



GRH

32^{ème} congrès de l'AGRH
Paris, 13-14-15 octobre 2021

**Mutations de l'environnement, mutations
des organisations, mutations de la GRH ?**



ROMAIN MORETTI

UNIVERSITE DE CORSE

RETROUVER LE SENS DU TRAVAIL GRACE AU POUVOIR D'AGIR : LE CAS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

Résumé

La crise sanitaire de la COVID 2019 qui semblait sonner la fin de l'hôpital public, a conduit à une prise de conscience accélérée des maux du secteur de la santé publique qui voit aujourd'hui de nombreux projets/recherches travailler à son renouveau. Ce papier s'intéresse à l'essor du pouvoir d'agir comme vecteur de sens pour les professionnels de santé.

Introduction

Le 6 mars 2020, le président de la République a déclenché le plan blanc dans tous les hôpitaux de France afin de faire face à la crise sanitaire causée par la COVID 19. Déjà sous tension, l'hôpital public a affronté une première vague et doit désormais faire face à une seconde. Combien de vagues peut-il encaisser avant de s'écrouler ?

L'hôpital public est depuis longtemps figé dans un dualisme profond et destructeur conduisant au malaise des praticiens hospitaliers engendré entre autre par une bureaucratie galopante. Au-delà des revendications essentielles portant sur les conditions et la surcharge de travail : horaires difficilement compatibles avec une vie familiale, gestion du personnel en flux tendus, rappels en urgence, réquisitions le dimanche, etc. les praticiens hospitaliers subissent le poids d'une bureaucratisation de plus en plus écrasante : courriers, réunions multiples, protocoles alourdis, etc. Depuis cinquante ans, les réformes portant sur l'hôpital ont toutes renforcé le pouvoir de la direction. La loi Bachelot de 2009 marque une rupture qui visait à donner à l'hôpital « un patron », elle conduit à une centralisation du pouvoir entre les mains de quelques chefs de pôles, ainsi on est progressivement passé d'un pouvoir médical extrême à un pouvoir administratif absolu. La direction gère l'ensemble de l'hôpital public : les bâtiments (construction et entretien), l'informatique, la logistique, l'embauche et la gestion du personnel, les équipements médicaux, l'organisation des blocs opératoires, la gestion des lits jusqu'à la nomination des médecins. Ce déséquilibre des rapports conduit à l'opposition entre deux identités professionnelles différentes : le praticien hospitalier et l'administratif, caractérisé par le contraste de deux logiques : praticienne et budgétaire. La loi Bachelot ancre la notion de productivité au sein de l'hôpital public, qui consiste à réduire le temps de passage aux urgences afin d'optimiser l'usage des moyens existants. Petit à petit, les professionnels de santé se désengagent, la pression du « faire toujours plus avec toujours moins » accroît les formes de mal être au travail (stress, burn-out, bore-out, brown-out, etc.) et conduit à une perte de la qualité des soins et du service public.

Paradoxalement, la crise de la COVID 19 qui semblait sonner le glas d'un modèle déjà à l'agonie, a favorisé une inversion du système et par la même une prise de conscience. Face à l'urgence imposé par la crise sanitaire, les directions n'ont pas eu d'autre choix que de laisser faire les agents de terrain. Suivre les procédures classiques aurait été trop long. En libérant le pouvoir agir des praticiens hospitaliers, les directions ont favorisé une forme d'intelligence

collective à l'origine de solutions agiles. L'un des symboles de cette agilité est sans doute le célèbre masque de plongée de la marque Décathlon détourné de son usage pour répondre aux besoins des soignants. En relâchant l'entrave administrative, la crise sanitaire a permis aux praticiens hospitaliers, d'être créatif, d'innover et de se positionner comme un vrai réacteur de l'hôpital public. Le modèle classique de prise de décision descendante et subie ne permet pas aux professionnels de santé d'être en phase avec la réalité quotidienne, ce décalage conduit inévitable à une perte de sens et à une dégradation de la qualité des soins.

Développer le pouvoir d'agir des professionnels de santé permet-il de bien faire son travail et d'améliorer le sens du/au travail ?

Pour aborder cette problématique, la théorie du sensemaking (Weick, 1995) propose un cadre d'analyse pertinente. Pour l'auteur, l'organisation est un processus continu (*ongoing process*), renouvelée d'interrogation et de création de sens, reposant sur les interactions de ses membres. L'organisation est présentée comme un construit social où les individus argumentent, rationalisent et justifient ce qu'ils font, disent et pensent. Le sensemaking se présente alors comme le processus d'élaboration du sens, permettant de fonctionner collectivement et de réduire l'ambivalence d'une situation afin de pouvoir continuer à agir. En s'inscrivant dans le courant de la théorie du sensemaking, notre étude cherchera à comprendre les effets du développement du pouvoir d'agir des collaborateurs, sur la construction du sens de l'activité.

La première partie de ce travail est consacrée à l'analyse de la littérature. La seconde partie présente la démarche méthodologique envisagée ainsi que les perspectives de l'étude.

I. La présentation des concepts mobilisés

Le cadre théorique est consacré à l'étude des concepts mobilisés. Dans ce travail, le « pouvoir d'agir » est appréhendé via le prisme de la clinique de l'activité afin de retrouver le sens du travail « bien fait ».

1. Le pouvoir d'agir ou l'activité du sens

Le pouvoir d'agir est un concept récent dans le champ de la psychologie du travail et de l'ergonomie (Clot, 1997 ; Rabardel, 1998 ; Clot, Faïta, Fernandez et Scheller, 2000), il s'inscrit dans le courant de la clinique de l'activité. Le pouvoir d'agir mesure la marge d'action effective du sujet dans son milieu professionnel, ce que Clot (2008) appelle le rayonnement de l'activité.

L'activité englobe ce qui se fait, ce qui ne se fait pas, ce qu'on ne fait plus, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir, ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense pouvoir faire ailleurs, ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire. L'activité est donc constituée par ce qui est réalisé, soit l'action mise en œuvre, et ce qui est réalisable, le potentiel d'action. Le décalage entre le réalisé et le réel s'établit chez l'individu par un dialogue interne et subjectif permettant de produire une dynamique d'action. Les actions suspendues, contrariées ou empêchées contribuent aussi à construire le sens de l'activité.

La clinique de l'activité appréhende le pouvoir d'agir comme un concept hétérogène qui augmente ou diminue en fonction du sens et de l'efficacité de l'action (Clot, 2008). Il représente le spectre de l'activité de l'individu et se métamorphose via le sens et l'efficacité de l'action. Ainsi l'activité du sujet se voit amputée de son pouvoir d'agir quand l'action est déliée de sens, inversement il peut se développer si l'action dépasse les attentes escomptées et conduire à un renouvellement du sens par un phénomène de discordance créatrice. L'opérationnalité devient une nécessité pour entretenir, pérenniser et développer le rayonnement de l'activité. En tension avec le sens, l'efficacité, constitue le second moteur du pouvoir d'agir. En cherchant à optimiser l'action pour atteindre les objectifs, le collaborateur parvient à réduire sa charge de travail et peut prendre du recul sur celui-ci, il favorise ainsi l'émergence de nouvelles alternatives élargissant sa marge d'action effective.

La clinique de l'activité présente le pouvoir d'agir comme un concept dynamique et le point de convergence entre l'action et le sens. Cette approche questionne le fondement de l'activité, mais semble occulter les conditions de mise en pratique. Aussi nous considérons que l'activité offre un spectre d'action, que des marges de manœuvre trop réduites peuvent atrophier.

En science de gestion le pouvoir d'agir est conçu principalement à travers une visée pratique (Yalenios, 2018) : l'empowerment, qui se caractérise essentiellement par la valorisation de l'autonomie et de la responsabilisation. L'empowerment est défini comme la capacité d'un individu à exercer un contrôle sur la définition et/ou la nature des changements qui le concernent (Rappaport, 1987). Le Bossé (2003) le présente comme le développement du pouvoir d'agir, dans la mesure où il sous-tend un processus favorisant l'émergence des conditions nécessaires à la manifestation d'un pouvoir d'agir. Dans sa conception psychologique, le concept atteste de la volonté et de la capacité du collaborateur à façonner son rôle professionnel. L'empowerment psychologique correspond à un construit individuel incluant souvent les quatre cognitions suivantes : le sens perçu du travail, correspondant à la valeur perçue d'un objectif ou d'une finalité du travail en relation avec les croyances, les attitudes et les valeurs personnelles ; le sentiment de compétence exprimant le degré auquel un individu croit en sa capacité d'effectuer son travail de façon efficace ; le sentiment d'autodétermination correspondant au degré auquel un individu a le sentiment d'avoir la liberté de faire des choix dans l'initiation et la régulation de ses actions et le sentiment d'impact défini comme la capacité des personnes d'effectuer les changements désirés, voire de manipuler et de contrôler leur milieu de travail (Thomas et Velthouse, 1990 ; Spreitzer, 1995).

Le développement du pouvoir d'agir élargit le cadre d'action et améliore l'agilité organisationnelle (Anton, 2020). Il apparaît comme un processus évolutif et proactif, influencé par des caractéristiques contextuelles et psychologiques. Le pouvoir d'agir est façonné par un dialogue interne vecteur de sens et d'efficacité, redéfinissant continuellement les aspirations et l'activité du collaborateur. Clot (2008, p. 18), présente l'essor du pouvoir d'agir comme le rayonnement du « bien faire ».

2. La reconnaissance et l'utilité du « travail bien fait »

Selon la théorie de l'ajustement au travail, l'individu réagit à son environnement à partir de ses connaissances et de ses préférences. Le milieu professionnel est également régi par un ensemble d'habiletés et de valeurs. Aussi chaque individu tend à rechercher un travail qui tiendra compte de ce qu'il peut faire et ce qu'il veut faire. Ces conditions apparaissent

essentielles pour tendre vers l'idée du « travail bien fait ». Celui-ci consiste, pour le collaborateur, à atteindre les buts qu'il s'est donnés ou qu'on lui a donnés, et à parvenir à un résultat qu'il considère défendable. Cela suppose qu'il puisse juger ce qu'il fait, juger ce que font ses collègues, débattre ensemble sur le sens de leurs actes, penser et repenser leur activité, la corriger ou la transformer (Clot, 2013). Cette approche articule l'idée du « travail bien fait » autour de deux dimensions dépendantes, une première externe et collective matérialisée par la reconnaissance au travail et une seconde interne et individuelle caractérisée par le sentiment d'utilité.

La reconnaissance au travail est définie par Burn et Degas (2005), comme une réaction constructive et dynamique portée sur la contribution d'un individu. Renault (2004) rapproche le concept de la notion de valeur en considérant qu'il s'agit de la confirmation par autrui de la conviction acquise par un individu de sa propre valeur, à l'issue de différents processus d'évaluation. La reconnaissance permet à chacun de voir son activité avec les yeux de l'activité de l'autre et de redécouvrir son expérience en vue de la transformer (Fall, 2015). Ainsi, elle est déterminante dans la construction de l'identité, de la motivation, de la satisfaction, du sens au travail et permet à l'individu d'appréhender son potentiel d'action. Les différentes approches dans la littérature en sciences de gestion témoignent du caractère polysémique du concept (Fall, 2015). Parmi les formes observables, on distingue le caractère symbolique de la reconnaissance. Celle-ci est produite par les interlocuteurs de l'individu et correspond à la qualité perçue de l'action. La clinique de l'activité accorde une grande importance à la qualité perçue du travail par le collaborateur ainsi qu'à la reconnaissance reçue pour celui-ci (Gernet et Desjours, 2008). Cependant il ne faut pas confondre jugement d'utilité et reconnaissance du travail, l'analyse du « métier » est primordiale dans le processus de reconnaissance. Clot (2010) constate que l'aspiration au « travail bien fait » chez le collaborateur peut parfois entrer en conflit avec les indicateurs de performance retenus par l'organisation. Les maux de la bureaucratie observables dans le milieu hospitalier en France et exacerbés par la crise de la COVID19 (manque d'anticipation, de prise de décisions, etc.), démontre l'incohérence d'apprécier à travers des indicateurs « administratifs », l'activité « praticienne » des professionnels de santé. Cette approche conduit à un choc entre des identités professionnelles différentes et entraîne une perte de sens de l'activité. Pour reconnaître, il faut connaître.

La reconnaissance apparaît également comme un vecteur de l'identité (Honneth 2000, 2006 ; El Akremi et al., 2009). Selon Caillée (2004), l'individu envisage et construit son identité à travers un « autrui » approbateur de ses qualités et de ses capacités. Dans cette perspective, on ne juge pas le métier mais son impact, le regard de l'autre devient un vecteur du sentiment d'utilité, il permet au collaborateur de se sentir utile aux autres ou à la société. Lorsque les mécanismes organisationnels sont déshumanisés et que ce rapport n'est pas permis, le collaborateur ne se sent pas utile mais utilisé. Sans le sentiment d'utilité, l'individu s'use, il génère de l'ennui, de l'amertume, de la colère ; inversement s'il se sent utile, il s'inscrit dans une dynamique de développement positive. L'humanisation du travail permet au collaborateur de juger son « impact » et contribue au développement du sentiment d'utilité de ce dernier.

Le travail bien fait dépend de sa maîtrise, mais aussi de la perception que le collaborateur lui donne. L'analyse du travail permet de reconnaître l'efficacité dans chaque situation afin de produire une forme de reconnaissance adaptée. L'essor des rapports sociaux favorise la construction identitaire du collaborateur et favorise le développement du sentiment d'utilité.

En développant le pouvoir d'agir, l'organisation élargit les marges de manœuvre du collaborateur et encourage le travail bien fait. Elle maximise ainsi l'impact du sens au travail.

3. L'écho du sens

Selon Clot (1998), l'efficacité du travail dépend de sa maîtrise, mais aussi du sens que l'individu lui donne. L'analyse du métier est primordial dans l'essor et l'impact du pouvoir agir et des processus de reconnaissance du collaborateur. Chaque situation de travail est singulière, l'étude de celle-ci devient une condition essentielle pour produire une évaluation objective de la maîtrise et maintenir l'équilibre des rapports entre l'efficacité perçue et le sens donné. Mais qu'est-ce que le sens du travail ?

Morin (2008), définit le sens du travail à travers trois composantes : la signification du travail, c'est à dire la valeur du travail aux yeux du collaborateur ; l'orientation de l'individu dans son travail, soit ce qu'il recherche et les objectifs qui guident ses actions et enfin la cohérence entre le sujet et le travail qu'il accomplit, entre ses attentes, ses valeurs et les gestes qu'il réalise dans le milieu de travail. Brief et Nord (1990) présentent le sens comme une expérience éminemment subjective, en expliquant qu'il est possible de comprendre l'interprétation et les intentions du collaborateur vis à vis de son travail en observant ses perceptions et les facteurs de son développement personnel. Le sens du travail peut être appréhendé comme un effet de cohérence entre l'individu et l'activité qu'il accomplit, il peut être conçu comme le degré d'harmonie ou d'équilibre qu'il atteint dans son rapport au travail.

Pratt et Ashforth (2003) précisent que le sens peut être obtenu des qualités intrinsèques du travail, ou du milieu dans lequel il s'exécute, ainsi ils distinguent le sens du travail et le sens au travail. Le sens du travail correspond aux tâches qui s'inscrivent dans un rôle, ou un fonctionnement, tandis que le sens au travail porte les relations au travail, l'appartenance à un milieu. Dans cette approche les auteurs reconnaissent la dimension subjective du sens mais considèrent le processus d'attribution de celui-ci (*sensemaking*), en associant la signification et la perception que le collaborateur a de son travail et de son environnement. Ainsi il est possible d'avoir un travail qui a du sens dans un milieu qui n'en a pas, et inversement.

Il est essentiel de créer un cadre permettant au collaborateur de rapprocher la signification, l'orientation et l'effet de cohérence afin de stimuler le sens du travail. Le travail « signifiant » exerce une grande influence sur la motivation, la satisfaction et la performance du collaborateur (Herzberg, 1980; Hackman et Oldham, 1976). Morin (2008) souligne également l'effet positif du sens sur le bien-être psychologique. Le travail « signifiant » génère ainsi un meilleur fonctionnement psychologique à travers des comportements de citoyenneté, de bonnes relations, des émotions positives, une satisfaction de vie, etc.

L'hôpital public français subit depuis une vingtaine d'année, une logique de réduction des crédits. Cette situation a conduit à un transfert progressif des critères d'évaluation la qualité des soins vers des critères de gestion financière. Aussi l'hôpital public ne reconnaît plus la qualité de l'acte, mais la gestion comptable de celui-ci. Cette situation conduit à une perte de sens profonde des professionnels de santé, le système de reconnaissance n'est plus en phase avec le métier et engendre une perte de qualité des soins. Dans ce contexte la question du sens au travail apparaît essentiel au sein de l'hôpital afin de retrouver la qualité du service rendue et la satisfaction des patients.

II. L'étude empirique : connaitre et transformer

Cette partie présente le terrain d'étude, la méthodologie envisagée et les perspectives de ce travail.

1. Le terrain d'étude : une crise sanitaire salvatrice ?

L'hôpital public connaît un changement de paradigme profond, d'hôpital charité, il est devenu « hôpital entreprise » où les patients sont désormais clients et où les coûts doivent être rentabilisés. Cette nouvelle vision impose une hybridation de rôle des professionnels de santé, dorénavant le praticien hospitalier est aussi gestionnaire.

Ce schéma entraîne des conflits de rôle et une perte de la qualité des soins. L'essence de l'hôpital public ne repose pas sur l'idée de performance que les politiques publiques lui imposent, étudier la rentabilité d'une opération au caractère vital s'apparente à une profonde remise en question de l'éthique médicale et transformerait le serment d'Hippocrate en serment d'hypocrite. Les valeurs de l'hôpital public sont forgées autour de notions telles que le dévouement, l'écoute, l'efficience, etc. L'approche n'est pas quantitative mais qualitative, la finalité n'est pas la rentabilité mais la qualité des soins. Le défi est alors de rapprocher deux logiques que tout oppose mais qui ne peuvent s'ignorer.

Sur le plan structurel, l'hôpital public n'est pas une entité homogène. On distingue trois catégories : les Centres hospitalo-universitaires (CHU), à la pointe de la recherche et du développement ; les hôpitaux généraux regroupant, des structures hétérogènes quant à leur taille et leurs moyens techniques ; et enfin les hôpitaux locaux, petites structures de proximité ne disposant pas de plateau technique majeur. Notre terrain d'étude, le centre hospitalier Calvi-Balagne se situe dans cette troisième tranche. Notre choix est orienté par le fait que cette dernière catégorie subit plus durement que les deux autres, du fait de sa taille, le « grand écart moral » assigné à l'hôpital public.

Le centre hospitalier de Calvi-Balagne dispose de l'autonomie administrative et financière, il est placé sous le contrôle de l'ARS (Agence régionale de santé) de Corse. Il est doté d'un conseil de surveillance qui a pour mission de se prononcer sur la stratégie et d'exercer un contrôle permanent sur la gestion de l'établissement. Le centre hospitalier Calvi-Balagne s'inscrit dans la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) de la Haute-Corse, regroupant outre cet établissement, le Centre Hospitalier de Bastia et le Centre Hospitalier Intercommunal de Corte-Tattone. La finalité de la structure est de proposer un service de proximité répondant aux besoins de la population, l'offre de soin est la suivante : un service d'urgence, une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), une Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), un service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) et une Unité de Soins de Longue Durée (USLD).

Cette étude est réalisée au sein des urgences, ce service permet l'accueil et la prise en charge des situations urgentes ainsi que le conditionnement et le transfert vers la structure la plus adaptée, des patients ne pouvant être traités sur place. L'activité des urgences du centre hospitalier Calvi-Balagne est en constante progression, si le service rendu à la population est indéniable, force est de constater que la nature de l'activité est disparate : toutes les prises en charge ne relèvent pas nécessairement de « l'urgence véritable ». La Balagne est une micro région éloignée du Centre Hospitalier de Bastia (le plus important en Haute-Corse), aussi le réflexe premier de la population locale et des touristes qui affluent en masse durant la période estivale, est de se diriger vers le service d'urgence du centre hospitalier Calvi-Balagne, mettant l'activité sous tension.

Durant la crise de la COVID 19, les urgences étaient en première ligne, la capacité d'action du praticien hospitalier face à l'inédit devient alors vitale pour assurer une prise en charge de qualité du patient. Le contexte sanitaire a exacerbé l'entrave bureaucratique sur le système de santé et a conduit les praticiens hospitaliers du centre hospitalier Calvi-Balagne à revendiquer et à acter une restructuration managériale du modèle actuel.

2. La méthodologie envisagée

« *La recherche qui ne produit que des livres ne suffit pas* » (Lewin, 1946, 1997² : 144), aussi ce travail ambitionne un double objectif de transformation concret du milieu d'étude et de production de connaissances sur celui-ci.

La recherche-action est une approche rattachée au paradigme du pragmatisme, elle part du principe que c'est par l'action que l'on peut générer des connaissances scientifiques utiles pour comprendre et faire évoluer la réalité sociale des individus et des systèmes sociaux (Roy et Prévost, 2013). En recherche-action, la théorie supporte et/ou émerge de l'action, cette posture permet d'effacer la dissonance habituelle entre la théorie et la pratique. Elle permet de comprendre et d'agir sur les problèmes réels que l'on rencontre sur le terrain. Cette méthodologie est particulièrement intéressante car ce travail s'intéresse au « pouvoir d'agir » des praticiens hospitaliers, soit à l'action elle-même. Elle permet ainsi de bénéficier des apports de la recherche et de l'action, en favorisant l'enrichissement théorique et l'implantation du concept dans le contexte d'étude.

La recherche-action présente trois caractéristiques essentielles permettant de justifier son utilisation dans cette étude. Premièrement, *elle est réalisée avec les gens plutôt que sur les gens*. Dans une recherche conventionnelle, le chercheur adopte une posture extérieure et dominante vis à vis du phénomène qu'il veut étudier, les personnes sont considérées comme des objets d'investigations. Dans ce travail, l'impulsion de la démarche émane des praticiens hospitaliers, ils ne sont donc pas le sujet mais les acteurs de l'étude. Les personnes concernées participent conjointement avec les chercheurs à comprendre et à résoudre dans l'action les problèmes qui les concernent et qui constituent l'objet de recherche.

Deuxièmement, *la recherche-action trouve son ancrage dans l'action, dans la nécessité d'agir pour changer les choses*. L'intention n'est pas simplement d'accroître le bagage de connaissances accumulées en comblant des zones inexplorées, elle favorise l'expérimentation en contexte réel à travers des petits groupes. Contrairement au mode de gestion traditionnel dans lequel le collaborateur exécute strictement les directives de son supérieur hiérarchique, les membres de ces équipes expérimentales peuvent prendre des décisions concernant l'organisation du travail, en plus d'accomplir les tâches qui leur incombent. Ainsi la recherche-action stimule le « pouvoir-agir » des acteurs et enclenche par la même une dynamique d'action source d'apprentissage. À travers ces cycles répétés, la recherche-action développe l'apprenance des acteurs. Troisièmement, *le processus de recherche traditionnelle emprunte une voie linéaire alors que la recherche-action adopte plutôt une démarche cyclique*. Le protocole n'est pas fixe, les chercheurs et les acteurs formulent ensemble la problématique. Ce travail est né d'un constat des praticiens hospitaliers, la crise de la COVID 19 a mis en évidence les dérives d'un système bureaucratique profondément installé au sein de l'hôpital public, où deux logiques semblent s'opposer, la logique praticienne et la logique budgétaire. Cette dernière entrave l'activité et conduit à une perte de sens. Le développement de « pouvoir agir » offre la possibilité aux praticiens hospitaliers de réaliser des actions qui font sens à travers la réalisation d'un travail « bien fait ». Acteurs et chercheurs développent ensemble diverses stratégies (planification) qu'ils expérimentent sur le terrain (action), ils analysent et évaluent de façon critique (réflexion) les actions qui ont été menées. Le schéma

cyclique permet d'expliciter les connaissances acquises, d'apprécier les écarts et planifier de nouvelles actions.

La finalité de la recherche-action est de proposer des solutions qui « marchent » (Greenwood et Levin, 1998) et qui font « sens ». Elle enclenche des cycles de planification-action-réflexion produisant des connaissances contextualisées et évolutives. Au delà de la production, la richesse de la démarche se situe aussi dans l'implantation du processus lui-même. Aussi l'objectif de ce travail est de familiariser et d'ancrer la recherche-action au sein de la structure afin que les acteurs puissent se l'approprier. Notre rôle consistera à appréhender la complexité des concepts mobilisés dans la revue de littérature et à co-construire avec les acteurs les conditions de leur développement au sein du service des urgences du centre hospitalier Calvi-Balagne. Il s'agit de réaliser un diagnostic de la situation et d'enclencher un premier cycle planification-action-réflexion. Pour qu'une recherche-action puisse porter ses fruits, elle doit être légitimée préalablement. Le centre hospitalier Calvi-Balagne a matérialisé ce projet par une délibération du Conseil Hospitalier en date du 16 juin 2020 et le service des urgences, à l'initiative de la démarche, fait office de pôle expérimental.

L'étude qualitative de ce travail s'inscrit dans un logique multifocale, afin de préciser et comprendre la complexité de l'objet de recherche. Dans un premiers temps nous envisageons de réaliser des cartographies cognitives afin d'accéder aux représentations des acteurs. L'objectif étant d'identifier les représentations des différentes identités professionnelles.

Dans un second temps, des entretiens semi directifs sont envisagés afin d'approfondir la nature des concepts au sein de l'hôpital public et de comprendre les conditions de leur développement.

3. Les perspectives managériales de l'étude

Les implications managériales de ce travail, s'orientent vers la promotion d'un environnement capacitant au sein de l'hôpital public.

Falzon (2005, 2006, 2008), définit l'environnement capacitant comme un environnement qui permet aux personnes de développer de nouvelles compétences et connaissances, d'élargir leurs possibilités d'action, leur degré de contrôle, c'est-à-dire leur autonomie. Pour Fernagu Oudet (2012), l'environnement capacitant est un environnement favorable au pouvoir d'agir des individus, dépendant à la fois des possibilités offertes et des capacités des personnes à exercer ce pouvoir. Selon l'auteur il est possible d'étendre le pouvoir d'agir des acteurs en intervenant sur *le contenu du travail*, en donnant la possibilité de varier les tâches, de se confronter à des situations inédites, d'avoir une posture réflexive et ainsi trouver du sens dans le contenu de son activité. Pour faire évoluer le contenu du travail, l'hôpital public a besoin de leaders transformationnels, c'est à dire capables de faire évoluer les valeurs, les croyances et les comportements. Le rôle des cadres ne peut se limiter à résoudre les dysfonctionnements, ils doivent être capable de préparer l'avenir en étant le vecteur de la transformation de l'organisation par les acteurs du système. Pour Fernagu Oudet, *les modes d'organisation du travail* agissent également sur l'expression du pouvoir d'agir, en offrant la possibilité de travailler en équipe, de tuteurer de nouveaux arrivants, de participer à des groupes de travail, de réaliser des rotations sur poste ou d'équipe, etc. Le défi à l'hôpital est double puisqu'il se situe dans la stimulation d'une intelligence collective intra et inter identités professionnelles, la mise en place d'ateliers de co-développement pourrait favoriser l'essor de meilleures pratiques mais aussi rapprocher des représentations professionnelles encore éloignées. La nomination de référents-métiers dans les différentes commissions de l'institution pourrait permettre de faire « vivre » les problèmes et les points de désaccord dans la structure plutôt

que les laisser s'enraciner. Enfin *la gestion des ressources humaines* élargit également le pouvoir d'agir, en permettant d'accéder aux savoirs et aux connaissances dont ils ont besoin. Pour ce faire il semble intéressant de s'inspirer des méthodes apprenantes pour tendre vers une fusion du travail et de l'apprentissage.

L'essor du pouvoir d'agir comme vecteur de sens au sein de l'hôpital public nous invite à dépasser la vision du « médecin gestion », ou plus largement du « professionnel-gestionnaire », pourquoi demander à un médecin d'être gestionnaire et pas à un gestionnaire de devenir médecin ? L'hybridation de rôle qui se caractérise par un assemblage de plusieurs rôles, peut conduire à des situations d'inconfort, à des conflits de rôles. Aussi l'hybridation de rôle qui est présentée comme un rapprochement n'en est pas un et pourrait être considérée comme un transfert de la charge de travail gestionnaire sur celle des praticiens hospitaliers. Il ne s'agit pas de cloisonner ou re-cloisonner mais de se rapprocher différemment, en devenant apprenant, le médecin n'entre plus en conflit de rôle, il s'appuie sur la pensée systémique pour avoir une vision d'ensemble et considérer les interactions. Cette approche permet de comprendre la complexité des phénomènes dans leur globalité et de leur donner un sens. L'injonction du « médecin-gestionnaire » contraint en quelque sorte l'essence du praticien hospitalier. En transformant le « médecin-gestionnaire » en « médecin-apprenant », l'hôpital public stimulerait l'autonomie et l'intelligence collective qui occupent une place centrale dans l'environnement capacitant.

Conclusion

La crise de la COVID 2019 a accéléré la prise de conscience des professionnels de santé des dérives bureaucratiques profondément enracinées au sein de l'hôpital et des maux qu'elles produisent. Ce travail propose à travers une revue de littérature de promouvoir le pouvoir d'agir afin de permettre « le travail bien fait » et ainsi retrouver le sens du travail.

Le pouvoir d'agir est appréhendé via le prisme du courant de la clinique de l'activité, il se présente ainsi comme un vecteur du travail bien fait et du sens. La théorie de l'ajustement au travail présente le « travail bien fait » comme la maîtrise de celui-ci et la représentation que le collaborateur lui donne. L'analyse du travail favorise une reconnaissance adaptée et contribue à la construction du sens. Il est essentiel de permettre au collaborateur de rapprocher la signification, l'orientation et l'effet de cohérence afin de stimuler le sens du travail. Cependant dans un hôpital public qui accorde plus de place à la gestion comptable qu'à la qualité des soins, le sens se perd et la qualité du service public se dégrade.

L'approche méthodologique envisagée, via la recherche action, ambitionne d'implanter et d'enclencher des cycles de planification-action-réflexion produisant des connaissances contextualisées et évolutives afin de favoriser l'essor des concepts mobilisés au sein de l'hôpital public et ainsi tendre vers la construction d'un hôpital « capacitant ».

Bibliographie

Anton, P. (2020). « Agilité organisationnelle et gestion de la pandémie covid-19 : contribution d'une approche exploratoire réalisée auprès de managers hospitaliers français », *Question(s) de management*, 29 (3), p. 45-59.

Brief A.P. et Nord W.R. (1990). *Meaning of Occupational Work*, Lexington Books, Toronto.

Brun, J.-P. et Dugas, N. (2005). « La reconnaissance : analyse d'un concept riche de sens », *Gestion*, 30 (2), p. 79-88.

Caillée, A (2004). « Présentation », *Revue du MAUSS*, 23, p. 5-28.

Clot, Y. ; Faïta, D. ; Fernandez, G. et Scheller. L. (2000). « Les entretiens en auto-confrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité », *Pistes*, 2, www.unites.uquam.ca/pistes.

Clot, Y. (1997). *Le travail, activité dirigée, contribution à une analyse psychologique de l'action*. Document de synthèse pour l'Habilitation à diriger des recherches. Paris: Université de Paris VIII.

Clot, Y. (1998). *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie* (2e éd.). Paris : La Découverte.

Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*, Presses universitaires de France.

Clot, Y. (2010). *Le Travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte.

Clot, Y. (2013). « L'aspiration au travail bien fait », *Le journal de l'école de Paris du management*, 99, p. 23-28.

El Akremi, A., Sassi, N., & Bouzidi, S. (2009). « Rôle de la reconnaissance dans la construction de l'identité au travail », *Relations Industrielles*, 64(4), p. 662-684.

Fall, A. (2015). « Reconnaissance au travail : validation d'une échelle de mesure dans les contextes des entreprises », *European Review of Applied Psychology*, 65 (4), p. 189-203.

Falzon P. ; Nascimento A. et Pavageau P. (2008). « Towards models and tools for assessing the developmental quality of work », in Sznclwar L., Mascia F. and Montedo U. (Eds.), *Human Factors in Organizational Design and Management – IX*. Sao Paulo, p. 19-21.

Falzon P. (2005). « Ergonomics, knowledge development and the design of enabling environments », *Humanizing Work and Work Environments*, Guwahati, India.

Falzon P. (2006). *Enabling safety : issue in design and continuous design*, AISS Congress, Nice.

Fernagu Oudet, S. (2012). « Concevoir des environnements de travail capacitants : l'exemple d'un réseau réciproque d'échanges des savoirs », *Formation emploi*, 119, p. 7-27.

Gernet, I. et Dejours, C. (2008). « Évaluation du travail et reconnaissance », *Nouvelle Revue de psychosociologie*, 2 (8), p. 27-36.

Greenwood, D.J. et Levin, M. (1998). *Introduction to Action Research, Social Research for Social Change*, London : Sage.

Hackman, J. R. et Oldham, G. R. (1976). « Motivation through the design of work: Test of a theory », *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, p. 250-279.

Herzberg, F. (1980). *Maximizing work and minimizing labor*. Industry Week, 206, 61-64.

Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris: Le Cerf, coll. « Passages ».

Honneth, A. (2006). *La société du mépris : Vers une nouvelle théorie critique*. Paris: La Découverte.

Lewin, K. (1946). « Action Research and Minority Problems », *Journal of Social Issues*, 2, p. 34-46. Réédité in Lewin, K. (1997). *Resolving Social Conflicts & Field Theory in Social Science*, Washington : American Psychological Association, p. 143-152.

Morin, E. (2008). *Sens du travail, santé mentale au travail et engagement organisationnel*, Rapport R-543, IRSST.

Pratt, M. G. et Ashforth, B. E. (2003). *Fostering Meaningfulness in Working and at Work*. In K. S. Cameron, J. E. Dutton, et R. E. Quinn (Eds.), *Positive Organizational Scholarship: Foundations of a New Discipline* (pp. 309-327). San Francisco, CA: Berrett-Koehler.

Rabardel P. (1998). *Éléments pour un point de vue cognitif sur la souffrance au travail : apports de l'approche instrumentale*. Conférence invitée au séminaire animé par C. Dejours, *Nouvelles formes d'organisation*. 15 Oct.

Roy, M. et Prévost, P. (2013). « La recherche qualitative dans les sciences de la gestion. De la tradition à l'originalité », *Recherches Qualitatives*, 32 (2), p. 129-151.

Spreitzer, G.M. (1995). « Psychological Empowerment in the Workplace : Dimensions, Measurement and Validation », *Academy of Management Journal*, 38 (5), p. 1442-1465.

St-Onge, S. (2000). « Variable influencing the perceived relationship between performance and pay in meriti-pay environment », *Journal of Business and Psychology*, 13(3), p. 459-479.

St-Onge, S., Haines, V. Y., Aubin, I., Rousseau, C. et Lagassé, G. (2005). « Pour une meilleure reconnaissance des contributions au travail », *Gestion*, 30(2), p. 89-101.

Thomas, K. et Velthouse, B. (1990). « Cognitive Elements of Empowerment: An "Interpretive" Mode of Intrinsic Task Motivation », *Academy of Management Review*, 15, p. 666-681.

Weick, K.E. (1995), *Sensemaking in organizations*, Sage Publications, Thousand Oaks California.

Yalenios, J. (2018). « Recentrer l'évaluation individuelle autour de l'activité professionnelle : une opportunité pour explorer le pouvoir d'agir », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 109 (3), p. 40-53.