



HAL
open science

Reconstruire un travail de lien dans les établissements de santé

Fatéma Safy-Godineau

► **To cite this version:**

Fatéma Safy-Godineau. Reconstruire un travail de lien dans les établissements de santé. Soins, 2018, 63 (830), pp.52-53. 10.1016/j.soin.2018.09.013 . hal-02974153

HAL Id: hal-02974153

<https://hal.science/hal-02974153>

Submitted on 21 Oct 2020

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.

RECONSTRUIRE LE TRAVAIL DE LIEN DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE : UNE NECESSITE POUR SOUTENIR LA SANTE MENTALE DES SOIGNANTS

Fatéma SAFY-GODINEAU

Maître de Conférences en Sciences de Gestion,
IAE Pau-Bayonne

Les réformes hospitalières, amorcées depuis les années 1980, placent les hôpitaux au cœur d'une nouvelle régulation publique. Exigence, efficacité, efficience, performance et adaptabilité constituent dès lors les maîtres-mots d'une nouvelle gestion publique, obligeant les hôpitaux à passer d'une logique de moyens à une logique de résultats où la « production » de soins prime sur la qualité des soins, où les valeurs comptables se heurtent aux valeurs d'aide et d'accompagnement, où les objectifs économiques dérèglent les pratiques de soin (Safy, 2013). Face à ce contexte, les soignants font état d'une impossible mise en visibilité des difficultés de leur travail réel. Expression d'un véritable sentiment d'abandon, cette complexité à dire l'impossible mise en œuvre du métier, marque le fossé qui se creuse entre le management et le travail dans les établissements de santé (Detchessahar et Grévin, 2009 ; Safy, 2013). Cette expérience professionnelle douloureuse, reflet du délitement des collectifs de travail et du sentiment d'appartenance qu'ils soutiennent, pose la question de l'organisation du travail de soin et du nécessaire maintien de la réflexion sur les conflits et contradictions qui jalonnent la réalisation de ce dernier (Clot, 2010). Dans ce sens, plusieurs perspectives managériales, allant dans le sens d'une réhabilitation du débat sur le travail et permettant la reconstruction des collectifs de travail, doivent être privilégiées.

Ainsi, il est conseillé aux cadres de santé, premièrement, de favoriser et renforcer les relations collégiales entre pairs homogènes, mais aussi dans l'interdisciplinarité. En effet, les espaces d'échanges formalisés des équipes soignantes (staffs, transmissions) sont aujourd'hui de plus en plus restreints et fourvoyés de leur sens, empêchant la réflexion et la discussion sur les pratiques de travail. Pourtant, ces espaces de discussion, en permettant l'échange des connaissances et des informations, contribuent à la coordination du travail de soin. Ils accordent aux équipes soignantes la possibilité de réfléchir aux situations professionnelles vécues, aux modalités de prise en charge mises en place et aux difficultés, inquiétudes et tensions qu'elles soulèvent. En ce sens, ces espaces de discussion sur le travail sont les garants du maintien de la cohésion sociale, d'une qualité de soin, et de la santé mentale des soignants. Lieux où se construit le travail d'équipe, les dynamiques collectives, ils deviennent des outils managériaux contribuant à la dynamique identitaire, à la reconnaissance des sources de souffrances professionnelles vécues, à la libération des tensions émotionnelles. Ainsi, il est important pour les cadres de santé d'accorder aux équipes soignantes les moyens organisationnel, temporel et spatial de cet échange (Detchessahar, 2011, 2013).

De même, il est recommandé aux cadres de santé d'organiser la participation des équipes soignantes aux décisions et projets concernant leur activité de soin. En effet, si le collectif de travail trouve sa raison d'être dans le travail d'équipe, il se construit aussi dans la dynamique d'appartenance à une organisation permise par les processus participatifs au travail. Afin que ces derniers ne soient pas réduits à une simple consultation des équipes soignantes, annihilant toute forme de débat, il est conseillé aux cadres de santé de les mettre en œuvre autour de trois étapes clés. (1) Permettre aux équipes soignantes d'avoir une compréhension raisonnée des décisions et projets de soin par une meilleure explicitation de leur raison d'être : à quels impératifs répondent-ils et quels sont leurs enjeux ? De cet effort nécessaire d'explicitation dépend la capacité des équipes soignantes à trouver du sens aux projets et décisions qui leur sont proposés/imposés, sans pour autant y adhérer. (2) Avoir une compréhension des impacts opérationnels de ces décisions et projets de soin. Ce qui nécessite la mise en œuvre d'une

réflexion collective sur les impasses des choix managériaux auxquelles se heurtent les équipes soignantes dans la mise en œuvre de leur travail de soin. Est mise en évidence l'importance, pour les cadres de santé, de construire avec les équipes soignantes une intelligibilité des décisions et projets de soin, c'est-à-dire d'évaluer leur faisabilité à la lumière des tensions organisationnelles, structurelles et professionnelles qu'ils posent (Dumond et al., 2007). Afin que cette réflexion collective soit porteuse de sens, de reconnaissance et de dynamique identitaire, il convient pour les cadres de santé de ne pas reproduire ici l'une des dérives les plus courantes des processus participatifs : ouvrir aux équipes soignantes des espaces d'échanges formalisés où leur parole est simultanément convoquée et niée (Safy, 2013). A cette fin, la troisième étape du processus participatif est nécessaire. (3) Construire les modalités de résolutions des tensions soulevées avec les équipes soignantes, afin de les soutenir et de les accompagner dans leurs difficultés et efforts au travail. Dans cette veine, la participation, ne suppose pas d'obtenir un consensus et une adhésion des équipes soignantes aux décisions et projets concernant leur activité de soin, mais de susciter de la cohérence dans la mise en œuvre de l'organisation du travail de soin (Detchessaher, 2013).

Cela suppose, pour les cadres de santé, de réinvestir le « travail de lien » avec les équipes soignantes. Défini comme une activité de régulation des contradictions entre les exigences globales des établissements et le maintien d'une cohérence locale du et au travail, et une activité de relation par laquelle l'encadrement de proximité est en mesure de rassurer, reconnaître et soutenir ses équipes, ce travail de lien est inhérent à la fonction managériale (Bouret, 2008). Il est alors de la responsabilité des directions des établissements de santé, d'une part, de reconnaître ce travail de lien et de l'inscrire dans l'organisation du travail afin d'octroyer aux cadres de santé, comme aux équipes soignantes, les moyens temporels et spatiaux de sa mise en œuvre. D'autre part, de former les cadres de santé afin de les accompagner et de les soutenir dans la mise en œuvre de ce travail de lien. Selon ces recommandations, les établissements de santé doivent relever le défi de la re-solidarisation des collectifs de travail, afin de favoriser le maintien de la santé mentale des soignants. Cela, car le travail de lien, à et entre tous les niveaux hiérarchiques, est porteur d'une pratique de soins éthique source de confiance dans les relations de travail, de reconnaissance au travail, de construction d'un sens commun du travail et d'une dynamique identitaire, faisant aujourd'hui lourdement défaut dans l'expérience de travail vécue par les soignants.

Références bibliographiques

- BOURET, P. (2008). « Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible », *Revue Française d'Administration Publique*, n° 128, 729-740.
- CLOT, Y. (2010). *Le travail à coeur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris : La découverte.
- DETCHESSAHAR, M. (2013). « Faire face aux risques psychosociaux : quelques éléments pour un management par la discussion », *Revue Négociations*, 19, 57-80.
- DETCHESSAHAR, M. (2011). « Santé au travail : quand le management n'est pas le problème mais la solution », *Revue française de gestion*, mars, (214), 89-105.
- DETCHESSAHAR, M., & GREVIN, A. (2009). « Une organisation de santé... malade de gestionnisme », *Gérer et comprendre*, 98, 27-37.
- DUMOND, J-P, HALGAND, N. & LOMBRAIL, P. (2007). « La construction du sens et de la santé dans les organisations du travail », *Actes de la 2ème journée pluridisciplinaire AGRH*, Le management de la santé et sécurité au travail, ESC Saint-Etienne/IREGE, 26-27 Avril.
- SAFY-GODINEAU, F. (2013). La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion, *La nouvelle revue du travail [en ligne]*, 3 | 2013 : Financiarisation et travail.