'expression et de relation respectueux de chacun. C'est aussi reconnaître l'égale dignité des personnes dans la diversité des fonctions et ne jamais réduire quiconque à son statut, à son rôle, aux tâches qu'il est chargé d'effectuer.

Prendre en considération la personne signifie par ailleurs reconnaître sa singularité, sa créativité et sa capacité d'initiative et d'autonomie. C'est reconnaître par conséquent sa légitimité à prendre part à la mise en débat du travail et lui en donner la possibilité effective à travers des « *espaces de discussion* » fonctionnant (DETCHESSAHAR, 2001, 2003) et un « *pouvoir d'agir* » réel dans son travail (CLOT, 2010). Chaque personne doit en effet pouvoir s'engager avec toutes ses capacités dans son activité professionnelle et ne pas se trouver réduit à un rôle de pur exécutant.

Cela implique des modes de management fondés sur l'autonomie, l'initiative, la subsidiarité plutôt que l'excès de contrôle et de centralisation des décisions, sur l'autorité plutôt que le pouvoir, des modes de management réellement participatifs plutôt qu'autoritaires. Cela suppose que chacun, quelque soit son niveau hiérarchique, dispose de marges de manœuvre lui permettant d'agir et de s'adapter.

Un management fondé sur ces principes ne peut se contenter de sanctionner les sorties des règles ou d'interdire les dépassements de fonction, mais devrait mettre en place les moyens nécessaires permettant d'encadrer et de sécuriser collectivement les glissements de tâches inhérents à l'activité et d'en vérifier constamment la pertinence au moyen d'échanges au sein de l'équipe.

Définir la liberté comme une caractéristique fondamentale de toute personne humaine et des dynamiques de don qui lui sont propres suppose également d'accueillir la participation et l'engagement de chacun comme une contribution volontaire qui ne peut être ni exigée, ni prescrite, ni considérée comme un dû ou à obtenir par des incitations extrinsèques. Celle-ci ne peut être garantie par des injonctions et des obligations mais doit être soutenue et encouragée par des modes de fonctionnement basés sur la coopération, l'échange, le dialogue et la reconnaissance de chacun. Le travail ne peut et ne doit être enfermé dans un système de procédures verrouillées visant à le définir totalement par des règles exogènes. Il doit s'appuyer sur la compétence et la créativité de ceux qui le réalisent et permettre leur expression et leur développement.

2.3.2. Favoriser les relations de réciprocité

Considérer la relation de réciprocité comme essentielle à toute personne humaine, principe et finalité de l'engagement dans le travail, c'est choisir la coopération comme un moyen privilégié de coordination et non pas d'abord un risque à éviter. C'est privilégier des modes de management visant à construire une régulation conjointe, qui permettent aux processus de régulation autonome de se déployer et de se conjuguer avec les règles de contrôle dans une dynamique d'enrichissement réciproque.

Une fois de plus, ces modes de régulation, pour se développer à tous les niveaux et en particulier à l'échelon local au plus près du terrain, nécessitent qu'existent et fonctionnent effectivement des espaces de discussion qui soient véritablement des lieux de dialogue effectif où le travail réel, ses difficultés et ses enjeux soient régulièrement mis en débat. Cela ne va pas non plus sans une implication du management de sorte que les solutions productives construites par le collectif soient ensuite réintégrées dans le fonctionnement organisationnel et diffusées avec le soutien de la hiérarchie.

Reconnaitre la relation comme essentielle à la personne au travail requiert enfin d'accepter que du temps et des ressources puisse être consommés au profit des échanges, que des espaces de convivialité nécessaires à l'interconnaissance et à la construction de la confiance puissent être investis, y compris dans le temps de travail. Cela suppose également que la parole y soit libre et non empêchée.

Mettre la réciprocité au cœur des échanges suppose aussi de reconnaître les dynamiques de don qui s'y déploient en tant qu'elles construisent des relations de personne à personne, même lorsque celles-ci s'inscrivent dans un cadre de règles. Cela signifie que toute relation institutionnelle dans l'organisation s'exprime à travers des règles, des positions construites et des statuts, mais aussi à travers des relations interpersonnelles, au cours desquelles la

décision de réitérer le don et plus largement l'engagement dans la coopération se joue à chaque interaction.

La vulnérabilité de l'organisation au risque de la personne et de la relation constitue en même temps la source de sa richesse et de son dynamisme. Elle doit par conséquent viser à se préserver de tout ce qui pourrait réduire les dynamiques communicationnelles à de simples transmissions d'informations unidirectionnelles. Un tel fonctionnement implique que les modes de communication privilégient les relations en face à face et la discussion plutôt que les seuls supports matériels, qu'ils soient écrits ou numériques.

Les outils destinés à équiper le travail doivent servir la relation et la coopération sans jamais s'y substituer. Cela suppose qu'ils soient conçus et utilisés dans une logique de soutien à l'activité humaine, pour soulager la charge physique, cognitive ou psychique, à condition de permettre une meilleure mise en débat du travail et non d'éclipser l'échange ou de réduire les occasions d'interaction en face à face et la coopération.

Ne pas trahir la relation en détournant l'échange au profit de l'intérêt, c'est enfin refuser d'instrumentaliser les personnes et leur engagement, de les réduire à de simples ressources ou outils destinés à alimenter des « *machines de gestion* » (GIRIN, 1983). C'est accepter que tout ne puisse pas être objectivé, traduit en indicateurs chiffrés ; qu'il existe autre chose dans l'échange que le bien qui circule, quand bien même on ne peut en calculer la valeur ; que le profit ne soit pas d'abord la finalité de l'activité économique et que la gratuité puisse y avoir une place.

2.3.3. Les outils du management, instruments de reconnaissance

Tous les outils de management permettant le dialogue sont potentiellement des instruments de manifestation de la reconnaissance du don, dès lors qu'ils sont mobilisés comme tels.

C'est le cas de manière privilégiée des situations de réunion d'équipe, comme peuvent l'être les réunions hebdomadaires de service. Dans le cas des établissements de santé certains temps de transmission ou les réunions de synthèse peuvent être également l'occasion d'aborder parfois des questions organisationnelles ou concernant le travail et la coopération.

En faire des espaces de reconnaissance des dynamiques de don implique tout d'abord que ces réunions soient brèves pour ne pas surcharger le travail, mais régulières, préparées, ouvertes au débat et aux questions, qu'elles permettre d'y obtenir ou d'y construire des solutions aux problèmes rencontrés dans l'activité. Cela signifie également qu'elles se

déroulent dans un climat favorisant la libre expression de tous ; qu'elles font autant que possible l'objet d'un compte-rendu rapidement mis à disposition de tous et qu'elles sont placées à un moment et dans un lieu qui ne perturbe pas trop l'activité et fasse consensus. Le cadre qui anime ces réunions a pour rôle de veiller à valoriser le travail de tous, à exprimer la contribution de l'équipe aux avancées ou aux projets de l'établissement, à mettre en perspective les efforts demandés et les résultats obtenus, à expliquer les motifs de chaque nouvelle décision ou organisation et donner ensuite un retour sur ce qui en a résulté. Les tensions inhérentes à la vie de l'équipe doivent pouvoir y être abordées dans un cadre pacifié et sécurisé, afin de permettre d'arriver à un compromis reconnu de tous.

D'autres types de réunion sont aussi potentiellement des espaces de reconnaissance, comme les groupes de travail mis en place par exemple dans le cadre des démarches qualité ou en vue de l'élaboration de procédures ou de projets transversaux. Il est cependant important que les participants soient informés de l'utilité de ces réunions et tenus au courant de ce qui résultera de leur contribution. De la même manière, il est nécessaire que le lien soit assuré entre ces espaces extérieurs à la vie de l'équipe et le cadre habituel dans lequel se déploie l'activité quotidienne. Afin qu'ils jouent véritablement leur rôle d'espace de reconnaissance, le cadre pourra par exemple proposer aux intéressés de faire part lors des réunions d'équipe de ce qui s'y élabore et que cela puisse faire brièvement l'objet d'un débat au sein du collectif, enrichissant ainsi tant le service que la réflexion du groupe de travail. Le cadre comme les participants ont ainsi l'occasion de faire remonter l'expression de tous sur ces sujets.

Parmi les espaces de reconnaissance « *scénarisés* » (LÉPINE, 2009a, p. 103), se trouve bien sûr en premier lieu l'entretien annuel d'évaluation. Son objet même en fait un temps privilégié d'expression de la reconnaissance et de discussion sur le travail ainsi que du lien construit, tel qu'il est vécu au quotidien par l'intéressé, par le manager et par l'organisation (au sens de sa congruence avec les objectifs attribués à l'organisation, en fonction du contexte et du moment). Il est par excellence le moment où chacune des parties « *fait les comptes de la relation* » (RICHEBÉ, 2002, p. 112) et juge de l'opportunité de poursuivre l'engagement et de réitérer le don. C'est le lieu où des attentes sont susceptibles parfois de s'exprimer ou d'être implicitement formulées et une gratitude est explicitement attendue. Il n'y a en effet rien de pire qu'un entretien dont un salarié sort découragé par un bilan trop négatif ou des exigences futures trop fortes ne tenant pas compte de ce qui est quotidiennement donné. L'attitude et les paroles du cadre animant l'entretien peuvent être décisives.

Tout échange improvisé peut également donner lieu à une scénarisation de la reconnaissance proche de celle de l'entretien d'évaluation. Chaque fois qu'un salarié va frapper à la porte du cadre - en espérant qu'il puisse le faire et ne soit pas invité à communiquer avec lui par téléphone interne ou message dans une bannette -, il arrive avec une quête de reconnaissance, au-delà de la question concrète qui l'amène. Il attend par conséquent de trouver une posture d'écoute et la manifestation d'une disponibilité confirmant que le problème qu'il vient exposer a été vu, entendu, pris en considération, et que donc lui et son travail, ses difficultés et ses conquêtes, comptent et valent la peine.

C'est enfin dans chaque interaction, au cours de l'activité quotidienne, que s'exprime la reconnaissance. Salutations, sourires, regards attentifs, demande de nouvelles et compliments personnels sont les aliments principaux des dynamiques de don. L'expression des émotions en est aussi un véhicule privilégié, souvent plus convaincante encore que les mots. La présence dans la proximité est le signe explicite de la valeur de la relation. Le don gratuit par excellence est le don du temps, affirmait J. DERRIDA, parce que par définition il ne peut être restitué (GABELLIERI, 2011).

De la même manière, tous les outils, toutes les techniques du management sont susceptibles d'être revisités pour devenir un moyen d'expression de la reconnaissance de la dimension de don présente dans le travail de chacun des membres de l'organisation, quelle que soit sa position hiérarchique ou sa fonction. Les outils deviennent alors le signe du lien que le don visait à construire et la coopération peut s'appuyer sur la relation de réciprocité ainsi garantie et permettre de faire face aux innombrables contraintes et imprévus du travail.

Il n'y a rien peut-être de totalement neuf dans les propositions développées ci-dessus, et pourtant la problématique de la souffrance au travail vient nous rappeler que si ces principes ne sont pas appliqués quotidiennement, la régulation se grippe, la discussion s'éteint, la confiance se distend, les dynamiques de don s'épuisent et les personnes s'en trouvent directement affectées ; l'organisation elle-même devient malade de « *gestionnite* ».

*

Nous avons proposé une lecture des questions de santé au travail dans les établissements de santé, bousculés profondément par le tournant gestionnaire, à partir du constat de la disparition des espaces de discussion sur le travail, identifiés comme un des éléments indispensables pour faire face à la montée des contraintes. Nous avons décrit l'« *empêchement* » du management, provoqué par le détournement des cadres de proximité vers des préoccupations essentiellement gestionnaires et finalisées vers la

régulation externe, leur laissant de moins en moins de disponibilité pour l'animation managériale de leurs équipes. Se répand un sentiment d'abandon, d'absence d'écoute et de reconnaissance. L'emballement du contrôle étouffe progressivement toute régulation autonome et la possibilité même d'une régulation conjointe. Faute de reconnaissance de leur implication, les salariés ont alors le sentiment de se donner pour rien et se réfugient dans des attitudes de retrait. Les dynamiques de don s'épuisent parce qu'elles ne trouvent pas les espaces pour se déployer et où la réciprocité soit manifestée.

Nous avons défini le don comme une dynamique visant à créer des relations de personne à personne et dont la finalité est éminemment relationnelle, même si le don demeure par principe inconditionnel. Pour atteindre son objectif et alimenter le « *plaisir du don* », le don doit donc être reconnu comme tel et c'est précisément ce qui fait défaut dans les organisations étudiées, provoquant déceptions, épuisement et remise en cause de la relation.

Parce qu'il se situe au carrefour des différentes logiques et que son rôle est précisément celui de permettre la construction de la régulation conjointe, le cadre de proximité est apparu comme celui en mesure de créer et d'animer des espaces de reconnaissance qui mettent en lumière et alimentent les dynamiques de don.

Un management favorisant le déploiement des dynamiques de don nécessaires à la coopération ne peut être que fondé sur une anthropologie reconnaissant la personne avec sa liberté, sa créativité et sa singularité. Il relève d'un modèle fondé sur le dialogue où les outils classiques du management sont utilisés comme de véritables espaces de discussion, scènes de reconnaissance du don.

CONCLUSION

Ce travail de thèse s'inscrit dans le champ des recherches sur la santé au travail, thématique qui a pris de l'ampleur depuis quelques années avec la multiplication des situations de souffrance au travail et la médiatisation de situations à l'issue parfois fatale. Il croise toutefois un autre champ, celui des recherches sur les établissements de santé. Si ce domaine commence à intéresser de plus en plus souvent les chercheurs en gestion, c'est généralement sous l'angle des outils de gestion qui s'y déploient depuis les dernières réformes ou sous celui de l'enjeu de la maîtrise des coûts et de la mesure de la performance qui caractérise les complexes institutions hospitalières. Quelques études apparaissent également en ressources humaines, cherchant à identifier d'éventuelles pratiques spécifiques au secteur sanitaire et social. Ces recherches portent parfois sur de plus petits établissements, y compris privés.

Cette thèse adopte un positionnement original à plusieurs titres. D'une part parce qu'elle s'intéresse à l'impact du tournant gestionnaire sur les établissements de santé et plus particulièrement à ses effets sur le travail des acteurs de ces structures. Elle a donc cherché à saisir, par une approche très micro, l'influence au quotidien sur l'activité en train de se faire de contraintes macro sur lesquelles les acteurs semblent avoir bien peu de prise. En ce sens, elle rejoint les recherches s'intéressant à l'appropriation par les acteurs des outils de gestion et à ce qu'ils en font pour résoudre les contradictions auxquelles ils font face.

A la différence des nombreuses études sur l'hôpital et le nouveau management public, cette recherche s'est intéressée à l'impact du tournant gestionnaire sur des établissements de santé privés, l'un lucratif et l'autre associatif participant au service public hospitalier. Il s'agit de structures rarement analysées et qui pourtant représentent une part significative du système de santé français.

La recherche prend directement pour objet la question de la santé au travail. Bien avant encore que les médias et l'opinion publique ne se saisissent autant de la thématique des risques psychosociaux, on parlait du *burn-out* des infirmières (NEVEU, 1996) comme une problématique caractéristique de ce métier quasi vocationnel où l'on se donne, tout en prenant sur soi la souffrance des autres.

Ce n'est cependant pas sous l'angle de l'épuisement émotionnel des soignants que nous avons abordé la question. C'est résolument sous l'angle du management que la question de la santé au travail dans les établissements de santé a ici été traitée. Le choix du champ

sanitaire tient aussi au fait que ce secteur, comme d'autres, est traversé par une période de profondes transformations et de restructurations. C'est donc la « *crise de modernisation* » (UHALDE, 2004 ; 2005) de ces organisations qui a motivé le choix d'un tel secteur pour une recherche en gestion sur la santé au travail.

L'approche choisie ne relève ni des études épidémiologiques ou quantitatives permettant d'analyser les risques psychosociaux à partir d'outils désormais bien validés, ni complètement des approches cliniques centrées sur les dimensions subjectives et identitaires. Nous avons voulu comprendre les conditions managériales et organisationnelles à l'origine des processus de construction ou de dégradation de la santé au travail. Pour cela nous avons à la fois centré notre attention sur les dynamiques communicationnelles entre les acteurs et sur les espaces où s'élabore la régulation locale, mais aussi analysé l'activité du management intermédiaire chargé d'animer et de faire vivre la régulation, et les conditions qui lui permettent ou non de remplir sa mission. Nous avons donc pris en considération tous les niveaux de l'organisation, depuis la manière dont la direction retravaillait les contraintes externes et dont ses représentations sur le management amenaient les cadres de proximité à jouer leur rôle, jusqu'aux perceptions des acteurs opérationnels au quotidien face aux contraintes qui sont les leurs.

C'est aussi sur tous ces niveaux simultanément que s'est déroulée la recherche-intervention que nous avons menée dans les deux établissements. Le choix d'une telle méthode s'est révélé un moyen d'accéder à des données qui n'ont pu apparaître que du fait de la mise en mouvement des acteurs par l'intervention. La méthodologie de la recherche-intervention est apparue également une source d'apprentissage d'un management par la discussion pour des acteurs intermédiaires, *a priori* non décideurs, mais qui ont été ceux qui ont finalement mis en œuvre par la suite la totalité du plan d'action construit, une fois les chercheurs et les dirigeants partis.

L'originalité de cette thèse réside peut-être avant tout dans la mobilisation des théories du don, enrichies de l'approche d'économistes italiens peu connus en France, pour appréhender la question de la santé au travail. Cette perspective a été mobilisée non pas tant, comme c'est le cas dans certains travaux de gestion, dans le cadre de la relation d'emploi, mais pour saisir la manière dont les acteurs s'engagent dans les dynamiques communicationnelles permettant la régulation et pour décrypter ce que traduit la plainte du manque de reconnaissance.

Cette thèse propose enfin une approche résolument interdisciplinaire. Tout comme la prise en charge d'un patient dans un établissement de santé n'est aujourd'hui plus possible sans la coopération de nombreux professionnels aux compétences les plus diverses, nous

pensons en effet que le travail de recherche, sur des problématiques humaines aussi complexes que la question de la santé au travail, n'est aujourd'hui concevable que dans un dialogue entre les diverses disciplines concernées. Nous avons donc voulu ce travail comme une discussion entre des spécialités qui ont chacune un regard spécifique à offrir. Nous avons ainsi convié à cette rencontre la sociologie, dans plusieurs de ses courants (la sociologie des organisations, le mouvement anti-utilitariste, la sociologie de la santé), l'économie, la psychologie du travail, l'ergonomie, les sciences de l'information et de la communication, accueillies bien sûr ici dans le cadre des sciences de gestion, dans une optique clairement managériale.

A l'issue de cette recherche doctorale, quels sont les principaux résultats obtenus ? Les apports de cette thèse sur le plan théorique sont pluriels.

Tout d'abord, en réponse à la question de recherche portant sur l'impact des transformations du management des établissements de santé, nous avons analysé l'hyper-régulation gestionnaire qui s'y développe comme un phénomène, que nous avons qualifié de « *gestionnite* », conduisant à projeter les managers vers les frontières de l'organisation et à les éloigner ainsi du terrain de la régulation locale en interne. Le déficit de soutien managérial entraine alors la disparition progressive des espaces de discussion, du dialogue, de la confiance et développe dans les équipes un sentiment d'abandon, de manque d'écoute et de reconnaissance.

Nous avons avancé la proposition, *a priori* inattendue en gestion, que la problématique de la santé au travail peut s'entendre comme une question de reconnaissance des dynamiques de don. Le mal-être au travail serait un malaise du don. Il peut être lu comme le signe de la disparition du plaisir du don gratuit (GODBOUT 1992, p. 197-198) si essentiel aux échanges humains. Ce malaise traduit l'épuisement dans un don de soi qui ne suscite pas la réciprocité de la relation, finalité première de l'engagement dans l'échange.

Cette approche éclaire par conséquent la question, centrale dans les recherches sur la santé au travail, de la reconnaissance. Nous proposons de considérer la manifestation de la reconnaissance du travail et de la personne comme la réponse à une dynamique de don, susceptible d'alimenter la réciprocité et de donner du sens à l'engagement dans la coopération.

Cette thèse vient également proposer un approfondissement de la théorie des espaces de discussion. Alors que ceux-ci étaient jusqu'ici compris essentiellement comme des espaces de régulation, nous soulignons leur rôle d'« *espaces de reconnaissance du don* ». Ce sont des temps où se construit et se nourrit la réciprocité – et donc la régulation conjointe – mais aussi où se vérifie la reconnaissance de la personne et des dynamiques de don qui se

jouent dans le travail. Cette perspective permet par ailleurs d'opérationnaliser la théorie de la régulation sociale, de plus en plus mobilisée en gestion comme grille de lecture mais plus rarement déclinée dans une optique ingénierique de définition des conditions et des modalités de construction de la régulation conjointe.

Concernant les travaux théoriques sur le don, cette thèse invite à dépasser l'opposition entre un don gratuit purement désintéressé et le don maussien obligé tel qu'il est souvent entendu. En mobilisant la notion de « *réciprocité inconditionnelle* » proposée par L. BRUNI (2010), nous posons que le don peut tout à la fois être inconditionnel, gratuit, et avoir pour finalité la réciprocité de la relation. Le retour, quel qu'il soit, n'est pas en effet une condition pour le don, qui n'a d'autre finalité que la relation, mais il est le signe du lien construit et vient nourrir en retour la motivation intrinsèque du plaisir du don gratuit. C'est pourquoi un don peut être réitéré même lorsque la réponse ne vient pas, du fait que seul un tel geste constitue le moyen de faire basculer la relation dans le registre du don désintéressé. Les moments d'évaluation implicite de la relation peuvent alors être lus comme des vérifications que la relation reste bien pour tous les partenaires la finalité première de l'échange. C'est pourquoi nous avons défini le don comme *un geste coûteux, effectué de manière libre et inconditionnelle, en vue de créer ou de nourrir une relation entre les personnes telle qu'elle suscite potentiellement une dynamique de réciprocité*.

Un autre registre sur lequel cette recherche apporte des résultats à notre sens significatifs est celui du rôle du management, et en particulier du manager de proximité. Nous mettons en évidence son rôle de trait d'union, de lien entre les dynamiques de don caractéristiques de la sphère primaire et les règles de la socialité secondaire. Les managers de proximité ont un rôle essentiel de reconnaissance et de soutien des dynamiques de don, que bien souvent les directions peinent à prendre en compte. Le déni de ce rôle managérial empêche le don et la coopération dans les équipes. On le voit de manière évidente à propos des glissements de tâches dans les services de soins : non encadrés voire sanctionnés, ils deviennent trop risqués et la coopération est dès lors empêchée. Leur sécurisation par le management de proximité est donc essentielle à la performance collective.

Nous pointons également l'importance que les outils de gestion soient conçus et utilisés dans une logique de soutien et non de substitut aux dynamiques communicationnelles. Les dynamiques de don supposent en effet des relations de personne à personne que la seule coordination « *froide* » (ALTER, 2009, p. 135) par les outils ne suffit pas à construire.

Enfin, un autre registre sur lequel cette thèse apporte une contribution spécifique est celui du questionnement anthropologique. De la même manière que les recherches en gestion

prennent généralement soin de bien définir leur posture épistémologique, il nous semble tout aussi fondamental de rendre explicites les choix anthropologiques qui sous-tendent le raisonnement. L'intérêt des théories du don est de réintroduire la réflexion sur le sujet et de rappeler qu'il existe d'autres approches que celles réduisant la personne à un « *homo œconomicus* » ou à un « *homo strategicus* ». Ouvrir de nouveaux horizons à la recherche suppose d'expliciter et d'interroger l'implicite. Une des voies possibles dans ce sens, autrement que par la philosophie des sciences, est celle de réhabiliter le questionnement anthropologique en gestion. Cette thèse n'a fait qu'ouvrir le débat et en souligner la nécessité, mais tout le travail reste à faire dans ce domaine.

Sur le plan méthodologique, les recherches-interventions réalisées, et en particulier la seconde, constituent des cas exemplaires témoignant du rôle fondamental du dispositif d'intervention dans l'apprentissage par les acteurs d'un modèle de management par la discussion. Le dispositif méthodologique joue le rôle d'« *environnement capacitant* » au sens de P. FALZON (2005), permettant à des acteurs qui n'y avaient pas accès jusque là de faire l'expérience d'un espace de discussion sécurisé, où peuvent être co-construites des solutions productives qui sont ensuite portées vers les instances décisionnelles afin de valider leur mise en œuvre.

Les apports managériaux de cette recherche sont, nous l'espérons, également multiples. Celle-ci identifie les leviers sur lesquels agir pour mettre en place un modèle de management favorable à la construction de la santé au travail, à une plus grande collaboration entre les acteurs, source potentielle de compétence collective et de prise en charge sécurisée de processus complexes et incertains. Nous déclinons les modalités possibles pour faire des outils classiques du management de véritables espaces de discussion sur le travail, équipés et animés, qui soient ainsi des espaces de reconnaissance des personnes et de leur activité. Nous explicitons les principes anthropologiques et organisationnels sur lesquels devrait se fonder un management favorisant le dialogue et la confiance, capable de manifester la reconnaissance attendue. Nous attirons l'attention sur le rôle des cadres de proximité, qu'il convient de « *désempêcher* » de trop nombreuses tâches gestionnaires afin qu'ils puissent assurer leur mission essentielle de soutien et d'animation des équipes. Nous soulignons la responsabilité des directions pour donner les moyens à l'encadrement intermédiaire de jouer son rôle avec tous les outils du manager.

Cette thèse n'est bien sûr pas exempte de limites, qui dessinent autant de pistes de recherche futures. Les deux cas étudiés étant très différents et non comparables du fait de leurs caractéristiques (taille, statut, type d'activité, *etc.*), il s'agit en quelque sorte de deux cas uniques dont la portée en termes de généralisation ne peut venir que de leur

contextualisation et d'une analyse compréhensive fine. Ils s'insèrent cependant dans un programme de recherche plus vaste composé d'un nombre important de cas (plus d'une quinzaine de monographies réalisées, dont sept dans le secteur sanitaire et social), qui ont autorisé une mise en perspective des résultats en fonction des caractéristiques du champ.

De nombreuses pistes restent toutefois à explorer ; nous en avons évoquées plusieurs au cours de la discussion. D'autres recherches devront ainsi être menées afin de valider ultérieurement la pertinence de l'approche proposée, tant dans d'autres établissements de santé de différents types que dans des organisations confrontées à des problématiques similaires de transformation, de sécurité dans des activités fortement soumises à l'aléa, de montée des contraintes externes impactant fortement le travail des acteurs. La reproduction de la recherche dans d'autres champs que celui de la santé permettrait notamment de démontrer, comme nous le croyons, qu'une approche par les théories du don n'est pas réservée aux secteurs paraissant naturellement congruents avec une logique oblative et du *care*. Il serait intéressant de travailler à identifier les dynamiques de don dans les environnements et les types d'organisations les plus divers, afin de poursuivre la réflexion sur les conditions d'une « *capacitation au don* » (CAILLÉ, 2007b, p. 208), ou encore leur lien avec par exemple la qualité de service, la compétence collective, l'innovation, la création de valeur. Des méthodes d'observation plus fine pourront à ce stade être utilisées avec profit, comme l'ont démontré l'étude des relèves menée par M. GROSJEAN et M. LACOSTE (1999), K. KOSTULSKI (2000) ou par des équipes d'ergonomes.

Plusieurs pistes théoriques ont par ailleurs été entrouvertes dans cette thèse sans avoir pu faire l'objet d'un approfondissement, et c'est là également une de ses limites. Nous avons ainsi mobilisé le concept de confiance sans le resituer dans la vaste littérature sur le sujet. Nous avons analysé celui de reconnaissance, sans recourir aux principales théories qui s'y rapportent directement. De par sa thématique, la recherche aurait aussi pu s'appuyer de manière plus directe sur les divers courants théoriques de la communication. La question de la pertinence de l'adoption d'une perspective anthropologique personnaliste et de ses conséquences théoriques et pratiques reste bien sûr largement à traiter.

C'est pourquoi nous entrevoyons à ce jour plusieurs axes possibles pour la poursuite de cette réflexion. Dans le champ de la santé, il conviendrait d'interroger plus avant la question du rôle et de la place du management dans des organisations complexes où les structures sont souvent au moins bicéphales sinon pluri-hiérarchiques et où des logiques sociales très diverses se croisent et s'entremêlent. La direction administrative, les services fonctionnels, les cadres de proximité mais aussi les médecins ont-ils un rôle spécifique en termes de management, des pratiques managériales propres à ce type d'organisation ?

Comment s'articulent les différentes logiques de chacun des acteurs, quels sont les modalités de la régulation conjointe entre ces différents mondes sociaux ?

Le champ des organisations de santé permet également d'interroger la question, qui le dépasse largement, de la gestion du risque et du rôle de la coopération et de la compétence collective dans la sécurisation de processus fortement soumis à l'aléa. La question par exemple des glissements de tâches et de leur encadrement ouvre de nombreuses problématiques qui n'ont ici été rapportées que succinctement et mériteraient de faire l'objet de développements ultérieurs.

Nous avons également abordé ici, souvent indirectement et sans les traiter explicitement, des questions centrales en gestion des ressources humaines, comme par exemple celle de l'implication et de la motivation. L'approche par le don invite à un regard nouveau sur ces thématiques qu'il conviendra de développer et de formaliser.

De la même manière, nous avons suggéré la nécessité de revisiter les outils classiques du management, depuis les réunions de service jusqu'aux entretiens d'évaluation, pour en faire des instruments de reconnaissance des dynamiques de don. Ce sont bien sûr autant de recherches futures que nous espérons pouvoir réaliser afin de contribuer à construire progressivement une ingénierie des espaces de discussion comme lieux de construction de la confiance et du dialogue et des modalités d'une régulation conjointe témoignant de la réciprocité des dynamiques relationnelles, y compris entre les différents niveaux hiérarchiques. Si l'on veut réhabiliter le rôle du manager de proximité dans le soutien à la régulation locale, il conviendra en effet d'étudier plus finement les processus de régulation conjointe dans l'organisation et les conditions nécessaires à leur succès.

L'approche par le don pourrait bien se révéler également féconde dans d'autres champs de recherche sur les organisations. C'est pourquoi nous entendons également poursuivre la réflexion sur la place du don et de la gratuité dans l'économie et dans l'entreprise, et sur la manière dont on peut identifier ces phénomènes à l'œuvre dans les organisations, par une analyse fine du travail et des processus de coopération.

Enfin, de manière générale et à plus long terme, nous nous inscrivons dans le projet plus vaste de revisiter les théories des organisations à la lumière de nouvelles perspectives anthropologiques afin d'élargir les horizons de la recherche et d'explorer les innombrables pistes qu'offre toute la richesse de la nature humaine.

ANNEXES

ANNEXE 1 : TABLE DES ILLUSTRATIONS 454

ANNEXE 2 : TABLE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES UTILISES 455

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE SORG 458

ANNEXE 4 : SYNTHESE RESULTATS DES QUESTIONNAIRES 471

ANNEXE 5 : LISTE DES DOCUMENTS RECUEILLIS..... 476

ANNEXE 6 : PLAN D'ACTION GRANDSOIN 479

ANNEXE 7 : CATEGORIES DE CODAGE DONNEES CLINIQUE GRANDSOIN 483

ANNEXE 1 : TABLE DES ILLUSTRATIONS

Encadré 1 : Les types d'établissements de santé 28
Encadré 2 : Les dix principes du nouveau management public 32
Table 1 : Les démarches et outils introduits par le nouveau management public 33
Schéma 1 : Le mode de fonctionnement du PMSI 34
Schéma 2 : Le mécanisme de la tarification à l'activité..... 36
Table 2 : Sommaire du manuel de certification de la V2010..... 43
Schéma 3 : Le jeu de l'évitement des responsabilités managériales 49
Table 3 : *Design* global de la recherche SORG.....154
Table 4 : Déroulement des deux recherches-interventions 155
Table 5 : Récapitulatif de la commande dans les deux établissements 169
Table 6 : Effectifs par catégorie professionnelle rencontrés en entretien à Beausoin 172
Table 7 : Effectifs par catégorie des soignants ou agents rencontrés en entretien à Grandsoin 173
Table 8 : Récapitulatif du dispositif d'intervention dans les deux établissements 187
Table 9 : Extraits du bilan de l'enquête CHSCT Beausoin 2004-2005 253
Table 10 : Scores « Karasek » établissement Beausoin.....254
Table 11 : Extraits du « Projet social en lien avec l'étude SORG – élaboration du plan d'action » Beausoin, déc. 2008 259
Schéma 4 : Organigramme de l'établissement Grandsoin au 14/10/2008.....271
Table 12 : Résultats questionnaire SORG, échelles Sumer de santé perçue, fatigue et stress 277
Table 13 : Résultats questionnaire SORG Grandsoin, calcul des « *scores Karasek* » 278
Table 14 : Embauches et départs à la clinique Grandsoin 279
Table 15 : Taux d'absentéisme à la clinique Grandsoin 280
Table 16 : Synthèse des éléments du plan d'action proposé au comité de direction de Grandsoin le 29/06/2009, avant sa déclinaison opérationnelle dans chaque service 321
Table 17 : « Management hyper-rationnel » *vs* « management hyper-affectif » à Grandsoin 350

ANNEXE 2 : TABLE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES UTILISES

AGRH	Association francophone de gestion des ressources humaines
AM	Agents de maîtrise
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANR	Agence nationale de la recherche
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignante (parfois ASQ : aide-soignante qualifiée)
ASH	Agent des services hospitaliers (dans les hôpitaux ou, ici, à la clinique) ou Agent de service hôtelier (ici, au centre Beausoin)
AT/MP	Accidents du travail / Maladies professionnelles
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BIT	Bureau international du travail
CDD/CDI	Contrat à durée déterminée / contrat à durée indéterminée (CNE : Contrat nouvelle embauche, n'existe plus)
CE/DP	Comité d'entreprise / délégués du personnel
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire (ou CHRU : Centre hospitalier régional universitaire)
CME	Commission médicale d'établissement
CODIR	Comité de direction
COMPAQH	Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière – devenu en 2010 COMPAQ-HPST
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CUPT	Comité des utilisateurs du plateau technique
DAF	Direction administrative et financière (ou directeur administratif et financier)
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
DG	Directeur général
DGT	Direction générale du travail (Ministère du travail, de l'emploi et de la santé)
DIM	Département de l'information médicale
DMS	Durée moyenne de séjour

DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé (secteur santé)
DRH	Direction des ressources humaines (souvent ici : directrice des ressources humaines)
DSI	Direction des soins infirmiers
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
ETP	Équivalent temps plein
EU-OSHA	Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
GRACE	Groupe de recherche anthropologie chrétienne et entreprise
GRH	Gestion des ressources humaines
HAS	Haute autorité de santé
HLR	Direction hôtellerie, logistique, restauration (à la clinique)
HPST	Loi Hôpital, patients, santé, territoires
IAE	Institut d'administration des entreprises
ICALIN	Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
ICSHA	Indice de consommation des solutions hydro-alcooliques
IDE	Infirmière diplômée d'État
IBODE	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'État
IEMN	Institut d'Économie et de Management de Nantes
INRS	Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ISA	Indice synthétique d'activité
J	Être « de J », pour des infirmières, aides-soignantes ou ASH, signifie être en horaire de journée complète, à cheval sur l'équipe du matin et de l'après-midi.
LEMNA	Laboratoire d'économie et de management de Nantes-Atlantique
MCO	Médecine chirurgie obstétrique (établissements aussi appelés de court séjour)
MPR	Médecine physique et de réadaptation
MSG	Maîtrise de sciences de gestion
MSH	Maison des sciences de l'homme
NMP	Nouveau management public, ou NPM, *New public management* en anglais
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses de l'assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national
PC	*Personal computeur* (ordinateur personnel)

PH	Praticien hospitalier
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PMT	Plan médical de territoire
PSPH	Participant au service public hospitalier
PV	Procès verbal
Resp. Hôt.	Responsable hôtellerie
RDC	Rez-de-chaussée
RH	Ressources humaines
RPS	Risques psychosociaux
RSS	Résumé standardisé de sortie
RUS	Responsable d'unité(s) de soins (à la clinique Grandsoin)
RUPT	Responsable d'unité de plateau technique (à la clinique Grandsoin)
SORG	Programme de recherche « *Santé, organisation et ressources humaines* » financé par l'ANR (on emploiera parfois le nom d'étude ANR-SORG)
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSC	Service de soins continus
SSPI	Salle de soins post-interventionnels, souvent appelée « salle de réveil »
SSR	Soins de suite et de réadaptation (comprend MPR + SS)
SUMER	Enquête « *Surveillance médicale des risques professionnels* » codirigée par la DARES et la Direction générale du travail sur les expositions professionnelles des salariés
T2A	Tarification à l'activité
TMS	Troubles musculo-squelettiques
TRS	Théorie de la régulation sociale (REYNAUD, 1997 ; DE TERSSAC, 2003a)
USB	*Universal Serial Bus* (clé USB : support amovible de mémoire en informatique)
V2010	Version de la certification des établissements de santé par la Haute autorité de santé
vs	*versus* (par opposition à)

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE SORG

QUESTIONNAIRE SORG (Beausoin)

0. Terrain : Beausoin

1 - Sexe

- O Homme
- O Femme

2 - Age

3 - Situation familiale

- O **Marié(e) ou vie maritale**
- O **Célibataire**
- O **Divorcé(e)**
- O **Veuf(ve)**

4 - Indiquer le nombre d'enfants dans votre foyer

5 - Dont enfants de moins de 3 ans

6- Temps de travail

- O Temps plein
- O Temps partiel

- O Horaires fractionnés et décalés
- O Créneaux horaires fixes et constants
- O Créneaux horaires variables

- O Travail de nuit
  - O Toujours
  - O Occasionnellement
  - O Par roulement régulier

- O Travail de Week end
  - O Toujours
  - O Occasionnellement
  - O Par roulement régulier

6-1 - Précisez nombre de nuits par mois

6-2 - Précisez nombre de week-end par mois

6-3 - Précisez l'horaire mensuel : nombre d'heures par mois

7- Contrat de travail

Vous êtes :

- o Fonctionnaire
- o Contrat de droit privé
  - o CDI
  - o CDD
  - o CNE
  - o Intérim
    - o Premier contrat pour l'entreprise
    - o Deuxième contrat pour l'entreprise
    - o Troisième (et plus) contrat pour l'entreprise
  - o Autres contrats

8 - Ancienneté (dans l'organisation) :

En mois et année

Fréquence de venue pour les intérimaires

Ancienneté dans le site en année :

Ancienneté dans le poste de travail en année :

9 - Position d'emploi dans l'entreprise

9-5 - Position dans l'emploi, vous êtes :

- □ ASH
- □ AS
- □ Infirmière
- □ Cadre de santé
- □ Cadre sup de santé
- □ Secrétaire médicale
- □ PH
- □ Interne
- □ Chef de service
- □ Animatrice
- □ Kinésithérapeute
- □ Employé administratif
- □ Cadre administratif
- □ Médecin

9-7 - Dans quel service travaillez-vous ?

- o RdC / 1er étage
- o 2e étage (haut / bas)
- o Tous étages

QUESTIONNAIRE SORG (Grandsoin)

1 - Sexe

- o Homme
- o Femme

2 - Age

6- Temps de travail

- o Temps plein
- o Temps partiel (préciser : …… %)

- o Travail de jour
- o Travail de nuit

7- Contrat de travail

- o CDI
- o CDD
- o CNE
- o Intérim
  - o Premier contrat pour l'entreprise
  - o Deuxième contrat pour l'entreprise
  - o Troisième (et plus) contrat pour l'entreprise
- o Autres contrats : ……

8 - Ancienneté (dans l'organisation) :

Date d'arrivée dans la structure (ou clinique qui en fait aujourd'hui partie) :

9-5 - Position dans l'emploi, vous êtes :

□ ASH
□ AS
□ IDE / IBODE
□ Cadre proximité (RUS – RUPT)
□ Cadre supérieur (direction ou adj.)
□ Autre (précisez) : ……..
□ Brancardier
□ Agent de stérilisation
□ Aide-opératoire
□ Paramédical
□ Praticien

9-7 - Dans quel service travaillez-vous ?

- o 3e étage
- o Plateau technique
- o Autre : ……

QUESTIONNAIRE SORG (Identique à tous les terrains)

Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ?

1. Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

2. Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

3. Mon travail me demande d'être créatif

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

4. Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

5. Mon travail demande un haut niveau de compétence

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

6. Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

7. Dans mon travail, j'ai des activités variées

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

8. J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

9. J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

10. Mon travail demande de travailler très vite

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

11. Mon travail demande de travailler intensément

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

12. On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

13. Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

14. Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

15. Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

16. Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

17. Mon travail est très « bousculé »

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

18. Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

19. Mon supérieur se sent concerné par le bien être de ses subordonnés

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

20. Mon supérieur prête attention à ce que je dis

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

21. Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

22. Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

23. Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

24. Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

25. Les collègues avec qui je travaille sont amicaux

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

26. Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

27. Je suis en train de vivre où je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail

O pas d'accord	O d'accord o Je ne suis pas du tout perturbé(e) o Je suis un peu perturbé(e) o Je suis perturbé(e) o Je suis très perturbé(e)

28. Mes perspectives de promotion sont faibles

O pas d'accord	O d'accord o Je ne suis pas du tout perturbé(e) o Je suis un peu perturbé(e) o Je suis perturbé(e) o Je suis très perturbé(e)

29. Ma sécurité d'emploi est menacée

O pas d'accord	O d'accord o Je ne suis pas du tout perturbé(e) o Je suis un peu perturbé(e) o Je suis perturbé(e) o Je suis très perturbé(e)

30. Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation

O d'accord O	O pas d'accord o Je ne suis pas du tout perturbé(e) o Je suis un peu perturbé(e) o Je suis perturbé(e) o Je suis très perturbé(e)

31. Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail

O d'accord	O pas d'accord o Je ne suis pas du tout perturbé(e) o Je suis un peu perturbé(e) o Je suis perturbé(e) o Je suis très perturbé(e)

32. Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes

O d'accord	O pas d'accord o Je ne suis pas du tout perturbé(e) o Je suis un peu perturbé(e) o Je suis perturbé(e) o Je suis très perturbé(e)

33. Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant

O d'accord	O pas d'accord o Je ne suis pas du tout perturbé(e) o Je suis un peu perturbé(e) o Je suis perturbé(e) o Je suis très perturbé(e)

34. Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant

O Pas d'accord	O d'accord o Je ne suis pas du tout perturbé(e) o Je suis un peu perturbé(e) o Je suis perturbé(e) o Je suis très perturbé(e)

35- Une erreur dans votre travail peut-elle, ou pourrait-elle, entraîner... ?

Des conséquences graves pour la qualité du produit ou du service

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

Des coûts financiers importants pour l'entreprise

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

Des conséquences dangereuses pour votre sécurité ou celle d'autres personnes .....

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

Des sanctions à votre égard (diminution importante de votre rémunération, changement de poste, risque pour votre emploi…)

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

36- Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général?

Des informations claires et suffisantes

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

Des objectifs clairement définis

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

Un nombre de collègues ou de collaborateurs suffisant ?

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

La possibilité de coopérer (échanges d'informations, entraide)

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

Des moyens matériels adaptés et suffisants

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

Une formation suffisante et adaptée

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

37- Dans votre travail, vous considérez que

Vos missions sont clairement définies

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

Vos responsabilités sont clairement définies

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

Le profil de votre poste est clairement défini

O Pas du tout d'accord	O Pas d'accord	O D'accord	O Tout à fait d'accord

39. Avez-vous la possibilité de parler <u>avec vos collègues</u> des problèmes rencontrés dans le travail ?

O Jamais	O Rarement	O De temps en temps	O Souvent

40- Si vous avez la possibilité d'en parler, à quel moment le faites-vous principalement ? *(plusieurs réponses possibles)*

O Pendant l'activité de travail
O Pendant les pauses ou les repas
O Pendant les réunions
O Pendant les transmissions
O Autres (à préciser) : ……..

41. Avez-vous la possibilité de parler <u>avec votre supérieur hiérarchique direct</u> des problèmes rencontrés dans le travail ?

O Jamais	O Rarement	O De temps en temps	O Souvent

40- Si vous avez la possibilité d'en parler, à quel moment le faites-vous principalement ? *(plusieurs réponses possibles)*

O Pendant l'activité de travail
O Pendant les pauses ou les repas
O Pendant les réunions
O Pendant les transmissions
O Pendant les entretiens d'évaluations
O Autres (à préciser) : ……..

44. Vous participez à :

- **Des réunions d'information**
  - O OUI
  - O NON
- **Des groupes de travail (équipe projet, groupe amélioration, groupe qualité, groupe autonome de production, comités……..)**
  - O OUI
  - O NON

45- Si vous participez à des <u>réunions d'information,</u> c'est :

	O Rarement	O De temps en temps	O Souvent

46. Au cours de ces <u>réunions d'information</u>, sont abordés

Les problèmes de l'entreprise

O Jamais	O Rarement	O De temps en temps	O Souvent

Les succès de l'entreprise

O Jamais	O Rarement	O De temps en temps	O Souvent

Les succès de l'équipe

O Jamais	O Rarement	O De temps en temps	O Souvent

Les problèmes de l'équipe

O Jamais	O Rarement	O De temps en temps	O Souvent

Les problèmes individuels

O Jamais	O Rarement	O De temps en temps	O Souvent

Les succès individuels

O Jamais	O Rarement	O De temps en temps	O Souvent

47. Vous prenez la parole pendant <u>les réunions d'information</u>

O Jamais	O Rarement	O De temps en temps	O Souvent

48. Ces <u>réunions d'information</u> permettent de résoudre les difficultés rencontrées dans mon travail :

O Jamais	O Rarement	O De temps en temps	O Souvent

49. Si vous participez à des <u>groupes de travail</u> c'est

	O Rarement	O De temps en temps	O Souvent

Lesquels ? ……

50. Ce(s) <u>groupes de travail</u> vous permet(tent) de résoudre les difficultés rencontrées dans votre travail

O Jamais	O Rarement	O De temps en temps	O Souvent

51 bis Dans l'ensemble comment jugez vous la qualité des relations dans l'entreprise ?

O Très mauvaise	O Mauvaise	O Bonne	O Très bonne

51 ter Dans l'ensemble comment jugez-vous l'attitude de la hiérarchie vis-à-vis du personnel ?

- considération envers les salariés

O Jamais	O Rarement	O De temps en temps	O souvent

-Écoute des salariés

O Jamais	O Rarement	O De temps en temps	O souvent

- Accessible aux salariés

O Jamais	O Rarement	O De temps en temps	O souvent

- Effort pour associer les salariés à la décision

O Jamais	O Rarement	O De temps en temps	O souvent

51. Dans l'ensemble, comment estimez-vous votre état de santé ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Très mauvais **Très bon**

Placez-vous sur cette échelle de 1, très mauvais, à 10, très bon

52. Pensez-vous que votre travail influence votre santé ?

- O Non, mon travail n'influence pas ma santé
- O Oui, mon travail est plutôt bon pour ma santé
- O Oui, mon travail est plutôt mauvais pour ma santé

53. Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Dans l'ensemble je suis satisfait(e) de mon travail				
Quand je rentre à la maison, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne le travail				
Je commence à penser à des problèmes au travail dès que je me lève le matin				
Les autres font que je m'énerve plus souvent que je ne devrais				

54. Dans l'ensemble, estimez-vous que votre travail est fatigant ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Pas du tout fatigant **Extrêmement fatigant**

Placez-vous sur cette échelle de 1, pas du tout fatigant, à 10, extrêmement fatigant

55. Dans l'ensemble, estimez-vous que votre travail est stressant ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Pas du tout stressant **Extrêmement stressant**

Placez-vous sur cette échelle de 1, pas du tout stressant à 10, extrêmement stressant

56. Au cours des 12 derniers mois, avez vous changé de poste ou de travail en raison de votre état de santé ?

O Oui

O Non

O Non, mais j'ai essayé

O Non, pas de problème de santé

57. Au cours des 12 derniers mois, combien avez vous eu d'arrêts maladie (sauf maternité)

58. Combien de jours ces arrêts ont-ils représenté ?

59. Quelle était la cause de ces arrêts ? (en indiquer plusieurs si nécessaires)

……
……
……
……
……

60. Souhaitez-vous changer de poste ou de travail ?

O Oui rapidement dans la même entreprise

O Oui plus tard dans la même entreprise

O Oui dans une autre entreprise

O Non je suis bien dans cette entreprise

O Non j'ai peur de ne pas trouver de travail ailleurs

61. Si vous deviez qualifier l'ambiance de travail vous pourriez employer le mot :

O Conviviale

O Correcte

O Indifférent

O Tendue

O Exécrable

--------- Merci de votre coopération ---------

ANNEXE 4 : SYNTHESE RESULTATS DES QUESTIONNAIRES

NB : Les résultats présentés ci-dessous sont extraits des premiers tris à plat réalisés sur les questionnaires collectés[200], après avoir retraité, pour une lecture plus synthétique, les questions comportant des modalités de réponse nominales sous la forme « *d'accord* » et « *tout à fait d'accord* » ou « *de temps en temps* » et « *toujours* » en « *OUI* » et « *pas d'accord* » et « *pas du tout d'accord* » ou « *jamais* » et « *rarement* » en « *NON* ». Ne figurent pas ici les questions de la première partie du questionnaire, destinées à identifier les caractéristiques du répondant et de son poste, ainsi que celles comportant des variables continues ou nécessitant un recodage.

	BEAUSOIN		**GRANDSOIN**	
	OUI	**NON**	**OUI**	**NON**
Q1. Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles.	97 %	3 %	97 %	3 %
Q2. Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives.	85 %	15 %	84 %	16 %
Q3. Mon travail me demande d'être créatif.	63 %	37 %	39 %	61 %
Q4. Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même.	89 %	11 %	61 %	39 %
Q5. Mon travail demande un haut niveau de compétence.	72 %	28 %	74 %	26 %
Q6. Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail.	23 %	77 %	49 %	51 %
Q7. Dans mon travail, j'ai des activités variées.	86 %	14 %	84 %	16 %
Q8. J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail.	78 %	22 %	53 %	47 %
Q9. J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles.	83 %	17 %	67 %	33 %
Q10. Mon travail demande de travailler très vite.	81 %	19 %	91 %	9 %
Q11. Mon travail me demande de travailler intensément.	87 %	13 %	93 %	7 %
Q12. On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive.	58 %	42 %	79 %	21 %

[200] Pour mémoire, le questionnaire, identique à tous les terrains de la recherche SORG, a été proposé en auto-administration à l'ensemble du personnel pour Beausoin et à tous ceux des services ciblés pour Grandsoin. 65 réponses ont été collectées à Beausoin, soit 70 % de l'effectif de l'établissement, et 148 à Grandsoin, soit un taux de réponse de 71 % (cf. p. 172-173).

	BEAUSOIN		GRANDSOIN	
	OUI	NON	OUI	NON
Q13. Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail.	36 %	64 %	25 %	75 %
Q14. Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes.	33 %	67 %	58 %	42 %
Q15. Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense.	48 %	52 %	66 %	34 %
Q16. Mes tâches son souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard.	73 %	27 %	73 %	27 %
Q17. Mon travail est très souvent bousculé.	57 %	43 %	80 %	20 %
Q18. Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail.	44 %	56 %	63 %	37 %
Q19. Mon supérieur se sent concerné par le bien être de ses subordonnés.	57 %	43 %	39 %	61 %
Q20. Mon supérieur prête attention à ce que je dis.	82 %	18 %	47 %	53 %
Q21. Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien.	68 %	32 %	47 %	53 %
Q22. Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés.	77 %	23 %	49 %	51 %
Q23. Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents.	95 %	5 %	91 %	9 %
Q24. Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt.	94 %	6 %	89 %	11 %
Q25. Les collègues avec qui je travaille sont amicaux.	92 %	8 %	89 %	11 %
Q26. Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien.	92 %	8 %	85 %	15 %
Q27. Je suis en train de vivre où je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail.	41 %	59 %	39 %	61 %
Q29. Ma sécurité d'emploi est menacée.	6 %	94 %	16 %	84 %
Q30. Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation.	89 %	11 %	86 %	14 %
Q31. Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail.	45 %	55 %	39 %	61 %

	BEAUSOIN		GRANDSOIN	
	OUI	NON	OUI	NON
Q32. Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes.	28 %	72 %	47 %	53 %
Q33. Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant.	24 %	76 %	20 %	80 %
Q34. Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant.	86 %	14 %	68 %	32 %
Q35a. Une erreur dans mon travail pourrait entraîner des conséquences graves pour la qualité du service.	95 %	5 %	95 %	5 %
Q35b. Une erreur dans mon travail pourrait entraîner des coûts financiers importants.	57 %	43 %	72 %	28 %
Q35c. Une erreur dans mon travail pourrait entraîner des conséquences dangereuses pour votre sécurité pour celle d'autres personnes.	87 %	13 %	90 %	10 %
Q35d. Une erreur dans mon travail pourrait entraîner des sanctions à votre égard.	78 %	22 %	84 %	16 %
Q36a. Pour effectuer correctement mon travail j'ai en général des informations claires et suffisantes.	84 %	16 %	42 %	58 %
Q36b. Pour effectuer correctement mon travail j'ai des objectifs clairement définis.	84 %	16 %	47 %	53 %
Q36c. Pour effectuer correctement mon travail j'ai un nombre de collègues ou de collaborateurs suffisant.	45 %	55 %	36 %	64 %
Q36d. Pour effectuer correctement mon travail j'ai la possibilité de coopérer.	83 %	17 %	74 %	26 %
Q36e. Pour effectuer correctement mon travail j'ai des moyens matériels adaptés et suffisants.	76 %	24 %	45 %	55 %
Q36f. Pour effectuer correctement mon travail j'ai une formation suffisante et adaptée	81 %	19 %	57 %	43 %
Q37a. Dans mon travail mes missions sont clairement définies.	84 %	16 %	66 %	34 %
Q37b. Dans mon travail mes responsabilités sont clairement définies.	75 %	25 %	53 %	47 %
Q37c. Dans mon travail le profil de mon poste est clairement défini.	92 %	8 %	58 %	42 %

	BEAUSOIN		GRANDSOIN	
	OUI	NON	OUI	NON
Q39 (*Grandsoin*) Avez-vous la possibilité de parler avec vos collègues des problèmes rencontrés dans le travail ?			90 %	10 %
Q39a (*Beausoin*). Parlez-vous avec vos collègues des difficultés d'ordre relationnel dans votre travail ?	76 %	24 %		
Q39b (*Beausoin*). Parlez-vous avec vos collègues des difficultés liées à un problème de compétences ?	69 %	31 %		
Q39c (*Beausoin*). Parlez vous avec vos collègues des difficultés liées à un manque de moyens ?	70 %	30 %		
Q39d (*Beausoin*). Parlez vous avec vos collègues des difficultés liées à l'organisation du travail ?	85 %	15 %		
Q41 (*Grandsoin*) Avez-vous la possibilité de parler avec votre supérieur des problèmes rencontrés dans le travail ?			58 %	42 %
Q41a (*Beausoin*). Parlez-vous avec votre supérieur des difficultés d'ordre relationnel dans votre travail ?	39 %	61 %		
Q41b (*Beausoin*). Parlez-vous avec votre supérieur des difficultés liées à un problème de compétences ?	37 %	63 %		
Q41c (*Beausoin*). Parlez-vous avec votre supérieur des difficultés liées à un manque de moyens ?	71 %	29 %		
Q41d (*Beausoin*). Parlez-vous avec votre supérieur des difficultés liées à l'organisation du travail ?	80 %	20 %		
Q44a. Vous participez à des réunions d'information.	97 %	3 %	76 %	24 %
Q46a. Au cours des réunions d'information, sont abordés les problèmes de l'entreprise.	64 %	36 %	39 %	61 %
Q46b. Au cours des réunions d'information, sont abordés les succès de l'entreprise.	63 %	37 %	54 %	46 %
Q46c. Au cours des réunions d'information, sont abordés les succès de l'équipe.	45 %	55 %	24 %	76 %
Q46d. Au cours des réunions d'information, sont abordés les problèmes de l'équipe.	72 %	28 %	45 %	55 %
Q46e. Au cours des réunions d'information, sont abordés les problèmes individuels.	27 %	73 %	12 %	88 %
Q46f. Au cours des réunions d'information, sont abordés les succès individuels.	20 %	80 %	7 %	93 %

	BEAUSOIN		GRANDSOIN	
	OUI	NON	OUI	NON
Q47. Vous prenez la parole pendant les réunions d'information.	75 %	25 %	52 %	48 %
Q48. Ces réunions d'information permettent de résoudre les difficultés rencontrées dans mon travail.	62 %	38 %	29 %	71 %
Q44b. Vous participez à des groupes de travail.	75 %	25 %	26 %	74 %
Q50. Ces groupes de travail vous permettent de résoudre les difficultés rencontrées dans mon travail.	62 %	38 %	17 %	83 %
Q51bis. Dans l'ensemble comment jugez-vous la qualité des relations dans l'entreprise ? *(bonne ?)*	77 %	23 %	36 %	64 %
Q51ter-a. Comment jugez-vous l'attitude de la hiérarchie vis-à-vis du personnel ? Considération envers les salariés.	60 %	40 %	26 %	74 %
Q51ter-b. Comment jugez-vous l'attitude de la hiérarchie vis-à-vis du personnel ? Écoute des salariés.	61 %	39 %	32 %	68 %
Q51ter-c. Comment jugez-vous l'attitude de la hiérarchie vis-à-vis du personnel ? Accessibilité aux salariés.	75 %	25 %	32 %	68 %
Q51ter-d. Comment jugez-vous l'attitude de la hiérarchie vis-à-vis du personnel ? Effort pour associer les salariés à la décision.	48 %	52 %	12 %	88 %
Q52. Pensez vous que votre travail influe *(négativement)* votre santé ? *(oui, mauvais / non ou bon)*	33 %	67 %	51 %	49 %
Q53a. Dans l'ensemble je suis satisfait de mon travail.	91 %	9 %	73 %	27 %
Q53b. Quand je rentre à la maison j'arrive à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne le travail.	65 %	35 %	51 %	49 %
Q53c. Je pense à des problèmes dès que je me lève le matin.	31 %	69 %	34 %	66 %
Q53d. Les autres font que je m'énerve plus souvent que je ne devrais.	38 %	62 %	45 %	55 %
Q61. Qualification de l'ambiance de travail. *(bonne ?)* *(oui = conviviale, correcte, indifférente / non = tendue, exécrable)*	76 %	24 %	66 %	34 %

ANNEXE 5 : LISTE DES DOCUMENTS RECUEILLIS

- **Centre de soins de suite Beausoin**

Document	Date / période	Source
Organigramme officiel de l'établissement	03/09/2007 03/05/2010	Direction Site internet
SROS III (schéma régional d'organisation sanitaire) SSR avec annexes effectifs recommandés et données territoire	Fev. 2008	Direction
PMT (plan médical de territoire) SSR	Mai 2008	Direction
CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens)	Mai 2008	Direction
Projet d'établissement 2009-2013	Mars 2009	Direction
Projet médical 2009-2013	Mars 2009	Direction
Projet de soins infirmiers 2009-2013	Mars 2009	Direction
Projet social en lien avec l'étude SORG	Déc. 2008	Direction
Rapport d'activité sur les données PMSI de l'établissement	2007-06/2009	Direction
Statistiques activité	2007-2010	Site internet
Tableau comparatif établissements SSR du territoire de santé (nombre de lits, services proposés, effectifs par fonction)	Mars 2008	Direction
Tableau des effectifs (postes budgétés, pourvus, nombre de personnes) et liste nominative avec nombre d'ETP par salarié	2007	Direction
Données sociales comprenant : bilan emploi, données accidents du travail, mouvements des absences (+ détails arrêts maladie 2007)	 2007 2007-01/07/09 2000- 2007	Serv. RH
Fiches de poste et liste détaillée tâches pour chaque fonction	Mars 2007	Direction
Consultation du classeur des PV de réunions CE/DP et CHSCT	2006-03/2008	Serv. Qualité
Enquête sur les risques professionnels menée par le CHSCT en 2003/2004 et bilan des actions menées depuis par le CHSCT	Mars 2005	Serv. RH
Compte rendu accréditation 2001 et rapport certification 2006	09/2001 et 03/2006	Site internet
Tableau de bord des infections nosocomiales	2007-2009	santé.gouv.fr
Tableau de bord des événements indésirables	2004-02/2008	Serv. Qualité
Statistiques événements indésirables	2001-2006	Serv. Qualité
Recueil actualité événements indésirables avec suivi actions	2003-28/02/08	Serv. Qualité

Copie des fiches de signalement d'un événement indésirables sur la charge de travail (ayant déclenché permutation équipes)	5 et 6/12/2008	Serv. Qualité
Compte-rendu réunion du 10/01/2008 sur la charge de travail	17/01/2008	Serv. Qualité
Sommaire classeurs qualité avec l'ensemble des procédures	Au 28/05/2008	Serv. Qualité
Contrat local d'amélioration des conditions de travail	08/10/2007	Direction
Inventaire des risques par catégorie professionnelle concernant les conditions de travail	1er sem. 2007	Direction
Document d'identification des risques	2008	Serv. Qualité
Suivi des projets actions risques professionnels	Juillet 2009	Serv. Qualité
Cartographie des risques par métier	26/05/2009	Serv. Qualité
Éléments d'analyse de la « souffrance au travail » des cadres de Beausoin d'après les éléments recueillis lors des visites médicales 2004/2007 (document établi pour la recherche)	30/05/2008	Médecin du travail
Notes médecin du travail pathologies recensées par catégorie	30/05/2008	Méd. travail
Répartition IDE, AS, ASH par classe d'âge et par type de contrat	2007 ?	Méd. travail
Dossier analyse charge de travail et proposition outil de régulation	Juin 2009	Direction
Synthèse charge de soins par journée	10/11/2004	Direction
Guide d'utilisation type de toilette et repas et temps affecté	2009	Direction
Calcul coût lavage de mains selon recommandations	2009	Direction
Historique de l'établissement, de la démarche qualité, politique qualité et gestion des risques, certification, réseaux	04/11/2007 - 2011	Site internet
Livret d'accueil du personnel	07/10/2005	Direction
Livret d'accueil des patients	2007	Accueil
Présentation du dispositif d'orientation des malades entre services de soin aigu, soins de suite et structures aval	2007	Direction
Démarche développement durable de l'établissement : divers documents sensibilisation personnels et patients	2009	Direction
Retour d'expérience développement durable et V2010 Présentation lors d'une journée d'études	04/12/2009	Internet

- **Clinique Grandsoin**

Document	Date / période	Source
Organigramme officiel + version actualisée après restructuration reconstituée par un salarié	14/10/2008 01/10/2010	DRH Resp. bloc
Projet d'entreprise (en consultation)	Oct. 2006	DG
Bilan social (effectifs, embauches, départs, absentéisme…)	2007-2009	DRH
Indicateurs emploi et absentéisme	2003-2007	DRH
Liste des accidents du travail et maladies professionnelles	2009	DRH
Fiches de fonction de toutes les catégories de personnel	2009	DRH
Compte-rendu séminaire sur mission responsables d'unité de soins	21/05/2005	DRH
Lettre d'information mensuelle (réalisée par service RH) – 12 n°	01-12/2008	DRH
Journal interne de la clinique (réalisé par la direction) – 3 n°	Année 2008	DRH
Journal du personnel (réalisé par le CE) – 2 n°	Année 2008	DRH
Baromètre climat social 2008 (avec comparaison données 2005) + présentation au comité de pilotage par la DRH	Fin 2008 18/12/2008	DRH
Courrier des représentants syndicaux aux médecins-actionnaires suite à la grève du 19/09/2009	23/03/2009	DRH
Projet plan d'action Direction hôtellerie	29/05/2009	Dir. Hôt.
Projet plan d'action Direction des soins	18/06/2009	Dir. soins
Compte-rendu réunion avec le Codir le 05/06/2009 (par la DRH)	23/06/2009	DRH
Plan d'action d'amélioration du climat social présenté au CHSCT	26/10/2009	DRH
Pré-rapport expertise sur les risques psychosociaux + présentation du pré-rapport en CHSCT	15/09/2009	DRH
Plan d'action d'amélioration du climat social présenté au CHSCT – Propositions complémentaires des membres du CHSCT	07/04/2010	DRH
Projet de réorganisation de la direction par le directoire	13/10/2009	DG
Note confidentielle à l'attention des membres du directoire à propos du projet de réorganisation de la direction (par le DG)	04/11/2009	DG
Rapport d'activité CHSCT sur année 2009	23/03/2010	DRH
Réorganisation missions resp. plateau technique / ordonnancement	26/09/2010	Resp. Ordo
Guide préparatoire entretien d'appréciation	2008	DRH
Diverses présentations de la clinique et de son activité	2008	Sites internet
Livret d'accueil des patients	Avril 2008	Accueil
Palmarès cliniques presse nationale	2007-2010	Presse

ANNEXE 6 : PLAN D'ACTION GRANDSOIN

Diaporama présenté par la direction de Grandsoin lors du CHSCT du 26/10/2009.

Plan D'Actions D'Amélioration Du Climat Social

Diagnostic
Actions réalisées
Actions à venir

Points principaux du diagnostic

- 65 % de la population enquêtée est en situation de travail tendu (population santé 28,5 %, SORG 55%)
- 2 salariés sur 3 considèrent que leur management n'est pas à l'écoute et n'est pas accessible
- + de 4 salariés sur 5 estiment qu'ils ne sont pas associés aux décisions
- 3 sur 4 jugent qu'ils manquent de considération

Points principaux du diagnostic

- Sentiment de forte intensification du travail
- Déficit de coordination inter-services et inter-fonctions
- Absence de dialogue avec l'encadrement communication à sens unique et pas axée sur les problèmes concrets de travail
- Sentiment de non reconnaissance notamment des médecins
- Organisation médicale source de perturbation
- Attente de réponses rapides de la part de la direction
- Perte de confiance
- Dégradation progressive des collectifs de travail

Résultats des restitutions

- Validation du diagnostic par les salariés interviewés, les élues du CHSCT, les cadres de 1er niveau, le CODIR, le DIRECTOIRE,
- Les équipes doutent de la volonté de la direction d'agir,
- Nécessité d'associer davantage le Directoire et les médecins aux questions d'organisation du travail,

→ Ne pas tarder à agir et arrêter un plan de communication interne

Agir sur l'ensemble du processus *pour* :

- Mieux accompagner les équipes dans la montée en puissance de l'activité
- Encourager l'écoute et le dialogue sur l'activité
- Rétablir la confiance

Axes du Plan d'action

- Les ASH
- Le management opérationnel :les cadres de premier niveau (Rus, Rupt, Resp Hot.) et les adjointes des Directions
- Le Comité de Direction
- Le Directoire
- Les médecins

Au niveau des équipes : la collaboration ASH- soignants

- 1) Participation des ASH à la réunion hebdo des soins (dans les unités de soins comme au bloc)
- 2) Transmissions quotidiennes 5-10' avec IDE de J
- 3) Collaboration des Rus et responsables hôteliers
- 4) Collaboration AS-ASH pour distribution repas du soir

Au niveau des cadres de 1er niveau : *De la gestion à l'accompagnement de l'activité*

- Régularité des réunions hebdomadaires d'équipes avec temps de dialogue systématique et compte-rendu
- Régularité du temps de présence informel du cadre de 1er niveau dans les unités de soins;
- Donner aux cadres de 1er niveau le temps et les moyens de leur management:
  - Outil de gestion des plannings, 6650/6656, missions transversales, embauche d'une nvelle RUS, pourvoir les postes de RUPT vacants, périmètre des équipes
  - Recrutement, évaluation, possibilités d'action vis-à-vis des médecins (charte d'hospitalisation et charte de bloc)

Au niveau des adjointes : *Positionner les adjointes comme managers des responsables d'unité*

- Changer le titre de la fonction : responsable hospitalisation/ responsable plateau technique
- Rôle d'accompagnement des RUS et RUPT dans l'animation de leurs équipes
  - Garante de la régularité des réunions d'équipes
  - Conseil, soutien, transfert de compétences pour les accompagner sur la conduite des réunions et sur la présence au quotidien
  - Réponse aux remontées des RUS/RUPT
  - Réunion hebdo avec temps de dialogue systématique et compte-rendu ; accueil mensuel des cadres des services connexes (une fois par mois, réunion ensemble de la direction des soins)
  - Évaluation des RUS/ RUPT et participation à leur recrutement

Au niveau de la direction : *renforcer la capacité du CODIR à susciter et arbitrer des propositions venant de la base*

- Mettre en place des collectifs de professionnels cadres de premier niveau (RUS/RUPT et responsables des services connexes) pour élaborer des propositions de projets opérationnels;
- Organiser au Comité de direction des réunions d'arbitrage des projets opérationnels sur les propositions présentées par les porteurs de projets issus des collectifs de professionnels cadres;

Au niveau du Directoire : *Impliquer les médecins dans l'amélioration de l'organisation du travail*

- Poursuivre les rencontres régulières (mensuelles) directoire/CODIR ;
- Nommer un praticien référent au plateau technique (et dans les services de soins ?) ;
- Diffuser et prendre les moyens de faire appliquer la charte d'hospitalisation et la charte de bloc : sanctions?
- Mettre en place une structure d'arbitrage des situations conflictuelles : CUPT ou Comité d'Hospit. ?

Les actions sur le terrain

1) Au niveau hébergement
2) Au niveau des soins

Au niveau hébergement :

les actions mises en œuvre pour améliorer le climat social rapidement

- Une appréciation annuelle modifiée, axée sur un bilan de l'année 2008.
- Réunion hebdomadaire entre DHLR, Resp Hôt et ASH
  - Communication sur l'avancement des projets hôtellerie mais aussi l'actualité de la clinique ,
- Mise en place d'évaluation en présence du salarié
  - du nettoyage des chambres
  - du service des repas .
- Politique de la porte ouverte pour la Directrice HLR

Suite:

- Une disponibilité organisée quotidiennement par la responsable hôtelière pour l'écoute des ASH
- Un recrutement ciblé d'une nouvelle adjointe hôtelière
- Une écoute pro-active des demandes du personnel
- Amélioration des outils de travail (commande des repas)

Les actions en hébergement pour fin 2009 début 2010 : *les 2 grands axes*

- Prévision d'augmentation des effectifs ASH
  - Lié à l'augmentation de l'activité
- La commande informatisée des repas: un outil indispensable:
  - 1200 repas jour (patients et salariés confondus)
  - Un support archaïque (papier , crayon) partagé par les soins, l'hôtellerie et la restauration (sujet de frictions entres ces différents départements)
  - Critère de qualité de la restauration requis dans le cadre de la V2010 (critère de choix du patient)
  - Un signe fort à l'égard des salariés de volonté d'amélioration du poste de travail

Direction des soins

- La création de la Direction des soins avait plusieurs objectifs :
  - Permettre la cohésion de la politique de soins
  - Donner à chaque service un management plus opérationnel
- Deux axes de travail :
  - Créer une équipe d'encadrement soudée, efficiente et reconnue;
  - Restaurer le dialogue et la confiance avec les personnels

Encadrement des unités

- Restaurer une cohésion au sein de l'équipe d'encadrement des unités de soins;
- Redéfinir les objectifs des responsables d'unités;
- Harmoniser les pratiques managériales;
- Reporting hebdomadaire de la vie des unités
- Rédaction des fiches de poste des responsables de l'hospitalisation et du plateau technique
- Suppression des missions transversales
- Coaching des RUS et RUPT

Les équipes soignantes

- Réunion DSI avec chaque équipe soignante / étages ou spécialité (2/an)
- Etude des charges de travail de chaque service pour mise en adéquation des effectifs avec la charge de travail (médecine, urgences, 4°, cardio, 3°en cours)
- Réunion de présentation des objectifs soins communs annuels
- Rencontres hebdomadaires des responsables d'unité avec ses équipes
- Rencontre mensuelle des responsables d'unité avec équipes de nuit
- Achat des matériels

Les équipes soignantes (suite)

- Expérimentation des planning en 12h réussie service Urgences et SSC : sondage pour les autres services en cours et peut-être mise en œuvre si salariés favorables
- Un nouveau projet d'organisation des Urgences : 11 postes supplémentaires
- 1 poste de brancardier
- L'embauche d'une RUS médecine supplémentaire en cours
- L'embauche d'une assistante de gestion CDD pour faciliter la gestion des plannings
- La mise en place de l'outil de gestion des plannings dès le 1er janvier 2010
- L'embauche de CDI pool supplémentaires pour fidéliser et réduire le recourt à l'intérim

Pour l'ensemble des salariés

La mise en œuvre de plusieurs Commissions chargées d'améliorer :

- l'emploi des seniors, des handicapés : question des conditions de travail et maintien dans l'emploi
- Les éléments de la convention collective qui devraient être améliorés
- Un nouvel accord Intéressement
- Groupes de travail divers thématiques
  = Écoute – Dialogue constructif

LES CONCLUSIONS DES EXPERTS CHSCT

Conclusions et Recommandations

- **Améliorer les postes et espaces de travail**
  - Analyse de l'espace de travail du poste de soin de la Médecine
  - Points d'eau et de rangement dans le couloir de la Médecine
  - Encore quelques aménagements aux Urgences
  - Ambiance lumineuse et qualité de l'air à vérifier
  - Du matériel adéquat et en quantité suffisante
- **Reconsidérer et valoriser le travail des ASH et des brancardiers**
  - Rendre le travail plus autonome
  - Reconnaître le mérite et l'invention au travail
  - Améliorer l'ambiance au travail et en diminuer la pénibilité
- **Redonner du sens au travail des ASQ et des IDE**
  - Un besoin d'humanité
  - Renforcer la formation des IDE
  - Revaloriser un travail difficile et essentiel

39

Conclusions et Recommandations

- **Améliorer la coordination de travail et rendre le management plus participatif**
  - Fluidifier l'organisation de travail entre médecins et soignants
  - Améliorer les relations inter services
  - Former tous les responsables au management
  - Un responsable avec de réels pouvoirs qui arbitre et optimise les transferts de patients
- **Ressouder les collectifs de travail**
  - Renforcer politesse et cordialité
  - Faciliter le travail en binôme avec le responsable
  - Une communication tournée vers les équipes
  - Conserver les équipes actuelles pour préserver la solidarité existante, sous peine de perdre le dernier élément positif

ECHANGES

ANNEXE 7 : CATEGORIES DE CODAGE DONNEES CLINIQUE GRANDSOIN

Méta-catégories	Catégories principales	Catégories et sous-catégories
DISCUSSION	Communication	• Communication avec la hiérarchie • Concertation, discussion, remontée de l'information vers la direction • Négociation, expliquer, convaincre • Outils, circulation de l'information • Absence de réponses de la direction. Écoute, disponibilité. Solitude face aux difficultés.
	Espaces de discussion	• Réunions, espaces de discussion • Transmissions, pauses
	Méfiance	• Méfiance, peur, protection / confiance, libre-parole • Parole, échanges, s'autoriser à dire (ou non) • Transparence en entretien
	Reconnaissance, don	• Reconnaissance, don • Rapport au travail, vie hors travail • Disponibilité, articulation avec la vie privée
	Climat social	• Climat social, risques psychosociaux • Santé perçue • Retrait, envie de quitter / attachement à l'établissement • Charge émotionnelle • Plaisir au travail • La grève • Syndicats, élus CHSCT, CE/DP • Commentaires sur l'étude
ORGANISATION	Charge de travail	• Effectifs • Rythme, charge de travail • Intensification du travail, vitesse
	Gestion de flux et outils	• Outils de gestion • Gestion de flux • Ordonnancement • Rotation des lits, entrées / sorties • Optimisation, rentabiliser l'outil, logique économique
	Travail d'organisation	• Travail d'organisation et aléas, imprévus, urgences • Tâches parasites en plus • Moyens matériels manquants, configuration géographique des locaux • Nouvelles / remplaçantes, compétences, rotation équipes • Travail sur de l'humain, patients, familles
	Organisation du travail	• Organisation du travail et dysfonctionnements • Organisation du travail services de soins • Organisation du travail au bloc • Les horaires en 12h, planning • Conditions particulières à une unité spécifique

	Glissements de tâches	• Glissements de tâches • Glissements et relations entre soins et hôtellerie • Procédures, pouvoir d'agir • Régulation autonome, régulation de contrôle • Représentations sur l'organisation
	Coopération	• Coopération • Cohésion dans l'équipe
MANAGEMENT	Cadres de proximité	• Cadres de proximité (RUS/RUPT) : absence, compétence, contrôle, rôle, lien avec hiérarchie • Les cadres de proximité face au personnel • Le travail des cadres, tensions, différences de pratiques
	Direction	• Regards sur la direction • Réorganisation d'octobre 2008 • Direction des soins, adjointes direction des soins • Problèmes de management de l'encadrement
	Représentations sur le management	• Représentations sur le management • Représentations du management • Représentations sur le personnel
	Management des ASH	• Management des ASH, harcèlement • Travail des ASH
MEDECINS	Comportement des médecins	• Relation soignants / médecins • Relation cadres de proximité / médecins • Pression sur le personnel • Comportement des médecins • Activité des médecins
	Relations management / médecins	• Attitude du management vis-à-vis des médecins et réciproquement • Représentations sur les médecins • Relations direction /directoire
	Les médecins-actionnaires	• Regards sur les médecins en tant qu'actionnaires • Représentations des salariés sur le point de vue des actionnaires et la logique économique • Rôle et place des médecins-actionnaires • Le choix du privé, du libéral, de la clinique
	Le secteur sanitaire	• Regards sur le secteur de la santé • Certification, régulations externes, contraintes réglementaires, T2A • Risque médico-légal
	La stratégie	• Stratégie de la clinique • Projets, réorganisations, amélioration • Crainte rachat par investisseurs ou sous-traitance
	L'établissement	• Données sur l'établissement • Regards sur la clinique • Taille de l'établissement • Transition petites structures / gros établissement, période du déménagement (fusion des 3 cliniques) • Formation

BIBLIOGRAPHIE

ABORD de CHATILLON Emmanuel, 2004, « Management de la santé et de la sécurité au travail : un problème de mesure ? », Actes du XVe congrès de l'AGRH, Montréal, Québec, p. 2543-2565.

ACKER Françoise, **1991**, « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire », *Sciences sociales et santé*, vol. 9, n° 2, p.123-143.

ACKER Françoise, 2003, « Les infirmières : une profession en crise ? », *in* J. DE KERVASDOUE (dir.), *La crise des professions de santé*, Editions Dunod, Paris, p. 281-319.

ACKER Françoise, **2004**, « Les infirmières en crise ? », *Mouvements*, n° 32, mars avril, p. 60-66.

ACKER Françoise, 2005, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 1, p. 161-181.

AKERLOF George, 1982, « Labor contracts as partial gift exchange », *The Quarterly Journal of Economics*, vol. XCVII, n° 4, novembre, p.543-569.

ALDERSON Marie, 2004, « La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques », *Santé mentale au Québec*, vol. XXIX n° 1, p. 243-260.

ALLARD-POESI Florence, 2003, « Coder les données », *in* Y. GIORDANO (coord.), *Conduire un projet de recherche*, Ed. EMS Management et Société, coll. Les essentiels de la gestion, Colombelles, p.245-290.

ALLARD-POESI Florence et MARECHAL Christine, 2003, « Construction de l'objet de la recherche », *in* R-A. THIETART, *Méthodes de recherche en management*, Editions Dunod (3e édition 2007), p. 34-56.

ALTER Norbert, 1993, « La lassitude de l'acteur de l'innovation », *Sociologie du travail*, n°4, p.447-468.

ALTER Norbert, 2003a, « Mouvement et dyschronies dans les organisations », *L'Année sociologique*, vol. 53, n° 2, p.489-514.

ALTER Norbert, 2003b, « Régulation sociale et déficit de régulation », *in* G. DE TERSSAC, *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Editions La Découverte, collection Recherches, Paris, p. 77-88.

ALTER Norbert, 2006a, « La théorie de la régulation sociale », *in* N. ALTER, *Sociologie du monde du travail*, Editions PUF, collection Quadrige Manuels, p.119-135.

ALTER Norbert, 2006b, « Don et échange social », *in* N. ALTER, *Sociologie du monde du travail*, Editions PUF, collection Quadrige Manuels, p. 139-255.

ALTER Norbert, 2008, « Travail, organisation et échange social », *in* P. CHANIAL, *La société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, Ed. La Découverte, Textes à l'appui, Bibliothèque du MAUSS, p.45-69.

ALTER Norbert, 2009, *Donner et prendre, la coopération en entreprise*, Editions La Découverte / M.A.U.S.S., Paris, 231 p.

ALTER Norbert, 2010, *L'innovation ordinaire*, Editions PUF, collection Quadrige Manuels, Paris, 3e édition, 284 p.

ALTER Norbert, 2011, « Don, ingratitude et management. Suicide et désengagement au travail », *Revue française de gestion*, n°211, p. 47-61.

AMAR Anne et BERTHIER Ludovic, 2007, « Le nouveau management public : avantages et limites », *Revue Gestion et management publics*, décembre, 13 p.

ANDREOLETTI Christophe (coord.), 2007, « La tarification des établissements de santé. Rappel des enjeux, des modalités, des schémas cibles et transitoires », Document réalité par l'équipe de la MT2A sous la coordination de C. ANDREOLETTI, Ministère de la santé, 21 p. (disponible en ligne à l'adresse : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rappel_des_enjeux_des_modalites_des_schemas_cibles_et_transitoires.pdf).

ARBORIO Anne-Marie, 2001, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Editions Anthropos, collection Sociologiques, Paris, 334 p.

ARNAULT Séverine, EVAIN Franck, KRANKLADER Elodie, LEROUX Isabelle, 2010, L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle, *Etudes et résultats*, DREES, n° 716, Fevrier, 8 p.

ASKENAZY Philippe, 2004, *Les désordres du travail - Enquête sur le nouveau productivisme*, Editions du Seuil et La République des Idées, 95 p.

ASKENAZY Philippe, CARTRON Damien, de CONINCK Frédéric, GOLLAC Michel, 2006, *Organisation et intensité du travail*, Octarès Ed., Collection Le travail en débats, Série Entreprise, Travail, Emploi, Toulouse, 532 p.

BABEAU Olivier et CHANLAT Jean-François, 2008, « La transgression, une dimension oubliée de l'organisation », *Revue française de gestion*, n° 183, p. 201-219.

BAJOIT Guy, 1988, « Exit, voice, loyalty… and apathy. Les réactions individuelles au mécontentement. », *Revue française de sociologie*, vol. XXIX, n° 2, p.325-345.

BALDARELLI Maria-Gabriella et MATACENA Antonio, 2007, « Accountability, fiducia, reciprocità e comunione: quali sfide nella teoria e nella prassi aziendale? », 19th International congress on Social and Environmental Accounting Research, St. Andrews (UK), 3-5/09, 20 p.

BALKIN David et RICHEBE Nathalie, 2007, « A gift exchange perspective on organizational training », *Human Resource Management Review*, vol. 17, Issue 3, p.52-62.

BARET Christophe, 2002, « Hôpital : le temps de travail sous tension. Une comparaison Belgique, Italie, France, Grande-Bretagne, Pays-Bas et Suèd », *Sciences sociales et santé*, vol. 20 n° 3, p. 75-107.

BARET Christophe, VINOT Didier, DUMAS Florence, 2008, « La gestion des ressources humaines face à l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital : une proposition de modèle de recherche », Actes Congrès AGRH 2008, 19 p.

BAUDELOT Christian et GOLLAC Michel 2003, *Travailler pour être heureux. Le bonheur et le travail en France*, Editions Fayard, Paris, 351 p.

BEAUCOURT Christel et LOUART Pierre, 2010, « Le besoin de santé organisationnelle dans les établissements de soins : l'impact du CARE collectif », 1e journée d'étude du GRT Management des ressources humaines dans les entreprises du social et de la santé, Lille, 7 mai, 26 p.

BEAUD Stéphane, 1996, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'"entretien ethnographique" », *Politix*, n° 35, p. 226-257.

BELLINI Stéphane et LABIT Anne, 2005, *Des petits chefs aux managers de proximité. L'évolution des rôles de la maîtrise dans l'industrie*, Ed. L'Harmattan, Collection Logiques sociales, 292p.

BERNOUX Philippe, 2010, « L'anthropologie dans l'enseignement en management : la reconnaissance sociale », *Revue Management et Avenir*, n° 36, p. 231-244.

BERTHOIN-ANTAL Ariane et RICHEBE Nathalie, 2009, « A Passion for Giving, a Passion for Sharing. Understanding Knowledge Sharing as Gift Exchange in Academia », *Journal of Management Inquiry*, vol. 18, n° 1, March, p.78-95.

BERTRAND Thierry et STIMEC Arnaud, 2011, « Santé au travail. Voyage en pays de lean management », *Revue française de gestion*, n° 214, p. 127-144.

BINST Marianne, 1990, *Du mandarin au manager hospitalier*, Ed. L'Harmattan, Collection Logiques sociales, Paris, 267 p.

BOHM David, 2004, *On Dialogue*, Editions Routledge Classics, New York, 114 p.

BOJE David, 1991, « The Storytelling Organization: A Study of Story Performance in an Office-Supply Firm », *Administrative Science Quarterly*, n° 36, p. 106-126.

BOLTANSKI Luc, 1990, *L'amour et la justice come compétences*, Editions Métailié, Paris, 382 p.

BORZEIX Anni, 2003, « Autonomie et contrôle à l'épreuve d'une "rationalité externe" », in G. DE TERSSAC, *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Editions La Découverte, collection Recherches, Paris, p. 197-206.

BOUFFARTIGUE Paul, 2010, « Le stress au travail, entre psychologisation et critique des conditions de travail », XVIIe congrès de l'AIS, Gothembourg (Suède), 11-17/07, 14 p.

BOUFFARTIGUE Paul et BOUTEILLER Jacques, 2003, « Jongleuses en blouse blanche : la mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières », Communication aux 9e journées de sociologie du travail, 27-28 novembre, Paris, 10 p.

BOUILLON Jean-Luc, 2009, « Comprendre l'organisation par la communication… sans réduire l'organisation à la communication. Enjeux, perspectives et limites d'une théorisation communicationnelle de l'organisation », Actes du colloque "Nouvelles tendances en communication organisationnelle", 77e congrès de l'ACFAS, Université d'Ottawa, 14-15 mai, 14 p.

BOURBONNAIS René, BRISSON Chantal, VEZINA Michel, MASSE Benoît, BLANCHETTE Caty, 2005, « Psychosocial Work Environment and Certified Sick Leave among Nurses during Organizational Changes and Downsizing », *Relations Industrielles / Industrial Relations*, vol. 60 n° 3, p. 483-509.

BOURET Paule, 2008, « Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible », *Revue française d'administration publique*, n° 128, p. 729-740.

BOURGEON Dominique, 2007, *Don, résilience et management*, Editions Lamarre, collection Fonction cadre de santé, Gestion des ressources humaines, 171 p.

BRECHET Jean-Pierre, 2000, « Modèle, modélisation et modelage de l'organisation : à propos du diagnostic organisationnel d'une grande université pluridisciplinaire », *in* M. MARTIN et R. TELLER, *La décision managériale aujourd'hui - Mélanges en l'honneur de Jacques Lebraty*, 23 p.

BRECHET Jean-Pierre, 2008, « Le regard de la théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud », *Revue française de gestion*, n° 184, p. 13-34.

BRUNI Luigino, 2008, *La ferita dell'altro. Economia e relazioni umane*, Editions Il Margine, Trento (Italie), 4e édition (1e éd. 2007), 212 p.

BRUNI Luigino, 2009, « L'abbecedario dell'economia civile », *Revue Communitas*, n° 33.

BRUNI Luigino, 2010, « Pour une théorie de la réciprocité, plurielle et pluraliste », *Revue du MAUSS*, n° 35, p.221-245.

BRUNI Luigino et SMERILLI Alessandra, 2009, « The Value of Vocation. The Crucial Role of Intrinsically Motivated People in Value-based Organizations », *Review of Social Economy*, vol. LXVII, n° 3, septembre, p. 71-288.

BRUNI Luigino et SMERILLI Alessandra, 2011, *La leggerezza del ferro. Un'introduzione alla teoria economica delle "Organizzazioni a Movente Ideale"*, Editions Vita e Pensiero, Collection Economia Ricerche, Milano, 164p.

BRUNI Luigino et ZAMAGNI Stefano, 2004, « The Economy of Communion: Inspirations and Achievements », *Revue Finance & The Common Good / Finance et Bien Commun*, n° 20, mars, p. 91-97.

BUE Jennifer, COUTROT Thomas, HAMON-CHOLET Sylvie, VINCK Lydie, 2007, « Conditions de travail : une pause dans l'intensification du travail », *Premières Synthèses Informations*, DARES, n° 01.2, janvier, 7 p.

BUSCATTO Marie, 2002, « Des managers à la marge : la stigmatisation d'une hiérarchisation intermédiaire », *Revue française de sociologie*, n°43-1, p. 73-98.

CAILLE Alain, 1991, « Notes sur le concept d'utilitarisme, l'antinomie de la raison utilitaire normative et le paradigme du don, Postface au Manifeste du MAUSS », *Revue du MAUSS trimestrielle*, n° 14, octobre, p.101-116.

CAILLE Alain, 2000, *Anthropologie du don, le tiers paradigme*, Éditions Desclée de Brouwer, collection Sociologie économique, Paris, 277 p.

CAILLE Alain (dir.), 2007a, *La quête de reconnaissance*, Editions La Découverte, Textes à l'appui, Bibliothèque du M.A.U.S.S., 303 p.

CAILLE Alain, 2007b, « Reconnaissance et sociologie », *in* A. CAILLÉ (dir.), *La quête de reconnaissance*, Editions La Découverte, collection Textes à l'appui, Bibliothèque du M.A.U.S.S., p. 185-208.

CHANIAL Philippe (dir.), 2008a, *La société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, Editions La découverte, collection Textes à l'appui / Bilbiothèque du M.A.U.S.S., Paris, 571 p.

CHANIAL Philippe, 2008b, « Générosité, réciprocité, pouvoir et violence. Esquisse d'une grammaire des relations humaines en clé de don », *Revue du MAUSS*, n° 32, p. 97-123.

CHANLAT Jean-François (dir.), 1990a, *L'individu dans l'organisation. Les dimensions oubliées*, Les presses de l'Université Laval, Editions Eska, Paris, 842 p.

CHANLAT Jean-François, 1990b, « Stress, psychopathologie du travail et gestion », *in* J-F. CHANLAT, *L'individu dans l'organisation. Les dimensions oubliées*, Les presses de l'Université Laval, Editions Eska, Paris, p. 709-721.

CHANLAT Jean-François, 1998, *Sciences sociales et management. Plaidoyer pour une anthropologie généralisée*, Les presses de l'Université Laval, Editions Eska, Paris, 114 p.

CHANLAT Jean-François, 1999, « Nouveaux modes de gestion, stress professionnel et santé au travail », *in* I. Brunstein, *L'homme à l'échine pliée - Réflexions sur le stress professionnel*, Desclée de Brouwer, p.29-61.

CHAUMON Elise, ESTRYN-BÉHAR Madeleine, GARCIA Frédéric, MILANINI-MAGNY Giuliana, DESLANDES Hélène, RAVACHE Anne-Emilie, BITOT Thierry, PICOT Geneviève, 2009, « Réduction du temps de partage parmi les soignants. Quand l'isolement et la parcellisation du travail réduisent les psosibilités de soins relationnels en gériatrie », Actes du 44e congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française, 22-24 septembre, p. 569-577.

CINTAS Caroline, 2007, « "Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend…" : le cas d'un hôpital psychiatrique », *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, n° 4, p. 213-231.

CLAVERANNE Jean-Pierre et PIOVESAN David, 2003, « La clinique privée, un objet de gestion non identifié », *Revue française de gestion*, n° 146, mai, p. 143-153.

CLAVERANNE Jean-Pierre, PASCAL Christophe, PIOVESAN David, 2003, « Les restructurations des cliniques privées : radioscopie d'un secteur en mutation », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 3, mars, p. 55-78.

CLAVERANNE Jean-Pierre, PASCAL Christophe, PIOVESAN David, 2009, « La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins », *in* P-L. BRAS, *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences Po "Hors collection", p.447-454.

CLERGEAU Cécile, DETCHESSAHAR Mathieu, DEVIGNE Michel, DUMOND Jean-Paul, HONORE Lionel, JOURNE Benoît, 2006, « Transformation des organisations et santé des salariés : proposition d'un programme de recherche », 17e Congrès de l'AGRH, Reims, 16-17 novembre, 16 p.

CLOT Yves, 1995, CLOT Yves, *Le travail sans l'homme. Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*, Éditions La Découverte, Paris, 299 p.

CLOT Yves, 1999, *La fonction psychologique du travail*, Editions Puf, collection Le Travail Humain, 5e éd. corrigée 2006, 247 p.

CLOT Yves, 2001, « Psychopathologie du travail et clinique de l'activité », *Education permanente*, n° 146, p. 35-49.

CLOT Yves, 2008, *Travail et pouvoir d'agir*, Editions Puf, collection Le travail humain, Paris, 296 p.

CLOT Yves, 2010, *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Editions La Découverte, Paris, 190 p.

CLOT Yves et FAÏTA Daniel, 2000, « Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes », *Travailler*, n° 4, p.7-42.

COPE Jean-François, MEHAIGNERIE Pierre, POISSON Jean-Frédéric, JARDE Olivier, 2010, Rapport de la Commission de réflexion sur la souffrance au travail, 60 p.

CORBIN Juliet et STRAUSS Anselm, 1990, « Grounded theory research: procedures, canons, and evaluative criteria », *Qualitative Sociology*, vol.13 n°1, p. 3-21.

CORCUFF Philippe, 2007, *Les nouvelles sociologies*, Éditions Armand Colin, Paris, 2e éd. refondue, 127 p.

CORDIER Marie, 2008, « Hôpitaux et cliniques en mouvement. Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients », *Etudes et résultats*, DREES, n° 633, avril, 8 p.

CORDONNIER Laurent, 1997, *Coopération et réciprocité*, Editions Puf, collection Sociologies, Paris, 209 p.

COUSIN Olivier, 2006, « Le sens du travail dans un contexte de dérégulaiton : le cas des cadres d'entreprise », *Recherches sociocologiques et anthropologiques*, n°2, p. 141-163.

CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, 1977, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Editions du Seuil, collection Points – Essais, 500 p.

DANIELLOU François, 2005, « The French-speaking ergonomists' approach to work activity: cross-influences of field intervention and conceptual models », *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, vol. 6 n° 5, septembre, p. 409-427.

DARSES Françoise et DE MONTMOLLIN Maurice, 2006, *L'ergonomie*, Editions La Découverte, collection Repères, Paris, 4e éd., 121 p.

DAUBAS-LETOURNEUX Véronique et THEBAUD-MONY Annie, 2003, « Organisation du travail et santé dans l'Union européenne », *Travail et Emploi*, n° 96, p. 9-35.

D'AVENI Richard, 1995, *Hypercompétition*, Editions Vuibert, 380 p.

DAVEZIES Philippe, 1997, « Réflexions sur la santé au travail », Colloque « Travail santé aujourd'hui au tournant du millénaire », 22/11, 11 p.

DAVEZIES Philippe, 2004, « Souffrance au travail : le risque organisationnel », Conférence introductive, Actes des Journées Médicales du CISME sur le risque organisationnel, février, 9 p.

DAVEZIES Philippe, 2005, « La santé au travail, une construction collective », *Santé et Travail*, n° 52, juillet, p. 24-28.

DAVEZIES Philippe, 2006a, « Une affaire personnelle ? », *in* L. THERY, *Le travail intenable*, Editions La Découverte, Paris, 21 p.

DAVEZIES Philippe, 2006b, « Les coûts de l'intensification du travail », *Santé et Travail*, n° 57, octobre, 7 p.

DAVID Albert, 2000a, « Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion : trois hypothèses revisitées », *in* A. DAVID *et al.*, *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, Editions Vuibert, collection Fnege, p.83-107.

DAVID Albert, 2000b, « La recherche-intervention, cadre général pour la recherche en management ? », *in* A. DAVID *et al.*, *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, Editions Vuibert, collection Fnege, Paris, p. 193-213.

DAVID Albert, 2004, « Etudes de cas et généralisation scientifique en sciences de gestion », *Revue Sciences de Gestion*, n°139, p.139-166.

DECHAMP Gaëlle et ROMEYER Cécile, 2006, « Trajectoires d'appropriation des principes de nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins », XV° conférence internationale de management stratégique, Annecy Genève, 13-16/06, 22 p.

DEJOURS Christophe, 1993, « Coopération et construction de l'identité en situation de travail », *Revue Multitudes Web, Futur antérieur*, mars, 6 p.

DEJOURS Christophe, 1998, *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*, Editions du Seuil, collection L'histoire immédiate, Paris, 197 p.

DEJOURS Christophe, 2008, *Travail, usure mentale*, Bayard Editions, (1e éd. 1980), 299 p.

DEJOURS Christophe, 2009, *Travail vivant. 2 : Travail et émancipation*, Editions Payot et Rivages, Paris, 242 p.

DENISON Daniel, HOOIJBERG Robert, QUINN Robert, 1995, « Paradox and Performance: Toward a Theory of Behavioral Complexity in Managerial Leadership », *Organization Science*, vol. 6, n° 5, septembre-octobre, p.524-540.

DERIOT Gérard, 2010, Rapport d'information au Sénat sur le mal-être au travail, n° 642, 07/07/2010, 127 p.

DERRIENNIC Francis et VEZINA Michel, 2006, « Intensification du travail et répercussions sur la santé mentale : arguments épidémiologiques apportés par l'enquête ESTEV », *in* P. ASKENAZY *et al. (coord.)*, *Organisation et intensité du travail*, Editions Octares, Toulouse, p. 327-333.

DESMARAIS Céline, 2006, « Encadrer, une promenade de santé ? », *Revue management et avenir*, Management Prospective Editions, n°8, p.159-177.

DESMARAIS Céline et ABORD de CHATILLON Emmanuel, 2010, « Le rôle de traduction du manager. Entre allégeance et résistance », *Revue française de gestion*, n°205, p. 71-88.

DETCHESSAHAR Mathieu, 2001, « Quand discuter, c'est produire… Pour une théorie de l'espace de discussion en situation de gestion », *Revue française de gestion*, n°132, p.32-43.

DETCHESSAHAR Mathieu, 2003, « L'avènement de l'entreprise communicationnelle », *Revue française de gestion*, n° 142, janvier février, p. 65-84.

DETCHESSAHAR Mathieu *(coord.)*, 2009a, « Les déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail : l'enjeu de la parole sur le travail », Rapport étude SORG pour l'Agence nationale de la recherche, 790 p.

DETCHESSAHAR Mathieu (coord.), 2009b, « Les déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail : l'enjeu de la parole sur le travail », Synthèse étude SORG présentée au Congrès de l'Agence nationale de la recherche, septembre, 10 p.

DETCHESSAHAR Mathieu, 2011, « Santé au travail. Quand le management n'est pas le problème, mais la solution… », *Revue française de gestion*, n° 214, p.89-105.

DETCHESSAHAR Mathieu et GREVIN Anouk, 2009, « Un organisme de santé… malade de "gestionnite" », Revue *Annales des Mines*, Série *Gérer et Comprendre*, n° 98, décembre, p. 27-37.

DETCHESSAHAR Mathieu et GREVIN Anouk, 2010, « A healthcare centre suffering from "managementitis" », Actes de la 10e conférence de la European Academy of Management EURAM 2010, Track "Back to the Future in Healthcare Organization and Management", Rome, 19-22 mai, 27 p.

DETCHESSAHAR Mathieu et JOURNÉ Benoît, 2007, « Une approche narrative des outils de gestion », *Revue Française de Gestion*, n°174, mai, p. 72-92.

D.G.T., 2011, « Analyse des accords signés dans les entreprises de plus de 1000 salariés. Prévention des risques psychosociaux », Direction Générale du Travail, Avril, 59 p.

DIETRICH Anne, 2009, « Le manager intermédiare ou la GRH mise en scène », *Revue management et avenir*, n° 21, p.196-206.

DIVAY Sophie, 2010, « Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'"absentéisme" dans un hôpital local », *Revue Sociétés contemporaines*, n° 77, p. 87-109

DIVAY Sophie et GADEA Charles, 2008, « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue française d'administration publique*, n° 128p.677-687.

DOUGLAS Mary, 2004, « Il n'y a pas de don gratuit », *in* M. DOUGLAS, *Comment pensent les institutions*, suivi de *La connaissance de soi*, suivi de *Il n'y a pas de don gratuit*, Éditions La Découverte, collection poche Sciences humaines et sociales, Paris, 218 p.

DOUGUET Florence et MUÑOZ Jorge, 2005, « Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants », Document de travail DREES, Série Etudes, n° 48, juin, 181 p.

DUBOST Jean et LEVY André, 2002, « Recherche-action et intervention », *in* J. BARUS-MICHEL, *Vocabulaire de psychosociologie*, Editions Erès, Hors collection, p. 391-416

DUCHAMP David et KOEHL Jacky, 2008, « L'éthique de la discussion au service de la performance organisationnelle. Pour l'avènement de la compétence délibérative dans le profil managérial », *Revue internationale de psychosociologie*, vol. XIV, n° 34, p.189-206.

DUJARIER Marie-Anne, 2006, « La division sociale du travail d'organisation dans les services », *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, n° 1, p. 129-136.

DUMOND Jean-Paul, 2002, *Approche anti-utilitariste de la coopération en situations de travail*, Thèse de doctorat en sciences de gestion soutenue à HEC sous la direction de G. Amado, 424 p.

DUMOND Jean-Paul, 2003, « Santé : où sont les pouvoirs ? Les conflits de pouvoir à l'hôpital », *Revue Sève - Les tribunes de la santé*, hiver, p. 71-81.

DUMOND Jean-Paul, 2005, « La gestion serait-elle devenue destructrice ? L'exemple de l'institution hospitalière », *in* E. ABORD DE CHATILLON et O. BACHELARD, *Management de la santé et de la sécurité au travail. Un champ de recherche à défricher*, Editions L'Harmattan, Paris, p.457-465.

DUMOND Jean-Paul, 2007, « Le don est-il une notion de gestion ? », Revue *Annales des Mines* Série *Gérer et comprendre*, n° 89, p. 63-72.

DUMOND Jean-Paul, 2010, » La relation de travail : de la reconfirguration des prescriptions au don empêché », *Revue Travailler*, n° 23, p.151-161.

ESTRYN-BEHAR Madeleine (dir.), 2004, « Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant », Etude PRESST-NEXT, Partie 1, janvier, 65 p.

ESTRYN-BEHAR Madeleine, LE NEZET Olivier, LORIOL Marc, BEN-BRIK Eric, CAILLARD Jean-François, 2003, « Le travail de soins dans les hôpitaux locaux : Miroir grossissant des difficultés actuelles », *Gestions hospitalières*, n° 429, p. 603-611.

ESTRYN-BEHAR Madeleine, MILANINI-MAGNY Giuliana, BITOT Thierry, RAVACHE Anne-Emilie, DESLANDES Hélène, GARCIA Frédéric, CHAUMON Elise, 2009, « Protocolisation et/ou collectif de travail ? Outil informatique et / ou personnalisation des soins ? Une analyse statistique et ergonomique participative », Actes du 44e congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française, 22-24/09/2009, p. 93-102.

ESTRYN-BEHAR Madeleine, LEIMDORFER François, PICOT Geneviève, 2010, « Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 4, p.27-52.

EUROGIP, 2010, « Risques psychosociaux au travail : une problématique européenne », Note thématique ref. EUROGIP-47/F, janvier, 22 p.

FALZON Pierre, 2005, « Ergonomie, conception et développement », Conférence introductive, 40e congrès de la SELF, Saint-Denis La Réunion, 21-23/09/2005, 12 p.

FAYOL Henri 1999, *Administration industrielle et générale*, Editions Dunod, Paris, 1e édition 1918, 133 p.

FERONI Isabelle et KOBER-SMITH Anémone, 2005, « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne », *Revue française de sociologie*, vol. 46, p.469-494.

FORGUES Bernard, 2007, « La rédaction du travail de recherche », *in* R-A. THIETART, *Méthodes de recherche en management*, Editions Dunod, 3e édition, p. 521-237.

FRAISSE Stéphane, ROBELET Magali, VINOT Didier, 2003, « La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions profesionnelles », *Revue française de gestion*, n° 146, p.155-166.

FREMEAUX Sandrine et MICHELSON Grant, 2011, « "No Strings Attached": Welcoming the Existential Gift in Business », *Journal of Business Ethics*, vol. 99, n° 1, p. 63-75.

FREY Bruno, 1998, « Institutions and morale : the crowding-out effect », *in* A. BEN-NER et L. PUTTERMAN, *Economics, Values, and Organization*, Cambridge University Press, p.437-460.

FREY Bruno et JEGEN Reto, 2001, « Motivation crowding theory », *Journal of Economic Surveys*, vol. 15, n° 5, p. 589-611.

FRIEDBERG Erhard, 1994, « Le raisonnement stratégique comme méthode d'analyse et comme outil d'intervention », *in* F. PAVE (dir.), *L'analyse stratégique : sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels - autour de Michel Crozier*, Colloque de Cerisy, Editions du Seuil, p.135-149.

FRIEDBERG Erhard, 1997, *Le pouvoir et la règle*, Editions du Seuil, Paris, 404 p.

FUSTIER Paul, 2000, *Le lien d'accompagnement. Entre don et contrat salarial*, Editions Dunod, Paris, 238 p.

GABELLIERI Emmanuel, 2011, « De l'anthropologie à l'économie du don », Intervention au Séminaire GRACE "Le gratuit, une dimension de l'économie", Ecully, 27-28 juin.

GABOURIN Isabelle, 2008, *De l'hybridité des hôpitaux PSPH (établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier en France) : place dans le système hospitalier français, identité, organisation et management*, Thèse de doctorat en sciences de gestion de l'université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines soutenue le 29/04/2008 sous la direction d'A. Bartoli, 372 p.

GAULEJAC (de) Vincent, 2005, *La société malade de la gestion, Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement moral*, Editions du Seuil, collection Economie humaine, Paris, 276 p.

GENTIL Stéphanie, 2010, « Concilier standardisation et gestion de l'imprévu au sein des blocs opératoires : la communication au cœur du "travail d'articulation" », Actes du XXIe congrès AGRH, Saint-Malo, 17-19 novembre, 31 p.

GEORGESCU Irène, 2010, *La pression financière interne, ses déterminants et ses effets sur les attitudes et comportements : le cas de l'hôpital public français*, Thèse de doctorat en sciences de gestion de l'Université de Montpellier I soutenue le 6/12/2010 sous la direction de G. Naro et N. Commeiras, 384 p.

GHOSHAL Sumantra, 2005, « Bad Management Theories Are Destroying Good Management Practices », *Academy of Management Learning and Education*, vol. 4, n° 1, p. 75-91.

GIORDANO Yvonne (coord.), 2003, *Conduire un projet de recherche - Une perspective qualitative*, Editions EMS Management et Société, collection Les essentiels de la gestion, Colombelles, 318 p.

GIRIN Jacques, 1983, « Les machines de gestion », *in* M. BERRY, Le rôle des outils de gestion dans l'évolution des systèmes sociaux complexes, CRG, Rapport pour le ministère de la recherche et de la technologie, 4 p.

GIRIN Jacques, 1995, « Les agencements organisationnels », *in* F. CHARUE-DUBOC, *Des Savoirs en action, Contributions de la recherche en gestion*, Editions L'Harmattan, collection Logiques de Gestion, p.233-279.

GIRIN Jacques et GROSJEAN Michèle (dir.), 1996, *La transgression des règles au travail*, Éditions L'Harmattan, collection Langage et Travail, Paris, 141 p.

GIROUX Nicole, 2003, « L'étude de cas », *in* Y. GIORDANO (coord.), *Conduire un projet de recherche*, Editions EMS Management et Société, collection Les essentiels de la gestion, Colombelles, p.41-84.

GIROUX Nicole et GIORDANO Yvonne, 1998, « Les deux conceptions de la communication du changement », *Revue Française de Gestion*, n° 120, p. 139-151.

GIROUX Nicole et MARROQUIN Lissette, 2005, « L'approche narrative des organisations », *Revue française de gestion*, n° 159, p.15-42.

GLASER Barney, 2002, « Conceptualization: on theory and theorizing using grounded theory », *International Journal of Qualitative Methods*, vol.1 n° 2, p. 23-38.

GLASER Barney et STRAUSS Anselm, 1967, *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*, Aldine de Gruyter Publishing Co., Hawthorne New York, 271 p.

GLOUBERMAN Sholom et MINTZBERG Henry, 2001, « Managing the Care of Health and the Cure of Disease - Part I: Differentiation », *Health Care Management Review*, winter, p. 56-69.

GLOUBERMAN Sholom et MINTBERG Henry, 2002, « Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie », *Revue Gestion*, vol. 27, n°3, automne, p. 12-22.

GODBOUT Jacques (en collaboration avec Alain CAILLE), 1992, *L'esprit du don*, Les Classiques des sciences sociales, Université de Quebec à Chicoutimi, 257 p.

GODBOUT Jacques, 1995, « Les "bonnes raisons" de donner », *Revue Anthropologie et Sociétés*, vol. 19, n° 1-2, p. 45-56.

GODBOUT Jacques, 2000, *Le don la dette et l'identité. Homo donator vs homo oeconomicus*, Les Classiques des sciences sociales, Université du Québec à Chicoutimi, 159 p.

GODBOUT Jacques, 2008, « La sympathie comme opérateur du don », *Revue du MAUSS*, n° 31, p. 201-208.

GOLLAC Michel, 2005, « L'intensité du travail : formes et effets », Rapport CEE / *Revue Economique*, vol. 56, n° 2, p. 195-216.

GOLLAC Michel (coord.), 2011, « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser », Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, 223 p.

GOLLAC Michel et VOLKOFF Serge, 1996, « Citius, Altius Fortius. L'intensification du travail », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 114, p. 54-67.

GOLLAC Michel et VOLKOFF Serge, 2000, *Les conditions de travail*, Editions La Découverte, collection Repères, Paris, 121 p.

GOLLAC Michel et VOLKOFF Serge, 2010, « Mesurer le travail. Une contribution à l'histoire des enquêtes françaises dans ce domaine », Document de travail Centre d'Etudes de l'Emploi, n° 127, juillet, 15 p.

GOULDNER Alvin, 1975a, « The norm of reciprocity », *in* A. GOULDNER, *Renewal and critique in sociology today*, Pelican Books, Londres, p. 226-259.

GOULDNER Alvin, 1975b, « The importance of something for nothing », *in* A. GOULDNER, *Renewal and critique in sociology today*, Pelican Books, Londres, p.260-299.

GOULDNER Alvin, 2008, « Pourquoi donner quelque chose contre rien ? », *Revue du MAUSS*, n° 32, p. 65-86.

GREEN Francis, 2001, « It's Been a Hard Day's Night: The Concentration and Intensification of Work in Late Twentieth-Century Britain », *British Journal of Industrial Relations*, vol. 39, issue 1, p.53-80.

GREEN Francis, 2004a, « Why has effort been more intense? », *Industrial Relations*, vol. 43, n° 4, p. 709-741.

GREEN Francis, 2004b, « Work intensification, discretion, and the decline in well-being at work », *Eastern Economic Journal*, vol. 30, n° 4, Fall, p.615-625.

GREVIN Anouk, 2010, « Le jeu avec les outils de gestion comme nouvelle compétence stratégique », *Journal d'Economie Médicale*, vol. 28, n° 8, p. 329-345.

GRIMALDI André, 2008, « L'arnaque de la T2A ! », *Revue Médecine* (éditorial), novembre, p. 388-390.

GRIMAND Amaury (coord.), 2006, *L'appropriation des outils de gestion. Vers de nouvelles perspectives théoriques ?*, Publications de l'Université de Saint-Etienne, Collection Gestion, 258 p.

GROLEAU Carole, 2003, « L'observation », *in* Y. GIORDANO (coord.), *Conduire un projet de recherche*, Editions EMS Management et Société, collection Les essentiels de la gestion, Colombelles, p. 211-244.

GROSJEAN Michèle et LACOSTE Michèle, 1999, *Communication et intelligence collective. Le travial à l'hôpital*, Editions Puf, collection Le Travail Humain, Paris, 225 p.

GUI Benedetto, 1996, « On "relational goods": strategic implications of investment in relationships », *International Journal of Social Economics*, vol. 23, n° 10/11, p. 260-278.

GUI Benedetto, 2009, « Beni relazionali ed economia di comunione », Communication à la Summer-School « Economie de communion, théorie et praxis », Rocca-di-Papa (Italie), septembre.

GUI Benedetto et STANCA Luca, 2010, « Happiness and relational goods: weel-being and interpersonal relations in the economic sphere », *International Review of Economics*, vol. 57, n° 2, p. 105-118.

GUIGNON Nicole, NIEDHAMMER Isabelle, SANDRET Nicolas, 2008, « Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003 », *Premières Synthèses Informations*, DARES, n° 22.1, mai, 8 p.

GUIOL Patrick et MUÑOZ Jorge, 2007, « Management, participation, santé des salariés. Des médecins et des salariés parlent », *RECMA - Revue internationale de l'économie sociale*, n° 304, mai, p. 76-96.

HALGAND Nathalie, 2003, « L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement », *Revue française de gestion*, n° 147, p.219-231.

HALGAND Nathalie, 2009, « Comptabilité hospitalière », *in* B. COLASSE, *Encyclopédie Comptabilité, Contrôle de Gestion et Audit*, Editions Economica, Paris, p. 425-437.

HART Josette et MUCCHIELLI Alex, 1994, *Soigner l'hôpital. Diagnostics de crise et traitements de choc*, Editions Lamarre, Paris, 189 p.

HATCHUEL Armand et WEIL Benoît, 1992, *L'expert et le système. Gestion des savoirs et métamorphose des acteurs dans l'entreprise industrielle* (suivi de : *Quatre histoires de systèmes-experts*), Economica, Paris, 263 p.

HATCHUEL Armand, 2001, « Quel horizon pour les sciences de gestion ? Vers une théorie de l'action collective », *in* A. DAVID, A. HATCHUEL, R. LAUFER, *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, Editions Vuibert, Fnege, p. 7-43.

HATCHUEL Armand, 2005, « Toward an epistemology of collective action: management research as a responsive and actionable discipline », *European Management Review*, n°2, mai, p.36-47.

HENRIET Alain et NAULLEAU Michaël, 2010, « Le management de proximité face à la rupture du contrat psychologique », Actes du 21e congrès de l'AGRH, Saint-Malo, 17-19 novembre, 20 p.

HERREROS Gilles et MILLY Bruno, 2006, « Les voies de la qualité à l'hôpital : entre procédures et coopération », Rapport d'étude pour la HAS, avril, 116 p.

HIRIGOYEN Marie-France, 1998, *Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien*, Editions Syros, Paris, 213 p.

HIRIGOYEN Marie-France, 2004, *Malaise dans le travail. Harcèlement moral. Démêler le vrai du faux*, Editions La Découverte, Paris, 290 p.

HIRSCHMAN Albert,1995, *Défection et prise de parole : théorie et applications*, Editions Fayard, Paris, (éd. originale 1970, 1e éd. française 1972), 212 p.

HONNETH Axel, 2004, « La théorie de la reconnaissance : une esquisse », *Revue du MAUSS*, n° 23, p. 133-136.

HONORE Lionel, 1999, *Eléments pour une théorie de la discipline organisationnelle. Réflexion à partir de l'étude de la prise en compte du risque comportemental dans les banques*, Thèse de doctorat en sciences de gestion de l'Université de Montpellier I soutenue le 17/12/1999 sous la direction de M. Marchesnay, 437 p.

HONORE Lionel, 2002, *La prise en compte du risque comportemental. Etude de l'impact sur l'organisation de l'entreprise et sur les pratiques de GRH*, Mémoire HDR en Sciences de Gestion soutenu le 23/05/2002 à l'Université de Nantes, 99 p.

HONORE Lionel, 2006, « Déviance et contrôle des comportements », *Revue Finance-Contrôle-Stratégie*, vol. 9 n° 2, juin, p. 63-87.

HONORE Lionel, 2011, « L'impact de la rationalisation sur le fonctionnement des organisations modernes. Le cas des ateliers de cueille de France Champignons », *Revue Management & avenir*, n° 41, p. 14-31.

HOUTMAN Irene, BONGERS Paulien, SMULDERS Peter, KOMPIER Michiel, 1994, Psychosocial stressors at work and musculoskeletal problems, *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, vol. 20 n° 2, p.139-145.

HUBAULT François, 2006, « Contribution de l'ergonomie à la gestion des ressources humaines », *in* J. ALLOUCHE, *Encyclopédie des Ressources Humaines*, p. 397-406.

HUGHES Everett, 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis. Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 344 p.

HUY Quy Nguyen, 2001, « In praise of middle managers », *Harvard Business Review*, september, p. 72-79.

IMBERT Jean, 1974, *Les hôpitaux en France*, Editions Puf, collection Que sais-je ?, 127 p.

JENSEN Michael et MECKLING William, 1994, « The Nature of Man », *Journal of Applied Corporate Finance*, vol. 7, n° 2, summer, p. 4-19.

JOLIVET Alexia, 2011, « La certification ou apprendre le rôle d'expert de la qualité : une confrontation des figures de la qualité », Communication au colloque GERMES-SHS « La santé quel travail ?! », Nantes, 25-26/03, 11 p.

JOURNÉ Benoît, 2005, « Etudier le management de l'imprévu : méthode dynamique d'observation *in situ* », *Finance Contrôle stratégie*, vol.8, n°4, p. 63-91.

KARASEK Robert, 1979, « Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign », *Administrative Science Quarterly*, vol. 24, juin p.285-308.

KARASEK Robert et THEORELL Töres, 1990, *Healthy Work, Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books, USA, 381 p.

KAUFMANN Jean-Claude, 1990, « Partager les tâches ménagères : don de soi et calcul de la dette », *Revue Dialogue*, n° 110, octobre, p.91-108.

KAUFMANN Jean-Claude, 2007, *L'entretien compréhensif*, Éditions Armand Colin, collection 128, L'enquête et ses méthodes, Paris, 126 p.

KERVASDOUÉ (de) Jean (dir.), 2003, *La crise des professions de santé*, Editions Dunod, Paris, 329 p.

KERVASDOUÉ (de) Jean, 2007, *L'hôpital*, Éditions PUF, collection Que sais-je ?, Paris, 126 p.

KLEIN Heinz et MYERS Michael, 1999, « A Set of Principles for Conducting and Evaluation Interpretive Field Studies in Information Systems », *MIS Quarterly*, vol. 23 n° 1, march, p.67-94.

KOSTULSKI Katia, 2000, « Communication et accomplissement collectif de l'activité : une perspective conversationnelle appliquée aux transmissions dans les équipes de soin à l'hôpital », Actes Congrès SELF, p. 418-427.

KOVESS-MASFETY Viviane (dir.), 2010, « La santé mentale, affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie », Rapport du groupe de travail présidé par V. KOVESS-MASFETY, Centre d'Analyse Stratégique, La documentation française, n° 24, 276 p.

KRIEF Nathalie, 2005, « L'impact de la tarification à l'activité sur le lien social à l'hôpital : étude du "Plan Hôpital 2007" », Actes de la 16e conférence de l'AGRH, Paris Dauphine, 15-16/09, 26 p.

LACHMANN Henri, LAROSE Christian, PENICAUD Muriel, 2010, « Rapport ministériel Bien-être et efficacité au travail, 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail », Rapport à la demande du Premier ministre, février, 19 p.

LALLEMENT Michel, MARRY Catherine, LORIOL Marc, MOLINIER Pascale, GOLLAC Michel, MARICHALAR Pascal, MARTIN Emmanuel, 2011, « Maux du travail : dégradation, recomposition ou illusion ? », *Revue Sociologie du travail*, n° 53, Dossier-Débat, p. 3-36.

LAPOINTE Paul-André, CHAYER Malie, MALO François Bernard, RIVARD Linda, 2000, « La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 13 n° 2, p.164-180.

LAUDÉ Laetitia, 2010, « Le travail encadrant à l'épreuve des contradictions : le cas des cadres de santé de l'hôpital public », 1e Journée d'étude du GRT Management des ressources humaines dans les entreprises du social et de la santé, Lille, 7 mai, 18 p.

LAVIGNE Claude, 2009, « Les établissements de santé », *in* P-L. BRAS, *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences Po Hors collection, p.435-445.

LAVILLE Jean-Louis, 209, « Management et régulation dans les associations », *Connexions*, n° 91, p. 149-161.

LAZARUS Richard, 1990, « Theory-Based Stress Measurement », *Psychological Inquiry*, vol. 1 n° 1, p.3-13.

LAZZERI Christian, CAILLÉ Alain, 2004, « La reconnaissance aujourd'hui. Enjeux théoriques, éthiques et politiques du concept », *Revue du MAUSS*, n° 23, p. 88-115.

LE GUILLANT Louis, 2006, *Le drame humain du travail. Essai de psychopathologie du travail*, Editions Erès, collection Clinique du travail, Ramonville Saint-Agne, 263 p.

LE LAN Romuald, 2004, « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Etudes et résultats*, DREES, n° 335, 12 p.

LECLERC Annette, HA Catherine, ROQUELAURE Yves, GOLDBERG Marcel, 2005, « La situation épidémiologique des troubles musculo-squelettiques : des définitions et des méthodes différentes, mais un même constat », *Bulletin Epidémiologie Hebdomadaire*, n° 44-45, p. 218-219.

LEFRAND Guy, 2011, « Rapport d'information à l'Assemblée nationale sur les risques psychosociaux au travail », n° 3457, 25 mai, 79 p.

LENAY Olivier et MOISDON Jean-Claude, 2000, « Croître à l'abri de la gestion ? Le cas du système hospitalier public français », *Cahiers de recherche* - Ecole des Mines de Paris, Centre de Gestion Scientifique, n° 17, 40 p.

LENAY Olivier, MOISDON Jean-Claude, 2003, « Du système d'information médicalisé à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier », *Revue française de gestion*, n° 146, p. 131-141.

LÉPINE Valérie, 2009a, « La reconnaissance au travail par la construction d'une relation agissante », *Revue Communication et organisation*, n° 36, p.96-107.

LÉPINE Valérie, 2009b, « La reconnaissance comme condition de la collaboration au sein des unités de soins : les cadres de santé entre intuition et raison », Actes du colloque "Organisation et communication au sein des systèmes de santé", 77e congrès international ACFAS, Ottawa, 11-12 mai, p. 132-142.

LHUILIER Dominique, 2005, « Le "sale boulot" », *Revue Travailler*, n° 14, p.73-98.

LICHTENBERGER Yves, 2003, « Régulation(s) et constitution des acteurs sociaux », *in* G. DE TERSSAC, *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Editions La Découverte, collection Recherches, Paris, p. 51-60.

LIVIAN Yves Frédéric, 2008, *Organisation. Théories et pratiques*, Editions Dunod, Paris, 4e édition, 320 p.

LLEWELLYN Sue et NORTHCOTT Deryl, 2005, « The average hospital », *Accounting, Organizations and Society*, n° 30, p. 555-583.

Loi HPST 2009, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Legifrance.gouv.fr, 21 juillet.

LORIOL Marc, 2003, « La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du burn out des infirmières », *Travail et Emploi*, n° 94, p. 65-73.

LORIOL Marc, 2006, « Ennui, stress et souffrance au travail », *in* N. ALTER, *Sociologie du monde du travail*, Editions PUF, collection Quadrige Manuels, p. 227-244.

LORIOL Marc, 2009, « Discussions informelles au sein du groupe de travail et construction du stress. Le cas des infirmières hospitalières et des policiers de sécurité urbaine », *Revue Communication et organisation*, n° 36, p.20-31.

LOUBET Guylaine, 2005, « Quelles représentations de la performance : le cas des médecins hospitaliers », 26e congrès de l'AFC, Lille, 11-13 mai, 21 p.

MAINHAGU Sébastien, 2010a, *Idéaux et réalité de la gestion des ressources humaines : une lecture contextualiste des expériences des cliniques de court séjour françaises*, Thèse de doctorat en sciences de gestion soutenue à l'Université de Grenoble le 02/12/2010 sous la direction de C. Defelix, 452 p.

MAINHAGU Sébastien, 2010b, « Les soignants face à la flexibilité des effectifs », *Journal d'Economie Médicale*, vol. 28, n° 3-4, p. 114-126.

MALINOWSKI Bronislaw, 1989, *Les Argonautes du Pacifique Occidental*, Éditions Gallimard, collection Tel, Paris, 606 p.

MARCH James et SIMON Herbert, 1991, *Les organisations : problèmes psychosociologiques*, Éditions Bordas, Paris, édition originale 1958, 254 p.

MASCLEF Olivier, 2004, Le rôle du don/contre-don dans l'émergence des organisations : modèle théorique et études de cas comparées, Thèse de doctorat en sciences de gestion de l'Université Jean Moulin Lyon 3 soutenue le 28/09/2004 sous la direction de P-Y. Gomez, 308 p.

MAUSS Marcel, 1924, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Bibliothèque de l'Université du Québec à Chicoutimi. Collection Les classiques des sciences sociales, 106 p., article originalement publié dans *l'Année sociologique*, seconde série, 1923-1924.

MAYERE Anne, 2009, « Communication et organisation : un chantier de recherche en fort développement », Actes du colloque « Nouvelles tendances en communication organisationnelle », 77e congrès de l'ACFAS, Université d'Ottawa, 14-15/05, 6 p.

McGREGOR Douglas, 1969, *La dimension humaine de l'entreprise*, Editions Gauthier-Villars, Paris, édition originale 1960, 207 p.

MIDLER Christophe, 2003, « L'apprentissage organisationnel : une dynamique entre cohérence et pertinence des règles ? », *in* G. DE TERSSAC, *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Editions La Découverte, collection Recherches, Paris, p. 279-288.

MINGUET Guy, 2011, « Santé au travail et action dirigeante. Constats et leçons issus de deux sites industriels », *Revue française de gestion*, n° 214, p.145-164.

MINTZBERG Henry, 1982, *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'Organisation, Paris, 434 p.

MINTZBERG Henry, 1984, *Le manager au quotidien. Les dix rôles du cadre*, Editions d'Organisation, Paris, édition originale 1973, 220 p.

MINTZBERG Henry, 2009, « Rebuilding Companies as Communities », *Harvard Business Review*, July-August, p. 140-143.

MINTZBERG Henry, 2011, *Manager. Ce que font vraiment les managers*, Éditions Vuibert, Paris, édition originale 2009, 349 p.

MINTZBERG Henry et GLOUBERMAN Sholom, 2001, « Managing the Care of Health and the Cure of Disease - Part II: Integration », *Health Care Management Review*, winter, p.70-86.

MINVIELLE Étienne, 1996, *Gérer la singularité à grande échelle ou Comment maîtriser les trajectoires des patients à l'hôpital ?*, Thèse de doctorat de l'Ecole Polytechnique en Sciences de l'Homme et de la Société, spécialité Gestion, soutenue le 12/04/1996 sous la direction de G. de Pourville, 411 p.

MINVIELLE Étienne, 2000, « Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 7 n ° 1, p.8-22.

MINVIELLE Étienne, 2003, « De l'usage des concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière », *Revue française de gestion*, n° 146, p. 167-189.

MINVIELLE Étienne, 2009, « Management en santé : recherches actuelles et enjeux de demain », *in* P-L. BRAS, *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences Po "Hors collection", p. 35-42.

MINVIELLE Étienne, SICOTTE Claure, CHAMPAGNE François, CONTANDRIOPOULOS André-Pierre, JEANTET Marine, PREAUBERT Nathalie, BOURDIL Annie, RICHARD Christian, 2008, « Hospital performance: Competing or shared values? », *Health Policy*, n° 87, p.8-19.

MISPELBLOM BEYER Frederik, 2004, « Encadrer, est-ce travailler ? », *in* Y-F. LIVIAN (dir.), « Ce que font les cadres, Actes de la journée du 8 décembre 2003 », *Cahiers du GDR Cadres*, n° 6, p.7-21.

MOISDON Jean-Claude (dir.), 1997, *Du mode d'existence des outils de gestion. Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*, Editions Seli Arslan, Paris, 286 p.

MOISDON Jean-Claude, 2000, « Quelle est la valeur de ton point ISA ? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français », *Sociologie du travail*, n° 42, p.31-49.

MOISDON Jean-Claude, 2008, « Gouvernance clinique et organisation des processus de soins : un chaînon manquant ? », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 39, n° 3, p. 175-181.

MOISDON Jean-Claude, 2010, « L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 1-2, p.213-226.

MOISDON Jean-Claude et PEPIN Michel, 2010, « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé », Document de travail Série Etudes et Recherches, DREES, n° 97, mai, 120 p.

MOLINIER Pascale, 2010, « L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport ? Logique de gestion ou logique de care », *in* Y. CLOT et D. LHUILIER 2010, *Agir en clinique du travail*, Editions Erès, collection Clinique du travail, p.157-167.

MOUNIER Emmanuel, 1949, *Le personnalisme*, Les Classiques des sciences sociales, Université de Quebec à Chicoutimi, 122 p.

MUCCHIELLI Alex, 1997, « Nouveau point de vue sur les "défaillances" permanentes en management des cadres infirmiers », *Gestions hospitalières*, juin juillet, p.439-442.

NASSE Philippe et LEGERON Patrick, 2008, « Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail », Rapport remis à Xavier Bertrand, Ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, 3 décembre, 42 p.

NEVEU Jean-Pierre, 1996, « Epuisement professionnel : recherche exploratoire en milieu hospitalier », *Le Travail humain*, vol. 59, n° 2, p. 173-186.

NIERDHAMMER Isabelle, SIEGRIST Johannes, LANDRE M-F., GOLDBERG Marcel, LECLERC Annette, 2000, « Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 48, p.419-437.

NIERDHAMMER Isabelle, CHASTANG J-F., GENDREY L., DAVID S., DEGIOANNI S., 2006, « Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du "Job Content Questionnaire" de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER », *Santé publique*, n° 18, mars, p. 413-427.

O.M.S., 2000, « Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant », Organisation mondiale de la santé, 248 p.

OSTERLOH Margrit, FREY Bruno, FROST Jetta, 2001, « Managing Motivation, Organization and Governance », *Journal of Management and Governance*, vol. 5 n° 3-4, septembre, p.231-239.

OSTY Florence, 2003, *Le désir de métier, Engagement, identité et reconnaissance au travail*, Presses Universitaires de Rennes, collection "des Sociétés", Rennes, 245 p.

OSTY Florence, 2010, « La reconnaissance , un impensé organisationnel », *in* Y. CLOT et D. LHUILIER, *Agir en clinique du travail*, Editions Erès, collection Clinique du travail, Toulouse, p.265-278.

OSTY Florence et DAHAN-SELTZER Geneviève, 2006, « Le pari du métier face à l'anomie », *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, n° 2, p. 91-106.

PARADEISE Catherine, 2003, « La théorie de la régulation sociale à l'épreuve de la pratique », in G. DE TERSSAC, *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Editions La Découverte, collection Recherches, Paris, p.41-49.

PASCAL Christophe, 2003, « La gestion par processus à l'hopital entre procédure et création de valeur », *Revue française de gestion*, n° 146, p. 191-204.

PIHEL Laetitia, 2006a, *La relation d'emploi durable : approche d'une dynamique d'implication singulière, Analyse dy cas France Télécom à partir du paradigme du don/contre-don*, Thèse de doctorat en sciences de gestion soutenue à l'Université de Nantes le 4/07/2006 sous la direction de F. ROWE et L. HONORÉ, 529 p.

PIHEL Laetitia, 2006b, « La relation d'emploi durable : une dynamique d'implication singulière », *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail (REMEST)*, vol. 2, n° 1, p. 38-71.

PIHEL Laetitia, 2009, « S'unir à l'entreprise et s'engager avec elle. Lui donner et ne plus lui donner. Enjeux managériaux et symboliques d'une relation complexe. Discussions autour du désengagement », Colloque « Nouveau travail, nouveaux emplois, nouvelles carrières », 14 et 15 mai, Rouen, 23p.

PIHEL Laetitia, 2010a, « La relation salariale moderne. La dynamique du don/contre-don à l'épreuve et dans l'impasse », *Revue du MAUSS*, n° 35, 1er semestre, p. 196-213.

PIHEL Laetitia, 2010b, « Don et contre-don. Pour éclairer la crise de la relation salariale », *Revue internationale de psychosociologie*, hiver, p.55-72.

PIHEL Laetitia, 2011, « Et si le travail m'était conté en termes de don ?... », *Réalités industrielles*, février, p. 40-45.

PIOVESAN David, 2003, *Les restructurations des cliniques privées. Adaptations, évolution ou métamorphose ?*, Thèse de doctorat en sciences de gestion soutenue à l'Université Jean Moulin Lyon 3 le 17/12/2003 sous la direction de J-P. Auray et J-P. Claveranne, 516 p.

POIRIER Philippe, 2008, *Don et management. De la libre obligation de dialoguer*, Éditions L'Harmattan, collection Entreprises et Management, Paris, 200 p.

POURVILLE (de) Gérard, 2010, « La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital », *Le Journal de l'Ecole de Paris du management*, n° 86, novembre décembre, p. 22-29.

QUINN Robert et ROHRBAUGH John, 1981, « A Competing Values Approach to Organizational Effectiveness », *Public Productivity Review*, vol. 5, n° 2, June, p. 122-140.

RAVEYRE Marie et UGHETTO Pascal, 2003, « Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 3, juillet-septembre, p. 97-119.

RAVEYRE Marie et UGHETTO Pascal, 2006, « "On est toujours dans l'urgence" : surcroît ou défaut d'organisation dans le sentiment d'intensification du travail ? », *in* P. ASKENAZY *et al.*, *Organisation et intensité du travail*, Octarès, Toulouse, p. 121-128.

RAYMOND Adeline, 2008, « Aides-soignantes et inifrmières : une comparaison des conséquences de l'accréditation dans les établissements de santé », *in* F. DOUGUET et J. MUÑOZ (dir.), *Santé au travail et travail de santé*, Editions EHESP, Rennes, p.43-54.

RENAULT Emmanuel, 2007, « Reconnaissance et travail », *Revue Travailler*, n° 18, p. 119-135.

REVERDY Thomas et VINCK Dominique, 2003, « La démarche qualité à l'hôpital, une rationalisation négociée de l'organisation », Communication à la journée d'étude du Grepsyt Rhône Alpes, Grenoble, 26/03, 17 p.

REYNAUD Jean-Daniel, 1979, « Conflit et régulation sociale. Esquisse d'une théorie de la régulation conjointe », *Revue française de sociologie*, vol. XX, p. 367-376.

REYNAUD Jean-Daniel, 1988, « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue française de sociologie*, vol. XXIX, p.5-18.

REYNAUD Jean-Daniel, 1991, « Pour une sociologie de la régulation sociale », *Sociologie et sociétés*, vol. XXII, p. 13-26.

REYNAUD Jean-Daniel, 1997, *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Editions Armand Colin / Masson, Paris, 348 p.

REYNAUD Jean-Daniel, 1999, *Le conflit, la négociation et la règle*, Éditions Octarès, Toulouse, 268 p.

REYNAUD Jean-Daniel, 2003a, « Régulation de contrôle, régulation autonome, régulation conjointe », *in* G. DE TERSSAC, *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Editions La Découverte, collection Recherches, Paris, p.103-113.

REYNAUD Jean-Daniel, 2003b, « L'utilité individuelle et la réciprocité », *in* G. DE TERSSAC, *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Editions La Découverte, collection Recherches, Paris, p. 313-324.

REYNAUD Jean-Daniel, 2003c, « Une théorie de la régulation sociale : pour quoi faire ? », *in* G. DE TERSSAC, *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Editions La Découverte, collection Recherches, Paris, p.399-446.

REYNAUD Jean-Daniel et REYNAUD Emmanuèle, 1994, « La régulation conjointe et ses dérèglements », *Le Travail humain*, vol. 57, n° 3, p. 227-238.

RICHEBE Nathalie, 2002, « Les réactions des salariés à la "logique compétence" : vers un renouveau de l'échange salarial ? », *Revue française de sociologie*, vol. 43 n° 1, p. 99-126.

ROBELET Magali, PIOVESAN David, CLAVERANNE Jean-Pierre, JAUBERT Guillaume, 2010, « La constitution du secteur du handicap : un processus d'isomorphisme exemplaire. La convergence de deux organisations vers le modèle de l'association gestionnaire (1945-1965) », 15e Journées d'histoire de la comptabilité et du management, 11 p.

ROBICHAUD Daniel, GIROUX Hélène, TAYLOR James, 2004, « The Metaconversation: The Recursive Property of Language as a Key to Organizing », *Academy of Management Review*, vol. 29 n°4, p.617-634.

ROJOT Jacques, 2005, *Théorie des Organisations*, Editions ESKA, Bonchamp-Lès-Laval, 541 p.

SAHLER Benjamin, en collaboration avec BERTHET Michel, DOUILLET Philippe, MARY-CHERAY Isabelle et le groupe projet du réseau ANACT, 2007, *Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail*, Editions réseau ANACT, p.268 p.

SAINSAULIEU Ivan, 2003, *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*, Éditions L'Harmattan, collection Logiques sociales, Paris, 238 p.

SAINSAULIEU Ivan, 2008, « Le collectif soignant : mythe ou réalité ? Regards croisés des cadres et des infirmiers », *Revue française d'administration publique*, n° 128, p.665-675.

SARDAS Jean-Claude, 2004, « Dynamiques identitaires et transformations organisationnelles », *in* H. POLTIER, A-M. GUÉNETTE, A-M. HENCHOZ, *Travail et fragilisation*, Editions Payot, Lausanne, p.137-158

SARDAS Jean-Claude, DALMASSO Cédric, LEFEBVRE Philippe, 2011, « Les enjeux psychosociaux de la santé au travail. Des modèles d'analyse à l'action sur l'organisation », *Revue française de gestion*, n° 214, p. 69-88.

SCHWEYER François-Xavier, 2003, « Crises et mutations de la médecine hospitalière », *in* J. DE KERVASDOUÉ (dir.), *La crise des professions de santé*, Editions Dunod, Paris, p.233-279.

SIEGRIST Johannes, 1996, « Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol.1, n°1, p. 27-41.

SINGLY (de) Chantal, 2009, Rapport de la Mission Cadres hospitaliers, Rapport final et propositions à la Ministre de la santé et des sports, 11 septembre, 125 p.

STIMEC Arnaud, 2009, « Les négociations ordinaires et la santé au travail », *Négociations*, n° 12, p.195-205.

STRAUSS Anselm, 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, Editions L'Harmattan, collection Logiques sociales, Paris, 311 p.

STRAUSS Anselm, FAGERHAUGH Shizuko, SUCZEK Barbara, WIENER Carolyn, 1997, *Social Organization of Medical Work (with a new introduction by Anselm L. Strauss)*, Transaction Publishers, New Brunswick (USA) and London (UK) (Ed. originale 1985), 310 p.

SUDDABY Roy, 2006, « From the editors: what grounded theory is not », *Academy of Management Journal*, vol.49, n°4, p. 633-642.

TALBOT Colin, 2003, « La réforme de la gestion publique et ses paradoxes : l'expérience britannique », *Revue française d'administration publique*, n° 105-106, p.11-24.

TANTI-HARDOUIN Nicolas, 2005, « Le système de santé. La recomposition de l'offre hospitalière », *Cahiers français*, La documentation française, n° 324, janvier, p. 60-65.

TAYLOR Frederic Winslow, 1957, *La direction scientifique des entreprises*, Éditions Dunod, Paris (éd. originale 1909), 309 p.

TAYLOR James et LERNER Loren, 1996, « Making Sense of Sensemaking: How Managers Construct Their Organisation Through Their Talk », *Studies in Cultures, Organizations, and Societies*, vol. 2, p. 257-286.

TERSSAC (de) Gilbert, 1992, *L'autonomie dans le travail*, Editions PUF, collection Sociologie d'aujourd'hui, 279 p.

TERSSAC (de) Gilbert (dir.), 2003a, *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Editions La Découverte, collection Recherches, Paris, 448 p.

TERSSAC (de) Gilbert, 2003b, « Travail d'organisation et travail de régulation », *in* G. DE TERSSAC, *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Editions La Découverte, collection Recherches, Paris, p.121-134.

TERSSAC (de) Gilbert et LALANDE Karine, 2002, *Du train à vapeur au TGV : sociologie du travail d'organisation*, Editions Puf, collection Le travail humain, Paris, 228 p.

TERTRE (du) Christian, 2005, « Services immatériels et relationnels : intensité du travail et santé », *@ctivités*, vol. 2 n° 1, p.37-49.

THEVENET Maurice, 2007, *Le plaisir de travailler. Favoriser l'implication des personnes*, Eyrolles, Editions d'Organisation, Paris, 269 p.

THEVENET Maurice, 2009, *Manager en temps de crise*, Eyrolles, Editions d'Organisation, Paris, 157 p.

THIETART Raymond-Alain, 2007, *Méthodes de recherche en management*, Éditions Dunod 3e édition, 586 p.

TRONTIN C., LASSAGNE M., BOINI S., RINAL S., 2007, « Le coût du stress professionnel en France en 2007 », Etude de l'INRS menée en collaboration avec Arts et Métiers ParisTech, 6 p.

UGHETTO Pascal, 2004, « La rationalisation vue de l'activité de travail. Une diversification du traitement sociologique de l'autonomie et de la contrainte », *Revue de l'IRES*, n°44, p. 189-202.

UGHETTO Pascal, 2005, « Action dans l'entreprise et engagement dans le travail. Une sociologie économique de l'acteur au travail », *Cahiers lillois d'économie et de sociologie*, n° 45, 1er semestre, 15 p.

UGHETTO Pascal, 2007, *Faire face aux exigences du travail contemporain*, Editions réseau ANACT, 157 p.

UHALDE Marc (dir.), 2001, *L'intervention sociologique en entreprise*, Editions Desclée de Brouwer, collection Sociologie économique, Paris, 486 p.

UHALDE Marc, 2004, *Crise sociale et transformation des entreprises*, Thèse de doctorat en sociologie de l'Université de Paris IX Dauphine soutenue le 15/12/2004 sous la direction de N. Alter, 399 p.

UHALDE Marc, 2005, « Crise de modernisation et dynamique des identités de métier dans les organisations », *Revue de l'IRES*, n° 47, p.135-154.

VALETTE Annick, FATIEN Pauline, BURELLIER Franck, 2011, « Entre le stéthoscope et le compte de résultat : que disent les médecins-gestionnaires sur leur gestion des paradoxes ? », Actes du XXe congrès de l'AIMS, Nantes, 7-9 juin, 25 p.

VALEYRE Antoine, 2004, « Forms of Work Intensification and Economic Performance in French Manifacturing », *Eastern Economic Journal*, vol. 30 n° 4, Fall, p.643-658.

VALEYRE Antoine, 2006, « Conditions de travail et santé au travail des salariés de l'Union Européenne : des situations contrastées selon les formes d'organisation », Document de travail Centre d'Etudes de l'Emploi, n° 73, 48 p.

VAN MAANEN John, 1995, « Style as Theory », *Organization Science*, vol. 6 n° 1, p.133-143.

VARDI Yoav et WIENER Yoash, 1996, « Misbehavior in Organizations: A Motivational Framework », *Organization Science*, vol 7, n° 2, p. 151-165.

VAUJANY (de) François-Xavier (coord.), 2005, *De la conception à l'usage. Vers un management de l'appropriation des outils de gestion*, Editions EMS, collection Questions de société, Colombelles, 282 p.

VAUJANY (de) François-Xavier, 2006, « Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage », *Revue Management et avenir*, n° 9, p.109-126.

ZAMAGNI Stefano, 2010, « Gratuité et action économique », *Revue du MAUSS*, n° 35, p.213-220.

ZARIFIAN Philippe, 1995, *Le travail et l'événement*, Editions L'Harmattan, collection Dynamiques d'Entreprises, 249 p.

ZARIFIAN Philippe, 2001, « Evénement et sens donné au travail », *in* G. JEANNOT et P. VELTZ, *Le travail, entre l'entreprise et la cité*, Editions PUF, p. 109-124.

ZEYTINOGLU Isik, DENTON Margaret, DAVIES Sharon, BAUMANN Andrea, BLYTHE Jennifer, BOOS Linda, 2007, « Associations between Work Intensification, Stress and Job Satisfaction. The Case of Nurses in Ontario », *Relations Industrielles / Industrial Relations*, vol. 62, n° 2, p. 201-225.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS **5**

SOMMAIRE **7**

INTRODUCTION **9**

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET CADRAGE THEORIQUE **21**

CHAPITRE 1 – LE TOURNANT GESTIONNAIRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ **23**

1. LES VAGUES DE REFORMES DU SYSTEME DE SANTE 27
   - 1.1. Un passé encore proche 27
   - 1.2. Les réformes du financement des établissements de santé 29
   - 1.3. Les principes du nouveau management public 31
2. L'INTRODUCTION DES OUTILS GESTIONNAIRES DANS LA SANTE 33
   - 2.1. Quelques repères sur le PMSI et la T2A 34
   - 2.2. Les outils comme mode d'apprentissage de la logique gestionnaire 35
   - 2.3. La démarche qualité comme espace de discussion sur l'organisation 37
   - 2.4. Le tournant gestionnaire dans les établissements privés 40
3. L'IMPACT DU TOURNANT GESTIONNAIRE SUR LE TRAVAIL 41
   - 3.1. L'intensification du travail 41
   - 3.2. La montée des contraintes réglementaires et de l'évaluation 42
   - 3.3. La complexification des processus et de la coordination 44
4. LES PROFESSIONNELS DE SANTE FACE A LA MONTEE DES CONTRAINTES 45
   - 4.1. Les médecins face à la logique gestionnaire 46
   - 4.2. Les cadres sous tension 47
   - 4.3. Le malaise des soignants 50

CHAPITRE 2 – MAL-ÊTRE AU TRAVAIL ET DÉGRADATION DE L'ACTION COLLECTIVE **55**

1. L'ACTUALITE DE LA QUESTION DE LA SANTE AU TRAVAIL 58
   - 1.1. État des lieux de la question 58
     - *1.1.1. Quelques chiffres 58*
     - *1.1.2. La visibilité de la problématique dans l'espace public 60*

1.2. Une multitude de mots pour parler des maux du travail 61

1.2.1. Le stress 62
1.2.2. Les risques psychosociaux..... 63
1.2.3. Les processus de construction sociale des termes du malaise 64
1.2.4. La définition sous-jacente de la santé..... 65

2. LES CADRES THEORIQUES DE REFERENCE SUR LA SANTE AU TRAVAIL..... 66

2.1. L'impact des modèles organisationnels sur la santé au travail 69

2.1.1. Les grandes études épidémiologiques sur le travail 69
2.1.2. L'étude des configurations organisationnelles 70

2.2. L'analyse des facteurs psychosociaux 73

2.2.1. Le modèle « demande – latitude décisionnelle » de KARASEK 73
2.2.2. Le modèle « effort - récompense » de SIEGRIST 75

2.3. Les approches centrées sur le travail..... 77

2.3.1. L'ergonomie de langue française 77
2.3.2. La psychodynamique du travail 79
2.3.3. La clinique de l'activité..... 80
2.3.4. Les limites de ces approches 81

2.4. L'approche par les espaces de discussion..... 84

CHAPITRE 3 – LES RESSORTS DE L'ENGAGEMENT DANS LA REGULATION COLLECTIVE 91

1. LE TRAVAIL COMME « *ACTIVITE DE REGULATION* » 94

1.1. L'action collective, une activité de régulation 94

1.1.1. La reconstruction permanente des règles..... 94
1.1.2. Une vision de l'organisation fondée sur la pluralité des acteurs... 95
1.1.3. L'autonomie irréductible des acteurs 96

1.2. La régulation conjointe et ses dérèglements..... 97

1.2.1. Une rencontre entre différentes sources de régulation 97
1.2.2. La régulation conjointe 98
1.2.3. Les dérèglements de la régulation 99

1.3. Soutenir le travail de régulation 100

1.3.1. Organiser le « travail d'organisation » 100
1.3.2. Équiper le travail face à la sollicitation 101
1.3.3. Des espaces pour mettre en discussion le travail 102

1.4. Le pari de la coopération.....103

1.4.1. La coopération comme processus de régulation autonome.....104
1.4.2. Le don, source de la coopération.....105
1.4.3. L'activité de régulation, une relation de don 107
1.4.4. L'engagement dans la régulation, un don coûteux 108
1.4.5. Le travail en clé de don.....109

2. QUAND LA DYNAMIQUE DU DON APPARAIT DANS L'ORGANISATION 111

2.1. Du contrat au don, une unique dynamique 111

2.1.1. La logique du don par rapport à l'échange marchand.....112

2.1.2. Sans la part de don, le contrat de travail perd son sens *114*
2.1.3. Une dynamique bousculée par le tournant gestionnaire *115*

2.2. La finalité relationnelle du don 117

2.2.1. La réciprocité au principe de la relation de don ? *118*
2.2.2. L'enjeu de la réciprocité dans l'organisation *122*
2.2.3. Les modalités de la réciprocité *123*

2.3. Un don qui compte ? 125

2.3.1. Vérifier sans jamais calculer *125*
2.3.2. Équilibre en déséquilibre soutenable *128*
2.3.3. Exprimer sans jamais dire *130*
2.3.4. Apprécier la valeur du don *132*

2.4. L'irruption de la personne dans l'univers des règles 134

2.4.1. L'identité au risque du don *134*
2.4.2. « Persona non grata » dans les organisations *136*
2.4.3. La liberté, « règle du don » *138*

2.5. L'organisation incapable de don ? 142

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET TERRAINS 147

CHAPITRE 4 – LA RECHERCHE-INTERVENTION COMME APPRENTISSAGE DE LA DISCUSSION . 149

1. LES PRINCIPES METHODOLOGIQUES 152

1.1. Le cadre méthodologique de la recherche SORG 152

1.2. Deux recherches-interventions dans des établissements de santé 155

1.2.1. L'articulation intervention – recherche *156*
1.2.2. L'articulation entre niveaux micro et macro *158*
1.2.3. Visée de l'intervention et posture de la recherche *160*
1.2.4. Une approche ethnographique et ancrée dans le terrain ? *162*

2. LE DISPOSITIF DE RECHERCHE-INTERVENTION A L'EPREUVE DU REEL 164

2.1. La négociation de la recherche-intervention 164

2.1.1. L'accès aux terrains *164*
2.1.2. L'expression de la demande *166*
2.1.3. Le cadrage de l'étude *167*

2.2. La collecte des données empiriques 169

2.2.1. La stratégie de collecte des données *169*
2.2.2. Les entretiens *170*
2.2.3. L'observation in situ *174*
2.2.4. Les questionnaires *176*
2.2.5. Le recueil de documents *177*
2.2.6. Le focus group *179*

2.3. L'étape de co-construction du plan d'action 179

2.3.1. La restitution *180*
2.3.2. La construction du plan d'action par les groupes de travail *182*
2.3.3. L'accompagnement de la direction *184*

2.3.4. Un plan d'action impliquant tous les niveaux hiérarchiques 184
2.3.5. La reprise en main par les acteurs 185
2.3.6. L'évaluation ex-post 186

2.4. Le travail de production des connaissances 188

2.4.1. Le codage des données qualitatives 188
2.4.2. Le traitement des questionnaires 191
2.4.3. La remontée théorique 192
2.4.4. La mise en forme finale 193

3. QUELQUES REFLEXIONS SUR LA DEMARCHE 194

3.1. Les conditions de l'appropriation des résultats 195

3.2. Des erreurs d'interprétation ? 199

3.3. La recherche-intervention comme lieu d'apprentissage de la discussion .. 202

3.4. Questions éthiques 204

CHAPITRE 5 – BEAUSOIN, UNE ORGANISATION MALADE DE « *GESTIONNITE* » 207

1. UN CENTRE DE SOINS DE SUITE A LA POINTE 210

1.1. Un établissement de grande qualité et très bien doté 210

1.2. Des préoccupations partagées autour du « stress » 213

2. INNOVATION PERMANENTE ET ACTIVISME MANAGERIAL FACE AUX CONTRAINTES. 214

2.1. Surfer sur les vagues des réformes hospitalières 214

2.2. Le jeu avec les outils de gestion comme compétence stratégique 218

2.2.1. Des outils pour « photographier » l'activité 219
2.2.2. Des outils comme ressources pour la négociation 219
2.2.3. Des outils co-construits 221

2.3. Les limites d'une stratégie d'hyper-activisme gestionnaire 223

2.3.1. « On est tout le temps dans le projet » 223
2.3.2. « La surveillante n'est pas assez dans les services » 224
2.3.3. « J'ai jamais personne qui vient voir ce que je fais » 226

3. L'IMPACT SUR LE TRAVAIL DES EQUIPES 226

3.1. Un sentiment d'abandon et de manque de reconnaissance du travail 226

3.1.1. « Personne ne me voit » 226
3.1.2. « On est des pions qu'on déplace » 228
3.1.3. « Prendre en considération » 229
3.1.4. « On en fait plus pour le paraître » 231

3.2. Une communication interne défaillante 232

3.2.1. « On ne vient pas nous dire » 233
3.2.2. « Le royaume des bruits de couloirs » 233
3.2.3. « On n'est pas écouté ! » 236
3.2.4. « On est tout le temps en réunion » 237

3.3. Une défiance généralisée 238

3.3.1. « Je me méfie de tout le monde » 238
3.3.2. « Un conflit latent » 239
3.3.3. « Se prendre un événement indésirable » 240
3.3.4. « Dérapages » et « courts-circuits » 242
3.3.5. « En cas d'erreur, on ne sera pas soutenu » 243
3.3.6. « On se couvre » 246
3.3.7. « C'est du flicage » 247

3.4. Entre démotivation et protestation 248

3.4.1. « Je fais mon travail et puis c'est tout » 249
3.4.2. « Elle s'en rend même pas compte ! » 249
3.4.3. « Tirer la sonnette d'alarme » 250
3.4.4. « Je lâcherais bien mais je peux pas… » 251
3.4.5. Usure physique et risques psychosociaux 252

4. LA DIFFICILE SORTIE DES PIEGES DE LA « *GESTIONNITE* » 255

4.1. Des moyens considérables 255

4.2. L'urgence d'une réanimation managériale 256

4.3. « *Gestionnite* » chronique 258

4.4. Une structure rigidifiée 261

CHAPITRE 6 – GRANDSOIN, LA RÉGULATION EMPÊCHÉE 265

1. UN OUTIL DE TRAVAIL REMARQUABLE 268

1.1. Une belle et grosse structure 268

1.2. Grève choc et intervention musclée du CHSCT 269

1.3. Une réorganisation passée en force 270

2. UN CLIMAT SOCIAL TRES DEGRADE 273

2.1. Trois tableaux sur le climat social très alarmants 274

2.1.1. Une ambiance de travail tendue et négative 274
2.1.2. Des conditions de travail dégradées 275
2.1.3. Soutien et reconnaissance insuffisants de la hiérarchie 276

2.2. Des effets sur la santé 276

2.2.1. Santé perçue, fatigue et stress : mauvais signaux 276
2.2.2. Une forte prévalence de salariés en « travail tendu » 277

2.3. Les indicateurs d'alerte au niveau de l'organisation 278

2.3.1. Turn-over et départs volontaires 279
2.3.2. Un absentéisme élevé 279

3. UN TRAVAIL TRES CADRE, CONSTAMMENT DESORGANISE 280

3.1. L'activité dans les unités de soins de chirurgie digestive 280

3.1.1. Un flux constant d'entrées / sorties 282
3.1.2. Une masse de « paperasserie » 283
3.1.3. L'impact de la visite des médecins sur l'organisation 284

3.2. L'activité sur le plateau technique 286

3.2.1. Travailler « auprès de dieu » 288
3.2.2. Jongler en permanence avec le programme opératoire 289

3.3. Une activité en forte croissance et de plus en plus intense 290

3.3.1. « Il faut speeder » toute la journée 290
3.3.2. C'est « gérable », il faut juste « lisser les flux »… 292
3.3.3. « Si le flux bloque quelque part, c'est le bazar » 293

3.4. L'organisation aux prises avec la liberté des patrons 293

3.4.1. L'impossible exigence de discipliner les tout-puissants 294
3.4.2. Travailler sous l'œil de l'évaluateur : l'effet « big brother » 295

4. LES EQUIPES SOUS TENSION 296

4.1. Les empêchements de la coopération 297

4.1.1. Les interdits imposés aux ASH 297
4.1.2. La chasse aux glissements de tâches 300

4.2. Le manque de soutien de la part du management 302

4.2.1. Un management absent 302
4.2.2. Jamais de réponses de la direction 303
4.2.3. Pas de réunions ni d'espaces de dialogue 304
4.2.4. On n'a plus confiance 306
4.2.5. « C'est jamais assez » 307

5. LE ROLE INTENABLE DES CADRES DE PROXIMITE 309

5.1. Regards croisés sur les cadres et leur rôle 309

5.1.1. Des « disjoncteurs, là où il y a tous les faux contacts » 309
5.1.2. « Je ne vois pas l'utilité de leur rôle » 310
5.1.3. « Les mains dans la pâte » : du maternage ? 312

5.2. L'insaisissable travail des managers 315

5.2.1. Ce qu'ils ne managent pas vraiment… 315
5.2.2. …et ce qu'ils font : tâches parasites et travail invisible 317

6. UNE ISSUE DOUBLEMENT INATTENDUE 319

6.1. Un plan d'action sur tout le processus de management 320

6.2. Coup de théâtre : la défaite du management 322

6.3. Une issue inattendue : l'appropriation souterraine du plan d'action 324

TROISIEME PARTIE : RESULTATS ET DISCUSSION 327

CHAPITRE 7 – QUAND L'HYPER-RATIONALISATION DÉTRUIT L'ECHANGE… 329

1. LA « *GESTIONNITE* » : UN EMBALLEMENT DU CONTROLE 333

1.1. La course à l'excellence ou l'impossible exigence du zéro-défaut 334

1.1.1. Obligation de résultat 334

1.1.2. La traque aux erreurs et la phobie du risque 337
1.1.3. La chasse aux glissements de tâches 338
1.1.4. Donner l'illusion de la qualité parfaite 342

1.2. La tentation de l'hyper-rationalisation 345

1.2.1. Management « hyper-rationnel » vs « hyper-affectif » 345
1.2.2. La rationalisation comme réponse à tous les problèmes 351

2. QUAND LA REGULATION CONJOINTE FAIT DEFAUT… 353

2.1. Un management de proximité sous tension 353

2.1.1. Une position intenable 353
2.1.2. Le travail de régulation, une activité invisible et méprisée 356
2.1.3. Un management absorbé par l'hyperactivité gestionnaire 358

2.2. Les outils se substituent à la relation 361

2.2.1. L'évitement de la confrontation à l'autre 362
2.2.2. Des outils qui ne servent plus le travail concret 365

2.3. La disparition de la discussion 369

2.3.1. Le statut de la parole dans l'organisation 369
2.3.2. Appels au dialogue 372

3. LA RECONNAISSANCE MISE A MAL 376

3.1. La reconnaissance du travail 376

3.1.1. « On ne réalise pas le travail qu'on fait ! » 376
3.1.2. Reconnaître la charge de travail 377
3.1.3. Jugements d'efficacité et jugements de beauté 379
3.1.4. Avoir part au mérite collectif 382

3.2. La reconnaissance de la personne 383

3.2.1. L'impression d'être invisible 383
3.2.2. Se sentir un pion 384
3.2.3. Le respect de la personne 385
3.2.4. Au-delà du statut 386

3.3. La reconnaissance de la dynamique de don 388

3.3.1. Ce qui motive le don 388
3.3.2. Un don sans retour 390
3.3.3. Le sentiment d'être floué 391
3.3.4. Des comptes d'apothicaire 392
3.3.5. Entre ce qui est dit et ce qui ne peut être dit 393

CHAPITRE 8 – L'ENJEU DE LA RECONNAISSANCE DES DYNAMIQUES DE DON 397

1. LE MAL-ETRE AU TRAVAIL, UN MALAISE DU DON 400

1.1. La disparition du dialogue sur le travail 400

1.2. L'impact du tournant gestionnaire des établissements de santé 404

1.3. L'appel à la reconnaissance 406

1.4. La régulation conjointe mise en échec 408

1.5. L'épuisement des dynamiques de don au travail 410
1.6. L'enjeu des espaces de discussion et de reconnaissance du travail 412
1.7. Intérêt d'une approche par le don et proposition d'une définition.....414

2. LE ROLE DU MANAGEMENT DANS LE SOUTIEN DES DYNAMIQUES DE DON.....418

2.1. Le management mis au défi.....418

2.1.1. Le difficile rôle de lien du management de proximité.....418
2.1.2. Désempêcher le management.....422
2.1.3. La délicate mise en visibilité de l'indicible.....424
2.1.4. Réintroduire le dialogue et reconquérir la confiance.....428
2.1.5. Le don et les outils de gestion.....429

2.2. Interroger l'anthropologie sous-jacente 431

2.3. Pistes pratiques pour un management faisant place au don 433

2.3.1. Reconnaître la personne et le don 434
2.3.2. Favoriser les relations de réciprocité.....435
2.3.3. Les outils du management, instruments de reconnaissance.....436

CONCLUSION..... 441

ANNEXES..... 451

ANNEXE 1 : TABLE DES ILLUSTRATIONS.....454

ANNEXE 2 : TABLE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES UTILISES.....455

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE SORG 458

ANNEXE 4 : SYNTHESE RESULTATS DES QUESTIONNAIRES.....471

ANNEXE 5 : LISTE DES DOCUMENTS RECUEILLIS 476

- Centre de soins de suite Beausoin 476
- Clinique Grandsoin 478

ANNEXE 6 : PLAN D'ACTION GRANDSOIN 479

ANNEXE 7 : CATEGORIES DE CODAGE DONNEES CLINIQUE GRANDSOIN.....483

BIBLIOGRAPHIE..... 485

TABLE DES MATIÈRES..... 511

Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Étude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malades de « *gestionnite* »

Résumé : L'objectif de cette thèse est d'étudier l'impact sur le travail du tournant gestionnaire des établissements de santé et d'identifier les conditions organisationnelles et managériales favorables à la santé au travail. Elle associe une entrée à un niveau micro par l'analyse du travail et la prise en compte des contraintes provenant à un niveau macro de la montée de la régulation externe dans le champ de la santé. Elle mobilise une approche par le don et considère la reconnaissance comme le signal que la part de don contenue dans le travail a bien été vue et reçue comme telle par l'organisation, faute de quoi l'engagement dans une relation sans réciprocité tend à s'épuiser. Elle met en évidence le lien entre le bien-être au travail et l'existence d'espaces de discussion permettant la régulation locale du travail et l'expression de la reconnaissance, ainsi que le rôle du cadre de proximité dans l'animation de ces espaces. La thèse s'appuie sur deux recherches-intervention ethnographiques dans un centre de soins de suite associatif et une clinique privée engagés dans une hyperactivité gestionnaire. Les deux études confirment que le mal-être au travail peut être lu comme un malaise du don et soulignent l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Elles mettent en évidence le rôle fondamental du management, tant des cadres de proximité que des directions, afin que les outils de gestion ne se substituent pas à la relation et au dialogue mais s'accompagnent d'espaces de reconnaissance du don qui soutiennent l'engagement et la coopération.

Mots clés : santé au travail – établissements de santé – management – régulation – discussion – reconnaissance – don.

The transformations of management in healthcare organizations and their impact on occupational health: the importance of recognizing gift dynamics. Study of a healthcare centre and a private hospital suffering from "*managementitis*"

Abstract: The aim of this thesis is to study the impact on work of the managerial turn in healthcare organizations and to identify the organizational and managerial conditions favourable to occupational health. We adopt a double entry: at a micro level through the analysis of work and at a macro level through the increasing external regulations that constrain work in healthcare organizations. We propose an approach using gift theories. We consider that working contains a part of self-giving which has to be recognized and accepted as a gift by the organisation, otherwise it leads to a relationship without reciprocity that results in exhausting self-commitment. The research underlines the link between well-being at work and discussion forums. These forums allow local regulation of activity and expression of recognition. Middle managers play a central role in leading these discussion forums. The thesis is based on two ethnographic intervention-researches. The first one takes place in a follow-up care centre and the second one in a private hospital, both suffering from a managerial hyperactivity. The studies confirm that the malaise at work can be understood as a malaise of gift dynamics which need to be recognized. They show the essential role of first line and top managers, so that management tools do not replace relationship and dialogue but sustain commitment and cooperation, being true recognition forums for gift.

Keywords: occupational health - healthcare organizations – management – regulation – discussion – recognition – gift.