

Repenser l'organisation du travail avec les acteurs : expérimentation soutenue par la HAS dans une clinique psychiatrique

La qualité de vie au travail est une notion polysémique et ambiguë, « sans encore, de définition stabilisée, au sens de norme juridique ou scientifique, en France comme à l'étranger » [53]. Et au creux de son ambivalence, elle est l'objet d'importantes controverses. Pour certains, la qualité de vie au travail est un moyen de « parler positivement des conditions de travail, que l'on a tendance à aborder négativement » et de mobiliser « des aspects qui font davantage appel au ressenti » [6]. Pour d'autres, contre cette conception, « se contentant d'aborder l'écume sociétale (congé parental, conséquences de l'introduction des nouvelles technologies...) » [56], la qualité de vie au travail doit être conçue comme un moyen de soutenir la « centralité du travail » [52] et d'ouvrir « des promesses de transformation au travers d'espaces de discussion, qui redonnent la parole à tous, et notamment à ceux qui ne l'ont pas ou peu » [14].

La Haute Autorité de santé prend le parti d'articuler qualité de vie au travail et qualité du travail, c'est-à-dire qualité de vie au travail et qualité des soins : « La qualité de vie au travail résulte des conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci. La clé de voûte de la qualité de vie au travail réside dans le pouvoir d'agir sur son travail. [...] La qualité de vie au travail est conçue comme un processus itératif étroitement corrélé à l'amélioration de la qualité des soins, (qui) repose sur des mécanismes renouvelés de responsabilisation, d'autonomie et de prise de décisions » [30]. La formulation du problème de la qualité de vie au travail par la HAS devient alors celle-ci : comment soutenir les capacités d'initiative et réflexives des organisations et des professionnels sans prescrire et ordonner au nom de la qualité de soins ?

La HAS choisit d'instituer un cadre dans lequel les salariés des établissements pourront chercher à déployer des expérimentations : le cluster qualité de vie au travail¹ est conçu « pour permettre une réelle dynamique d'expérimentation de la démarche qualité de vie au travail à l'échelle des environnements réels de travail » [28]. Nous ne déploierons pas, dans cet article, la question de cette instrumentation institutionnelle mais l'exemple d'une de ces expérimentations.

Une expérimentation menée dans une clinique psychiatrique

Cette clinique privée de psychiatrie générale, de plus d'une centaine de salariés, accueille chaque année, sur deux sites, pour des courts séjours, plus d'un millier de patients. Son directeur place la démarche qualité de vie au travail dans un cadre défini : la production d'un cahier des charges précisant ce dont les salariés ont besoin pour leur travail afin de préparer le déménagement des services vers un nouveau site : « Pour la démarche qualité de vie au travail, je leur ai demandé de construire un cahier des charges avec des propositions pour la future organisation du nouveau site. » La démarche qualité de vie au travail est conçue comme le moyen de mobiliser la participation des personnels dans l'organisation du nouveau site.

À la demande de l'association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (Aract), partenaire du cluster, et de la HAS, un trinôme est constitué d'un médecin, du directeur adjoint et d'un représentant du personnel siégeant au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), auquel se joignent un responsable qualité et un coordinateur des soins infirmiers (Idec) pour former le comité de pilotage.

Dans un premier temps, ce Copil ne trouve pas les moyens de répondre à la demande qui lui a été formulée. À ce point, difficile, de la démarche, l'Idec joue un rôle essentiel en permettant l'articulation de la demande faite au Copil avec le problème d'organisation du travail dans un service : « Au début, dans le Copil, le sujet était très ouvert. Trop [...]. Et là, je passe (au service X) tôt le matin. Et j'ai vu travailler mes collègues. À 6 heures du matin. J'ai compris tout de suite qu'il y avait des choses très compliquées [...]. Donc quand je suis allé à la réunion du Copil, j'avais tout ça en tête. Donc on a pris ce créneau comme axe de travail. Et on a commencé à définir la méthodologie. » La connaissance de l'activité, mobilisée par cet infirmier coordinateur, permet de circonscrire la question de la formulation d'un cahier des charges pour un déménagement au problème de l'organisation du 6 heures/9 heures d'un service. Ce problème reformulé, le Copil concevra, successivement, trois dispositifs méthodologiques : la constitution d'un groupe de travail, l'observation de l'activité et l'expérimentation *in situ*.

Le groupe de travail est formé d'une part de l'infirmier coordinateur et de la responsable qualité, et d'autre part, suite à un appel à candidature, de quatre infirmiers. L'objet du groupe de travail, formulé par le Copil, est le

Christophe Massot

Expert en santé travail, docteur en sciences de gestion
Cathel Kornig
 Sociologue du travail, docteure en sociologie, membre associé du Laboratoire d'économie et de sociologie du travail (Aix-Marseille université, CNRS, LEST, Aix-en-Provence, France)

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.

1. Pour en savoir plus sur les clusters QVT mis en place par l'Anact et le réseau d'Aract, la HAS et la DGOS, cf. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972806/fr/evaluation-des-clusters-sociaux-qualite-de-vie-au-travail-dans-les-etablissements-sanitaires-et-medico-sociaux



Prendre soin des professionnels de santé

suivi de la séquence du 6 heures/9 heures afin d'élaborer des propositions pour « améliorer l'organisation de travail de la fin de nuit jusqu'à 9 heures ».

Lors une première réunion, ce groupe éprouve des difficultés à expliciter directement les problèmes du service. Ce groupe imagine alors une solution : désigner le responsable qualité pour procéder à « un relevé d'activité » de 6 heures à 9 heures dans le service. *« On s'est dit qu'il fallait faire un état des lieux des pratiques pour pouvoir comprendre ce qu'il se passait et identifier les dysfonctionnements [...]. Je ne l'avais jamais fait de venir à 6 heures voir le travail des infirmiers. J'avais un regard naïf. Et j'ai pu observer les choses que les soignants ne voient pas. Ou plus ! J'ai fait un relevé d'activité dans lequel je notais tout : les déplacements, les mots qui étaient dits, les interruptions, le matériel utilisé, minute par minute... Et, en groupe de travail, j'ai lu ce que j'avais observé. »*

Lors des deux séances suivantes, ce relevé est l'objet de vives discussions, les infirmiers ayant des points de vue différents sur ce qui est fait, ce qui devrait être fait et ce qui n'est pas fait, les non-infirmiers cherchant à comprendre les raisons de ces écarts. La restitution de ce relevé, en groupe de travail, a permis l'expression des différents points de vue sur ce qui peut poser problème, cette expression suscitant discussion, différends et désaccords. Cependant l'objet de ce groupe de travail ne consistait pas seulement à analyser l'activité mais à élaborer des propositions d'organisation en vue du déménagement. Il était contraint de parvenir à produire un discours commun sur ce qui pourrait être proposé au Copil. *« On avait cet objectif : travailler dans la future organisation. Il y avait l'enjeu de formuler des propositions ! Pas seulement de discuter »,* rappelle l'infirmière coordinatrice. Ce groupe de travail n'a pas alors cherché à clore ses différends pour produire un consensus mais à les mettre à l'épreuve pour les instruire.

Parmi les nombreux problèmes mis au travail, prenons l'exemple de la file d'attente, avant l'administration des médicaments. À partir de 8h15, les patients attendent dans un couloir du service pour accéder à la salle de soins et recevoir leurs médicaments. Cette attente pose plusieurs types de problèmes. Certains patients, angoissés par cette prise de médicament, peuvent attendre très tôt, dès 7 heures, afin de pouvoir accéder, avant les autres, à la salle de soins. D'autres patients, âgés, fatigués ou en souffrance psychique, éprouvent d'importantes difficultés à attendre. D'autres patients encore se refusent à cette attente, les infirmiers devant alors ensuite les chercher. De plus, cette attente peut provoquer une angoisse qui peut se transmettre et gêner la relation clinique avec l'infirmier. L'analyse commune est que l'administration des médicaments, dans une seule salle de soins, entre 8h15 et 9 heures, pose

des problèmes d'attente et dégrade la qualité de la prise en charge des résidents.

Mais si les infirmiers, membres du groupe de travail, s'accordent sur l'importance de ce problème, ils s'opposent sur les modalités possibles de sa résolution. Certains estiment que, pour réduire le temps d'attente des patients, les médicaments doivent être administrés, en même temps, dans deux salles, par les deux infirmiers en service. Pour d'autres, l'administration doit être faite dans les chambres pour respecter la fragilité de certains patients et supprimer toute attente dans le couloir. Mais chacune de ces propositions pose certains problèmes. Face à ce dilemme, le groupe de travail décide de prendre au sens littéral l'expression « d'expérimentation ». Chacune de ces deux solutions sera expérimentée, pendant une semaine, pour être éprouvée et évaluée, la solution de l'administration dans deux salles trouvant la préférence du personnel et des patients.

L'évaluation de cette expérimentation a ensuite été présentée, par le groupe de travail, au personnel et au Copil, puis transmise au directeur. Ce dernier a alors demandé la modification des plans du futur site pour rendre possible la mobilisation de deux salles pour l'administration des médicaments.

Conclusion

Deux éléments nous paraissent révélés par cette expérimentation. D'abord, les salariés de ces établissements sont parvenus à reformuler, aux différents niveaux de l'organisation, le problème initial du déménagement, qui a successivement été traduit comme un problème d'organisation d'un service, le 6 heures/9 heures, de travail, d'administration des médicaments, d'attente des patients, de solutions contradictoires et, enfin, d'expérimentation. Cette traduction a été le moyen du transfert du pouvoir d'initiative du directeur vers les personnels de soin, et des personnels de soin vers le directeur.

Ensuite, les acteurs de cet établissement ne se sont pas refusés à l'expression de leurs désaccords. Au contraire, ils ont cherché à les instruire comme moyen d'explorer leur activité et d'expérimenter de nouvelles manières de faire. Les possibilités de désaccords et la formulation d'oppositions ne sont pas des empêchements de la discussion. Elles sont au contraire le moyen de son développement, en permettant aux différents points de vue d'être entendus et mis en relations. Et, plus encore, comme l'ont éprouvé ces professionnels, le désaccord n'est pas un obstacle à l'invention collective d'autres manières de faire. Il en est, au contraire, une étape nécessaire, *« la régénération du conflit (pouvant être) le moteur de la transformation de l'organisation du travail »* [13]. ■