

INTERVENIR SUR LE TRAVAIL D'ENCADREMENT ET L'ORGANISATION

CHRISTELLE CASSE

Abilis ergonomie, 40 rue de la montagne Ste Geneviève, 75 005 Paris, France

e-mail : ccasse@ergonome.com

SYLVAIN BIQUAND,

Abilis ergonomie, Paris, France

NADIA HEDDAD

Architecture et ergonomie, Paris, France

Résumé

Les transformations du travail amènent un élargissement du champ d'intervention des ergonomes ainsi qu'une évolution et une diversification des pratiques. Cherchant à comprendre les déterminants structurels des dysfonctionnements des systèmes de travail, les ergonomes interrogent les politiques d'organisation et les stratégies de direction mises en place par les responsables d'entreprise.

En nous appuyant sur deux expériences d'intervention, l'une dans un service hospitalier en psychiatrie, l'autre dans un institut de recherche astronomique, dirigés respectivement par des médecins et des scientifiques et caractérisés par le même type de dysfonctionnements organisationnels et communicationnels, nous proposons dans cette communication :

- de mettre en évidence les spécificités dans le mode de management et d'organisation de ces entités qui expliquent les difficultés diagnostiquées en rapport avec le travail,
- de considérer les méthodes et outils d'intervention à développer par les ergonomes pour intervenir sur le travail d'encadrement.

Mots clés : organisation, travail d'encadrement, structure scientifique

ERGONOMICS IN MANAGEMENT AND ORGANISATION

Abstract

As work organisation changes the range of ergonomic interventions is expanding. Management strategies and organisation are to be inquired to understand the structural roots of dysfunctions affecting people and teams in performing their work.

We analyse two interventions, the first in a psychiatric clinic, the second in a research institute in astronomy; managed respectively by medical doctors and scientists. They both share the same organisational and communication problems.

We try here to specify the management rules and attitudes in these institutions that would explain difficulties in work organisation and global performance. We propose methodological tools to understand and act efficiently on management activities from an ergonomist's point of view.

Key words : management, organisation, scientific institute

INTRODUCTION

Notre communication s'appuie sur deux expériences d'intervention, l'une dans un service hospitalier en psychiatrie, l'autre dans un institut de recherche astronomique, dirigés respectivement par des médecins et des scientifiques dont l'organisation présente des éléments communs :

- des règles de fonctionnement informelles, des pratiques fortement individualisées et des conflits à l'intérieur des collectifs de travail,
- la défiance des collectifs de travail opérationnels vis à vis de la direction liée à un sentiment de non reconnaissance du travail et des compétences, accompagnée d'une remise en cause des choix scientifiques et organisationnels,
- la définition floue du projet de transformation auquel sont associés les ergonomes, projet dans un cas de déménagement du service dans l'autre de réorganisation de l'activité.
- Ces dysfonctionnement caractéristiques d'une organisation qui ne reconnaît pas le travail et l'homme dans son travail, s'expriment par la souffrance des individus, que nous qualifions de « souffrance organisationnelle ».

CARACTÉRISTIQUES DU MANAGEMENT ET DE L'ORGANISATION

Les dysfonctionnements organisationnels repérés dans le service hospitalier et l'observatoire sont liés en partie à la culture et la formation de leurs dirigeants. La caractérisation de leur mode de management peut permettre de s'interroger plus globalement sur la spécificité d'une organisation dont les responsables n'ont pas de formation d'entreprise et sur les possibilités d'intervention pour l'ergonome dans ce cadre.

Stratégie de légitimation et de pouvoir

Les responsables des 2 structures sont des médecins psychiatres dans un cas, et des astronomes dans l'autre cas. Le processus de légitimation et d'établissement du pouvoir pour ces professions se construit en partie à l'extérieur de la structure et sur des critères qui ne concernent pas son fonctionnement opérationnel, mais la démarche et les résultats médicaux ou scientifiques. Les responsables scientifiques ou médicaux ont acquis leur légitimité et leur autorité par le savoir et la reconnaissance par les pairs.

Les compétences organisationnelles ne sont pas constitutives de leur légitimité à asseoir la position et l'autorité de responsable, voir même, elles peuvent induire une perte de légitimité pour les scientifiques, dans la mesure où le temps consacré à l'organisation est du « temps perdu » pour la recherche. Le processus de légitimation existant dévalorise ainsi les actions organisationnelles au profit du travail scientifique.

Une structure bi-polaire

On observe dans ces organisations une discontinuité structurelle entre des équipes scientifique ou médicale et les équipes opérationnelles, techniciens d'un côté, soignants de l'autre. Une discontinuité qui s'exprime à plusieurs niveaux : dans la hiérarchie, la formation et le statut social des individus qui les composent, les objectifs et les moyens, jusqu'aux rythmes de travail. Les deux entités sont comme juxtaposées dans la structure, fonctionnant avec des objectifs, des règles, et des systèmes d'évaluation différents.

Cependant le projet médical ou scientifique est stratégique et il cadre le fonctionnement opérationnel de la structure. Il définit les finalités auxquelles l'organisation opérationnelle doit répondre et sur lesquelles sont jugés les résultats du travail de l'entité opérationnelle.

La difficile articulation entre les finalités de la structure et les objectifs opérationnels

Contrairement à des cadres d'entreprise « classiques », les responsables de ces structures ne sont pas formés pour construire, et développer une entité sociale et économique. Les médecins ou les chercheurs n'ont pas systématiquement d'objectifs manageriaux et d'outils d'organisation, alors même qu'ils sont porteurs du cadre organisationnel de la structure.

La structure bi-polaire de l'organisation génère une rupture entre le champ des projets et de la stratégie scientifique ou médicale, et celui du fonctionnement au quotidien de la structure. Les responsables n'anticipent pas l'impact de leurs décisions scientifiques sur le quotidien des personnels et, à l'inverse, l'impact à retardement des choix opérationnels faits par défaut par les collectifs sur la qualité du résultat scientifique ou thérapeutique.

Des processus décisionnels liés aux pratiques collégiales, en décalage avec les besoins d'orientation opérationnelle

Les cultures scientifique et médicale prônent le respect de l'individu, de l'originalité de la démarche scientifique ou thérapeutique de chacun. Dans un corps de « pairs », on accepte les points de vue contradictoires et on décide lorsqu'un consensus se forme naturellement. Ce principe se répercute dans les structures observées : des objectifs contradictoires coexistent et des décisions restent en suspens lorsque les points de vue sont divergents. En l'absence de décision des responsables pour orienter la réalisation du travail, les objectifs opérationnels sont définis, suivant la structure, par un cadre opérationnel si il existe ou par défaut par le collectif ou les individus.

L'auto-prescription intervient pour combler le déficit de l'organisation et donner un sens au travail. L'organisation **par** le travail, comme définie par F. Hubault (1), pallie aux manques de l'organisation **du** travail. Cependant les régulations informelles ont un coût pour les personnes qui doivent construire et ajuster leur cadre de travail dans l'action, et aussi pour la structure car la convergence entre les objectifs individuels n'est pas garantie non plus que l'adéquation entre les objectifs opérationnels ainsi définis et les objectifs stratégiques des responsables.

Dans ce contexte, la décision s'impose aux responsables de structure lorsque le débordement ou les tensions conflictuelles des équipes opérationnelles ne permettent plus la régulation et qu'elles se manifestent par un dysfonctionnement grave, un accident ou un blocage. Le responsable est interpellé par l'événement qui émerge, ponctuel (2). Face à l'urgence, il va focaliser son attention sur l'événement sans avoir la compréhension des déterminants structurels de sa survenue. La responsabilité immédiate du dysfonctionnement reposant inévitablement sur les individus ou le collectif de travail impliqués dans la situation, on voit se dessiner dans ce type de structure un système pathogène dans lequel les personnes ont souvent à prendre en charge une part de l'organisation non définie par l'encadrement, sans obtenir de reconnaissance de ce travail, voire même en étant sanctionnées quand les situations de crise apparaissent.

Les enjeux, les compétences et les outils des responsables de ces entités sont en décalage par rapport à la fonction d'encadrement qu'ils occupent, qui constitue une partie de leur travail. Ce type de contexte exige donc que l'ergonome intervienne au niveau de l'encadrement de la structure tout autant qu'au niveau de l'organisation du travail.

IMPACT SUR LES MÉTHODES ET OUTILS D'INTERVENTION DES ERGONOMES

Une intervention dans un tel contexte organisationnel exige une méthodologie d'intervention spécifique. Pour accompagner la structure dans la redéfinition d'un cadre prescrit prenant en compte le travail des équipes et articulant les finalités de l'organisation et les objectifs opérationnels, l'ergonome doit faire prendre conscience aux responsables des enjeux de posséder une stratégie opérationnelle qui rende l'organisation performante. Il doit aussi être en mesure de leur apporter des outils organisationnels.

Le travail d'encadrement recouvre, au sens de De Terssac et Cambon (3) deux fonctions principales : 1- cadrer le travail : créer le cadre dans lequel il doit et peut être réalisé, 2- faire cadrer : s'assurer que le travail se réalise effectivement dans le cadre défini.

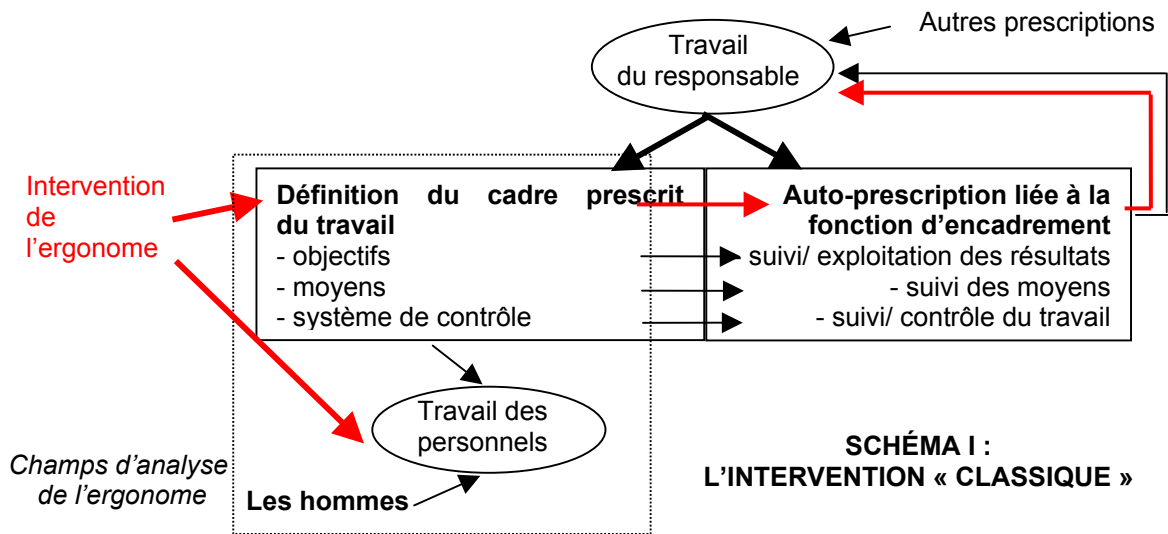
Ces deux fonctions comportent à la fois une dimension de conception/ définition des objectifs, procédures, moyens de réalisation du travail et une dimension de contrôle, conseil, qui passe par la définition de systèmes d'évaluation et de suivi des résultats...

Le travail d'encadrement est ainsi largement auto-prescrit, c'est à dire basé sur une volonté de prise en charge, d'accompagnement et de suivi des équipes, qui s'exprime dans le type de système organisationnel mis en place. (schéma I, flèches noires)

Intervention classique : « comprendre le travail pour le transformer » en accompagnant la redéfinition du cadre prescrit du travail

Dans une entreprise où les responsables ont pour principale fonction d'encadrer leurs équipes, la définition du cadre de travail et les tâches de suivi, de contrôle, d'accompagnement qu'elles induisent pour mettre en œuvre ce cadre, constitue l'essentiel de leur travail et fonde en grande partie leur compétence et leur statut dans l'entreprise. Dans ces entreprises, les interventions ergonomiques ont généralement pour objectif de transformer le travail des personnels subordonnés en agissant sur le cadre prescrit sur le plan organisationnel et technique. Elles ont un impact simultané sur le travail des responsables qui doivent modifier leurs outils et /ou leur stratégie de contrôle, de suivi du travail et des personnes, leur mode de management... en fonction des changements décidés avec l'ergonome. (schéma I, flèches rouges)

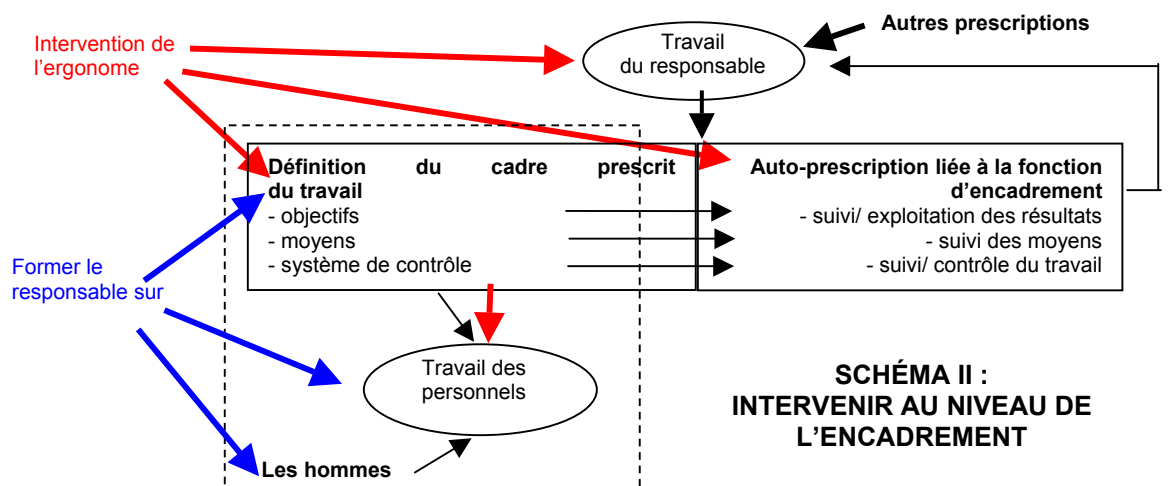
Toute intervention nécessite pour l'ergonome : 1- l'anticipation et la mesure des changements générés par l'intervention dans le travail d'encadrement, notamment en termes de contraintes, 2- l'implication du responsable dans l'intervention pour qu'il anticipe ces changements, afin de garantir la pérennité des transformations amorcées dans la structure.



Intervention au niveau du management

Dans les contextes décrits dans la première partie de cette communication, la fonction d'encadrement n'est pas la fonction principale des responsables. Nous avons montré qu'ils ne s'investissent pas formellement ou peu dans la définition du cadre prescrit du travail qu'ils laissent à d'autres ou aux collectifs de travail. Corrélativement, ils ont peu de travail auto-prescrit lié au suivi et à l'ajustement de ce cadre.

L'intervention ergonomique pour modifier le travail des personnels opérationnels doit générer un changement radical dans le positionnement et le travail des responsables. Il passe par un changement de leurs représentations, notamment concernant le sens et la valeur des tâches d'organisation pour la structure et à terme le projet scientifique ou médical. Le changement exige une restructuration de ses activités au profit des tâches de construction / suivi du cadre de travail et un apprentissage des méthodes et outils d'organisation. (flèches bleues)



Les outils de l'ergonome pour transformer le travail des cadres sont de plusieurs ordres :

1- Formation des responsables à la complexité des situations de travail : par l'intermédiaire du diagnostic ergonomique, de mises en situation, de l'apport de connaissance sur le fonctionnement de l'homme au travail. 2- Aide à l'élaboration d'un « projet de structure » en lien avec le projet scientifique ou médical : contribution à la formalisation des objectifs stratégiques et à l'articulation avec des objectifs et des modes de fonctionnement opérationnels viables, apports théoriques sur les méthodes et outils d'organisation. 3- Conception participative d'une organisation concrète adaptée aux contraintes du travail des opérationnels. 4- Aide à la conduite de projet organisationnel : accompagner la conduite du projet de transformation organisationnelle, transmettre les clés du travail participatif (principes et méthodes). 5- Aide à la décision : mettre à jour, à partir du diagnostic, les décisions/ arbitrages indispensables au travail des collaborateurs et apporter les éléments pour instruire les choix à réaliser. Travailler avec les responsables sur les méthodes et les circuits de décision. 6- Co-définition du contenu du travail lié à la fonction d'encadrement : tâches, exigences de suivi, délégations, indicateurs nécessaires.

L'intervention sur l'encadrement devra donc à la fois changer le point de vue sur le fonctionnement opérationnel, passage incontournable pour concrétiser la stratégie, et redéfinir sur un mode participatif à la fois un cadre organisationnel et les tâches du responsable qui en découle en termes de prise en charge, de suivi et de contrôle pour la réalisation d'objectifs opérationnels cohérents avec la mission de l'institution.

RÉFÉRENCES

- (1) Hubault F., 1998, Prescription et direction : pouvoirs et responsabilités des cadres, Séminaire DESUP-DESS 1998 Ergonomie de l'encadrement, Université de Paris 1
- (2) De Terssac G. et Cambon L., 1998, Le travail d'encadrement : relation entre cadre et action, Séminaire DESUP-DESS 1998 Ergonomie de l'encadrement, Université de Paris 1
- (3) Zarifian P. 1995, Le travail et l'événement, Editions L'Harmattan