



HAL
open science

D'une culture gestionnaire à une culture "capacitante" dans les environnements de santé: quels enjeux pour l'intervenant ?

Franck Cluzel

► To cite this version:

Franck Cluzel. D'une culture gestionnaire à une culture "capacitante" dans les environnements de santé: quels enjeux pour l'intervenant ?. Sciences de l'Homme et Société. 2020. dumas-04266732

HAL Id: dumas-04266732

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04266732>

Submitted on 31 Oct 2023

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.

Franck CLUZEL

Auditeur

Promotion 2019 – 2020

Date de jury :

Master Sciences humaines et sociales

Mention Sciences de l'éducation Parcours Conseils

intervention et développement de compétence

**D'une culture gestionnaire à une culture "capacitante"
dans les environnements de santé.
Quels enjeux pour l'intervenant ?**

Master dirigé par :

Madame Anne-Lise ULMANN

MCF-HDR

Cnam, EPN, Travail, Orientation, Formation, Social
CRTD, Psychosociologie du travail et de la formation
Anthropologie des pratiques

Mémoire dirigé par :

Monsieur Bernard ALIX

Président de la Maison du travail

Philosophe

Enseignant au Cnam et à l'Université Paris X

« "Tu comprends pas. A quoi ça sert que j'saute si y a personne qui me regarde ?". J'ai compris et je l'ai regardé. Père ému, sociologue admiratif de la justesse, de la profondeur et de l'économie de l'analyse. Elle savait déjà tout ce qui importe dans la vie, le geste et le regard, le sens et la reconnaissance. »

Guy Jobert, Exister au travail. Les hommes du nucléaire, 2014.

Remerciements

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique du Master CIDC.

Merci à Anne-Lise ULMANN de m'avoir fait confiance. Merci pour votre bienveillance et votre patience.

Merci à Stéphane BALAS pour son regard "corrosif" qui m'a fait grandir et avancer toujours dans un esprit bienveillant.

Merci à Bernard PROT pour avoir été un véritable "passeur" dans mon histoire professionnelle.

Merci à Bernard ALIX pour m'avoir ouvert au champ de la dialectique et de la philosophie.

Merci à cette belle promotion qui a su créer un climat de confiance, d'écoute et de respect malgré une année difficile et éprouvante.

Merci à toutes ces femmes et tous ces hommes de la Fondation Léonie CHAPTAL qui ont su être à mes côtés dans les moments de doute et d'incertitude. Merci à cette femme d'engagement du nom éponyme de la Fondation.

Merci à toi qui depuis des années m'accompagne dans mes projets. Tu te reconnaîtras sans que je te nomme.

Résumé

La qualité et la sécurité des soins sont des enjeux auxquels toutes les organisations sanitaires et médico-sociales sont confrontées. Née du monde industriel, la qualité pensée et déployée dans ces institutions relève d'une vision gestionnaire, rationaliste, pyramidale, managériale à dominances économique et budgétaire, bien loin de la qualité d'usage (Dutertre, 2012).

La crise sanitaire à *COVID* a révélé un univers soignant en souffrance pris dans des injonctions paradoxales d'amélioration de la qualité des soins et de performance.

L'objet de l'intervention que nous menons depuis juin 2019 dans un établissement sanitaire privé situé en Ile-de-France met en évidence ce paradoxe, dans le cadre d'une commande portant sur le lien qualité – sécurité des soins et santé au travail.

A partir de l'enquête Culture sécurité réalisée de janvier à février 2020, et d'une approche ethnologique menée auprès des professionnels, nous formulons l'hypothèse que la qualité et la culture sécurité pensées et co-construites dans un univers "capacitant" modifie les rapports des soignants avec les grands modèles de la qualité, développés dans le monde industriel, laissant peu de place au "pouvoir d'agir".

Cette intervention nous a permis de réinterroger les concepts de qualité, culture sécurité, facteurs humains, et d'organisation du travail dans une perspective de développement de l'individu. Dans ce contexte, la posture de l'intervenant se trouve questionnée afin d'être à la croisée des chemins entre le désir du commanditaire et celui de l'intervenant.

Intervenir, c'est accompagner l'autre, c'est s'inscrire dans une logique duale autour de l'autonomie, de la liberté et de la responsabilité, à la condition d'accorder de l'autonomie, de la liberté à l'autre afin qu'il puisse être responsable, qu'il puisse advenir.

Mots clefs : qualité, sécurité, capacités, confiance, reconnaissance, pouvoir d'agir, facteurs humains, crise, démocratie.

Abstract

The quality and safety of care are common issues faced by all health and medico-social organizations. Born from the industrial world, the concept of quality developed quality thought out and deployed in these institutions stems from a managerial, rationalist, pyramidal, managerial vision with economic and budgetary dominance, far from the quality of use. (Dutertre, 2012).

The *COVID* health crisis has revealed a suffering healthcare universe caught in paradoxical orders to improve the quality of care and performance.

The object of the intervention that we have been carrying out since June 2019 in a private health establishment located in Ile-de-France highlights this paradox, within the framework a specific order relating to the link quality - safety of care and health at job.

From the Safety Culture survey carried out from January to February 2020, and from an ethological approach conducted with professionals, we formulate the hypothesis that the quality and safety culture thought and co-constructed in a "enabling" universe caregivers' relationships with the great models of quality, developed in the industrial world, leaving little room for "power to act".

This intervention allowed us to re-examine the concepts of quality, safety culture, human factors, and work organization in a perspective of individual development. In this context, the position of the speaker is questioned in order to be at the crossroads between the desire of the sponsor and that of a speaker.

To intervene is to support the other, it is to be part of a dual logic around autonomy, freedom and responsibility, on the condition of granting autonomy, freedom to the other so that way he can be responsible, then it he can happen.

Keywords: quality, security, capabilities, confidence, recognition, power to act, human factors, crisis, démocratie.

Table des matières

Remerciements	1
Résumé	2
Abstract	3
Liste des sigles utilisés	6
Introduction	7
Première partie. Description et analyse de la situation	10
1 Le cadre de l'intervention	11
1.1 Explicitation de la demande	11
1.2 Description de la structure	12
1.3 Contexte local	13
1.4 Enjeux, problématique et processus d'intervention	15
2 Un univers en mouvement	20
2.1 Vers un changement de paradigme des établissements de santé	20
2.2 La qualité : Un impensé dans la relation de soin ?	23
2.3 L'énigme de la culture sécurité	26
2.4 La culture sécurité des soins, de quoi parle-t-on ?	27
3 Enquête sécurité et approche ethnologique	28
3.1 Comment évaluer la Culture sécurité des soins ?	28
3.3 Le choix des outils	29
3.3.1 L'approche quantitative	29
3.3.2 L'approche qualitative	32
4 Présentation des résultats, hypothèses et discussion	35
4.1 L'enquête Culture sécurité : données globales	35
4.2 L'enquête Culture sécurité : des données chiffrées éclairantes	36
4.3 Discussion	39

Seconde partie. Problématisation	50
1 Que veut dire intervenir, accompagner ?	51
1.1 Le terme "posture professionnelle" : une définition complexe pour l'intervenant ...	51
1.2 Le paradigme d'intervention	55
2 Quand le travail de l'intervenant résiste	57
3 Du facteur humain à l'organisation "capacitante". Quand l'intervention modifie les paradigmes de l'intervenant	63
3.1 Reconsidérer le facteur humain	63
3.2 Penser l'organisation par les "capabilités"	64
Synthèse	68
Conclusion	71
Bibliographie	73
Liste des annexes	82
Annexe 1 : Questionnaire culture sécurité (CCECQA)	83
Annexe 2 : Guide d'entretien	86
Annexe 3 : Charte de non punitivité	91

Liste des sigles utilisés

AFNOR : Agence française de normalisation

ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

APP : Analyse de Pratiques Professionnelles

CDI : Contrat à durée indéterminé

CREX : Comité de Retour d'Expérience

DRH : Directeur des Ressources Humaines

DSSI : Directeur des services de soins infirmiers

EI : Evénements indésirables

HAS : Haute Autorité de Santé

IRP : Instances Représentatives du Personnel

R.M.M : Revue Mortalité Morbidité

RSA : Revenu de solidarité Active

T2A : Tarification à l'activité

UE : Unité d'Enseignement

Introduction

Dans nos univers professionnels respectifs, un sentiment commun aux travailleurs est peut-être celui de ne pas exercer leur métier d'une manière satisfaisante. Notre temps voit la performance à tout prix comme une valeur qui semble de plus en plus prégnante. Ainsi, nous pouvons nous questionner face à différents malaises exprimés par de nombreux professionnels pour répondre aux contraintes gestionnaires croissantes. Peut-on supporter vouloir négliger une partie de son métier pour continuer à l'exercer ? Les professions de la recherche, du social et de la santé sont fortement touchées depuis quelques années par le nouveau management public. Mais quelles limites ne pas franchir pour ne pas mettre à mal ce qui n'a pas de prix ? Ce qui participe à l'essentiel et à la raison d'être de certains de ces métiers ?

Justifier la force de l'esprit de gestion comptable dans le champ de la santé n'est pas notre propos. Elle est incontournable afin de répondre aux évolutions et contraintes économiques. Entreprendre diverses réformes pour lutter contre certaines dépenses moins pertinentes, améliorer une qualité des services rendus, être transparent dans certaines organisations envers les usagers paraissent utiles. Mais jusqu'où cette logique gestionnaire peut-elle conduire les professionnels du soin ? Peut-on dissocier la logique d'un esprit gestionnaire de certaines valeurs de soignants ? N'y a-t-il pas une certaine dépendance entre ces deux logiques aussi essentielles soient-elles ? Au contraire, la nouvelle gestion des structures de soins peut-elle engendrer certains paradoxes ? Certes, différentes injonctions peuvent s'entrevoir comme contradictoires. Elles génèreraient alors malaise et incompréhension dans un univers qui voit croître son cadre normatif, notamment par des approches qualité empruntées au monde industriel. Ainsi, la question de la qualité au sens de valeur, tout comme celle de la qualité de la relation, valeur immatérielle par excellence, semble être un impensé par les institutions soumises au diktat des tableaux de bord et des modélisations. La question de la subjectivité dans la relation de soin demeure accessoire puisque non chiffrable, quantifiable. Pour Alain Supiot, nous vivons actuellement le rêve éveillé d'une gouvernance par le nombre, « qui nous dispenserait de la compréhension et de la confrontation des expériences, nous épargnerait ainsi de la peine de juger et donc de penser. Ce rêve peut tourner au cauchemar. Prétendre évaluer la qualité d'un travail au moyen d'indicateurs de performances déconnectés de l'expérience singulière de ce travail est à la fois destructeur, illusoire et pathogène. » (Supiot, 2010).

Cette nouvelle gestion des établissements de santé engendre différents changements dans la pratique des métiers, dans le vécu des professionnels, sur les prestations offertes, traversée aujourd'hui par une crise sanitaire sans précédent, faisant émerger des interrogations de fond. Que pouvons-nous en penser ? Conduit-elle à une réduction de coûts, à l'amélioration de la gestion, à une plus-value des services rendus aux usagers, aux "clients" ? En voulant apporter de l'ordre dans certaines organisations, cet esprit gestionnaire n'a-t-il pas conduit à une situation de crise ?

Nous situerons notre travail dans le champ de la santé, et plus particulièrement lors d'une intervention que nous menons depuis septembre 2019 dans un établissement sanitaire privé d'Ile-de-France, situé en Seine-Saint-Denis, dont l'objet porte sur le lien culture sécurité et santé au travail.

Il nous importe de revenir sur cette intervention afin de comprendre à quelles demandes celle-ci a répondu. La commande n'est pas la demande (Altea et Brugeilles, 2018). Ainsi, le travail de la demande se poursuit au cours de l'intervention. Elle évolue au fil de l'intervention, notamment à travers la crise sanitaire que nous avons traversée, et ne demeure pas l'affaire unique du commanditaire puisque le client n'est pas unique. Il convient, alors, de parler de système client. Face à la complexité des situations, une approche systémique et transdisciplinaire s'impose (Morin, 1990). Il importe donc d'être à l'écoute de la demande, de l'aider à advenir, au point de s'inscrire dans une forme de "clinique maïeutique" (Herrerros, 2009).

Tel est l'enjeu de notre intervention qui nous invite à questionner les concepts de qualité, culture sécurité, d'organisation du travail, de démocratie et de posture professionnelle dans le champ de l'intervention.

Première partie. Description et analyse de la situation

1 Le cadre de l'intervention

1.1 Explicitation de la demande

Nous avons été sollicités en juin 2019 par la direction des soins d'un établissement sanitaire privé, pour tenter de comprendre des éléments dysfonctionnels liés à la prise en charge des patients. Il s'agit d'une structure de 463 lits et places de médecine-chirurgie-obstétrique située en Ile-de-France dans le département de la Seine-Saint-Denis.

La demande initiale du Directeur des soins s'orientait vers une problématique de communication entre soignants. Mais que recouvrait la demande initiale ? Que revêtait vraiment le terme problème de communication ?

Après une longue période d'échanges en vue d'explicitier la demande, nous avons émis l'hypothèse que l'objet d'intervention devait se situer sur le lien sécurité des soins et santé au travail. Cette hypothèse a été formulée après plusieurs rencontres entre le Directeur des soins, le Directeur des Ressources Humaines (DRH), la gestionnaire des risques et l'équipe d'intervenants. Au fil des rendez-vous et après la lecture des données fournies par la structure, des points saillants ressortirent : difficultés de recrutement, de fidélisation, absences inopinées, arrêts maladie, sous déclaration d'événements indésirables associés aux soins, insatisfaction des usagers. Nous nous sommes questionnés alors sur les rapports qui pouvaient exister entre culture sécurité et santé au travail.

Après une revue de la littérature, l'hypothèse semblait se confirmer. Nous avons alors proposé au commanditaire de travailler ensemble autour de cet objet. Cette proposition fut acceptée, sans discussion, ce qui nous surpris. Nous nous sommes alors demandés ce que nous allions trouver dans les "coulisses" de l'intervention, d'autant qu'elle se conjugait à la démarche de certification dans laquelle l'établissement venait de s'engager.

En ce qui concerne la mise en œuvre de notre intervention, celle-ci se fait en binôme. Le profil des intervenants est hétérogène, néanmoins il a en commun la dimension du soin, le management d'équipes et de projets. La diversité de leur parcours professionnel, de vie et de formation, vient enrichir l'accompagnement proposé.

Au-delà de cette complémentarité, ce travail en binôme convoque l'art de la "dialectique" consistant à mettre en discussion, raisonnement, questionnement et en interprétation les points de vue de chacun. « Le dialecticien est celui qui aperçoit la totalité » (Platon, 537).

1.2 Description de la structure

Située dans le département de la Seine-Saint-Denis, cette clinique a été créée en 1956 et couvre la majeure partie des spécialités de courts et moyens séjours, jouant le rôle d'un véritable hôpital de proximité. Elle est reconnue pour son Centre Labellisé de Chirurgie Bariatrique, pour son pôle de cancérologie et sa maternité de type 2A. Cet établissement regroupe 375 lits, 88 places en secteur ambulatoire et salarie 450 collaborateurs. Environ 20 000 prises en charge par an sont réalisées avec notamment 40 000 passages annuels aux urgences.

De gestion privée avec à sa tête un chirurgien-directeur, l'histoire de l'établissement a évolué vers une progression notable de son activité et de ses offres de soins. Établissement de type "familial", celui-ci a été racheté en 2016 par le groupe de cliniques Elsan. Acteur de référence de l'offre de soins en France, présent dans l'ensemble des métiers de l'hospitalisation (médecine, chirurgie, obstétrique, cancérologie, soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile, psychiatrie, etc.), ce groupe possède aujourd'hui 120 établissements sur le territoire français et salarie 25 000 collaborateurs.

L'organisation des soins de la clinique est sous la responsabilité d'un Directeur des services de soins infirmiers (DSSI). L'offre de soins est organisée par pôle d'activité et par filière. Chaque pôle et filière est géré par un cadre de santé, secondé par un infirmier référent. Les équipes d'encadrement sont pour l'essentiel constituées d'infirmiers de l'entreprise "repérés pour leurs talents" (entretien d'explicitation de la demande, juillet 2019). Ces cadres n'ont pas, dans leur grande majorité, bénéficié de formation à la gestion d'équipes et de projets.

Il s'agit d'une organisation "classique" de modèle bureaucratique, pyramidale. Celle-ci est organisée hiérarchiquement et apparaît comme un mode d'organisation rationnel dans lequel les salariés sont protégés de l'arbitraire par la mise en place de règles objectives.

Quand on pense organisation, le modèle pyramidal, issue de la révolution industrielle, vient spontanément à l'esprit. La pyramide est sans doute la représentation des organisations la plus courante, au moins de celles du XX^{ème} siècle. Dans le modèle pyramidal, le manager se voit allouer une autorité déléguée de la part de son propre manager, son N+1 dit-on couramment. A son tour, il délègue une part de son autorité à ses collaborateurs, ses N-1. Lorsqu'ils sont en situation de management, ces derniers en font de même avec leurs propres collaborateurs, et ainsi de suite. C'est en ce sens qu'Henry Mintzberg qualifie ce type de distribution de l'autorité de décentralisation verticale du pouvoir de décision (Mintzberg,1983). Mais qu'en est-il vraiment de l'organisation dans laquelle nous intervenons ?

1.3 Contexte local

Située en Seine-Saint-Denis, la structure se trouve confrontée à diverses problématiques de santé publique. Depuis sa création il y a cinquante ans, la Seine-Saint-Denis a connu un mouvement de désindustrialisation, une forte croissance démographique et plus récemment l'installation de grands établissements du secteur tertiaire. Néanmoins, les fragilités socio-économiques des habitants persistent, essentiellement à l'ouest, au centre et au nord du département. En effet, en Seine-Saint-Denis, d'importantes difficultés sociales persistent. Deux fois supérieur à la moyenne nationale, le taux de pauvreté est le plus élevé de France métropolitaine (27,9 % contre 14,1 %, en 2017). Avec 85 200 allocataires du RSA en 2018, plus de 11 % de la population totale est couverte par cette prestation (en incluant conjoints et personnes à charge). Le système de protection sociale permet partiellement de réduire les inégalités (Insee, 2020).

Dans ce département, depuis plusieurs années, la difficulté du recours à des praticiens libéraux de proximité, généralistes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, augmente, suscitant la surcharge de travail, une saturation des dispositifs de soins avec des conséquences comme la surfréquentation des urgences, l'insatisfaction, voire l'agressivité des patients, des renoncements ou des retards aux soins parmi la population (Floury et Chabin-Gibert, 2009). Or, les besoins de santé (soins et prévention) croissent, notamment du fait de l'allongement de la durée de vie et surtout de l'augmentation de la population (entre les recensements de 1999 et de 2007, celle-ci s'est accrue de 6% en Île-de-France, de 9% en Seine-Saint-Denis et de 13 % sur le

territoire de la communauté d'agglomération Plaine Commune). À Saint-Denis, confronté au phénomène de la baisse démographique médicale et paramédicale, 49 % des médecins généralistes en activité ont plus de 50 ans. L'"effet sous-préfecture" de la ville se lit au travers de la densité des médecins généralistes et surtout des spécialistes, dont l'implantation est fortement corrélée à l'armature urbaine et aux profils socioéconomiques des territoires. Hormis le taux de remplacement des médecins spécialistes, l'évolution est préoccupante, soulevant, pour certains recours, la question de la permanence des soins sur le territoire (Amat-Roze, 2011).

La clinique dans laquelle nous intervenons est donc le témoin des conditions d'existence des individus, et doit agir pour offrir à la population un accès à des soins de qualité, conformément aux politiques publiques (Stratégie nationale de santé 2018-2022) et au préambule de la Constitution de 1946, alinéas 10 et 11 « La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

C'est dans ce contexte de forte demande sociale, de haut niveau de complexité, traversé aujourd'hui par une crise sanitaire sans précédent, que les professionnels de cet établissement interviennent auprès d'une population fragilisée.

Enfin, l'institution semble traversée par la question du genre et de l'ethnicité. En creux, se pose la question du travail des soins et des services à autrui. Ce secteur fortement féminisé et largement ethnicisé, revient à dire que les compétences qu'il requiert, sont renvoyées à l'ordre de la nature des femmes, quand ce n'est pas à leur culture, à leurs soi-disant aptitudes particulières à en accomplir les tâches (Scrinzi, 2008). Ce faisant, comme tout marché "féminisé", il fait l'objet d'un discrédit social qui se traduit par une représentation d'un travail peu qualifié et donc pouvant prétendre à certaines conditions de reconnaissance dont celles de la rémunération (Gadrey, 2000). Ce qu'Elsa Dorlin décrit comme « l'entrecroisement des préjugés sexistes et racistes », assigne ces femmes à ces emplois au nom d'une « prédisposition prétendument naturelle ou culturelle » (Dorlin, 2006). Ainsi, la division genrée et ethnicisée du travail du "care" contribue à renforcer les représentations naturalisantes des compétences de ces femmes.

1.4 Enjeux, problématique et processus d'intervention

Dans les établissements de santé, un événement indésirable grave survient en moyenne tous les cinq jours dans les services de 30 lits, et parmi eux, un tiers est considéré comme évitable. Les différents travaux montrent bien que le manque de coordination et de communication entre les différents professionnels, est l'une des principales sources de ces problèmes (Baxter, 2009). Ainsi, un travail d'équipe efficace dans la dispensation des soins peut avoir un impact positif et immédiat sur la sécurité des patients. Il est de plus en plus important de pouvoir compter sur des équipes efficaces dans le domaine de la santé en raison des facteurs suivants : l'augmentation de la complexité et de la spécialisation des soins ; les comorbidités en hausse ; l'incidence croissante des maladies chroniques ; la pénurie générale de main-d'œuvre ; les initiatives en matière de sécurisation des horaires de travail. Du point de vue du patient, l'équipe ne se limite pas à l'équipe médicale mais est plus large. Elle inclut les professionnels paramédicaux et ceux des services "supports" qui s'occupent de lui et le soignent.

Créer une équipe n'est pas si simple en milieu de soins, et pourtant c'est fondamental. Soigner des personnes, c'est avant tout un travail d'équipe, c'est penser le "faire équipe" (Amado, Fustier, 2019). Nous entrons là dans un enjeu crucial des organisations de soins : comment, par un travail en équipe, déboucher sur une meilleure prise en charge du malade ? Penser "le faire équipe" relève de la plus haute complexité. Pour François Dupuy, « Coopérer est difficile. Les autres sont une menace, c'est-à-dire vos collègues et néanmoins amis. » (UODC, 2016). En effet, coopérer est beaucoup plus ardu que de ne pas le faire, car lorsqu'on demande aux salariés de coopérer, ils rentrent dans des modes de confrontation. C'est-à-dire qu'ils vont être obligés de confronter leur logique avec celle de l'autre. Ils vont emprunter l'art de la *disputatio*, que nous pouvons traduire par "dispute" ou encore par "discussion". Cet art de la dialectique né dans l'Europe médiévale, permet une production de savoirs liés au débat dans une activité sociale et matérielle inscrite dans un cadre collectif de discussion (Sère, 2011). Il s'agit alors pour les professionnels de pouvoir discuter, confronter leurs critères de métier. On entend par critère de métier, ce à quoi les individus sont confrontés pour faire « du bon boulot » (Clot, 2010).

A travers la notion de critères de métier, se trouve en arrière-plan celle du dilemme. C'est en effet, selon Clot, lorsque des travailleurs ne sont pas en mesure de "faire du bon boulot" que se pose alors la question de leur relégation à "un sale boulot". Cette possibilité de "faire du bon boulot" tient en la faculté de débats entre les professionnels sur ce qu'est le "bien faire" (Ibid, 2010). Ainsi, parler de son travail, des critères de métier, vient renverser la construction idéologique de tâche inventée par Taylor (Taylor, 1911). Pour lui, la tâche consiste à "casser" le pouvoir des gens de métier, en empruntant ce terme au courant pédagogique dominant de l'époque, qui consistait à faire exécuter aux élèves des tâches. Alors, le principe de confrontation ne se trouve pas naturalisé dans les organisations contemporaines, encore marquées de l'empreinte historique du taylorisme.

Lorsque la confrontation est possible, elle va passer par la parole, par le chemin vers la parole. La capacité de parler signale l'être humain en le marquant comme être humain. Cette signature détient l'esquisse (der Aufriss) de sa manière d'être. L'homme ne serait pas homme s'il lui était interdit de parler. Dans la mesure où la parole accorde cela, l'être humain repose dans la parole (Heidegger, 1981).

Alors, la question est de savoir de quelle manière penser cette perspective avec notre commanditaire, puisque cette institution appartient à un groupe de cliniques, fonctionnant a priori de manière "verticale", "descendante", dans une logique gestionnaire, attendant ses ordres de la direction générale du Groupe. Nous formulons l'hypothèse que si cet établissement nous sollicite autour de la thématique Culture sécurité et santé au travail, c'est qu'elle a quelque chose à attendre de cette intervention.

L'établissement a été fortement touché par la crise sanitaire avec le décès d'un professionnel mais aussi par la disparition de plusieurs conjoints de salariés, la transformation de 35 lits d'hospitalisation ambulatoire en lits de réanimation, et par la déprogrammation d'une grande partie de ses activités pour accueillir des patients atteints par le *COVID*. Une visio conférence, réalisée le 3 juin 2020 entre le Directeur des soins infirmiers et les intervenants, laisse entrevoir un établissement sous tension, où se mêlent à la fois de belles mais difficiles histoires. Le Directeur des soins rend compte, dans son récit, d'une capacité "insoupçonnée" des soignants à "faire front" permettant à l'organisation de s'adapter. Mais il évoque aussi la "fragmentation" de l'équipe d'encadrement en deux clans, avec d'un côté "des guerriers qui ont fait face", et de l'autre des managers en retrait qui ne se sont pas "affrontés" à la situation.

Grâce à ce que les soignants ont fait dans le feu de l'action, ils semblent avoir acquis une autorité qui leur donne un "pouvoir d'agir". Par ce "pouvoir d'agir", ils ont permis à l'organisation d'être résiliente, c'est-à-dire en capacité de s'adapter. La résilience est étymologiquement issue du latin *resilio*, ire, littéralement "sauter en arrière, rebondir, résister" (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicale, 2020). L'idée de résilience n'est pas nouvelle. Dans la médecine traditionnelle chinoise, elle désigne la capacité des systèmes vivants de se régénérer après une blessure grave. En physique, elle renvoie à la capacité interne d'un matériau à retrouver sa forme initiale après avoir reçu un choc. En psychologie, elle désigne la capacité de l'individu à résister aux traumatismes, à rebondir face à l'adversité, à retomber sur ses pieds malgré les déboires de sa vie. Dans cette perspective, la résilience est définie comme une qualité intrinsèque de l'individu, qui lui permet de dépasser sa souffrance, d'apprendre de ses expériences douloureuses et de devenir plus fort (Cyrulnik, 1999). Enfin, dans les sciences de gestion, le concept de résilience organisationnelle a d'abord fait son apparition dans le cadre des recherches sur la gestion des crises et les organisations à haute fiabilité. L'analyse passe alors du niveau individuel au niveau organisationnel et collectif, sur les mécanismes qui rendent le groupe moins vulnérable aux ruptures. On parle alors d'organisation résiliente, c'est-à-dire en capacité de faire face à une épreuve, un incident ou un revers et à la surmonter en dépit de conditions qui lui sont défavorables (Hamel, 1999). A la question de la résilience, vient se raccrocher celle de l'apprentissage individuel et organisationnel, dans une relation réciproque de cause à effet (Argyris & Schön, 1996/2002), laissant entrevoir l'approche par les "capabilités". Cette approche place les individus et les savoirs au centre de l'organisation comme l'ont été les travaux plus anciens portant sur le capital humain. Elle a pour particularité de prendre en compte simultanément ce qu'une personne est capable de faire – ses compétences situées – et les possibilités qui lui sont réellement offertes pour les développer. On ne parlera pas alors de "capacité", mot souvent utilisé pour traduire le terme anglais de "capability" proposé par Sen, qui signifie le fait de savoir faire quelque chose, mais plutôt celui de "capabilité" (néologisme) qui ajoute à la capacité l'idée de possibilité réelle (Falzon, 2010). Nous voyons qu'il existe une "parenté" entre les concepts "pouvoir d'agir" et "capabilité". Les soignants confrontés à la pandémie, ont été en capacité de faire, et les possibilités qui leur ont été réellement offertes leur

ont permis de mettre en œuvre et de développer une capacité donnée, dans cette situation si particulière. Les soignants semblent avoir eu l'opportunité concrète de réaliser un « travail bien fait » (Clot, 2010), en investissant des marges de manœuvre impensées jusque-là.

A travers la narration du commanditaire, nous percevons un profond malaise. Il ne parle jamais de lui, mais toujours des autres. Lorsque nous abordons son vécu, il esquive et passe très rapidement à un autre sujet. Le choix des mots qu'il utilise pour parler de l'équipe d'encadrement nous interpelle. D'une part, l'usage du mot "fragmentation", renvoie à l'action de mettre quelque chose en plusieurs morceaux ; d'autre part, la symbolique du mot "guerrier" nous apostrophe. Le courage est depuis l'origine des temps la valeur guerrière par excellence. Il prend chair dans les guerriers des récits mythiques, durs à la souffrance physique, craints et admirés pour cette vertu si rarement rencontrée. Elle fait d'eux des héros. Dans les mythes qui irriguent notre culture, les guerriers sont amenés à commettre plusieurs types de péchés ; celui commis contre la fonction guerrière est la lâcheté. Ce péché du manque de courage se traduit à la fois par la peur et par le recours à la ruse : « Ruse et mensonge, au lieu de bravoure et de combat loyal, [voilà] qui constitue une faute d'autant plus grave que, guerrier, il pêche contre l'essentiel de sa fonction : il cède à la peur. » (Dumézil, 1966). Le courage, la vertu par excellence du guerrier mythique, est un "courage des durs".

On voit bien se dessiner d'un côté une zone de tension dans l'équipe d'encadrement, et d'un autre côté un "agir professionnel" des soignants, qu'il va falloir comprendre et analyser. Ces données énoncées par notre commanditaire seront prises en compte dans l'intervention, mais elles devront nécessairement être regardées de notre point de vue d'intervenants. La question que nous nous posons est de savoir ce que le commanditaire voit et veut nous faire voir. Pour emprunter le titre de l'ouvrage de Daniel Arasse, nous pouvons dire qu'*On n'y voit rien* (Arasse, 2003), ou presque.

C'est dans cette perspective que s'inscrit notre intervention. Elle cible l'ensemble des salariés de la structure, et se trouve articulée en sept phases : constitution d'un Comité de Pilotage, communication du projet d'intervention, déploiement de l'enquête Culture sécurité, entretiens et immersions en situation de travail, restitution des constats, co-construction et mise en œuvre des pistes de travail.

Le contexte pandémique à *COVID* a interrompu notre intervention à partir du lundi 16 mars 2020. Au moment de la déclaration du confinement par le Président de la République, nous nous apprêtions à présenter les différentes analyses au commanditaire, aux partenaires sociaux et à l'ensemble des équipes des services cliniques et administratifs de l'établissement.

2 Un univers en mouvement

2.1 Vers un changement de paradigme des établissements de santé

Notre client est comme toute entreprise du secteur de la santé, confronté à diverses problématiques : efficacité de ses offres de soins, maîtrise de ses coûts, amélioration continue des prestations, réduction des risques patients et professionnels, gestion des ressources, santé au travail, etc. Ces déterminants environnementaux et sociétaux viennent interroger le travail, dans une société en profonde mutation traversée par la Quatrième révolution industrielle. La Troisième révolution industrielle s'est appuyée sur l'électronique et les technologies de l'information pour automatiser la production. La Quatrième révolution industrielle en est issue : c'est la révolution numérique, née au milieu du siècle dernier. Elle se caractérise par une fusion des technologies qui gomme les frontières entre les sphères privée et publique, révélant une complexité croissante que la crise sanitaire à *COVID* est venue confirmer.

Néanmoins, cette mutation est inscrite dans un contexte historique qui a vu se succéder différentes mutations, jusqu'au "coup de force", par l'invention du concept de travail à la fin du XVIII^e siècle, par l'économie politique classique (Smith, 1776). Ce coup de force théorique a eu une répercussion pratique considérable en donnant naissance à l'industrie. C'est Taylor qui conclura la bataille du métier, en imposant une technologie adaptée à Smith. Et c'est en imposant cette technologie qu'il achèvera la transformation de l'industrie en "tuant" les métiers. En inventant le concept de travail, Smith crée celui de travailleur, mais en les opposant. Pour lui, le travailleur est un individu passif, sans subjectivité, capable de réaliser les opérations de travail définies par ce qui deviendra, chez Taylor, le bureau des méthodes. Pour Smith, le travail est décrit sous une forme de liste d'opérations élémentaires décrites à l'avance, indépendamment de celui qui les réalisent. Ce qu'on attend de lui sont des capacités opératoires.

L'histoire est marquée par une succession de mutations de rapports sociaux dominés par la question des rapports de pouvoir, fortement remis en question aujourd'hui. Ce modèle-là est en crise profonde : crise sociale, de rejet, mais aussi d'efficacité face aux nouvelles réalités productives et économiques. Ainsi, cette opposition entre travail et travailleur fait "craquer" ce paradigme.

Nous sommes aujourd'hui à l'aube d'un changement de modèle. La volonté de plus d'autonomie, d'espaces d'autonomie (motivation, engagement), proposée depuis les années 60–70, remplace la contrainte taylorienne. Puis, la construction du modèle des compétences, menant à la société des compétences (Fuentes/Reuters, 2017), renverse fondamentalement nos relations aux autres ainsi que notre façon de vivre et de travailler, alors que « Le travail est au fondement de l'ordre social. Il détermine largement la place des individus dans la société [...] Travailler est une norme, un fait social » (Meda, 2018). Ces changements, dans leur importance, leur portée et leur complexité, ne ressemblent en rien à ce que nous avons pu connaître jusqu'alors. Ainsi, progressivement, à l'ergonomie des corps typique chez Taylor, se substitue une conformité des comportements, des comportements "psychologisés", sous forme de subjectivité, et des compétences requises par l'emploi. L'opposition inventée par Smith entre travail et travailleur, semble résister aux démarches compétence.

Nous ne savons pas encore ce qui va advenir, mais une chose est sûre : la réponse doit être globale, doit impliquer toutes les parties prenantes du monde économique, social, éducatif et politique, afin de penser la complexité de notre modèle social confronté à l'incertitude. Elle pourrait s'appuyer sur deux concepts : le "pouvoir d'agir" (Clot, 2010) et les "capabilités" (Sen, 2010). La crise sanitaire que nous traversons vient percuter "l'ancien monde", et nous invite à repenser notre modèle.

Parler de crise peut rapidement s'avérer délicat. D'abord parce que le terme lui-même est polysémique : après tout, chacun peut y mettre ce qu'il veut (Libaert, 2009). Dès 1976, le sociologue et philosophe Edgar Morin dénonçait l'usage abusif d'un terme qui n'était plus en rapport avec son sens premier « La notion de crise s'est répandue au XX^e siècle à tous les horizons de la conscience contemporaine. (...) Mais cette notion, en se généralisant, s'est comme vidée de l'intérieur. À l'origine, Krisis signifie décision : c'est le moment décisif, dans l'évolution d'un processus incertain, qui permet le diagnostic. Aujourd'hui, crise signifie indécision : c'est le moment où, en même temps qu'une perturbation, surgissent les incertitudes. » (Morin, 1976).

La richesse du concept de Crise croît aujourd'hui, parce que l'on se rend compte, d'abord, que l'évolution permanente de nos sociétés crée de la complexité, donc des frictions dues à une vitesse accélérée qui suscite instabilités et fragilités (Virilio, 1997).

Pourtant, nos fragilités intimes, organisationnelles, écologiques, politiques, géostratégiques, économiques ou sociales sont devenues autant de filtres récurrents qui traduisent des antagonismes fondamentaux, des ruptures souterraines larvées (ibid, 2009). La crise que nous vivons, met à jour ce moment du "grand trouble" (Hippocrate, IV^e siècle avant JC), invitant les individus, les organisations, les politiques, la culture, à la résistance, c'est-à-dire à faire un choix. Il en va ici de cette crise comme d'une maladie.

Pour Thucydide, le concept de Crise, issu du traité d'Hippocrate, signifiait que les crises n'étaient plus seulement des points clefs dans des processus de changement, mais devenaient des moments de vérité où s'éclairait la signification des hommes et des événements (Starn, 1976). Le mot crise est alors employé dans le sens de la décision, de l'action et devient aux XVIII^e et XIX^e siècles un processus dynamique de l'évolution historique des nations et des communautés humaines « qui s'ancrent dans le psychisme des acteurs désireux d'infléchir le cours des choses » (Crocq, 1995).

La crise sanitaire que notre société traverse semble reconsidérer la manière d'appréhender le soin. Serait-elle aussi un moyen de repenser le système de santé tout entier ? « La crise nous rappelle que les métiers du soin ont affaire à une condition humaine » (Pierron, 2019).

Le soin, à qui des outillages de quantification, méthodes et autres langages avaient donné les airs d'une industrie comme les autres, est aujourd'hui considéré tout autrement. Cette crise met en lumière un contraste considérable. Un contraste entre une production de soins quantifiable, la fameuse "T2A", une politique de gouvernance du soin par le nombre et le retour d'un autre postulat : « les soignants ne sont plus des producteurs de soins mais des donateurs de soins ; le renversement est spectaculaire » (Pierron, 2018).

"Ces invisibles", ceux qui manifestaient depuis des mois pour demander "des moyens", sont désormais applaudis chaque soir. Ce qui se passe actuellement montre que la connaissance de ce qui se fait objectivement - puisque les soignants ne comptent pas leurs heures - n'efface pas la reconnaissance de ce qui se donne dans le soin.

Considérer le soin comme une production, impose en effet de mettre en place des indicateurs, de quantifier, alors que le soin relève de la relation, de l'humain, non quantifiables et pourtant bien là.

Pour notre société, se posent alors trois questions : Comment appréhender ce changement de postulat ? Que retenir d'un tel renversement ? Comment penser la santé au travail, la qualité et de la sécurité des soins face à l'incertitude ?

2.2 La qualité : Un impensé dans la relation de soin ?

Depuis ces dernières années, les politiques "qualité" se sont développées dans plusieurs domaines d'activité afin de répondre à des impératifs économiques et réglementaires. Les institutions ont dû faire face à l'exigence qualité en repensant leurs organisations, leurs dimensions psychosociales et leur démarche qualité. La politique qualité d'une institution comprend l'ensemble des orientations et des objectifs qu'elle s'est fixés dans le domaine de la qualité, ainsi que les objectifs affichés en termes de satisfaction de ses clients. Pour réaliser cette politique qualité, l'institution met en œuvre une démarche qui interroge plusieurs champs de ses processus.

Le concept de qualité revêt de nombreuses définitions puisqu'il est multi dimensionnel. C'est un concept relatif et subjectif car il s'intéresse d'abord à la notion de concevoir en vue de satisfaire un client, puis de réaliser le produit le plus performant possible. Il convient de souligner que le processus qualité, ainsi que la notion de normalisation, sont présents dans tous les secteurs. Ils sont discutés et mis en application depuis des décennies. La démarche qualité est une démarche de changement.

L'AFNOR définit la qualité comme : « L'ensemble des caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins explicites et implicites. » Néanmoins, la qualité est un concept flou. Son interprétation hétérogène apporte une caractéristique particulière à l'intégration de cette notion dans le domaine de la santé. Il regroupe ainsi dans sa signification plusieurs approches : celle du produit en termes de durabilité, de fiabilité et d'efficience ; celle d'utilisateur en termes de satisfaction avec la notion de qualité subjective perçue. Bien souvent pourtant, la qualité est associée à une recherche de l'excellence par l'idée d'amélioration continue, voire à une incantation managériale.

Cette évolution de la recherche de la qualité s'est développée dans le monde industriel. L'industrie s'est intéressée à la gestion de la qualité dans les entreprises pour optimiser la production de biens et les coûts de production. Également élargie au monde de la santé dès 1996, les établissements de santé ont dû satisfaire à cette démarche. La demande en soins s'accélère considérablement avec d'une part, l'augmentation des connaissances scientifiques et techniques, et d'autre part, un accroissement de la durée de vie et un vieillissement démographique de la population. La conséquence majeure de cette demande en soins est une augmentation des dépenses de santé. Dans ce contexte, la recherche d'efficience et d'efficacité oblige les établissements de santé à assurer le « juste soin » tout en offrant une amélioration continue de la qualité.

L'intégration des démarches qualités dans le domaine de la santé est corollaire aux raisons de mises en œuvre de la qualité dans les administrations publiques : l'exigence accrue de maîtrise des coûts, la place de plus en plus prégnante des usagers et de la médiatisation, la multiplication des injonctions réglementaires... Mais aussi le besoin de rationalisation organisationnel des établissements de santé. Pour autant, le contexte économique, l'environnement organisationnel, la culture des organisations hospitalières sont distincts. L'ancrage de la démarche qualité dans les hôpitaux ne s'est pas réalisée par la même voie que dans le domaine industriel, celle du produit. La qualité a été introduite par une voie réglementaire, légiférée. De nombreux textes sont parus, percutant les organisations de santé, or les enjeux prônés ne sont pas toujours similaires et viennent se heurter à la logique servicielle. Dans le champ des services, la définition de la qualité est encore plus incertaine du fait, notamment, de l'intangibilité du bien et de son caractère coproduit par le client dans un processus ex post (Dutertre, 2012). Car ce qui caractérise précisément le service, c'est qu'il est « conditionné dans son existence même par la relation d'échange » (Mayere, 1990). Ainsi pourrait-on dire que la qualité du service est, pour une bonne part, une qualité en acte qui ne se laisse pas apprécier comme la stricte conformité à un besoin clairement identifié au départ.

On l'aura compris, si la qualité dans le domaine de la santé est devenue l'un des défis d'aujourd'hui pour les établissements, c'est avant tout parce qu'une logique d'efficacité et de rentabilité économique tend à s'imposer dans ce secteur comme dans les autres. Mais ceci ne veut pas dire pour autant que le modèle entrepreneurial du secteur marchand doive désormais régner en maître sur un service qui, au-delà de sa nécessaire

adaptation aux exigences économiques, reste avant tout un bien particulier au service de l'humain. Il ne s'agit donc pas d'appliquer purement et simplement les logiques de la qualité industrielle au secteur du soin.

La relation soignant-soigné est un bien immatériel dont il n'est pas aisé d'apprécier la qualité. Il est difficilement objectivable et la satisfaction de ses clients, si elle représente un indicateur intéressant, procède d'une vision consumériste quelque peu réductrice, voire démagogique, de la qualité des soins. En fait, poser la question de la qualité des soins, c'est d'abord poser celle de ses finalités. Les définitions sont nombreuses et cette multiplicité entraîne une certaine confusion chez les professionnels de santé.

Tentatives de définition

« L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins. » Organisation mondiale de la santé, 1982.

« Les soins de haute qualité contribuent fortement à augmenter ou maintenir la qualité de vie et/ou la durée de vie. » American Medical Association, 1984.

« Capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment. » Institute of Medicine, 1990.

Comme nous le voyons, la qualité des soins dépend du type d'entité évaluée, depuis la "qualité d'un professionnel", jusqu'à la qualité globale du système de santé ; mais également des valeurs du sujet qui l'apprécie et de sa place dans le système de santé.

Parler de qualité des soins sans précision a peu de sens : en effet, quel lien existe-t-il entre la qualité perçue par un patient et la qualité de l'établissement dans son ensemble, évaluée par une procédure de certification ? Est-elle l'obtention de meilleurs résultats ? Dépend-elle uniquement de la "qualité des professionnels" ? Intègre-t-elle toujours la notion d'efficience ? La question est alors de savoir comment penser la qualité dans une relation de service, c'est-à-dire par la complexité.

2.3 L'énigme de la culture sécurité

En 1986 ont eu lieu deux grands accidents : l'explosion au décollage de la navette Challenger et l'accident nucléaire de Tchernobyl. Dans les deux cas, l'analyse a montré qu'il s'agissait d'accidents organisationnels (ou systémiques) : ils ne pouvaient pas s'expliquer seulement par des comportements inadaptés des opérateurs de première ligne, mais résultaient d'une accumulation progressive de défaillances dans l'organisation, qui avait mis à mal l'une après l'autre toutes les barrières de défense. Dans ces deux accidents, et dans d'autres qui ont suivi, on a pu mettre en évidence qu'un ensemble de manières de penser et de manières de faire, largement partagées dans l'organisation, étaient incompatibles avec des opérations sûres. La culture de l'organisation ne donnait pas une place suffisante à la sécurité dans les arbitrages faits par les différents acteurs. Ainsi, l'expression « culture de sécurité » a été utilisée pour la première fois dans le rapport d'analyse de l'accident de Tchernobyl, « une organisation qui n'adopte pas des valeurs, principes et attitudes résolument tournés vers l'amélioration de la sûreté est prédisposée à ignorer les procédures, à dépasser les limites de fonctionnement et à contourner les systèmes de sûreté » (Agence pour l'énergie nucléaire, 1999.) Il est dès lors établi que l'absence de culture sécurité peut amener les hommes à transgresser les règles et jouer un rôle dans la survenue des accidents. A partir de ce moment-là, elle devient un élément essentiel dans la stratégie mise en place par les industries à hauts risques, telles que le nucléaire ou l'aviation, pour garantir la sécurité de leurs activités. En atteignant un haut niveau de fiabilité, ces industries sûres sont devenues des modèles pour les autres organisations, dont celles de la santé.

D'une manière générale, la culture de sécurité peut faire l'objet de deux modèles (Cuche, 1996 ; Glendon & Stanton, 2000) : le modèle gestionnaire, qui présente la culture de sécurité comme une variable organisationnelle que les entreprises peuvent créer et instituer, ou bien le modèle anthropologique qui la décrit comme un outil d'analyse, un ensemble de pratiques et de croyances, de manières de faire et de penser.

2.4 La culture sécurité des soins, de quoi parle-t-on ?

La notion de culture est d'un usage délicat. Dans les années cinquante, Kroeber et Kluckon en recensaient plus de cent cinquante définitions (Kroeber A.L., Kluckhohn C., 1952). De même, il n'y a pas de consensus sur la définition de la culture sécurité, la littérature faisant état de plusieurs définitions. Dans son sens anthropologique, le concept de culture désigne les normes, les valeurs et les représentations communes à un groupe, lesquelles se traduisent par des façons de sentir, penser et agir partagés par le groupe (Lafaye C., 2007). Une définition proposée par la société européenne pour la qualité des soins (European Society for Quality in Health Care) est la suivante : la culture de sécurité de soins désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins. Par "ensemble cohérent et intégré de comportements", il est fait référence à des façons d'agir, des pratiques communes, mais aussi à des façons de ressentir et de penser partagées en matière de sécurité des soins.

Un individu peut, dans son activité, avoir une attitude générale plus ou moins attentive à la sécurité. Mais parler de culture, c'est se référer à des manières de faire et des manières de penser qui sont partagées au sein d'un collectif. En matière de sécurité des soins, on peut dire que cette culture représente l'ensemble des pratiques développées, répétées et intégrées par les principaux acteurs concernés pour maîtriser les risques de leur métier (Daniellou F., Simar M., Boissières I., 2010). Ainsi, le comportement individuel subit l'influence de différents groupes sociaux : l'équipe, le collectif de métier, le pays, le groupe ethnique, l'entité (établissement ou unité de soins). La culture de sécurité n'est donc pas une propriété de chaque individu, mais une caractéristique d'un groupe ou de l'ensemble de l'organisation. Ainsi, les notions de culture de sécurité et de travail en équipe sont progressivement devenues des thèmes d'actualité, omniprésents et incontournables. Pour autant, ces dimensions du concept plus global de culture organisationnelle ne se décrètent pas, elles se construisent et s'éprouvent au quotidien dans les discours et les actes.

La seconde partie de ce mémoire va nous permettre d'appréhender la culture sécurité à travers les perceptions des différents professionnels de la structure dans laquelle nous intervenons, et d'en avoir une lecture contextualisée permettant d'envisager la poursuite de notre intervention.

3 Enquête sécurité et approche ethnologique

Afin de réaliser nos différentes investigations en vue de comprendre et d'analyser les éléments phares de l'intervention, nous avons proposé au commanditaire, lors de la contractualisation, des outils méthodologiques quantitatifs et qualitatifs, qui ont été validés. Ces outils ont pour intention d'évaluer la Culture sécurité des soins dans sa complexité, c'est-à-dire en prenant en compte ce qui importe le plus pour nous, à savoir le vécu subjectif des individus au travail. Ainsi, le choix de ces outils a été important car « le dispositif mis en place selon les critères méthodologiques favorise l'avènement du sujet, avènement qui seul permet de voir de quoi il retourne autrement dit d'approcher l'objet de l'enquête. La subjectivation est la condition de l'objectivation. Subjectivité et objectivité ne sont pas données d'emblée, elles sont à construire dans la dialectique de l'échange langagier, qui prend souvent une forme de dramatisation. » (Cru, 1991). Ainsi, nous visons, à travers notre choix méthodologique, la parole pour entendre le sujet.

3.1 Comment évaluer la Culture sécurité des soins ?

L'évaluation de la culture de sécurité des soins repose sur différentes méthodes (Health and Safety Executive, 2005), chacune permettant d'évaluer différents aspects :

- Des méthodes quantitatives : par exemple, l'utilisation de questionnaires individuels et auto-administrés pour appréhender "ce que les gens ressentent" en matière de sécurité des soins, ou le suivi d'indicateurs de sécurité des soins pour mesurer "ce que l'organisation a".
- Des méthodes qualitatives : par exemple, la réalisation d'entretiens collectifs, individuels, des temps d'immersion dans une perspective ethnologique pour appréhender "ce que les gens ressentent" et "ce que les gens font", ou l'étude des politiques et des procédures de l'établissement pour mesurer "ce que l'organisation a".

3.3 Le choix des outils

Nous avons fait le choix d'utiliser deux approches : quantitative et qualitative.

3.3.1 L'approche quantitative

En France, le questionnaire Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC) développé sous l'égide de l'agence américaine Agency for Healthcare Research and Quality a été traduit de l'anglais au français. La version française de ce questionnaire permet d'explorer comment les professionnels perçoivent la sécurité des soins dans leur unité et dans leur établissement de santé sur 10 dimensions de la culture de sécurité des soins¹. Explorer les perceptions des professionnels d'une unité de soins à l'aide d'un questionnaire permet d'approcher la culture de sécurité de l'unité, de discuter avec les professionnels enquêtés des thèmes abordés au travers des dimensions, et de les sensibiliser à des thèmes importants pour la sécurité des soins.

Sont recueillies les perceptions et les attitudes des professionnels sur dix thématiques considérées comme importantes pour la sécurité. Ces thématiques (ou dimensions) sont présentées ci-dessous :

¹ Annexe 1

Dimensions de la culture de sécurité et leurs définitions

1- Perception globale de la sécurité
La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important, le fonctionnement et les procédures du service permettent de prévenir la survenue d'erreurs, et il y a peu de problèmes relatifs à la sécurité des soins dans le service.
2 - Fréquence de signalement des événements indésirables
Les erreurs suivantes sont signalées : 1) les erreurs détectées et corrigées avant d'avoir affecté le patient, 2) les erreurs qui n'ont pas le potentiel de nuire au patient, et 3) les erreurs qui peuvent nuire au patient, mais qui restent finalement sans effet.
3 - Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins
Les supérieurs hiérarchiques félicitent le personnel quand le travail est réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins, prennent en considération les suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins, ne négligent pas la sécurité lorsqu'il faut travailler plus rapidement, et ne négligent pas les problèmes récurrents de sécurité des soins.
4 - Organisation apprenante et amélioration continue
Dans le service, le personnel est informé des erreurs survenues, reçoit un retour d'information sur les actions mises en place, et discute des moyens possibles pour prévenir les erreurs. Les erreurs conduisent à des changements positifs et l'efficacité de ces changements est évaluée.
5 - Travail d'équipe dans le service
Dans le service, les personnes se soutiennent mutuellement, se traitent avec respect et travaillent en équipe. Ensemble, elles améliorent leurs pratiques de sécurité des soins.
6 - Liberté d'expression
Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose qui peut nuire à un patient, et n'hésite pas à questionner la hiérarchie.
7 - Réponse non punitive à l'erreur
Le personnel n'a pas l'impression que ses erreurs et ses signalements sont retenus contre lui, ni que ses erreurs sont notées dans les dossiers administratifs.

8 - Ressources humaines
Il y a suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail, le nombre d'heures travaillées est adapté à une qualité optimale des soins, et le personnel n'essaie pas de faire trop de choses trop rapidement.
9 - Soutien du management pour la sécurité des soins
La direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins, elle ne s'intéresse pas à la sécurité des soins uniquement après qu'un événement indésirable se soit produit, et ses actions montrent que la sécurité des soins est la première des priorités. Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins.
10 - Travail d'équipe entre les services de l'établissement
Les services de l'établissement coopèrent et se coordonnent afin de fournir aux patients des soins de qualité. Il est rarement déplaisant de travailler avec le personnel des autres services. Il y a rarement des problèmes lorsque d'importantes informations concernant les soins des patients sont transmises entre les services et au cours des changements d'équipe.

Toutes les unités cliniques ont été choisies pour participer à cette enquête sur la base du libre choix et de l'anonymat. La méthodologie a été présentée et travaillée avec les équipes d'encadrement lors la Commission de soins, les 17 novembre et 3 décembre 2019. L'objectif était double : d'une part, adapter la méthodologie au contexte local, et d'autre part, faire participer les équipes d'encadrement dans la co-construction et le pilotage du projet. Après une campagne de communication ouverte à l'ensemble des salariés, des 5 au 8 novembre 2019, l'enquête s'est déroulée du 6 décembre 2019 au 26 janvier 2020.

3.3.2 L'approche qualitative

Afin de recueillir des informations plus fines, d'observer et de "sentir" les milieux de travail, nous avons fait le choix de rencontrer les professionnels d'encadrement, de direction ainsi que la gestionnaire des risques, lors d'entretiens formalisés, mais aussi les professionnels de santé et administratifs directement dans leur activité quotidienne.

Les rencontres avec les équipes d'encadrement se sont déroulées du 5 novembre 2019 au 5 février 2020. Un guide d'entretien² par fonction a été élaboré autour de 6 thématiques : projet social, projet d'établissement, perception de la qualité des soins et culture sécurité, difficultés rencontrées, projets et attentes de l'intervention. Il s'est agi d'entretiens semi-directifs. La réalisation de ces entretiens s'est imposée à nous comme méthode d'investigation, « en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises » (Quivy, Vancampenhoud, 2006). Les entretiens nous ont permis d'être en relation avec les personnes interviewées et ainsi d'analyser des attitudes non verbales. Les silences, les expressions du visage, les intonations de voix sont de multiples facteurs environnementaux qui prennent une importance considérable au cours d'une discussion (Mucchielli, 1996). Cette discussion, basée sur une relation de confiance et de convivialité, nous a permis de mieux appréhender les représentations et les émotions des professionnels de terrain. Nous avons aussi pu reformuler certaines affirmations des interviewés afin de les préciser et nous assurer de notre compréhension.

D'autre part, des immersions dans les différents services cliniques nous ont permis d'appréhender l'approche ethnologique.

L'approche de type ethnologique se veut « au plus près des situations naturelles de sujets – vie quotidienne, conservation – dans une situation d'interaction prolongée entre le chercheur en personne et les populations locales, afin de produire des connaissances "in situ", contextualisées, transversales, visant à rendre compte du "point de vue de l'acteur", des représentations ordinaires, des pratiques usuelles et de leurs significations autochtones » (Olivier de Sardan, 1995).

² Annexe 2

Ainsi, l'intervenant développe une attitude réflexive à partir des témoignages recueillis, en utilisant une démarche compréhensive pour tenter de saisir "de l'intérieur" la réalité de la communauté étudiée.

Cette prise de distance s'explique selon Marc Augé car « l'ethnologie traite du sens que les hommes en collectivité donnent à leur existence. Le sens, c'est la relation et en l'occurrence, l'essentiel des relations symboliques et effectives entre les humains appartenant à une collectivité » (Augé M., 1993).

Un tel prisme nous permet d'analyser les faits, les paroles des professionnels pour en comprendre le sens verbalisé, mais aussi le sens dans leurs pratiques. Ainsi « l'ethnologue essaie d'atteindre une vérité dont les gens qu'il interroge sont porteurs, parfois même à leur l'insu » (Augé, 2009).

Cette approche présuppose une posture épistémologique qui permet de voir le travail du point de vue des personnes et non pas de celui de l'observateur. Il s'agit alors de se mettre dans la "peau" des travailleurs et emprunter le chemin de la subjectivité. Cette position subjective est ardue car elle oblige à mettre de côté ses convictions, ses croyances, ses habitudes de travail, etc.

Enfin, d'autres dispositifs de compréhension de l'environnement ont été déployés. C'est ainsi, que dans le cadre de notre Master, nous avons découvert une nouvelle discipline : l'analyse du travail. Nous avons pu, ainsi, mettre à profit le travail demandé pour la validation de l'Unité d'Enseignement CDC 209 *Compétence et mobilisation subjective au travail*, pour réaliser une analyse du travail au bloc opératoire portant sur la Check-List. Cette approche est venue renforcer, affiner, compléter notre intervention, et porter un nouveau regard sur la culture sécurité. Appréhender la culture sécurité par l'analyse du travail vient enrichir, selon nous, le regard de l'intervenant, en accueillant le travail réel, et en ne l'observant pas comme écart à la norme dans l'objectif de conformer, mais de l'adapter, de le "resingulariser" (Schwartz, 2020) au travail prescrit. Il est donc nécessaire de laisser vivre la variabilité dans les pratiques, tout en évitant que celle-ci n'entraîne de dommage (Degos, 2018). Il s'agit d'un grand défi. Ainsi, comment faire en sorte de laisser la variabilité et préserver la sécurité des soins ?

L'univers du bloc opératoire de la structure dans laquelle nous intervenons, est un lieu où certains enjeux s'entrevoient au quotidien. Enjeux financiers, de métier, de formation, de reconnaissance et de risques. Univers où les pressions temporelles et gestionnaires paraissent de plus en plus fortes face aux risques encourus par les patients de tous les instants. Notre travail a été de nous questionner sur une activité professionnelle d'Infirmier (ère) de Bloc Opératoire : coordinateur (trice) Ccheck-List.

Au sein de l'établissement, le bloc opératoire représente un des secteurs majeurs et certainement l'un des plus emblématiques, en tant que pièce maîtresse du plateau technique. C'est un lieu où sont pratiqués des actes de haute technicité qui représentent souvent les "activités phare", mais dont le coût et l'investissement financier qu'ils supposent, impliquent nécessairement des notions de rentabilité, auxquelles s'ajoutent d'incontournables impératifs de sécurité. Enfin, la profession d'Infirmier (ère) de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat (IBODE) et ses perspectives produisent aussi nombre d'interrogations : législation réorganisant le système de santé et affectant fortement les blocs opératoires, nouveaux référentiels d'activités et de compétences, actes exclusifs.

Dès le début de l'accompagnement de cette structure, nous avons ouvert un carnet de recherche retraçant les temps forts des rencontres, les périodes d'immersion dans chaque service. Il s'est agi de "laisser-trace" de chaque période vécue avec les professionnels, d'entendre leurs propos, et de tenter de les analyser à distance. Ce carnet exerce une fonction symbolique du récit. Celle-ci nous permet de passer du concret à l'abstrait, du limité au possible, du présent au passé et au futur, du primaire au secondaire, du matériel au "spirituel". Le symbole est un facteur d'humanisation (Jung, 2002). Ce carnet nous a été utile à plusieurs reprises, notamment lors de situations complexes que nous évoquerons plus après.

4 Présentation des résultats, hypothèses et discussion

4.1 L'enquête Culture sécurité : données globales

- Taux de participation : **59%**.
- Nombre de questionnaires retournés : **177**.
- Nombre de questionnaires exploitables : **147**.
- Nombre de questionnaires non exploitables : **30**.
 - 2 questionnaires vierges.
 - 23 questionnaires complétés mais dont le service n'est pas indiqué.
 - 4 questionnaires mal complétés (plusieurs réponses à une même question ou absence de réponse à certaine question (Cf. méthodologie : questions relatives à la sécurité des soins).
 - 1 questionnaire sans réponse à la question E « Niveau de sécurité des soins ».
- Taux de questionnaires exploitables : **83.5 %**.
- Taux de participation par catégorie professionnelle :
 - Médecin : **2%**.
 - Infirmier ou cadre de santé : **55.7%**.
 - Aide – soignant : **26.2%**.
 - Autres (rééducateurs, auxiliaires de puéricultures, sages-femmes, brancardiers, secrétaires, psychologues, etc.) : **16.1%**.

Durée d'exercice professionnelle

Moins de 1 an : 6.7%
 [1 à 2 ans] : 12.1%
 [3 à 5 ans] : 20.8%
 [6 à 10 ans] : 24.2%
 11 ans ou plus : 36.2%

Année d'ancienneté à la clinique

Moins de 1 an : 10.1%
 [1 à 2 ans] : 18.1%
 [3 à 5 ans] : 20.1%
 [6 à 10 ans] : 51.7%

Année d'ancienneté dans le service

Moins de 1 an : 14.8%
 [1 à 2 ans] : 24.2%
 [3 à 5 ans] : 25.5%
 [6 à 10 ans] : 35.6%

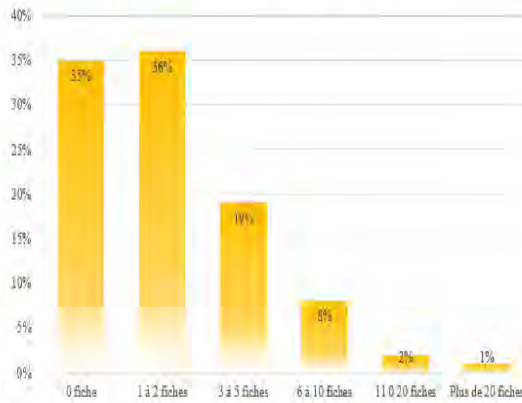
Quotité de travail dans le service

Moins de 50% du temps de travail :
 4%
 Plus de 50% du temps de travail : 96%

4.2 L'enquête Culture sécurité : des données chiffrées éclairantes

Les déclarations d'événements indésirables.

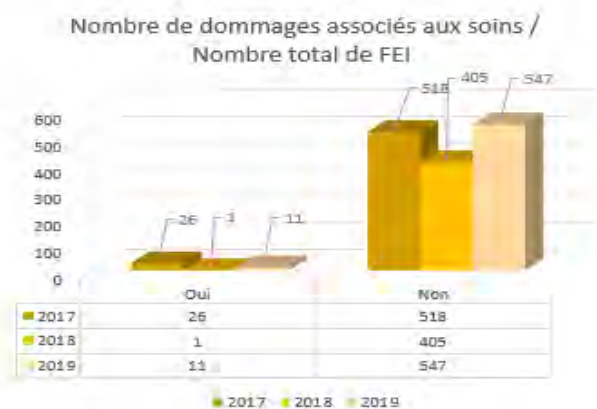
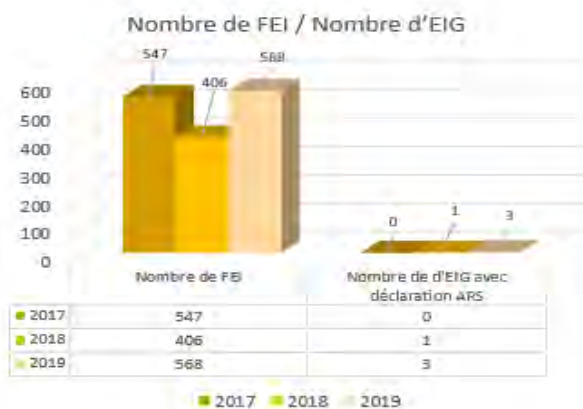
Indicateur 7 : Nombre d'événements indésirables signalés au cours des 12 derniers mois



Commentaires

67% des professionnels de l'établissement disent déclarer tout événement indésirable. Il est à noter qu'un tiers n'en déclare aucun. Lorsque nous regardons les données chiffrées de la clinique, nous observons que le nombre de déclarations sur les 3 dernières années est constant et que le nombre de signalements lié à un **dommage associé aux soins est faible**. En comparant les données de la littérature à celles recueillies par l'enquête, nous observons que le taux de déclarations d'événements indésirables associés aux soins est **similaire**.

Données de la clinique



Données comparées à la littérature

Tableau 1 : Perception globale de la démarche qualité et sécurité des soins (n = 150)

	N'est pas fréquent	Peu fréquent	Fréquent	Tres fréquent
Fréquence des EIAS	1 (0,7%)	3 (2%)	94 (62,7%)	52 (34,7%)

• Référence : FACTEURS LIÉS AU SIGNALLEMENT DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS AUX SOINS DANS UN HÔPITAL TUNISIEN Raouaa Braiki, Frédéric Douville, Asma Ben Hasine et Intissar Souli S.F.S.P. | « Santé Publique » 2019/4 Vol. 31 | pages 553 à 559 ISSN 0995-3914

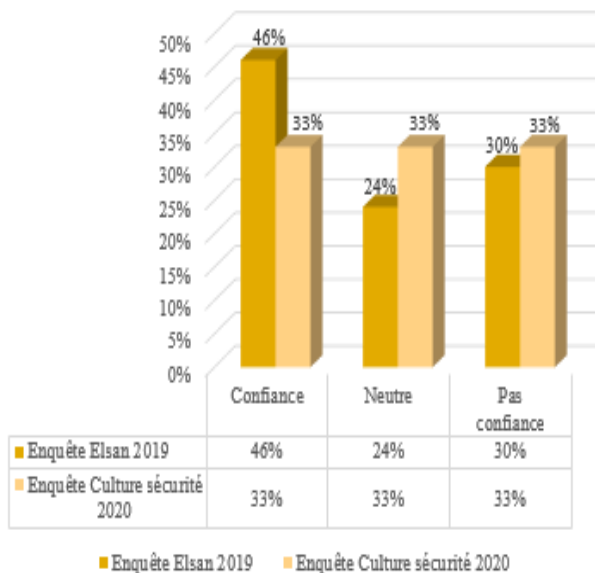
Tableau 2 : Nombre d'EIG déclarés dans la base par région

Région de l'établissement	Nb d'EIG enregistrés			
	Nb	%	Nb moyen par étab	Nb max par étab
Aquitaine	38	15%	2,53	11
Franche-Comté	20	8%	1,18	5
Ile-de-France	113	45%	4,04	17
Rhône-Alpes	79	32%	3,59	10
TOTAL	250	100%	3,05	

• Référence : Expérimentation portant sur la déclaration des événements indésirables graves (EIG) liés aux soins en établissement de santé Rapport d'évaluation, Institut de veille sanitaire, 2017

Le lien de confiance entreprise-salariés.**Indicateur 1 : Votre service ou votre unité fonctionnelle.
Lien avec l'enquête Elsan 2019**

Confiance envers l'équipe de direction – indicateurs comparatifs

**Liens entre confiance et l'indicateur 3
communication**

33% des professionnels pensent que les erreurs sont notées dans les dossiers administratifs en cas de survenue d'événements indésirables, alors qu'une **Charte de non punitivité** est formalisée et diffusée.

44% des déclarant ne se sentent pas libres de remettre en cause les décisions ou actions de la hiérarchie. **29%** restent **neutres**.

62% des répondants disent que les discussions à mettre en œuvre afin que les erreurs ne se reproduisent pas n'ont pas lieu.

41% des participants estiment que les procédures et leur fonctionnement sont inefficaces pour prévenir la survenue d'erreurs. **35%** restent **neutres**.

Les données de la littérature confirment le lien déclaration des événements indésirables et **confiance**.

Données comparées à la littérature

Tableau III : Facteurs pouvant entraver le signalement des EIAS (n = 150)

Obstacles	N'est pas probable	Peu probable	Moyennement probable	Probable	Très probable
Facteurs organisationnels					
Le personnel n'est pas informé du système de signalement et de son intérêt	8 (5,3 %)	1 (0,7 %)	6 (4 %)	17 (11,3 %)	118 (78,7 %)
Le type des événements indésirables à signaler n'est pas précisé	7 (4,7 %)	8 (5,3 %)	5 (3,3 %)	15 (10 %)	115 (76,7 %)
Le personnel ne reçoit pas les résultats de l'analyse des événements qu'il a signalés	7 (4,7 %)	3 (2 %)	7 (4,7 %)	60 (40 %)	73 (48,7 %)
La surcharge de travail	3 (2 %)	0 (0 %)	11 (7,3 %)	85 (56,7 %)	51 (34 %)
Le formulaire à remplir est compliqué	12 (8 %)	28 (18,7 %)	71 (47,3 %)	28 (18,7 %)	11 (7,3 %)
Facteurs individuels					
Le personnel a peur d'être puni	3 (2 %)	8 (4 %)	12 (8 %)	24 (16 %)	105 (70 %)
Le personnel ne sait pas quand et comment signaler	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	58 (38,7 %)	92 (61,3 %)
Le personnel n'est pas convaincu de l'intérêt de ce système	4 (2,7 %)	8 (5,3 %)	10 (6,7 %)	83 (55,3 %)	45 (30 %)

Référence : FACTEURS LIÉS AU SIGNALEMENT DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS AUX SOINS DANS UN HÔPITAL TUNISIEN Raouaa Braiki, Frédéric Douville, Asma Ben Hasine et Intissar Souli S.F.S.P. | « Santé Publique. » 2019/4 Vol. 31 | pages 553 à 558 ISSN 0995-3914

Résultats – Au total, 415 soignants appartenant à 24 services de soins ont été inclus, dont 62% (n=255) déclaraient connaître la définition d'un EI

Référence clinique : 46%

- Crainte des sanctions (n=103 ; 25%).

Référence clinique : 46%

Les freins à la déclaration des événements indésirables liés aux soins : une étude transversale au groupement hospitalier Édouard Herriot, CHU de Lyon Thomas Bénét1,2, Julie Gagnaire1, Myriam Jean-Denis1, Solweig Gerbier-Colomban1, Julie Haesebaert1, Nagham Khanafer2, Delphine Lutringer1,2, Nicolas Voinin1, Philippe Vanhems (philippe.vanhems@chu-lyon.fr). Année 2013

Fréquences des signalements d'événements indésirables avec lien confiance et procédures de travail.

Indicateur 4 : Fréquence de signalement

54% des répondants déclarent que lorsqu'une erreur est faite, mais est détectée et corrigée avant d'avoir affectée le patient, elle est **signalée**... on note que **23%** des déclarants restent **neutres** ou déclarent être en **désaccord** avec cette proposition (**46%**).

Quand une erreur est faite mais n'a pas le potentiel de nuire au patient, elle est signalée... pour **46%** des déclarants. **23%** restent **neutres** et **31%** ne sont **pas d'accord** avec la proposition.

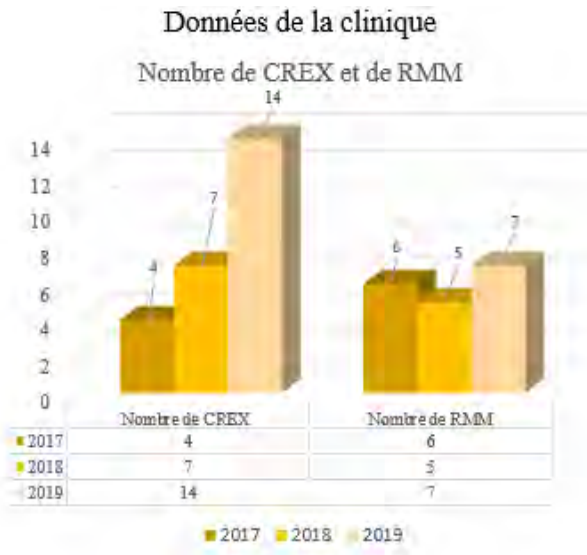
Quand une erreur est faite et qu'elle pourrait nuire au patient mais qu'elle n'a finalement pas d'effet, elle est **signalée**... pour **58%** des déclarants. **24%** restent **neutres** et **18%** ne sont **pas d'accord** avec la proposition.

Hypothèses de liens

46% des déclarants ont l'impression que les **erreurs** leur sont **reprochées**.

40% des répondants déclarent **ne pas recevoir de retour** sur les actions mises en place après un signalement d'événement.

41% des participants estiment que les **procédures** et leur **fonctionnement** sont **inefficaces** pour prévenir la survenue d'erreurs. **35%** restent **neutres**.



Commentaires

Les données transmises par la clinique mettent en évidence que le **nombre** de Comité de Retour d'Expérience (CREX) et de Revue Mortalité Morbidité (RMM) est **faible**, bien qu'en progression depuis 3 ans, notamment pour les CREX.

Nous émettons l'hypothèse que le nombre d'analyses de situations est **proportionnellement inversé** au nombre de déclarations d'événements indésirables annuels, mais reste **cohérent** avec la gravité des déclarations.

Typologie des déclarations d'événements indésirables. La qualité de vie au travail : un indicateur qui interpelle.



Commentaire

Cet histogramme met en évidence une augmentation exponentielle (+ 93.33% entre 2017 et 2019) du nombre de déclarations d'événements indésirables lié à l'item Qualité de vie au travail.

D'autre part, on observe une progression très importante du nombre de déclarations entre 2017 et 2018, liée au parcours patient et aux processus logistiques a priori dysfonctionnels.

4.3 Discussion

L'ensemble de ces données chiffrées semble être une interpellation des salariés à destination de la direction de l'établissement. Les entretiens réalisés auprès des équipes d'encadrement et les temps d'immersion enrichissent et éclairent les indicateurs de l'enquête Culture sécurité. Ce qui nous a interpellé, lors de ces différentes périodes, est la plainte des professionnels portant sur l'absence a priori de débat de normes au sein des collectifs. Ce manque de débat pourrait expliquer la problématique soulevée par l'enquête autour de la confiance, et de peur de la sanction lors de la survenue d'événements indésirables. D'autre part, le débat semble difficile lorsque survient un incident, presque accident ou accident sur le parcours de soins d'un patient (*cf. nombre de CREX et RMM*). Les soubassements de ce problème ne sont pas encore élucidés. Toutefois, nous énonçons l'hypothèse que la culture sécurité reposant sur une approche gestionnaire, ne favorise pas l'expression de la "langue de métier", de la "langue bricoleuse" (Cru, 2014), empruntée à Lévi-Strauss dans *La Pensée sauvage* (Lévi-Strauss, 1990), c'est-à-dire "aux savoirs-faire de prudence" (Ibid., 2014). Ces savoir-faire s'opposent à la logique de l'ingénieur qui est celle des normes "antécédentes" (Schwartz, 2019), néanmoins nécessaires et pose la question des conditions de travail.

Alors que la réduction de l'incidence des événements indésirables est inscrite dans la loi de Santé Publique du 9 août 2004, dans la Stratégie nationale de santé 2018 – 2022, et dans la politique de gestion des risques de l'établissement de santé, les professionnels montrent une défiance à l'encontre du système mis en œuvre.

En France, l'Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins (Eneis, 2009) a estimée qu'entre 5,1 et 7,3 événements indésirables graves (EIG) surviennent pour 1 000 jours d'hospitalisation, soit entre 275 000 et 395 000 EIG par an. Un système de signalement des événements indésirables (EI) ne prétend pas à l'exhaustivité, mais vise à identifier toutes les situations de vulnérabilité d'un établissement.

Nous constatons, au cours de notre intervention, que les EI restent sous-déclarés. La sous-évaluation de la fréquence de ces événements indésirables pourrait entraîner un défaut de prise en compte de ces situations par les soignants et ainsi conduire à ne pas engager les mesures de prévention, d'amélioration des pratiques professionnelles nécessaires autour des règles de métiers et du "faire équipe". Les causes de cette sous-déclaration semblent être multiples. Elles peuvent être liées au contexte socioculturel et éducationnel, à l'absence de culture de la transparence, à la peur des sanctions, au déficit de reconnaissance (*cf. résultats de l'enquête Sécurité 40% des répondants déclarent ne pas recevoir de retour sur les actions mises en place après un signalement d'événement.*), ou encore à un manque de confiance (*33% des répondants déclarent ne pas avoir confiance ; 33% ne se prononcent pas*).

Nous émettons l'hypothèse que se joue en toile de fond la question de la reconnaissance et de la confiance, alors que l'institution a rédigé et diffusé une *Charte de non punitivité*³. Ces deux concepts vont venir étayer et enrichir notre intervention.

La théorie de la reconnaissance repose sur deux principes fondamentaux. Le premier est que l'identité personnelle est intimement liée à un besoin de reconnaissance, au sens d'un besoin de voir reconnue notre propre valeur par autrui. Le second principe est qu'il existe trois formes différentes de reconnaissance, qui correspondent à différentes formes de rapport positif à soi et à différents types de relation à autrui (Honneth, 2006).

³ Annexe 3

La première forme de reconnaissance est liée à la constitution et à la confirmation de la valeur de notre existence en tant qu'être d'affects et de besoins ; c'est l'amour au sens large qui permet d'obtenir cette reconnaissance, forme de reconnaissance qui peut être associée aux exigences du care (sollicitude, souci et soin). La seconde forme de reconnaissance est liée à la constitution et à la confirmation de la valeur de notre liberté, elle prend la forme de la reconnaissance morale et juridique et relève du domaine traditionnel de la justice. La troisième forme de reconnaissance est liée à la reconnaissance de la valeur sociale de nos facultés ou, plus précisément, de notre capacité d'être utile à la société dans son ensemble ou à des groupes sociaux particuliers.

Dans *La Lutte pour la reconnaissance*, la question de la valeur des capacités et qualités n'est pas rattachée à la question spécifique du travail, mais à la question de la lutte entre les groupes pour faire reconnaître la valeur sociale de leurs compétences et spécificités. En se référant à Bourdieu, Honneth écrit « les rapports d'estime sociale sont, dans les sociétés modernes, l'enjeu d'une lutte permanente, dans laquelle les différents groupes s'efforcent sur le plan symbolique de valoriser les capacités liées à leur monde de vie particulier et de démontrer leur importance pour la vie commune » (Honneth., 2013). Ici, c'est surtout le concept d'estime sociale qu'il tente d'explicitier.

Néanmoins, des critiques ont été adressées à la théorie de Honneth en passant sous silence la centralité du travail. Le travail n'est pas un objet que l'on pourrait séparer de son auteur ou de son objet pour l'étudier ou l'analyser comme une chose. Parler de centralité du travail revient à s'intéresser au travail vivant. On peut considérer que cette idée de "vitalité" est continue dans la pensée de Marx. Au niveau économique, il indique que le travail est vivant par le fait que c'est lui qui, d'une part, est acte de création d'un nouvel objet matériel ou immatériel, et, d'autre part, est à l'origine d'une valeur ajoutée. Et, au niveau philosophique, le travail est vivant selon Marx, parce que c'est par lui que l'homme se construit lui-même. Le travail est donc "vivant" parce qu'il est vital dans un double sens : vital pour produire les conditions concrètes d'existence, vital pour se produire soi-même au sein d'un collectif social et culturel. Le travail vivant permet le mouvement de la vie, donc de la confiance, et ne peut être réduit à un simple acte de valorisation du capital.

Au sens strict du terme, la confiance renvoie à l'idée qu'on peut se fier à quelqu'un ou à quelque chose. Le verbe confier (du latin *confidere* : cum, "avec" et *fidere* "fier") signifie, en effet, qu'on remet quelque chose de précieux à quelqu'un, en se fiant à lui et en s'abandonnant ainsi à sa bienveillance et à sa bonne foi. L'étymologie du mot montre par ailleurs les liens étroits qui existent entre la confiance, la foi, la fidélité, la confiance, le crédit et la croyance.

Sans confiance en soi, rien n'est possible. Ce n'est qu'ensuite qu'on peut aussi s'ouvrir aux autres, construire un espace de partage, bâtir avec autrui un projet commun. Pourtant, la confiance en soi relève aussi de la capacité à créer des liens. Pour cela, il faut pouvoir aussi croire aux autres, leur faire confiance et accepter le risque de la dépendance. C'est pourquoi la confiance ne nous paraît jamais "neutre". Elle est à la fois fondamentale et dangereuse. Elle est fondamentale car, sans confiance, il serait difficile d'envisager l'existence même des relations humaines, des rapports de travail jusqu'à l'amitié ou bien l'amour. Sans confiance, on ne pourrait même pas envisager l'avenir et chercher à bâtir un projet qui se développe dans le temps. Comme l'explique un bon nombre de travaux en sciences sociales, c'est la confiance qui rend possible le développement de la socialité (Luhmann, 1993) et le fonctionnement de la démocratie (Sztompka, Trust, 1999). Mais la confiance est aussi dangereuse, car elle implique toujours le risque que le dépositaire de notre confiance ne soit pas à la hauteur de nos attentes ou, pire encore, qu'il trahisse délibérément la confiance que nous lui faisons. Lorsque nous faisons confiance à quelqu'un, il nous arrive de croire en lui, sans savoir exactement pourquoi, ou du moins sans pouvoir expliquer les raisons exactes de notre confiance. Mais comment expliquer ce "saut" dans le vide ? N'y a-t-il pas là le risque de glisser dangereusement de la confiance à la crédulité ?

D'un certain point de vue, les salariés de la clinique aspirent tous à vivre dans un univers certain et stable, dans un univers où la confiance et la "bonne foi" déterminent la conduite de ceux qui les entourent : ils souhaitent pouvoir compter sur les autres, prévoir leurs comportements et avoir des points de repère. Conclure une alliance ou promettre quelque chose, en effet, est une manière de rendre prévisible et maîtrisable le futur, soit parce que l'on s'engage envers un tiers à faire quelque chose, soit parce que quelqu'un nous assure de sa parole.

D'où l'importance de la confiance réciproque, la confiance étant, comme l'explique Georg Simmel, « l'une des forces de synthèse les plus importantes au sein de la société » (Simmel, 1999). S'il n'y avait pas une confiance généralisée entre ses membres, la société pourrait se désintégrer.

De nombreuses études contemporaines sur la confiance se focalisent sur la question de sa rationalité et cherchent ainsi à réduire la confiance à une forme de relation rationnelle entre agents moraux. S'appuyant sur la théorie du choix rationnel – qui vise à expliquer la conduite humaine en analysant les motivations en termes d'intérêts personnels – Hardin considère que l'on ne fait confiance que lorsqu'on attend, en retour, une action avantageuse pour soi (Hardin, 2002). Ce qui revient à dire que la confiance est le résultat d'un calcul rationnel qu'on peut faire à partir du moment où l'on arrive à réunir un certain nombre d'informations concernant le dépositaire éventuel de notre confiance, ainsi que les conséquences probables de notre acte de confiance.

Les résultats de nos différentes investigations nous amènent à nous interroger sur la problématique de la confiance au sein de cette institution, alors que celle-ci affiche son engagement à ne pas "punir" les salariés qui remonteraient un risque potentiel ou avéré lors de la prise en soin d'un patient. Nous formulons l'hypothèse que si les salariés ne font pas confiance, c'est qu'ils ont des raisons de croire qu'il ne sera pas dans l'intérêt de la direction de se montrer digne de confiance, de manière appropriée et au moment opportun (*cf. résultats de l'enquête Sécurité 33% des professionnels pensent que les erreurs sont notées dans les dossiers administratifs ; 44% des déclarant ne se sentent pas libres de remettre en cause les décisions ou actions de la hiérarchie ; 62% des répondants disent que les discussions à mettre en œuvre afin que les erreurs ne se reproduisent pas n'ont pas lieu.*). Les intérêts ne s'avèrent pas enchâssés entre ceux des professionnels et ceux affichés par l'établissement.

Nous affirmons donc que la structure dans laquelle nous intervenons à une approche gestionnaire du management des risques et soulève un questionnement relatif à l'utilisation des chartes d'engagements.

Afin d'étayer notre hypothèse, nous avons relevé les critères du modèle gestionnaire en les faisant correspondre aux différents éléments retrouvés lors de nos temps d'investigation (*cf. tableau synthétique ci-après*).

Tableau synthétique des éléments identifiés lors des investigations en lien avec une
approche gestionnaire de la gestion des risques

Critères du modèle gestionnaire	Éléments retrouvés dans l'institution
Modèle général de la Culture Sécurité et de la démarche	<ul style="list-style-type: none"> - La Culture Sécurité est instituée, décrétée (projet d'établissement, projet de soins, projet Qualité- Gestion des risques). - Formalisation d'une Politique de gestion des risques (entretien avec la gestionnaire des risques). - Démarche « opérationnelle ».
Fonctions de la Culture Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> - Fonction normative et fédératrice, visant l'uniformisation des comportements (Chartes de Bientraitance, Chartes de non punitivité, Projet de soins, Projet Qualité – Gestion des risques, Procédure de déclaration des événements indésirables, etc.).
Variables	<ul style="list-style-type: none"> - Artefacts : règles, indicateurs, valeurs affichées.
Dynamique de la Culture Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> - L'institution édicte et agit directement sur la Culture Sécurité (Comité de Pilotage de la Qualité – Gestion des risques, Comité de Direction, Commission des soins, Comité du médicament, etc.). - L'institution dispose d'outils pour agir directement sur la culture : formation, règles, Commission des soins, etc. - La culture évolue au rythme des projets organisationnels (projet d'établissement, Schéma régional d'offres de soins, etc.). - Les acteurs du changement sont les managers. - Les managers sont les concepteurs de la Culture Sécurité.

Comme nous le voyons, le modèle gestionnaire de la culture sécurité adopte une approche normative et opérationnelle. Il considère la culture comme un ensemble d'attributs et de propriétés humaines et organisationnelles que l'entreprise possède, accordant une attention prioritaire à la sécurité. Ce modèle conduit à déployer des programmes d'actions pour développer une culture de sécurité "positive", qui se caractérise notamment par l'engagement de tous dans la sécurité, laquelle est perçue collectivement comme la priorité de l'organisation (Booth, 1996, Clarke, 1998). Des processus et des dispositifs organisationnels sont édictés (Comité de Pilotage de la Qualité – Gestion des risques, formations, etc.), des comportements et des conduites sont décrétés (remontée des écarts par les fiches d'évènements indésirables par un circuit formalisé), des valeurs et des croyances sont promulguées (Chartes). Bien évidemment, cet ensemble suppose l'adhésion et l'identification des membres de l'organisation, et tout particulièrement des professionnels "de terrain".

Toutefois, ce modèle peut être critiqué pour son déni de toutes les dimensions humaines de l'homme au travail : les représentations, les croyances et les préjugés sont généralement écartés de l'analyse gestionnaire. Or, ces éléments donnent du sens à "l'agir en sécurité", aux pratiques, aux manières de faire, et permettent d'interpréter des manques apparents de rigueur, ou bien des écarts qui seraient trop rapidement considérés comme l'expression de négligences. La culture est employée pour réaffirmer la nécessité de se conformer aux règles. La question non soulevée est de savoir comment, au quotidien, les professionnels résolvent les difficultés du travail réel par leurs pratiques. Ainsi, les règles de sécurité sont pensées comme des principes opérationnels permettant d'atteindre un objectif de sécurité (Leplat, 1998), et constituent des aides dans le traitement des situations à risques. Elles sont également un "référentiel légal", qui permet plus ou moins précisément d'établir les responsabilités en cas d'accident (Hale et Swuste, 1998). Bien souvent, les professionnels sont définis comme étant des "exécutants" par l'organisation du travail, des « opérateurs de première ligne » (Reason, 1993). Nous sommes dès lors invités à nous demander en quoi ces "opérateurs de première ligne" sont conduits à violer les règles de sécurité en nous interrogeant sur deux principes que nous investiguerons dans la poursuite de notre intervention : l'acceptabilité et l'accessibilité. Pour qu'une règle de sécurité soit mise en œuvre, elle doit être comprise et acceptée par les salariés.

Plusieurs facteurs entrent en jeu : la cohérence entre les règles de sécurité elles-mêmes, et entre les règles et l'organisation du travail, mais aussi entre les contraintes des activités requises pour réaliser une tâche et les contraintes de mises en œuvre de la règle (De Brito et Boy, 1999). Enfin, l'accessibilité renvoie aussi bien à la disponibilité des moyens qu'à la lisibilité au sens large du terme.

Ainsi, les violations relèvent de l'écart entre la tâche prescrite et la tâche redéfinie, telles que précisées par Leplat (1997). Le professionnel interprète la règle, il ne l'applique pas simplement. Cette interprétation dépend de ses compétences.

L'approche gestionnaire laisse croire que la culture peut être orchestrée à partir de normes et de prescriptions. Elle laisse croire à l'adhésion totale des membres de l'organisation, alors qu'elle concerne des femmes et des hommes de métiers, animés par des histoires singulières et des objectifs qui s'articulent plus ou moins bien avec ceux de l'institution.

Nos différentes investigations nous ont permis de mettre en évidence que l'analyse du travail peut être pensée comme approche anthropologique du risque. Dans cette approche, la culture sécurité prend la forme d'un cadre analytique pour penser ce qui se passe (ou ce qui s'est passé) et ce qui se joue (ou ce qui s'est joué) pour l'individu et dans l'organisation. Notre analyse du travail au bloc opératoire a mis en exergue des connaissances formelles, tel un référentiel de pratiques et de compétences, des savoir-faire de prudence (Cru & Dejours, 1983), de règles informelles de travail, de perception, de communication, etc.

Enfin, la question de la *Charte de non punitivité* se pose. De prime abord, le mot punitivité surprend. Dérivé du mot punitif, signifiant *Qui a pour objet de punir* (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, 2020), le mot punitivité est employé généralement dans un registre judiciaire, carcéral (Foucault, 1975). On peut alors se demander si cette *Charte* n'aurait pas inconsciemment, pour les salariés, une fonction panoptique, c'est-à-dire de contrôle, de surveillance. Nous nous interrogeons pour savoir de quelle manière cette *Charte* a été rédigée, avec qui, et dans quels buts.

Nous formulons un avis critique concernant les *Chartes d'entreprise*. La préoccupation éthique devient de plus en plus prégnante dans nos sociétés et exprime aussi bien les inquiétudes écologiques, la méfiance envers la technique, que le souci des droits de l'homme, etc. Dans ce cadre, une nouvelle expression revient régulièrement en force depuis plusieurs années : l'éthique d'entreprise. Sous le nom d'éthique, on accumule des idées, des pratiques et des comportements disparates dont le seul point commun est d'être suggérés ou imposés dans l'entreprise au nom de la morale.

Mais l'éthique n'est possible qu'à partir du moment où l'on reconnaît qu'une entreprise, c'est avant tout des hommes et des femmes. Autrement dit, ce n'est pas l'entreprise qui est éthique mais les personnes qui la composent. L'éthique est donc un mode de pensée qui guide l'action individuelle qui n'est pas à confondre avec la déontologie, guidant l'action collective.

L'enjeu éthique de notre commanditaire serait de comprendre les valeurs et les modes de pensée de ses salariés permettant de créer les conditions de la discussion nécessaires à un échange productif. Il y a donc trois systèmes de valeurs qui cohabitent : la déontologie, l'éthique individuelle et l'éthique de contexte, c'est-à-dire celle sur laquelle une majorité de salariés s'accorde. Cette éthique de contexte, qui concerne les actions, nous paraît nécessaire pour aider le collectif à se construire « Il est devenu courant de dire qu'une action est éthique ou non. Cela vise une manière d'être de l'action, non l'action elle-même. L'éthos est un ensemble d'actions qui relève d'une certaine manière d'agir spécifique d'un groupe, d'une communauté à une époque donnée » (Hubert Faes, 2014). Il s'agirait alors d'instruire entre les salariés et la direction une réflexion autour du "faire institution".

On oppose souvent agir et penser, comme si l'action avait plus d'importance dans la réalité que la pensée. Or, la pensée ne précède pas l'action, elle ne lui succède pas non plus. La pensée est une action : penser c'est agir, parce que c'est modifier les représentations du réel que nous portons en chacun de nous, et par-là, modifier volontairement ou involontairement nos modes d'action (Alix, 2020). Agir pour le collectif, c'est d'abord un acte de pensée, un acte fondateur de l'action au sens du "je peux" de l'homme capable (Ricœur, 2015).

Penser le "je peux agir", c'est créer des liens dynamiques entre le sens et notre capacité à vivre dans une même société, c'est inventer les liens de proximité humains nécessaires à la communauté. "Faire institution", c'est imaginer les espaces de pouvoir et de délibérations. Cette dimension du "faire institution" pourrait être envisagée dans des espaces de discussions. Ainsi, penser la santé au travail, c'est nourrir les conflits, les désaccords, les controverses, dans une dialectique d'équipe, afin de faire face à des sentiments positifs ou négatifs favorables à la santé : « La vie d'un individu sain se caractérise autant par des peurs, des sentiments conflictuels, des doutes, des frustrations que par ses aspects positifs. L'essentiel est que l'homme ou la femme se sente vivre sa propre vie, prendre la responsabilité de son action ou de son inaction, se sente capable de s'attribuer le mérite d'un succès et la responsabilité d'un échec » (Winnicott, 1988, p. 30). Ces espaces pourraient avoir une fonction narrative offrant la possibilité aux salariés de se raconter en se référant à des événements vécus par eux-mêmes ou exposés par d'autres. Il s'agirait de faire émerger un "soi responsable" dans un mouvement dialectique. Ainsi, ces espaces pourraient-ils se rapprocher de la "thérapie sociale", qui « a pour but de soigner la coopération entre les êtres humains afin de recréer de l'intelligence collective, retisser des liens entre des groupes et des milieux divisés ou isolés et renforcer la cohésion sociale et une vie collective démocratique » (Rojzman, 2008). Il s'agit alors de mettre en débat ce qui ne va pas, c'est-à-dire passer de la "violence au conflit" (Besse, 2019).

C'est, selon nous, une première forme de la reconnaissance autour de la construction de la confiance, la valorisation d'une capacité à avoir une expérience et à la partager. Et dans ce processus, le pouvoir de raconter n'est jamais le fait d'être seul. Il a besoin d'un "pouvoir écouter" où se construit une histoire à plusieurs.

Ainsi, "faire institution", semble être un enjeu central pour notre commanditaire, puisqu'il convoque le concept de prise d'initiative orientée vers l'action. Il ne s'agit pas d'un concept de pouvoir mais d'action. Initiative vient du verbe initier *Commencer quelque chose de nouveau* (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, 2020). Pour Hannah Arendt, il y a exercice du politique dès lors que des personnes se rassemblent pour parler d'une situation commune et décider d'agir ensemble afin de la changer, donc de se mobiliser pour mener une action collective « L'action est en fait la seule faculté miraculeuse, thaumaturgique. » (Arendt, 1983).

Considérant l'humain comme un être d'action, c'est dans cette faculté d'agir politiquement qu'Arendt cherchera une réponse. Selon elle, « c'est la possibilité d'action qui fait de l'homme un être politique » (Arendt, 1972). C'est sa capacité d'initier quelque chose de neuf plutôt que d'exécuter ou de répéter des gestes. Et c'est dans cette faculté d'agir politiquement que repose la possibilité qu'advienne un monde nouveau. Il s'agit alors pour les salariés et la direction de l'institution, "d'inaugurer quelque chose de nouveau dans le monde" (Ibid., 1972), c'est-à-dire d'inaugurer un commencement. Il ne s'agit plus d'un "pouvoir sur" mais d'un "pouvoir de", d'un "pouvoir d'agir" (Clot, 2010). Ce pouvoir d'agir" redonne du sens à l'autonomie, car l'autonomie pensée à partir de l'initiative n'est plus un pouvoir en terme de rapports de force, mais la possibilité de disposer de soi, de son corps, de son intelligence, engagé dans l'action. C'est donc être compétent, créatif et libre.

Dans *Le mythe de Sisyphe* (1942), Albert Camus pointait déjà du doigt les dangers pour la santé liés au fait d'exercer un travail qui n'a pas de sens « Les dieux avaient condamné Sisyphe à rouler sans cesse un rocher jusqu'au sommet d'une montagne d'où la pierre retombait par son propre poids. Ils avaient pensé avec quelque raison qu'il n'est pas de punition plus terrible que le travail inutile et sans espoir. »

Seconde partie. Problématisation

1 Que veut dire intervenir, accompagner ?

1.1 Le terme "posture professionnelle" : une définition complexe pour l'intervenant

Régulièrement utilisée dans le langage courant, comme dans les publications à visées scientifiques ou professionnelles, l'expression "posture professionnelle" nous invite à questionner ce terme.

Le substantif "posture" apparaît en 1588 (Grand Robert de la langue française), de l'italien *postura*, de *posto*, participe passé de *porre* (poser) et désigne une "attitude particulière du corps", synonyme d'attitude, de maintien et de position, mais aussi de contenance. Ce qui le rapproche des sens plus littéraires de "situation d'une personne", synonyme de condition, position et situation, ou encore d'attitude d'esprit. Toutefois, le terme de posture renvoie dans un premier temps à une dimension physique qui implique un engagement spécifique du corps dans l'exercice professionnel. Ainsi, l'expression posture professionnelle serait « le lieu d'une rencontre intime entre des sujets animés par le souci de bien faire leur travail, des attentes spécifiées par un ensemble de normes professionnelles et sociales antécédentes et des contraintes portées par la situation. » (Mulin, 2013). Ainsi, ce terme renverrait à des attentes déontologiques, sociétales et morales, c'est-à-dire basées sur des fondations solides, celles des valeurs. Adopter une posture "professionnelle" dans l'exercice de ses activités serait finalement faire preuve de professionnalisme, toile de fond d'un agir compétent. Mais qu'en est-il vraiment ? S'agirait-il d'une manifestation attendue comme "moment de discipline" ? : « Dans la seconde moitié du XVIII^{ème} siècle : le soldat est devenu quelque chose qui se fabrique ; d'une pâte informe, d'un corps inapte, on a fait la machine dont on a besoin ; on a redressé peu à peu les postures ; lentement une contrainte calculée parcourt chaque partie du corps, s'en rend maître, plie l'ensemble, le rend perpétuellement disponible, et se prolonge, en silence, dans l'automatisme des habitudes ; bref, on a "chassé le paysan" et on lui a donné "l'air du soldat" » (Foucault, 1975) . Nous pourrions dire qu'il s'agit d'une conformité aux attentes institutionnelles du moment.

Du point de vue de l'activité, la posture professionnelle peut s'entendre comme située au croisement des quatre dimensions du métier énoncées par Clot : « Un métier est une discordance créatrice – ou destructrice – entre les quatre instances en conflit d'une architecture foncièrement sociale. Le métier au sens où nous l'entendons est finalement à la fois irréductiblement personnel, interpersonnel "comme action adressée à soi et aux autres", transpersonnel "porteur d'une histoire collective ayant façonné le métier" et impersonnel "inscrit dans des prescriptions qui anticipent l'action professionnelle au-delà des singularités des individus et des situations" » (Clot, 2007). La manière dont les acteurs investissent une posture professionnelle témoigne ainsi de leur rapport au métier et de la façon dont ils parviennent ou non à entretenir « la passion de s'emparer de l'objectivité du réel pour faire reculer les limites du métier lui-même » (Clot, Ibid.). Nous voyons bien alors, qu'il existe une tension épistémologique autour du terme "posture professionnelle".

Ce terme complexe interpelle notre réflexion, d'autant que le métier d'intervenant reste à construire, à inventer. Deux questions se font jour : Que manifeste la posture ? Qu'est-ce qui se manifeste avec elle ? Au cours des interventions, ces interrogations sont souvent présentes. Travailler comme intervenant constitue, selon nous, un véritable corps à corps du sujet engagé dans une transformation, corps à corps souvent empêché où se joue le "dramatique usage de soi" (Schwartz, 2020).

La question de la posture de l'intervenant se pose fortement aujourd'hui dans le contexte de la crise à *COVID*, puisque celle-ci renvoie à la question de l'incertitude. Cette crise marque quelque chose d'intense du côté de l'incertitude tant du point de vue des employeurs que des salariés. Le modèle bureaucratique, taylorien qui mettait de côté l'hésitation, se trouve aujourd'hui étiolé. Tout d'un coup, le travail n'est plus prescrit par le bureau des méthodes : c'est l'individu qui se prescrit son organisation. Il n'est plus un "exécutant", et doit donc se réinventer des règles pour conduire ses actions. Penser cette complexité est une donnée importante pour l'intervenant, puisque l'incertitude est une composante anxiogène pour le sujet qui a un désir de prévisibilité, a une préférence pour l'ordre et la structure, ressent un inconfort face à l'ambiguïté, et a une volonté de prise de décision (Webster et Kruglanski, 1994).

D'autre part, cette crise questionne le concept de démocratie dans le monde de l'entreprise. Pierre-Henri Menthon et Airy Roulier écrivent, dans leur chronique hebdomadaire de *Challenges* du 9 juin 2011, que « chacun en convient : la démocratie dans l'entreprise est l'école de la démocratie tout court et une condition du développement économique ». Mais de quoi parlent-ils exactement ? Ils veulent en réalité parler soit de la "bonne gouvernance", c'est-à-dire de l'équilibre des pouvoirs entre les différentes instances dirigeantes (directoire, conseil de surveillance...), soit de la "démocratie actionnariale", laquelle désigne simplement l'égalité de droit de vote entre les différents actionnaires. Même si l'expression est répandue, il est abusif de parler ici de démocratie, en raison de la seule présence d'une procédure de vote. À force d'avoir été couramment utilisé, le mot démocratie est devenu presque inutilisable en tant que concept (Supiot, 2015). Très féconde en revanche est la notion d'« assemblée de paroles » (Detienne, 2003), qui montre que les pratiques démocratiques ne sont pas l'apanage de « nos ancêtres les Grecs », mais ont eu leurs équivalents dans d'autres civilisations, notamment africaines (Ibid., 2003). Cette "assemblée de paroles" permet de saisir la question de la démocratie à sa racine. Animaux langagiers, nous devons « co-référencer » (Benveniste, 1974), c'est-à-dire attribuer à des signes visibles un même sens invisible. C'est pourquoi les sociétés humaines ne sont pas réductibles à des troupeaux, ni les communautés politiques à un « vivre-ensemble » (Ibid, 1974). Nous ne pouvons faire société sans nous soumettre à une référence commune, sans obéir à une logique de l'*inter-dit* (Ibid, 1974) qui nous permet d'échanger des paroles plutôt que des coups. Alors, s'interroger sur la question de la démocratie permet de comprendre ce qui la rapproche et la distingue des autres formes d'organisation politique : ce qui la rapproche, c'est la nécessité d'une référence commune et la logique de l'interdit ; ce qui la distingue, c'est la façon de poser ces interdits. La démocratie naît d'une pratique plutôt rare, qui consiste à s'assembler pour décider ensemble et sur un pied d'égalité des affaires communes. D'où le droit pour chaque membre de cette assemblée de contribuer à l'édiction de la norme en contredisant le cas échéant le point de vue de ses pairs.

Cependant, cela ne veut pas dire que les institutions démocratiques puissent se passer de verticalité. Bien au contraire, ce qui unit les participants à ces "assemblées de paroles", c'est une commune référence au *vrai* et au *juste*, dont la représentation ne

peut être approchée que par un débat contradictoire supposant la « préférence continuelle de l'intérêt public au sien propre » (Montesquieu, 1748), dans laquelle Montesquieu voyait la condition *sine qua non* d'un régime démocratique. La démocratie a donc nécessairement une dimension économique.

La démocratie politique a pour condition une certaine égalité des conditions. Montesquieu y consacre dans *l'Esprit des lois* tout un chapitre, dont le titre est assez explicite : « Comment les lois doivent entretenir la frugalité dans la démocratie ». Selon lui, « pour maintenir l'esprit de commerce, il faut que les lois, divisant les fortunes à mesure que le commerce les grossit, mettent chaque citoyen pauvre dans une assez grande aisance, pour pouvoir travailler comme les autres ; et chaque citoyen riche dans une telle médiocrité qu'il ait besoin de son travail pour conserver ou pour acquérir » (Ibid., 1748, p.196).

Nous nous demandons si l'entreprise a vocation à être démocratique. Pour Martin Richet l'entreprise n'a pas vocation à l'être, mais certaines pratiques démocratiques peuvent et doivent s'y développer. L'entreprise doit être un lieu où la parole peut s'exprimer et ceci à différents niveaux. Dans le schéma qu'il a construit avec Terra Nova, l'ANACT et la Fabrique de l'Industrie, Richet distingue trois lieux où cette parole doit s'exprimer : la boucle managériale, celle de la hiérarchie et de la gouvernance ; la boucle du dialogue social, qui concerne les institutions représentatives du personnel, les syndicats ; la boucle du dialogue professionnel, plus ou moins formelle, mais qui constitue un outil de démocratisation majeur car elle met en jeu le contenu et les formes du travail lui-même (Richet, 2018).

Ces trois boucles de régulation détermineraient le fonctionnement des organisations. En particulier, la boucle du dialogue professionnel est souvent négligée, puisque les managers pensent que le dialogue sur le travail est l'affaire des échanges informels dans les espaces interstitiels (autour de la machine à café ou d'autres lieux de convivialité). Or, il n'y a rien de plus professionnel que ces échanges qui peuvent être recueillis et valorisés : ce qu'il faut améliorer, ce qui ne va pas, ou au contraire les sources de satisfaction. Bref, mettre le travail en débat. C'est ici que réside la question essentielle d'une « démocratie du quotidien » (Ibid., 2018), celle qui dépasse les processus électifs pour permettre à chacun d'être pleinement acteur de son destin et qui pour nous doit "faire intervention" auprès de notre commanditaire.

1.2 Le paradigme d'intervention

Étymologiquement, le mot *intervention* est dérivé du verbe *intervenir* signifiant *Se produire, avoir lieu, survenir, agir* (Larousse, 2020). Ce mot est à rapprocher du verbe transitif *accompagner* composé de *ac*, préfixe latin qui veut dire rapprochement, proximité, et de *compagnon*. Ce dernier, d'après le dictionnaire historique de la langue française, est formé à partir du latin *cum* "avec" et *panis* "pain" ce qui veut dire « qui mange son pain avec » (Le Robert 1992). *Accompagner* c'est « Se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui. Conduire, escorter, guider, mener. » (Petit Robert, 2004).

Alors *intervenir*, c'est *accompagner* l'autre, ce n'est pas le conseiller, le diriger. Cette pratique professionnelle, que nous définissons comme une démarche visant à aider une personne, une entreprise à cheminer, à se construire, à atteindre ses buts, est l'expression d'un véritable changement paradigmatique. Penser cela implique alors que l'on entame une réflexion d'ordre épistémologique, théorique, pragmatique et éthique susceptibles de nous permettre, d'une part, de mieux fonder cette notion d'intervention et d'accompagnement, et d'autre part, de faciliter l'élucidation des situations complexes auxquelles l'intervenant est confronté.

Véritable phénomène social depuis quelques années, les pratiques d'intervention s'accompagnent d'une diversité de formes : mentorat, coaching, conseils, etc.

Au regard de notre expérience professionnelle et de la mise à distance proposée par le *Master CIDC*, nous soutenons qu'intervenir signifie "être avec". Ainsi, le substrat de l'intervention est la capacité d'être avec, puisqu'il y a quelque chose qui se joue. C'est être présent au moment d'un passage, des *Transformations silencieuses* (Jullien, 2010). On ne voit rien. Pourtant, heure par heure, jour par jour, tout change. L'enfant grandit, le corps vieillit, la montagne s'érode, le climat change, ou bien le couple, lentement, se délite. Ces modifications minimes et constantes, inaperçues mais essentielles, forment le cours du monde et la trame de l'existence. François Jullien montre combien "les transformations silencieuses" constituent ce que la métaphysique européenne a le plus de mal à saisir, alors que la culture chinoise leur accorde, au contraire, une attention soutenue.

Depuis les Grecs, l'Occident a privilégié les délimitations : il pense par "arêtes vives", par bords tranchés, par formes nettes, par idées "claires et distinctes" (Descartes, 1641). Ce qui le rend inapte, en fin de compte, à concevoir les transitions, le passage graduel d'une forme à une autre. La neige qui fond, par exemple. C'est encore de la neige, ce n'en est déjà plus. Ces transitions incessantes sont pourtant au cœur de la réalité des entreprises, alors que celles-ci sont prises au piège des ruptures, des grands chambardements, des crises.

Ainsi, intervenir consiste selon nous à être présent, à être ouvert à l'autre dans un chemin partagé qui se refermera. Les personnes que nous accompagnons ne sont ni devant, ni derrière, mais avec l'intervenant. Intervenir c'est "être sur la crête" (Besse, 2020). Ce qui est important, c'est l'espace de parole que les personnes pourront investir de ce qu'elles sont et de ce qu'elles vivent. C'est donc leur donner le pouvoir d'agir. Nous avons fait l'expérience qu'intervenir c'est "apprivoiser" ; ça demande donc du temps, de l'écoute et de la disponibilité. Quand le chemin de l'intervention n'avance plus, il convient de s'interroger sur la relation de que l'on a construit. Nous pouvons emprunter la métaphore du récit *Les aventures d'Alice aux pays des merveilles* (Carroll, 1869). Lorsqu'elle rencontre le chat et qu'elle lui demande "Quel est le meilleur chemin ?", le chat aurait pu lui répondre "Le meilleur chemin est celui que j'ai pris", mais il n'a pas la réponse à la question d'Alice. Alors, intervenir, accompagner, c'est renvoyer l'autre à une relation de personne à personne et non pas d'un sachant à une personne qui ne saurait pas. La relation d'intervenant vise la réciprocité, les échanges et non pas les monologues. C'est dans cette relation qu'une démarche peut s'initier. Il s'agit d'une relation inscrite dans une logique duale autour de l'autonomie, de la liberté et de la responsabilité, à la condition d'accorder de l'autonomie, de la liberté à l'autre afin qu'il puisse être responsable, qu'il puisse advenir.

2 Quand le travail de l'intervenant résiste

Certaines fois, l'expérience de travail occasionne de la souffrance en raison des contraintes inhérentes à l'organisation du travail (cadences, qualités, rapports de domination, etc.), mais aussi aux rapports intersubjectifs. Ainsi, pour se protéger de la souffrance générée par la rencontre avec le travail, les sujets mettent en place des stratégies individuelles et collectives qui sont nécessaires pour la poursuite du travail, mais leur permettent aussi de conjurer le risque de décompensation psychique. Comme tout travailleur, l'intervenant est confronté à un rapport au réel, qui parfois peut le déstabiliser, voire le contraindre à adopter une posture professionnelle en apposition avec les valeurs qu'il défend. Au fond, l'intervenant est contraint à "l'usage de soi par l'autre", par le "dramatique usage de soi" (Schwartz, 2020), s'inscrivant dans un rapport de domination. A l'origine, un drame, qu'il soit individuel ou collectif, a lieu quand les événements surviennent, rompant les rythmes des séquences habituelles, anticipables, de la vie. D'où la nécessité de réagir dans le sens de traiter ces événements, "faire usage de soi". En même temps, cela produit de nouveaux événements, transformant donc le rapport avec le milieu et entre les personnes. La situation engendre alors de "l'autrement", à cause des choix à faire pour traiter les événements.

Au cours de notre intervention, nous avons été affectés par une situation, que nous avons tenté de comprendre en l'exposant lors d'une Analyse de Pratiques Professionnelles (APP) le 28 mars 2020, dans le cadre de l'Unité d'Enseignement *CDC 208 Analyse de la pratique*. Pour la mise en discours de la situation, nous nous appuyons sur notre carnet de recherche ouvert au début de l'intervention.

Le 18.02.2020

Le service de médecine regroupe la filière Gériatrique – médecine de la clinique. Ce service regroupe 36 lits. Son taux d'encadrement est de 2 infirmières et 4 aides-soignants. De nombreuses pathologies y sont traitées. Ce service sert d'aval à celui des urgences. Le climat nous semble tendu. L'aspect général des locaux nous renvoie une image "négligée". Il est mal rangé. Le poste de soins est sale voire en mauvais état.

Les 2 infirmières rencontrées sont dans la plainte. Leur discours témoigne d'une fatigue voire pour l'une d'elle d'une usure " Je veux partir au plus vite de ce service.". Elle y travaille depuis 7 ans. L'autre est jeune diplômée. Toutes deux nous disent que la charge de travail est très importante "Ca nous parasite". Très rapidement, elles nous disent que "ça ne communique pas dans l'équipe". Nous observons que ces deux professionnelles ; elles ne se parlent pas. Nous n'arrivons pas à rentrer dans le fonds de la discussion. Nous restons dans l'énoncé. Il s'agit d'une première rencontre, nous devons apprendre à nous connaître et nous faire confiance. L'une des infirmières est logorrhéique, nous avons des difficultés à contenir son discours. Nous ressentons que la parole ne circule pas et que notre présence laisse entrevoir une possibilité de " déposer la parole".

Nous percevons que ça ne va pas. Les autres professionnelles du service (aides-soignantes) sont cataïres. Nous n'avons pas réussi à rentrer en relation avec elles. Ce ressenti fait écho aux résultats de l'enquête Culture sécurité que nous venons de finaliser, mais aussi à l'entretien mené le matin même avec l'infirmière référente. Au fil de celui-ci, Régine, l'infirmière référente, évoque l'ambiance "lourde et pesante" de la filière gériatrique. Elle y travaille depuis 1 an ½ et se serait "résignée" à cette ambiance. Régine dit avoir traversé une période très difficile professionnellement, qui l'a conduit dans un premier temps à rencontrer le médecin du travail à la demande de la direction, puis à entreprendre un étayage psychologique. Elle dit aller mieux. Mais pour cela, elle préfère "se mettre en retrait".

Son discours nous alerte à plusieurs reprises sur la posture de la cadre de santé responsable de cette filière. En effet, lors de notre rencontre avec madame R, mené le 7 novembre 2019, nous avons perçu un mode de management très hiérarchique et laissant peu de place à l'initiative et à la confiance. Cette professionnelle, a mis en place depuis quelques mois, un système de contrôle qualité, qui d'après elle est "inefficace" car rien ne se passe après " Je leur montre portant que ça ne va pas. Et rien ne bouge. Même la preuve par les chiffres ne marche pas."

Ce contrôle vient renforcer celui déjà mis en œuvre par la qualitiennne de la clinique. Nous avons à l'esprit le modèle industriel, celui de l'assurance qualité, éloignée de l'approche servicielle ex post. Nous émettons l'hypothèse que les soignants possèdent peu de marges de manœuvre. Leur possibilité de renormalisation semble contrainte.

Au fil de la rencontre, les soignantes nous disent que ce service est resté plusieurs mois sans encadrement, avant l'arrivée en 2018 de madame R. "On avait trouvé de l'autonomie. C'était difficile mais ça marchait dans l'ensemble." Ce service de médecine ne va pas bien. Nous émettons l'hypothèse que le management hiérarchique conjoint à une charge en soins importante dégrade le climat social. Un travail est à effectuer avec l'équipe d'encadrement. Nous mettons ce service sous "surveillance". Il nous inquiète.

Le jeudi 20.02.2020

Dans l'après – midi, nous allons à la rencontre des contre équipes vues le mardi 18. Notre perception de la filière maternité gynécologie demeure identique. Les soignants sont en poste depuis de nombreuses années. Un climat apaisé règne. Nous sommes chaleureusement accueillis. Il n'en est pas de même pour le service de médecine. Nous faisons face à des soignants qui nous apparaissent fatigués. Sur les 4 professionnels présents ce jour-là, 1 seul est en CDI. Les autres sont vacataires. Nous n'arrivons pas à rentrer en contact avec les eux. Quelque chose de lourd règne. La salle de soins est sale. Des papiers jonchent le sol. La cadre de santé, madame R., nous croise à 3 reprises sans nous regarder, sans nous adresser un mot. Nous sentons que nous la dérangeons. Sommes – nous piégés par un processus de projection qui nous détournerait d'un regard neutre et bienveillance ? Nous nous questionnons. »

A l'issue de l'évocation de la situation, nous avons posé la question suivante aux auditeurs : « Comment pouvez-vous nous aider à éclaircir cette situation pour ne pas tomber dans une psychologisation de Madame R. ? ». Une série d'hypothèses a alors été formulée autour du mécanisme de projection, du dilemme éthique, de la posture de cette cadre, de la chaîne hiérarchique, et de l'objet de la commande. Deux d'entre-elles ont retenu notre attention ; celle portant sur le mécanisme projectif, associée à l'utilisation d'une phrase prononcée au cours de l'exposé « De toute façon, je la déteste », et celle de la posture de la cadre associée à la chaîne hiérarchique mettant en débat la question de la "démocratie du quotidien" (Richet, 2018).

Le mot "projection", quand on le dit isolément, fait penser à une séance de cinéma : on s'assoit dans la salle, la lumière s'éteint, le rideau s'ouvre, un pinceau de lumière va baigner l'écran et le film commence. La projection à laquelle nous avons dû faire face a été similaire à la séance de cinéma, mais avec quelques petites variantes : la salle obscure a été notre cerveau, la toile blanche de l'écran, la cadre de santé. Et le film, ce sont les images que nous avons dans notre inconscient. Ce mécanisme psychologique que chacun éprouve dans ses interactions sociales, amicales, affectives, et professionnelles, nous expose à cet "effet miroir". Au sens psychanalytique du terme, les projections psychologiques sont les opérations par lesquelles le sujet « expulse de soi et localise dans l'autre, des qualités, des sentiments, des désirs qu'il méconnaît ou refuse en lui » (Alix, 2020). Au sens plus large, nous projetons sur les autres nos émotions, nos fausses croyances et nos complexes inconscients.

Cette expression non autorisée « De toute façon, je la déteste », a déclenché une vive émotion, « expression de valeurs déstabilisées » (Livet, 2002). Nos valeurs semblent affectées par ce que nous renvoie Madame R, c'est-à-dire par son utilisation de la qualité comme outil de contrainte et de contrôle, et par un climat social tendu affectant les soignants. Ce que nous ressentons et percevons de la situation est contraire au principe d'encadrement devant s'inscrire dans une perspective d'émancipation, et non dans un rapport de domination, d'autoritarisme, d'injustice illégitime. « Puisque l'autorité requiert toujours l'obéissance, on la prend souvent pour une forme de pouvoir ou de violence. Pourtant l'autorité exclut l'usage de moyens extérieurs de coercition ; là où la force est employée, l'autorité proprement dite a échoué » (Arendt, 1989).

Dans un premier temps, nous avons ressenti un sentiment de gêne d'avoir pu prononcer cette phrase, mêlé à une impression d'apaisement. « L'homme n'est pas un empire dans un empire. Les affections sont choses naturelles » (Spinoza, 1677). Le sentiment est un mode comme les autres, et il n'échappe pas à l'ordre de la Nature. C'est pourquoi Spinoza nous dit toujours que, si nous voulons comprendre les sentiments, les affections, il nous faut les considérer comme des modes de la Nature, faisant partie de l'ordre des choses (Alix, 2020). Ainsi, la vive émotion que nous avons ressentie en évoquant la situation lors de l'APP, a été ressentie comme le marqueur d'une rupture.

Les émotions émergent lorsque nos routines quotidiennes sont rompues, autrement dit lorsque notre attitude réflexive face aux situations est remise en question. Ainsi, l'émotion peut se comprendre comme « une perturbation provenant d'un clash ou d'un échec de l'habitude, et la réflexion est, pour le dire vite, l'effort pénible des habitudes perturbées pour se réajuster » (Dewey, 1922). Dans cette perspective, la routine peut se définir comme une pratique quotidienne et comme une "attitude naturelle" dans laquelle nos attentes vont de soi, et que nos doutes sont suspendus. Dans les situations où les routines sont rompues et où l'incertitude est grande, un travail sur les émotions s'enclenche.

Ce travail, rendu possible par l'Analyse des Pratiques Professionnelles, nous a permis dans un second temps d'analyser plus en profondeur cette situation entre intervenants, et à entamer un travail d'énonciation avec le commanditaire autour de ce qui se jouait dans cette situation et plus largement autour de la sanction dans l'institution.

L'étymologie du mot sanction est particulièrement intéressante à regarder. Du latin *sanctio*, qui signifie « sanction ou peine », le terme *sanctio* provient lui-même du verbe *sancire*, dont l'un des dérivés est *sanctum* (saint). Le verbe *sancire* appartient à la terminologie religieuse et politique et signifie « rendre sacré ou inviolable », puis « établir solennellement (par une loi) ». Ce dernier sens – « établir solennellement par la loi, ratifier » – fait partie de la signification du verbe sanctionner (sanctionner un édit) (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicale, 2020). Dans la mesure où le mot sanction est synonyme de peine, il devrait désigner une peine telle qu'elle a été établie par la loi. Or, il en est venu à signifier le contraire. Le terme couramment utilisé pour désigner une punition instituée par la loi est celui de peine. Toutefois, quand on veut parler des conséquences punitives d'un acte délinquant dans un champ autre que celui du droit pénal, c'est le mot sanction qu'on utilise. En dépit de son lien étymologique avec la loi pénale, le terme de sanction a pris une signification générique et il est utilisé pour désigner toutes les formes de conséquences punitives d'un acte de transgression (Froment, 2005). Ainsi, cette interrogation autour du concept de sanction nous ramène à celle de la *Charte de non punitivité* rédigée et diffusée par notre commanditaire, et à la crainte des salariés d'être sanctionnés en cas de survenue d'évènements indésirables associés aux soins. Pour Jean-Charles Froment, « la sanction, a priori, commence précisément là où s'arrête l'autorité » (Ibid., 2005, p 64).

Pour l'auteur, il est possible de réconcilier autorité et sanction dans le creuset de la légitimité, la légitimité d'une sanction dépendant de sa capacité à engager positivement l'avenir de celui qui la subit (Ibid., 2005, p 67).

Ce travail d'élaboration avec notre commanditaire n'a pas pu être approfondi en lien avec la crise sanitaire ; nous le remettons en discussion dès que possible, puisqu'il nous semble essentiel. Il s'agira d'instruire du conflit, au sens de discussion argumentée, autour de la sanction comme objet pour penser la règle, et faire en sorte qu'il soit bien situé, et non fixé sur une personne.

Cette mise "à mal" de l'intervenant est envisagée aujourd'hui comme maïeutique, c'est-à-dire, comme véritable apprentissage, un "apprendre à apprendre" (Giordan, 2019). Apprendre consiste effectivement à être confronté au déséquilibre de ce que l'on sait déjà pour retrouver l'équilibre à l'occasion de la maîtrise du savoir visé par l'apprentissage. Dans ce processus, l'intervenant devient alors l'auteur de son apprentissage par la mise en œuvre de mécanismes cognitifs à accepter le nouveau, à remettre en questionnement ses conceptions, ses certitudes. Ce "faire autrement" est un révélateur de l'agir en compétence, puisqu'il permet d'affronter de nouvelles classes de situations.

Cette situation nous forge la conviction que l'intervenant doit faire preuve d'autorité au sens « d'intelligence instruite des situations » (Damien, 2013), d'intelligence documentée, augmentée de l'instruction des données, sans tomber dans le dogmatisme doctrinaire. Il doit juger dans l'action, c'est-à-dire avoir « un jugement judicieux, une lucidité judicieuse » de la situation présente (Ibid., 2013, p. 330), et doit assumer ses décisions que Damien nomme "continuité conséquente", en endossant « les conséquences malheureuses, les hasards malveillants, les contre-attaques adverses, la complexité des effets historiques, les obstacles intérieurs » (Ibid., 2013, p. 334).

3 Du facteur humain à l'organisation "capacitante". Quand l'intervention modifie les paradigmes de l'intervenant

"Errare humanum est... "

3.1 Reconsidérer le facteur humain

L'importance du facteur humain dans l'atteinte des objectifs de sécurité des soins est unanimement admise par l'ensemble des professionnels de santé, mais aussi de décideurs et de la Haute Autorité de Santé (HAS). Il suffit pour cela de lire un module de formation proposé en ligne par la HAS. « Qu'implique l'étude des facteurs humains ? L'étude des facteurs humains est une discipline qui vise à optimiser les relations entre la technologie et les individus en utilisant des informations relatives aux comportements, capacités, limites et d'autres caractéristiques individuelles pour concevoir les outils, machines, systèmes, tâches, postes et environnements professionnels en vue de leur utilisation efficace, productive, sûre et commode par les professionnels. » ; « Est-il possible de gérer les facteurs humains ? Oui. La gestion des facteurs humains passe par l'application de techniques proactives visant à réduire les risques d'erreurs ou de presque-accidents et à en tirer les enseignements qui s'imposent. » (HAS, 2015).

Il est difficile de trouver dans la littérature scientifique soignante d'autres paradigmes que celui du facteur humain. Ainsi, la complexité des environnements de travail dans le domaine du soin semble être un impensé. Seule une revue systématique de la littérature nous permettrait d'affirmer ce point de vue. Toutefois, le facteur humain semble être la seule idée reçue qui viendrait éclairer la survenue des événements indésirables. Une idée reçue est une opinion, située entre le stéréotype, le cliché et le lieu commun. Elle a la particularité de s'admettre aisément, pour diverses raisons : elle est très répandue, considérée très souvent comme évidemment démontrée, agréable à admettre parce qu'elle répond simplement à une question récurrente, gênante, ou complexe. Elle aide à ne plus réfléchir et s'impose insidieusement. On note enfin qu'elle est souvent fautive, soit dans son énoncé même, soit dans les conséquences que son interprétation induit. Toutefois, les idées reçues sont tellement intégrées dans la culture qu'il est psychologiquement et socialement très difficile de les remettre en cause, même lorsqu'elles entrent manifestement en contradiction avec la simple observation des situations dont elles sont supposées rendre compte.

L'erreur humaine règne sans partage pour expliquer les dysfonctionnements en matière de sécurité des soins. Il est courant de lire que "80% des évènements ont pour cause une erreur humaine !". Cela s'explique en partie par le fait que le point d'entrée des analyses d'évènements est le constat d'un résultat qui s'écarte de ce qui est attendu. L'opérateur humain joue inévitablement un rôle dans cet écart. Mais l'erreur humaine n'est pas toujours l'erreur d'un humain, ou en tout cas pas de celui que l'on croit.

Le fait de commettre des erreurs ou de s'engager dans une violation n'est pas nécessairement le signe d'un manque de professionnalisme, de rigueur ou de compétence, l'expression d'une négligence ou d'une volonté de mal faire. Ces comportements révèlent avant tout des dysfonctionnements de l'organisation, des défaillances managériales, des lacunes de conception des systèmes techniques, et d'absence de débat de normes, qu'il peut être intéressant d'étudier pour renforcer le niveau de sécurité. Ainsi, il ne suffit pas d'être compétent pour travailler. Il faut également être capable de tisser un réseau social de support à son action, offrir la possibilité de "penser le faire" (Ulman, 2019), et de débattre des normes. Il convient alors de dépasser le concept de facteur humain pour aller sur le champ de l'organisation du travail, de la "puissance d'exister" (Spinoza, 1677), c'est-à-dire sur celui de la politique, au sens étymologique de politikè, affaires de la Cité, fait de débat de normes, d'arbitrages, et de discussions autour des valeurs. Sans cela, le facteur humain est une composante des principes tayloriens, déshumanisant le sujet en le pensant dépouillé d'affecte, sans corps, sans pensée, sans vie. « On ne te demande pas de penser. Il y a des gens payés pour cela, alors mets-toi au travail. » (Taylor, 1911).

3.2 Penser l'organisation par les "capabilités"

Comme nous le voyons, le concept de facteur humain est donc à repenser pour notre intervention. Selon nous, penser la complexité de notre intervention nécessite de travailler avec notre commanditaire et les salariés de la clinique autour d'une approche capacitante, dans un esprit de co-construction.

Au fil des observations réalisées dans notre pratique d'intervention, s'est progressivement dégagé le constat suivant : les interventions définies abstraitement à partir des enjeux propres aux seuls commanditaires se révèlent peu efficaces sur le long terme.

Même si l'usage quasi inflationniste de la notion de co-construction semble investir tous les domaines de l'entreprise, nous pensons que seules des approches co-constructivistes peuvent à la fois prétendre à la possibilité d'une efficacité supérieure et introduire, par les délibérations qu'elles instaurent, un questionnement des acteurs de l'organisation, et ouvrir sur des systèmes relationnels différents et émancipateurs. Cependant, nous avons pu observer qu'un processus de co-construction ne fonctionne pas lorsqu'il n'est qu'intention.

La co-construction signifie en effet que tous les acteurs doivent être considérés comme des parties prenantes dans le processus de réflexion collective sur le changement ou sur le développement. Ainsi, aux démarches pensées par le haut, de manière abstraite et en fonction de seuls objectifs organisationnels, la démarche de co-construction s'inscrit comme un processus pensé collectivement à partir de raisonnements et de délibérations qu'il s'agit de reconnaître et de co-construire.

Ainsi, nous proposerons à notre commanditaire d'envisager un nouveau paradigme de son organisation fondé sur l'approche "capacitante". Toutefois, penser ce paradigme nécessite de penser collectivement le changement.

L'organisation est modélisée par « une structure et des interactions sociales qui agissent avec et sur la structure » (Petit, 2005, p. 172).

C'est pourquoi, changer une organisation ne peut se réduire à une modification de la structure décidée et programmée puisque le changement se construit aussi dans les interactions : « le changement se construit sur le terrain dans les interactions entre les individus en fonction de leur perception d'écarts et de leur capacité à interagir » (Autissier et al. 2010, p. 98). Il s'agit donc d'une opération qui vise non pas de décider une nouvelle structure mais de lancer un processus de changement qui implique action et réactions, négociations et coopération (Crozier & Friedberg, 1977).

Le changement organisationnel constitue alors un processus qui permet de passer d'un état A à un état B ; le terme "processus" « indique que le changement ne constitue pas seulement l'explicitation de la situation existante A et la définition de la situation future B, mais aussi l'élaboration d'un processus permettant de passer de A à B. » (Petit, 2005, p. 116). Le changement peut alors être considéré comme un processus de conception d'un nouveau fonctionnement (Sardas & Lefebvre, 2005).

Cette acception du changement implique la combinaison de différents déterminants. Tout d'abord, la situation existante doit être analysée en termes de structures et d'interactions (Petit, 2005) ; une compréhension de l'activité réelle des acteurs apparaît comme un prérequis à toute action de transformation. Puis, il convient ensuite de ne pas "appliquer" une structure prédéfinie mais de "gérer" une transition entre des interactions et une structure, fruit de négociations. Il convient plutôt de définir « seulement des axes stratégiques (...) car au cours du processus de changement s'élabore, en partie, la définition de l'organisation » (Petit, 2005, p. 116). Le changement doit permettre l'adaptation des individus à la structure et autoriser que le cadre de l'action soit remis en cause s'il apparaît inadapté. En d'autres termes, le changement négocié prend en compte les régulations : « il [le changement] est un apprentissage par assimilation de nouvelles régulations, c'est-à-dire de règles au sens large » (Bernoux, 2004).

Les écrits d'Amartya Sen, économiste et philosophe indien, prix Nobel de sciences économiques en 1998, sont aujourd'hui reconnus pour leur apport majeur à l'analyse des inégalités et aux théories philosophiques de la justice. Selon cet auteur, il faut non seulement prendre en compte ce que possèdent les individus, mais aussi leur capacité, leur liberté à utiliser leurs biens pour choisir leur propre mode de vie. Une capacité est donc pour Sen, un vecteur de modes de fonctionnement exprimant la liberté, pour un individu, de choisir entre différentes conditions de vie.

Ainsi, l'approche par les "capabilités" s'intéresse au bien-être et à la liberté des personnes ; elle est davantage centrée sur l'individu et la façon dont l'organisation, au sens très large, peut favoriser le développement des individus. Les ergonomes constatent que toute activité de travail est génératrice de savoirs et savoir-faire : au cours même de la pratique, les professionnels, les collectifs développent à la fois des savoirs liés à la tâche et des savoirs sur eux-mêmes. Cependant, les potentialités d'un individu supposent un environnement favorable pour s'exercer. En effet, il ne suffit pas que les individus aient des capacités mais qu'ils puissent réellement les mettre en œuvre dans une situation donnée. Alors, un environnement "capacitant" est un environnement qui n'a pas d'effets néfastes sur l'individu et préserve donc ses capacités futures d'agir (Falzon, 2013), mais est aussi un environnement qui prend en compte les différences inter-individuelles (différences d'âge, de genre, de culture).

Enfin, cet environnement permet aux sujets et aux collectifs de réussir, c'est-à-dire de mettre en œuvre leurs capacités de façon efficace : un environnement qui non seulement n'entrave pas les capacités, mais rend les personnes capables, mais aussi qui permet de développer de nouveaux savoir-faire et de nouvelles connaissances, d'élargir leurs possibilités d'action, leur degré de contrôle sur leurs tâches et sur la façon dont ils la réalisent, c'est-à-dire leur autonomie. Etymologiquement, le terme autonomie, du grec *autos* (soi-même) et *nomos* (loi, règle) signifie « se donner ses propres règles » (Centre de Ressources Textuelles et Lexicales, 2020). L'autonomie désigne donc le pouvoir de renégocier les règles au sens large et faciliterait le travail d'organisation. Elle s'apparente à la liberté puisqu'elle accroît les possibilités réelles d'action, de discussion et les opportunités de choix. En ce sens, l'autonomie entretient une forte parenté avec le concept de "capabilités". L'autonomie suppose que des conditions concrètes soient satisfaites dans l'environnement pour que des possibilités réelles soient données à chacun de transformer les libertés abstraites en opportunités concrètes. Elle apparaît, selon nous, comme un facteur d'extension du "pouvoir d'agir" qui va permettre la perception d'autres "possibles".

La perspective théorique des "capabilités" proposée par Sen, couplée avec la vision de l'organisation comme instrument offrent, selon nous, un cadrage pertinent pour penser l'organisation. Définir une organisation capacitante ne vise pas à répondre à la question "quelle serait la bonne organisation ?" mais plutôt à celle de "comment faire progresser l'organisation ?". Pour répondre à la question du "comment", il n'existe pas une solution unique mais l'enjeu est avant tout de promouvoir les libertés, l'accroissement des choix par le "pouvoir d'agir". L'objectif d'une organisation "capacitante" est que les professionnels puissent répondre aux exigences de l'organisation, mais aussi et surtout pour que l'organisation puisse faire face à l'exigence des salariés d'effectuer un travail de qualité (Clot, 2013).

Synthèse

Partie d'une problématique autour de la Culture sécurité en milieu de soins, notre intervention met en évidence à la fois la question de la santé au travail, mais aussi celle des conditions de travail. Les conditions de travail s'attachent directement à la situation de travail, au contexte dans lequel les salariés sont amenés à travailler. Alors que la compréhension ordinaire des conditions de travail se limite bien souvent à la question de l'environnement du poste de travail, l'intervention que nous menons dans l'univers complexe du soin, laisse percevoir un déplacement de cette question sur la mobilisation du travail. Ainsi, parler des conditions de travail nous oblige à évoquer les "conditions d'exécution du contrat de travail" pour penser les modalités de poursuite de l'activité liées à la question sous-jacente de l'employeurabilité (Duclos, 2018). Pour Duclos, le développement de l'employeurabilité est le produit d'un travail d'organisation, autrement dit d'un apprentissage organisationnel, qui permet de faire émerger des "situations de gestion" dans la relation de l'entreprise à sa main d'œuvre. Ces "situations de gestion" pointent à la fois la question de l'emploi dans les relations sociales de l'entreprise – rappelons-nous des difficultés remontées par notre commanditaire : turn over, difficultés de recrutement, de fidélisation -, mais aussi celle de la discussion comme possibilité de délibération jouant un rôle essentiel dans l'organisation du travail. Nous sommes alors dans le registre de l'action concertée et délibérée, conduite par les acteurs eux-mêmes en quittant le registre de la prescription savante décrétée de l'extérieur. Cette action concertée et délibérée participe à ne pas en douter au développement des compétences de chacun, de cette "virtualité incorporée" (Duclos, 2020) pour équiper en autonomie les professionnels en pensant le travail comme « acte traditionnel efficace » (Mauss, 1934), pour ne plonger les salariés dans les « pathologies de l'insuffisance » (Ehrenberg, 2014).

Ainsi, recourir au concept de "capabilité" permettrait « d'endiguer la tendance au renversement des moyens (économiques) et des fins (humaines). Ce renversement est particulièrement visible dans la *novlangue* en usage dans les institutions communautaires, imprégnée de ce que Bruno Romano appelle le fondamentalisme fonctionnel : on n'y parle plus d'êtres humains, de capacités professionnelles ou de libertés, mais de capital humain, d'employabilité ou de flexibilité. [...] Elle procède d'une vision scientiste du monde qui réduit l'homme à l'état de ressource économique. Il en va de même de l'employabilité, qui consiste, au sens étymologique à *plier* les

hommes *dans* les besoins des marchés au lieu de partir de leur intelligence et de leur créativité, c'est-à-dire de leurs capacités professionnelles » (Supiot, 2010).

Enfin, cette intervention nous conduit à interroger le silence organisationnel (Daniellou, 2017) de notre commanditaire. Le silence organisationnel est une situation où des informations importantes – par exemple pour la sécurité des soins – sont disponibles au niveau du terrain, mais ne remontent pas, et ne peuvent donc pas être prises en compte dans les décisions stratégiques. Il s'agira alors d'instruire un débat avec la ligne managériale pour favoriser une culture interrogative.

Conclusion

« La souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même par la douleur mentale, mais par la diminution voire la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir-faire, ressenties comme atteinte à l'intégrité du soi. »

Paul Ricœur, *Soi-même comme un autre*, 1990.

Depuis plus de vingt ans, la qualité et la culture sécurité en établissement de santé sont devenues les préoccupations des politiques, des professionnels de santé et des usagers. En ce sens, les institutions se sont progressivement optimisées et dotées d'outils sécurisants, pour une offre de soins de meilleure qualité et plus sécurisée. Toutefois, la question soulevée par notre intervention, met en exergue, un véritable conflit entre un modèle gestionnaire et un modèle anthropologique.

L'objet de notre travail a mis en discussion l'approche du facteur humain dans la gestion des risques, modifiant en profondeur notre regard et manière de penser le risque. D'autre part, cette mise à distance entre l'intervention et le travail de production écrite a rendu possible une réflexion sur la posture de l'intervenant, réflexion jamais en arrêt, mais toujours en mouvement, comme la vie. Enfin, après l'analyse des données de l'enquête Culture sécurité corrélées à l'approche ethnologique, il ressort que la confiance et la reconnaissance au travail sont des leviers fondamentaux sur lesquels nous devons travailler avec notre commanditaire. Cette confiance et cette reconnaissance devront être pensées dans une perspective de "pouvoir d'agir", et d'environnement "capacitant", qui s'inscrivent selon nous dans le champ de la définition de la santé. Le point de vue de la santé comme absence de maladie ne peut suffire. Une définition plus large est retenue : « Je me porte bien dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des choses à l'existence, et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi » (Canguilhem, 2002, p. 68). Restaurer le pouvoir d'agir « c'est restaurer ce mouvement de liaison à l'initiative des sujets qui est au principe de la santé » (Clot, 2010b). Le pouvoir d'agir augmente si l'action en train de se réaliser permet la poursuite de buts qui "comptent" pour les individus, et autorise la découverte de nouveaux buts possibles, l'identification de nouvelles possibilités (Ibid.).

A l'heure où s'ouvre le "Ségur de la santé" annoncé dès le lundi 25 mai 2020, le gouvernement ambitionne de repenser l'hôpital de demain. Le mot "Ségur" désigne depuis des décennies une grande concertation entre le gouvernement et différents acteurs de la société. Alors, la question est de savoir si la crise sanitaire que nous avons traversée sera une opportunité pour penser ensemble et en globalité le travail du care, et agir sur la santé de celles et ceux qui soignent en leur redonnant leur "pouvoir d'agir".

Bibliographie

Ouvrages

- ARENDT, H. (1972a). Du mensonge à la violence. Essais de politique contemporaine, traduit de l'anglais par G. Durand, Paris, Calmann-Lévy, 264 p., ISBN-10 : 2702143628.
- ARENDT, H. (1989). La crise de la culture, Editeur : Gallimard (4 avril 1989), 384 p., ISBN-10 : 2070325032.
- ARGYRIS, C., & SCHÖN, D. A. (2002). Apprentissage organisationnel. Théorie, méthode, pratique (M. Aussanaire et P. Garcia-Melgares, trad.). Paris: DeBoeck Université, 380 p., ISBN-10 : 2744500399.
- AUGÉ M. (1993). Le sens des autres, Actualités de l'anthropologie, Paris, Fayard, p. 49, ISBN 978-2-13-080164-1.
- AUGÉ, M., COLLEYN, J.P. (2009). L'anthropologie, PUF, p. 26, 128 p., ISBN: 978-2-13-080164-1.
- AMADO, G/FUSTIER, P. (2019). Faire équipe, collection Erès, 309 pages, ISBN 978-2-7492-6333-5.
- AMAT-ROZE, J.M. (2011). La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat, La Découverte | « Hérodote », pages 13 à 32.
- BENVENISTE, E (1974). Problèmes de linguistique générale, t. II, Paris, Gallimard, 356 P., ISBN-10 : 2070293386.
- BERNOUX, P. (2004). Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations. Paris: Seuil, 384 p., ISBN-10 : 2757854232.
- BOOTH, R. T. (1996). Promotion and measurement of safety culture. In N. Stanton (Ed.), Humans Factors in Nuclear Safety (pp. 313-332). London : Taylor & Francis.
- CANGUILHEM, G. (2002). Ecrits sur la médecine. Paris: Seuil, 124 p., ISBN 9782020551700.
- CARROLL, L. (1869). Les aventures d'Alice aux pays des merveilles. Editeur : Nathan (1981), ASIN : B016VB4QHY.
- CLARKE, S. (1998). Safety culture on the UK railway network. Work and Stress, 12, 285-292.

- CLOT, Y. (2010). Le travail à cour. Pour en finir avec les risques psychosociaux. Paris, La Découverte, 192 p., ISBN-10 : 2707164836.
- CROZIER, M., & FRIEDBERG, E. (1977). L'acteur et le système. Paris: Seuil, 512 p. ISBN-10 : 2757841157.
- CRU, D. (2014). Le risque et la règle, Erès, Clinique du travail, p. 92, 209 p., ISBN : 978-2-7492-4103-6.
- CUCHE, D. (1996). La notion de culture dans les sciences sociales. Paris : La Découverte, Collection Repères, EAN : 9782707158833.
- DAMIEN, R. (2013). Eloge de l'autorité. Généalogie d'une (dé)raison politique. Editeur : Armand Colin, 560 p., ISBN-10 : 2200271875.
- DARASSE, D. (2003). On n'y voit rien. Editeur Folio essais, 175 p., ISBN : 978-2-07-042764-2.
- DUMEZIL, G. (1966). La Religion romaine archaïque : Avec un appendice sur la religion des Étrusques, Editeur : Payot, 681 p., ASIN : B0014X4ITG.
- DESCARTES, R. (1641). Méditations métaphysiques. Editeur : Flammarion (30 septembre 2009), 226 p., ISBN-10 : 2081220008.
- DETIENNE, M (2003). Qui veut prendre la parole ?, Paris, Seuil, 464 p., ISBN-10 : 2020573415.
- EHRENBERG, a (2014). La fatigue d'être soigné, Editeur : Odile Jacob, 414 p., ISBN-10 : 2738108598
- OLIVIER DE SARDAN, J.P. (1995). « la politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », Enquête, Les terrains de l'enquête, n°1, p. 73.
- DORLIN, E. (2006). « Dark care: de la servitude à la sollicitude » Editeur : Armand Colin, Le souci des autres: éthique et politique du care, (dir.) Sandra Laugier, Patricia Paperman, Paris, EHESS, coll. « Raisons pratiques », p. 87-97.
- FALZON, P. (2013). Pour une ergonomie constructive. In P. Falzon (Ed.), Ergonomie constructive (pp. 1-15). Paris: PUF.
- FALZON, P. (2010). A propos des environnements capacitants: Pour une ergonomie constructive. In C. Roux (Ed.), Prévention de l'usure professionnelle ou construction de la santé ? Actes du séminaire organisé par le réseau ANACT (pp. 60-67). Paris: ANACT.

- FOUCAULT, M. (1975). Surveiller et punir: Naissance de la prison, Edition Gallimard, 360 p., ISBN-10 : 2070729680.
- GADREY, N. (2000). Hommes et femmes au travail. Inégalités, différences, identités, Paris, L'Harmattan, 258 p, ISBN : 2-7384-1782-5.
- GIORDAN, A. (2019). Apprendre à apprendre, Edition Libro, 128 p., ISBN 2290078565.
- HARDIN, TR. (2002). Trust and Trustworthiness, New York, Russel Sage, 257 p., ISBN 0871543419.
- HEIDEGGER, M. (1981). Acheminement vers la parole, Gallimard, ISBN-10 : 2070239551.
- HERREROS, G. (2009). La sociologie d'intervention, Toulouse, Erès, 230.p, ISBN 978-2-7492-1069-8.
- HONNETH, A. (2006). La société du mépris. Vers une nouvelle théorie critique, La Découverte, ASIN : B0160KEXMY.
- HONNETH, A. (2013). La lutte pour la reconnaissance, Editeur : Folio, p.213, 352 p., ISBN-10 : 2070443574.
- JOBERT, G. (2014). Exister au travail. Les hommes du nucléaire, Editeur : Erès, 13-14 pp., 403 p., ISBN : 978-2-7492-3988-0.
- JULLIEN, F. (2010). Les Transformations silencieuses, Editeur : Le Livre de Poche, 160 p., ISBN-10 : 2253084735.
- JUNG, C.G. (2002). L'homme et ses symboles, Editions Robert Laffont, 320 p., EAN : 9782221027202.
- LAFAYE, C. (2007), Sociologie des organisations, Paris, Armand Colin, 127 p., ISBN 978-2-200-34235-7.
- LEVI-STRAUSS, C. (1990). La Pensée sauvage, Editeur : Pocket, 347 p., ISBN-10 : 2266038168.
- LIVET, P. (2002). Émotions et rationalité morale, Editeur PUF, 304 p., ISBN: 978-2-13-052255-3.
- LUHMANN, N. (1993). La Confiance. Un mécanisme de réduction de la complexité sociale, Editeur Economica, 140 p., ISBN : 978-2-7178-5166-3.
- MAYERE A. (1990), Pour une économie de l'information, Paris, Éditions du CNRS, 320 p. ISBN 978-2-222-04476-5.

- MELLIER, D (2012). Ce qui fait équipe, exigence d'un travail pulsionnel et appareillage psychique groupal d'équipe, Nouvelle revue de psychologie, Erès n°14, p. 131 – 144.
- MINTZBERG, H (1983). Le pouvoir dans les organisations, Éditions d'Organisation, 679. p, ISBN-10 : 2708105973.
- MORIN, E. (1990). Introduction à la pensée complexe, Paris, ESF, 158 p., ISBN-10 : 2710108003.
- MONTESQUIEU (1758). De l'esprit des lois, Editions Flammarion (27 mai 1993), 786 p., ISBN-10 : 2080703250.
- MUCCHIELLI, A. (1996). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales, pp. 109-110, 312 p., ISBN-10 : 2200244495.
- MULIN, T. (2013). Dictionnaire des concepts de la professionnalisation, Sous la direction de Anne JORRO, Editeur De Boeck, 362 p., ISBN-10 : 2804188426.
- PIERRON, J.P. VINOT, D. CHELLE, E. (2018). "Les valeurs du soin - Enjeux éthiques, économiques et politiques". Editions Seli Arslan, août 2018, 192 p., ISBN-10 : 284276241X.
- PLATON. (537). La République, VII. Editeur : Flammarion (15 février 2002), 801 p., ISBN-10 : 2080706535.
- QUIVY R., VANCAMPENHOUD L. (2006). Manuel de recherche en sciences sociales, 3ème édition Dunod : Paris, p.174, ISBN-10 : 2100026569.
- REASON, J. (1993). L'erreur humaine. PUF, Paris (1re édition : 1990 ; traduction : J.-M. Hoc), 368 p., ISBN-10 : 213045187X.
- RICOEUR, P. (2015). De l'homme faillible à l'homme capable, PUF, 192, ISBN: 978-2-13-063984-8.
- ROJZMAN, C. (2008). Sortir de la violence par le conflit. Une thérapie sociale pour apprendre à vivre ensemble, Paris, La Découverte, ASIN : B004GZJO0C.
- SARDAS, J. C., & LEFEBVRE, P. (2005). Théories des organisations et interventions dans les processus de changement. In J. C. Sardas & A. M. Guénette (Eds.), Sait-on piloter le changement ? (pp. 255-289). Paris: L'Harmattan.
- SUPIOT, A (2010). L'esprit de Philadelphie. La justice sociale face au marché total. Editeur : Seuil, 178 p., ISBN : 978-2-02-099103-2.

- SUPIOT, A (2015). La Gouvernance par les nombres. Cours au Collège de France, Paris, Fayard, 512 p., ISBN-10 : 2213681090.
- SPINOZA, B. (1677). De l'éthique, Editeur : Folio (13 janvier 1994), 398 p. ISBN-10 : 2070328295.
- SIMMEL, G. (1999). Sociologie. Etude sur les formes de la socialisation, PUF, 780 p., ISBN-10 : 2130609384.
- SMITH, A. (1776). La richesse des nations, Editeur : Independently published (13 avril 2018), 286 p, ISBN-10 : 1980824924.
- SZTOMPKA, TRUST. (1999). A Sociological Theory, Cambridge, Cambridge University Press, Editeur Gallimard, 228 p., ISBN-13: 978-0521591447.
- TAYLOR, W. (1911). The Principles of Scientific Management, Editeur : Digireads.com (10 décembre 2009), 114 p., ISBN 1979508798.
- VIRILIO, P. (1997). Vitesse et politique, Paris, Éditions Galilée, 160 p., ISBN : 9782718600796.
- WINNICOTT, D. W. 1988. Conversations ordinaires, Paris, Gallimard, 400 p., ISBN-10 : 2070314480.

Articles

- ALTEA, A. BRUGEILLES, F. (2018). Une expérience collaborative dans un service d'urgences oncologiques, ERES « Nouvelle revue de psychosociologie », p. 215.
- BAXTER, SK, BRUMFITT, SM (2009). Benefits and losses: a qualitative study exploring healthcare staff perceptions of teamworking. Qual Saf Health Care 2008; 17(2): 127-30 / Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2009; (3): CD000072.
- CLOT, Y. (2013). L'aspiration au travail bien fait. Le Journal de l'Ecole de Paris du Management, 1(99), 23-28.
- CROCQ, L. (1995). Perspectives psychiatriques, n° 49 / IV.
- CRU, D., & DEJOURS, C. (1983). Les savoir-faire de prudence dans les métiers du bâtiment. Nouvelle contribution de la psychopathologie du travail à l'analyse des accidents et de la prévention dans le bâtiment. Les cahiers médico-sociaux, 3, 239-247.

- CRU, D. (1991). Le statut de la parole en ergonomie et en psychopathologie du travail. Communication au 5ème Séminaire Brésilien d'Ergonomie Sao Paulo. Brésil. Décembre 1991.
- CYRULNIK, B (2012). Résilience, Editeur : Odile Jacob, 222 p., ASIN : B00BT1YQRM.
- DANIELLOU, (F). Nos convictions en matière de culture de sécurité. Conviction n°26 – Janvier 2017.
- DEWEY, J. (1922). « Human Nature and Conduct: An Introduction to Social Psychology », *Journal of Philosophy*, vol.19, no 17, 1922, 469-475.
- DU TERTRE, C. (2012). Lean production et modèles de valeur. Une approche régulationniste par le travail, activités, 9-2 Octobre 2012.
- FAES, H (2014). Sens et valeur du contexte en éthique, (n° 280), pages 11 à 33, Cairn.
- FLOURY, D. CHABIN-GIBERT, I (2009). Maintenir et favoriser l'implantation des professionnels de santé libéraux de premier recours sur le territoire de Saint-Denis, Note d'étape, Maison de la santé-Atelier santé-Ville de Saint-Denis, *Hérodote* 2009/4 (n° 143), pages 13 à 32.
- FROMENT, J.C (2005). L'autorité et la sanction. Sous l'angle de la philosophie du droit, *Informations sociales* 2005/7 (n° 127), pages 60 à 67.
- FUENTES/REUTERS (2017). Muriel Pénicaud « Nous voulons construire une société de compétences », *Le Monde*, 22 novembre 2017.
- GLENDON, A. I., & STANTON, N. A. (2000). Perspectives on safety culture. *Safety Sciences*, 34, 193-214.
- HALE, A. R., SWUSTE, P. (1998). Safety rules: procedural freedom or action constraint ? *Safety Science*, 29, 163-177.
- HAMEL, G. (1999). La conquête du futur - 2ème édition - La stratégie en action: La stratégie en action, Collection : Stratégies et Management, 382 p., ISBN-10 : 2100044249.
- KROEBER A.L., KLUCKHOHN C., 1952, Culture : a critical review of concepts and definitions, Harvard University Peabody Museum of American Archeology and Ethnology Papers, 47.

- LEPLAT, J. (1998). About implementation of safety rules. *Safety Science*, 29, 189-204.
- LIBAERT, T. (2009). Ne prononcez pas son nom, Magazine de la Communication de Crise & Sensible, volume 17.
- MORIN, E. « Pour une crisologie », in *Communications*, n° 25, 1976, pp. 149-163.
- NAYRAC, C. "Aujourd'hui, c'est l'économie qui a le monopole du discours de valeur du soin", HOSPIMEDIA, publié le 28/02/19 - 17h35.
- SEN, A. (2010). L'idée de justice (P. Chemla, trad.). Paris: Flammarion. (Ouvrage original publié en 2009 sous le titre *The idea of justice*. London: Penguin Books Ltd.), 560 p., ISBN-10 : 2081270692.
- SCRINZI, F. (2008). « Quelques notions pour penser l'articulation des rapports sociaux de « race » de classe et de sexe », *Cahiers du CEDREF, Femmes, genre, migrations et mondialisation*, p. 81-99.
- SERRE, B. (2011). « La *disputatio* dans l'université médiévale : esquisse d'un usage public du raisonnement ? », Cairn, pp.251 – 252.
- WEBSTER, D. M. & KRUGLANSKI, A. W. (1994). Individual Differences in Need for Cognitive Closure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1049-1062.

Conférences

- ALIX, B. (2020). Unité d'Enseignement CDC 202 Analyse de la pratique, Contre point, le 24.04.2020.
- AUTIER, F. (2005, septembre). Human capital. Beyond the fad, what the analogy really tells. Communication présentée au XVIe Congrès de l'Association de Gestion des Ressources Humaines [AGRH], Paris, France.
- BESSE, C. (2020). Unité d'Enseignement CDC 206 Le groupe dans l'intervention, le 18.01.2020.
- DE BRITO, G., BOY, G. (1999). Situation awareness and procedure following. Dans *Proceedings of CSAPC '99*, 21-24 septembre, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires de Valenciennes, 9-14.
- DEGOS, L. (2018). L'éloge de l'erreur. *Croissanceplus*, le 05.02.2018, <https://www.croissanceplus.com/degos-laurent/>

- DUCLOS, L (2018). L'employeurabilité. Définition (s), enjeux et perspectives. Commission « Evaluation » du 22 mars 2018.
- MAUSS, M (1936). Les Techniques du corps, Journal de Psychologie, vol. xxxii, no 3-4, 15 mars-15 avril 193
- SCHWARTZ, Y (2020), Conférence Introduction à l'ergologie, Cnam, le 07.03.2020.

Ressources en ligne

- Agence pour l'énergie nucléaire. (1999). « Le rôle de l'autorité de sureté dans la promotion et l'évaluation de la culture de sureté », [en ligne] le 04.05.2020, <http://www.oecd-nea.org/nsd/reports/nea1547-Murley.pdf>
- DUPUY, F. (2016). Défiance, contrôle, coercition. Comment sortir d'un management perdant pour tous ? UODC, Vidéo complète n°203, Amphi débat du 27/09/2016, [en ligne] le 23.04.2020, https://www.uodc.fr/management/video/v/video/defiance_contrôle_coercition/pour_la_sociologie_des_organisations_contre_le_modele_harvard_business_schools.html#detail-video
- Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins - Description des résultats 2009 p Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2011p 206 pp <http://www.pdreespsante.pouv.fr/enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-description-desresultats-2009,9499phtml>
- Haute Autorité de Santé. (2015). « Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients », [en ligne] le 27.05.2020, https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582471/fr/se-former
- Health and Safety Executive. (2005). A review of safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit. Research report 367, United Kingdom, [en ligne] le 05.05.2020, <https://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr367.pdf>
- HIPPOCRATE. III (Ire partie) Pronostic, Texte établi, traduit et annoté par Jacques Jouanna, avec la collaboration d'Anargyros Anastassiou et de Caroline Magdelaine, « CUF », 2013, [en ligne] le 23.04.2020, https://www.persee.fr/doc/reg_0035-2039_2014_num_127_1_8339_t10_0221_0000_2

- Insee. (2020). La Seine-Saint-Denis : entre dynamisme économique et difficultés sociales persistantes, [en ligne] le 09.04.2020, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4308516#titre-bloc-15>
- MEDA, D. (2018). « Parlons RH », [en ligne] le 28.04.2020, <https://www.wesense.fr/2019/07/01/donner-du-sens-au-travail-quelles-significations-aujourd'hui/>
- PETIT, J. (2005). Organiser la continuité du service: Intervention sur l'organisation d'une mutuelle de santé (thèse de doctorat en ergonomie, Université Bordeaux 2, France), [en ligne] le 04.05.2020: http://tel.archivesouvertes.fr/docs/00/65/91/05/PDF/TheI_se_Johann_Petit.pdf
- RICHET, M. (2018). L'entreprise contributive. 21 propositions pour une gouvernance responsable, Terra Nova, [en ligne] le 14.06.2020: file:///C:/Users/f.cluzel.CHAPTAL/Desktop/Terra-Nova_Entreprise-contributive-Gouvernance-responsable-05032018.pdf
- SIMARD M. (2010). La culture sécurité. In : DANIELLO F., SIMARD M., BOISSIERES I., 2010, Les cahiers de la sécurité industrielle, un état de l'art. Institut pour une Culture de Sécurité Industrielle, Toulouse, [en ligne] le 04.05.2020, <https://www.foncsi.org/fr/publications/cahiers-securite-industrielle/facteurs-humains-et-organisationnels/CSI-FHOS-etat-art.pdf>
- STARN, R. (1976). « Métamorphoses d'une notion », in Communications, n° 25, 1976, pp. 4-18, [en ligne] le 23.04.2020, https://www.persee.fr/doc/comm_0588-8018_1976_num_25_1_1377.
- STRATEGIE NATIONALE DE SANTE 2018 – 2022, Ministère des Solidarités et de la santé, [en ligne] le 09.04.2020, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire culture sécurité (CCECQA)

Annexe 2 : Guide d'entretien

Annexe 3 : Charte de non punitivité

Annexe 1 : Questionnaire culture sécurité (CCECQA)

Questionnaire Culture Sécurité (AHRQ, traduit et validé par le CCECQA)

Ce questionnaire permet de connaître votre opinion sur les problèmes de sécurité des soins, les erreurs, et le signalement des événements indésirables.
Le temps estimé pour remplir ce questionnaire est de 15 minutes. Il est confidentiel et aucune réponse individuelle ne sera communiquée.

Identification du service ou de l'unité fonctionnelle :

Merci de noter l'heure de DEBUT de remplissage : heures minutes

SECTION A : Votre Service ou votre Unité Fonctionnelle

Indiquez votre accord ou votre désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre service ou votre unité fonctionnelle. Cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

1. Pas du tout d'accord - 2. Pas d'accord - 3. Neutre - 4. D'accord - 5. Tout à fait d'accord

	1	2	3	4	5
1. Les personnes se soutiennent mutuellement dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nous avons suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjuguons nos efforts en équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dans le service, chacun considère les autres avec respect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le nombre d'heures de travail des professionnels de l'équipe est trop important pour assurer une qualité optimale des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nous menons des actions afin d'améliorer la sécurité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nous faisons trop appel à du personnel intérimaire pour assurer une qualité optimale des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le personnel a l'impression que ses erreurs lui sont reprochées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dans notre service, les erreurs ont conduit à des changements positifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu des erreurs plus graves dans le service jusqu'ici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Quand l'activité d'un secteur du service est très dense, les autres secteurs lui viennent en aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Au contact des collègues du service, nous améliorons nos pratiques en termes de sécurité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Lorsqu'un événement est signalé, on a l'impression que c'est la personne qui est pointée du doigt et non le problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Après avoir mis en place des actions d'amélioration de la sécurité des soins, nous évaluons leur efficacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Nous travaillons en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Le personnel s'inquiète du fait que les erreurs soient notées dans les dossiers administratifs du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans ce service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suite du questionnaire : Questionnaire Culture Sécurité (AHRQ, traduit et validé par CCECQA)

SECTION B : Votre supérieur hiérarchique immédiat (cadre de santé, chef de service, rétroent...) Pour les médecins libéraux ou les chefs de service : la Direction de l'établissement, la Direction médicale ou le Directeur de pôle					
Indiquez votre accord ou désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre service ou unité fonctionnelle. Cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée.					
1. Pas du tout d'accord - 2. Pas d'accord - 3. Neutre - 4. D'accord - 5. Tout à fait d'accord	1	2	3	4	5
1. Mon supérieur hiérarchique immédiat exprime sa satisfaction quand il/elle voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mon supérieur hiérarchique immédiat tient vraiment compte des suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Chaque fois que la pression augmente, mon supérieur hiérarchique immédiat veut nous faire travailler plus rapidement, même si c'est au détriment de la sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mon supérieur hiérarchique immédiat néglige les problèmes récurrents de sécurité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION C : Communication					
Avec quelle fréquence les situations suivantes surviennent dans votre service ou votre unité fonctionnelle ? Cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée.					
1. Jamais - 2. Rarement - 3. De temps en temps - 4. La plupart du temps - 5. Toujours	1	2	3	4	5
1. Nous recevons un retour d'information sur les actions mises en place suite au signalement d'un événement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose dans les soins qui peut avoir des conséquences négatives sur les patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nous sommes informés des erreurs qui se produisent dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le personnel se sent libre de remettre en cause les décisions ou les actions de ses supérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dans le service, nous discutons des moyens à mettre en place afin que les erreurs ne se reproduisent pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le personnel a peur de poser des questions quand quelque chose ne semble pas être correct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION D : Fréquence de signalement des événements indésirables					
Quand les erreurs suivantes surviennent, avec quelle fréquence sont-elles signalées dans votre service ou votre unité fonctionnelle ? Cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée.					
1. Jamais - 2. Rarement - 3. De temps en temps - 4. La plupart du temps - 5. Toujours	1	2	3	4	5
1. Quand une erreur est faite, mais est détectée et corrigée avant d'avoir affecté le patient, elle est signalée...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quand une erreur est faite, mais n'a pas le potentiel de nuire au patient, elle est signalée...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quand une erreur est faite, et qu'elle pourrait nuire au patient mais qu'elle n'a finalement pas d'effet, elle est signalée...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION E : Niveau de sécurité des soins					
Globalement, à quel niveau situez-vous la sécurité des soins dans votre service ou votre unité fonctionnelle ? Cochez UNE seule réponse.					
<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Très bon	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Défaillant	

Suite du questionnaire : Questionnaire Culture Sécurité (AHRQ, traduit et validé par CCECQA)

SECTION F : Votre établissement de santé					
Indiquez votre accord ou désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre établissement de santé. Cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée.					
1. Pas du tout d'accord - 2. Pas d'accord - 3. Neutre - 4. D'accord - 5. Tout à fait d'accord					
	1	2	3	4	5
1. La Direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Les services de l'établissement ne se coordonnent pas bien les uns avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Des dysfonctionnements surviennent quand les patients sont transférés d'une unité à l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il y a une bonne coopération entre les services qui doivent travailler ensemble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. D'importantes informations concernant les soins des patients sont souvent perdues lors des changements d'équipes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Il est souvent déplaisant de travailler avec le personnel des autres services de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Des problèmes surviennent souvent dans les échanges d'information entre les services de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Les actions menées par la direction de l'établissement montrent que la sécurité des soins est une des premières priorités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. La direction de l'établissement semble s'intéresser à la sécurité des soins uniquement après qu'un événement indésirable se soit produit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Les changements d'équipes sont problématiques pour les patients dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECTION G : Nombre d'événements indésirables signalés					
Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement des événements indésirables avez-vous remplies et transmises ? Cochez UNE seule réponse.					
<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 1 à 2 fiches <input type="checkbox"/> 3 à 5 fiches <input type="checkbox"/> 6 à 10 fiches <input type="checkbox"/> 11 à 20 fiches <input type="checkbox"/> Plus de 20 fiches					
SECTION H : Informations générales...					
Cochez UNE seule réponse.					
1. Vous êtes...					
<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier(e) <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Aide-soignant(e) <input type="checkbox"/> Autre					
2. Depuis combien d'années exercez-vous votre spécialité ou profession actuelle ?					
<input type="checkbox"/> Moins de 1 an <input type="checkbox"/> 1 à 2 ans <input type="checkbox"/> 3 à 5 ans <input type="checkbox"/> 6 à 10 ans <input type="checkbox"/> 11 ans ou plus					
3. Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement de santé ?					
<input type="checkbox"/> Moins de 1 an <input type="checkbox"/> 1 à 2 ans <input type="checkbox"/> 3 à 5 ans <input type="checkbox"/> 6 ans ou plus					
4. Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?					
<input type="checkbox"/> Moins de 1 an <input type="checkbox"/> 1 à 2 ans <input type="checkbox"/> 3 à 5 ans <input type="checkbox"/> 6 ans ou plus					
5. Vous travaillez dans ce service					
<input type="checkbox"/> Moins de 50% de votre temps de travail <input type="checkbox"/> Plus de 50% de votre temps de travail					
6. Participez-vous ou avez-vous participé dans cet établissement à des structures ou des comités de gestion des risques (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, Comité de Lutte contre la Douleur, Vigilances, Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles, etc.) ?					
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					
SECTION I : Vos commentaires					
Merci de noter l'heure de FIN de remplissage : <input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes					

Annexe 2 : Guide d'entretien

Entretien DRH

Question 1 – Pouvez-vous me parler du projet social de la clinique de l'Estrée (formalisé, axes, axes en lien avec la GDR et risques patients, co-construction avec les représentants du personnel, si co-construit comment et quels impacts, si non formalisé raisons (s), si non construit est-ce envisagé ?)

Question 2 - Décrivez – moi en quelques mots le climat social de l'entreprise (QVT et RPS évalués, DUERP formalisé, co-construit, quels impacts, outil de management RH et lien avec GDR patients, si pas évaluation QVT – RPS est-ce envisagée ? Zoom sur indicateurs sociaux : turn over, postes vacants, absentéisme, arrêts maladie, difficulté de recrutement, place des vacataires, conflit social, travail d'équipe)

Question 3 – Travaillez-vous les thématiques Événements indésirables associés aux soins avec la gestionnaire des risques et la Direction des Soins ?

- Oui
- Non

Si oui, de quelle manière et quels en sont les impacts ? (Formation interne, forum, journée sécurité patient, CREX, analyses de causes, culture non punitive de l'erreur, analyse du travail)

Si non, pour quelle raison ?

Question 4 – En cas de survenue de d'EIG, intervenez – vous auprès du ou des salarié (s) « mis en cause » ? (de quelle manière, avec qui –représentants du personnel- soutien par psychologue, médecine du travail, Direction des soins, GDR, représentants des usagers)

Question 4 – Avez-vous un plan de formation ?

- Oui
- Non

Si oui, de quelle manière est-il réalisé ?

La thématique Gestion des risques est-elle identifiée ?

- Oui
- Non

Commentaire (s)

Si non, pour quelle raison ?

*Question 5 – De quelle manière définiriez-vous la culture sécurité patients * ? (*La culture de sécurité des soins (CS) désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins - (The European Society for Quality in Health Care -)*

Question 6 – quelles sont vos attentes aujourd'hui ?

Commentaire (s)

Direction des Soins

Question 1 – Avez – vous un projet de soins ?

- Oui
- Non

Si oui, de quelle manière a-t-il été construit (référentiel HAS, co-construction avec professionnels et patients)

Si oui, quels sont les principaux axes (certification, gestion des risques, EIG, communication en équipe, ETP, QVT - RPS)

Si non, pour quelle raison ? Pensez-vous en construire un et de quelle manière

Question 2 - Décrivez – moi en quelques mots le climat social de l'entreprise (zoom sur les indicateurs sociaux : turn over, postes vacants, absentéisme, vacataires, difficulté de recrutement, conflit social)

Question 3 - Travaillez-vous les thématiques Evénements indésirables associés aux soins avec la gestionnaire des risques et la Direction des Soins ?

- Oui
- Non

Si oui, de quelle manière ? Quels en sont les impacts ? (Commission des soins, représentants du personnel, DRH – seconde victime -, représentants des usagers, formation interne, forum, journée sécurité patient, CREX, analyses de causes, culture non punitive de l'erreur, analyse du travail, travail d'équipe)

Si non, pour quelle raison ?

*Question 4 – De quelle manière définiriez-vous la culture sécurité patients * ? (*La culture de sécurité des soins (CS) désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins - (The European Society for Quality in Health Care -)*

Question 5 – quelles sont vos attentes aujourd'hui ?

Commentaire (s)

Gestionnaire des risques

Question 1 – Existe –il un système de signalement des EI dans la structure ?

- Oui
 Non

Commentaire (s) :

Question 2 – Est-il formalisé (procédure de déclaration)

- Oui
 Non

Commentaire (s) :

Si oui, décrivez – le

Question 3 – Pensez-vous qu'il soit connu de toutes les parties prenantes de la clinique et des usagers ?

- Oui
 Non

Commentaire (s) :

Question 4 – quel est le taux ou le nombre de déclaration d'événements indésirables en 2017 et 2018 ?

Question 5 – Quel est le taux ou le nombre de déclaration d'événements indésirables associés aux soins en 2017 et 2018 ?

*Question 6 – De quelle manière définiriez-vous la culture sécurité patients * ? (*La culture de sécurité des soins (CS) désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins - (The European Society for Quality in Health Care -)*

Question 7 - Quel est votre niveau de certification ?

Question 8 – Quels sont vos niveaux de certification relatifs aux

Partie 1 - Chapitre 1 – Référence 1 - Critère 1. E Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Partie 1 – Chapitre 1 – Référence 1 - Critère 1.g Développement d'une culture qualité et sécurité

Partie 2 – Référence 3 – Critère 3.d Qualité de vie au travail

Partie 3 – Référence 8 – Critère 8.a Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Partie 3 – Référence 8 – Critère 8.d Evaluation des risques a priori

Partie 3 – Référence 8 – Critère 8.f Gestion des événements indésirables

Question 9 – Travaillez – vous la thématique GDR patients avec la DDSI et la DRH ?

- Oui
 Non

Si oui, de quelle manière ? Quels en sont les impacts ? (Commission des soins, représentants du personnel, représentants des usagers, formation interne, forum, journée sécurité patient, CREX, analyses de causes, culture non punitive de l'erreur, analyse du travail)

Si non, pour quelle raison ? L'envisagez – vous ?

Question 10 – Travaillez – vous le lien Risque patient et QVT – RPS ?

- Oui
- Non

Si oui, de quelle manière ? Quels en sont les impacts ?

Si non, quelle en est la raison ? Envisagez-vous de le faire ?

*Question 11 – De quelle manière définiriez-vous la culture sécurité patients * ? (*La culture de sécurité des soins (CS) désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins - (The European Society for Quality in Health Care -)*

Question 12 – Quelles sont vos attentes aujourd’hui ?

Commentaire (s)

Représentants du personnel

Question 1 – Parlez-moi du climat social de la clinique ? (QVT et RPS évalués, DUERP formalisé, co-construit, quels impacts, outil de management RH et lien avec GDR patients, si pas évaluation QVT – RPS est-ce envisagée ? Zoom sur indicateurs sociaux : turn over, postes vacants, absentéisme, arrêts maladie, difficulté de recrutement, place des vacataires, conflit social, travail d’équipe)

Question 2 - Participez-vous à des instances de GDR ? (Quelles instances, de quelle manière ? En quoi est-ce important, quels impacts ?)

Question 3 – En cas de survenue d’un EIG êtes-vous consultés par la Direction de la clinique ? (Rôle auprès de la direction, du salarié, des équipes)

Question 4 – quel (s) lien (s) faites-vous entre QVT – RPS et risques patients ?

*Question 5 – De quelle manière définiriez-vous la culture sécurité patients * ? (*La culture de sécurité des soins (CS) désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins - (The European Society for Quality in Health Care -)*

Question 6 – Quelles sont vos attentes aujourd’hui ?

Cadre de santé – Infirmier référent

Question 1 – Parlez-moi de votre parcours professionnel

Question 2 – Comment vous sentez – vous aujourd’hui dans l’institution ?

Question 3 – Parlez-moi du climat social de la clinique ? (QVT et RPS évalués, DUERP formalisé co-construit, quels impacts, outil de management RH et lien avec GDR patients, si pas évaluation QVT – RPS est-ce envisagée ? Zoom sur indicateurs sociaux : turn over, postes vacants, absentéisme, arrêts maladie, difficulté de recrutement, place des vacataires, conflit social, travail d’équipe, reconnaissance du travail)

Question 4 – Parlez-moi des EIG dans votre service

*Question 5 – De quelle manière définiriez-vous la culture sécurité patients * ? (*La culture de sécurité des soins (CS) désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins - (The European Society for Quality in Health Care -)*

Question 6 – quel (s) lien (s) faites-vous entre QVT – RPS et risques patients ?

Question 7 – Quelles sont vos attentes aujourd'hui ?

Annexe 3 : Charte de non punitivité

ELSAN
CLINIQUE DE L'ESTRÉE
Document N° 000R-PT-016

Charte de non punitivité des événements indésirables associés aux soins

Page 1

- 1 Ne pas sanctionner les professionnels de santé qui signalent un événement indésirable associé aux soins dans lequel ils sont impliqués ou qu'ils ont constaté. Ce principe de non-sanction ne s'applique pas en cas de manquement délibéré aux règles de sécurité,
- 2 Promouvoir en cas d'événement indésirable associé aux soins une attitude éthique et respectueuse :
 - à l'égard des patients et de leurs proches, par un comportement transparent, empathique et sincère. S'assurer du plus grand respect de leurs droits et de la prise en compte de leurs besoins,
 - à l'égard des personnels et des équipes concernées, par un accompagnement professionnel non culpabilisant et si besoin, un soutien psychologique ou juridique ;
- 3 Développer une démarche centrée sur la notion que l'établissement, devant tirer les leçons de ses erreurs, doit se doter, au plus près du terrain, de méthodes, structures et moyens dédiés à l'analyse systémique des événements indésirables associés aux soins.

Gorka NOÏE - Directeur de l'établissement
Le 29 Novembre 2017

