

LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MARSEILLE A L'ÈRE DE L'ERGOLOGIE

Marie-Hélène Dassa

1. Introduction

Le fondement de la démarche ergologique, c'est la nécessaire mise en dialogue des savoirs et des choix issus de l'expérience avec les normes et les savoirs conceptualisés, formalisés bien avant l'expérience. Pour l'ergologie, la réalité de l'activité vient toujours interroger et bousculer les savoirs académiques. C'est ce qui la rend aux yeux de certains si subversive. Les participants aux Groupes de Rencontres du Travail (GRT) sont invités dans ce cadre protégé à prendre en compte et à accepter d'autres points de vue que le leur. C'est ainsi que cette démarche permet la mise en œuvre d'un processus de connaissance, en formalisant des manières de faire qui associent diverses formes de savoirs. Certains gagnent en effet à être partagés, surtout lorsqu'ils sont méconnus ou risquent d'être perdus.

Mais dans notre monde du travail en constante mutation, cette sauvegarde se doit de passer par une adaptation à des contraintes qui changent : ce qui était possible hier ne l'est parfois plus aujourd'hui. Certaines réserves d'alternatives ont fondu comme neige au soleil et les collectifs ont perdu de leur force, quand ils n'ont pas tout simplement disparu au profit d'une addition d'individus, en concurrence les uns avec les autres. A travers cette recherche collective d'une meilleure conception et d'une meilleure gestion des milieux de travail, il s'agit donc en réalité de partager la vision d'un monde commun à construire.

Nous sommes actuellement dans un contexte de mutations accélérées et étonnantes qui prennent tout le monde de court. Les états tremblent, le système financier fait des bulles qui lui éclatent au visage, avec de toute évidence ce qui s'annonce comme une série incontrôlable de crises de toutes sortes. Personne ne sait ce qui va se passer, les théories se disent et se contredisent, plus rien ne semble avoir de sens dans ce qui fondait notre mode de vie, notre manière de penser, la valeur de la vie, et donc forcément aussi celle du soin.

Pour aborder cette question du sens, sans doute faut-il d'abord s'interroger sur ce qui nous a conduits à la situation actuelle. L'évolution de la pensée économique constitue l'une des pistes de compréhension concernant la genèse de ce phénomène globalisé. Cette pensée a pendant longtemps été étroitement liée à des considérations sociales, morales et politiques, dont les choix conditionnaient ses développements. Puis est survenue une sorte de rupture, avec l'introduction de cette hypothèse

nouvelle que l'économie pourrait constituer une science autonome, indépendante de la question des valeurs et du sens que l'on voudrait lui donner.

Cette conception de l'économie érigée en science dure, devenue incontestable au même titre que la physique, marque un tournant décisif. Sur le plan sémantique, elle s'est traduite par le glissement de l'économie politique à la « science économique ». Les pionniers en furent Adam Smith et David Ricardo. Mais la rupture évoquée ne fut réellement consommée qu'un peu plus tard, avec Léon Walras puis Vilfredo Pareto qui déconnectèrent l'économie de toute réflexion morale. Leur théorie transformait l'aléatoire des arbitrages de ce que l'on appelait alors l'économie politique en la croyance dans un équilibre général de la concurrence parfaite, qui pour fonctionner à merveille ne nécessitait au contraire que l'absence de toute intervention humaine. La « science économique » était née, et devait s'imposer à tous. C'est la fameuse « main invisible » du marché, qui se suffit à elle-même. L'illusion portée par cette théorie est si forte que certains continuent à croire que c'est en supprimant toutes les interventions politiques que l'économie va repartir, et le chômage baisser.

Mais l'économie, comme toutes les sciences humaines, n'est pas une science exacte. Ce qui est à la base de l'économie moderne libérale, néolibérale voir ultra libérale, c'est l'individu. En effet, c'est bien nous qui collectivement lui donnons vie par nos choix, nos besoins, nos désirs, nos échanges. Et le cœur du système, ce qui est absolument nécessaire pour que cela fonctionne, l'énergie vitale de ce développement, c'est que chaque individu recherche d'une manière systématique et exclusive son propre profit.

L'économie moderne considère ainsi que la vertu publique s'érigera tout naturellement sur la somme des intérêts particuliers et des vices individuels, la vertu publique dont il est question ici étant bien sûr entendue au sens de la neutralisation mutuelle des appétits individuels, et non du bien commun. Il est clair que ce point de vue-là entraîne une rupture totale avec toute forme d'empathie, d'altruisme ou d'éthique, notions qui constituent pourtant, en dehors de tout sentimentalisme, les valeurs socles de (la plupart de) ceux qui ont choisi de s'occuper de la santé des autres. Et on comprend bien que persister à vouloir faire entrer en ligne de compte dans une telle construction des valeurs comme celles de la compassion, de la générosité ou de l'entraide serait irrationnel, subversif même, et mettrait tout le système en danger. Les véritables révolutionnaires à notre époque sont donc les gens désintéressés, altruistes et bienveillants.

2. Les hôpitaux dans la tourmente

Seulement voilà, même si les intentions individuelles peuvent être différentes le soin repose culturellement sur cette logique altruiste, et l'hôpital est aujourd'hui confronté à un grave dilemme. Jamais le système de soin français n'a été encadré par une réglementation aussi corsetée. Ainsi, la nouvelle organisation en pôles s'avère souvent cloisonnante et conduit à une logique de concurrence entre pôles, entre unités du pôle et aussi entre agents. La réforme du financement avec une tarification à l'activité (bien sûr pas l'activité au sens ergologique) est couplée à un système de protocolisation de l'ensemble des pratiques de soins qui permet de comparer établissements privés et publics avec des critères identiques, sans égard aux contextes d'exercice différents du public et du

privé. La démarche de certification vient ensuite contrôler la bonne application de ces protocoles. L'heure est aux restrictions et les arbitrages sont financiers.

Les hôpitaux universitaires ont été conçus au départ comme des lieux institutionnellement configurés pour remplir simultanément une mission de soin, une mission de formation et une autre de recherche, ce qui leur conférait des caractéristiques singulières. Dans la mise en œuvre de ces trois missions, ces établissements se trouvent maintenant face à des défis particulièrement critiques en matière d'organisation et de gestion des processus de travail. Car si la santé est devenue un produit de consommation comme un autre, alors elle devrait être soumise aux mêmes lois de financiarisation et de marketing que n'importe quel autre produit. La portion congrue du budget national aujourd'hui réservée aux services publics, qui est une résultante directe de la prééminence accordée au monde financier (cf. la fameuse « dette publique »), conduit logiquement les hôpitaux à concentrer leurs efforts sur ce qu'ils peuvent vendre, c'est-à-dire sur le « *cure* » (soigner) plutôt que sur le « *care* » (prendre soin). C'est en effet souvent le seul moyen pour eux de pouvoir continuer à payer leurs salariés. Sans récuser l'intérêt d'une plus grande efficacité des deniers publics, cette nouvelle orientation, lorsqu'elle prétend exclure toutes les autres, met en péril les fondamentaux de l'hôpital et risque de conduire à disséquer le soin pour en faire une chose froide, déshabillée. Tout cela apparaît d'autant plus paradoxal que les normes de la certification placent l'efficacité et la sécurité des soins au cœur du dispositif.

Le système économique qui régit notre mode de vie actuel est fondé non pas sur quelque chose de plus ou moins rationnel, comme les besoins ou les échanges, mais sur les désirs, l'envie, la convoitise, les

pulsions, c'est-à-dire sur quelque chose d'essentiellement passionnel et irrationnel. L'exacerbation continue de ce type de pulsions ne peut que générer de la violence dans les milieux de travail, que celle-ci se traduise en termes d'organisation ou en termes de rapports sociaux. Et l'hôpital n'est pas épargné par cette évolution sociétale. Même s'il a longtemps été protégé par les principes de recherche du bien commun qui lui ont donné naissance, ce n'est plus un sanctuaire.

Un autre aspect de cette évolution est que, en parallèle d'un individualisme débridé et du sentimentalisme qui l'accompagne, on voit se développer une uniformisation des modes de pensée, des conceptions du monde, et une incapacité croissante à prendre en compte les singularités pour mieux aborder l'universel.

C'est dans ce contexte sociétal particulier que la démarche ergologique a été introduite en 2009 à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM).

3. Ergologie et GRTs au CHU de Marseille

Comme nous l'avons souligné précédemment, le contexte actuel fait que de nombreux problèmes qui se manifestent dans l'activité de travail sont directement liés à un contexte global qui va *a priori* à l'encontre de la confiance en l'autre. De ce fait, il nous a semblé pertinent de privilégier en premier lieu l'outil que constituent les Groupes de Rencontre du Travail (GRT) pour initier une démarche ergologique au CHU de Marseille.

Chacun d'entre nous a naturellement tendance *a priori* à attribuer aux autres des intentions et des buts spécifiques, en se basant sur son propre système cognitif. Pourtant, bien au-delà de ces premières projections marquées au coin de notre subjectivité, les échanges au sein des GRT mettent peu à peu en scène un ballet qui dessine les contours d'une chorégraphie commune, d'un rythme partagé. Cette évocation collective constitue le préalable nécessaire à la co-construction d'un bien commun, et d'un vivre ensemble choisi. Construire un GRT permettant de faire advenir un dispositif à trois pôles implique de conduire dans l'animation le délicat passage de l'adhérence à la désadhérence par la mise en jeu des concepts.

Dans cette perspective, il a d'abord été nécessaire de présenter l'ergologie et d'aborder ses concepts fondamentaux : l'activité, les normes antécédentes, les savoirs académiques et investis, les valeurs au sens ergologique de priorisation, l'usage de soi par soi et par les autres, les entités collectives relativement pertinentes. La notion ergonomique d'écart entre le prescrit et le réel, mieux connue des participants, a été souvent notre porte d'entrée.

Plusieurs outils de présentation ont été construits à cette occasion, afin de présenter sous la forme de schémas animés les concepts ergologiques et leur cohérence dans l'activité. Cette façon de regarder une situation singulière en interrogeant les arbitrages qu'elle suppose, n'est pas tout à fait inconnue à l'hôpital où ont déjà été mis en place plusieurs dispositifs d'analyses des pratiques. Mais ce qui est en revanche véritablement innovant, c'est de pouvoir penser ensuite en désadhérence, de décoller de la situation pour considérer ce qu'il y a d'universel dans les débats de normes qu'elle a engendrés et les

forces de propositions qui en émergent. Il s'agit d'une réelle découverte pour les participants, qui découvrent les savoirs cachés dans l'activité singulière, les réserves d'alternatives qui en sont issues, et leur capacité à penser le travail et à le formaliser. Tout cela n'est bien sûr possible qu'en veillant à rester centré sur l'activité, c'est-à-dire en invitant les participants à s'attacher non pas à la recherche de ce qui aurait dû être fait, mais plutôt à l'identification de ce qui a été mis en débat par une personne dans sa confrontation avec les contraintes du travail, et ce que cela recèle d'universel.

Dans ce travail d'identification de l'invisible mouvement qui se situe au cœur de l'activité, chacun découvre peu à peu les différentes réalités du travail, la sienne et celles des autres. Pour aborder cette complexité, il faut d'abord pouvoir l'évoquer, puis la mettre en débat au sein du groupe, et l'exposer aux différents points de vue. Ces échanges permettent alors d'ouvrir de nouvelles voies d'actions, et d'en retrouver de perdues. Le récit métaphorique de l'activité, dans sa rencontre avec les concepts ergologiques, produit quelque chose de nouveau.

Bien sûr, une personne peut éprouver certaines réticences avant de s'ouvrir sur sa propre activité et de la mettre en mots, dans un milieu régité par une subordination juridique et des relations hiérarchiques. Aussi est-il nécessaire, pour que le GRT devienne un lieu propice à l'éclosion de ces échanges, d'établir un contrat clair et de garantir un climat favorable. Un synergologue¹ observerait que les mains des participants se joignent souvent en berceau lorsqu'ils évoquent le GRT. Il est vrai que cet

¹ La Synergologie est une discipline du champ de la communication qui est basée sur une méthode de lecture spécialisée dans le décryptage des mouvements corporels inconscients.

espace se présente un peu comme un nid, capable d'accueillir et de protéger tout à la fois le récit de l'activité, les débats qu'il suscite, et les savoirs qu'il permet de faire émerger.

Le travail ne s'apprend pas dans les livres. Seuls les protagonistes de l'activité sont en capacité d'en transmettre la substantifique moelle. Le cœur du savoir vivant, c'est celui qui est incorporé, qui est l'expression incarnée de certaines valeurs. Celui-ci ne peut se transmettre que dans la proximité d'une relation durable, fondée sur une œuvre commune.

En 2009, la formation des infirmiers a rejoint le système LMD², ce qui a entraîné une profonde modification de son contenu et de son mode d'enseignement. Ce bouleversement structurel entraînait des interrogations quant à l'articulation à réaliser entre un nouveau type d'apports théoriques et le tutorat de terrain. C'est ce qui fut à l'origine du premier GRT (le « GRT Compétences ») mis en place au CHU de Marseille. Celui-ci allait être suivi par beaucoup d'autres.

Il s'agissait d'abord d'accompagner les enseignants et les professionnels de terrain dans un échange mutuel de savoirs d'expérience, pour parvenir à la co-construction d'une interprétation et d'une application partagées du nouveau référentiel de formation fondé sur la notion de compétence. Le secteur retenu était la psychiatrie, qui a donc été la première discipline à utiliser les GRT. L'accompagnement de cette expérience et la mise en dialogue des savoirs a permis d'identifier des normes différentes et d'en construire d'autres, partagées. L'écart entre le prescrit des savoirs

² Réforme du cursus universitaire réduisant de cinq à trois les niveaux de diplôme (Licence, Master, Doctorat).

académiques infirmiers et le réel du travail a longuement été débattu. Il s'agissait de comprendre ce qui fait un « bon » ou un « mauvais » soin. En effet, la temporalité de l'institut de formation n'est pas la même que celle de l'hôpital et cela est déterminant dans les débats de normes conduisant aux renormalisations à l'hôpital. Ce GRT a abouti à l'élaboration de plusieurs outils, dont notamment une formation à la pédagogie de la transmission des savoirs d'expérience spécifiques, centrée sur la question des valeurs, des ingrédients de la compétence et des postures professionnelles. Par ailleurs l'identification du nécessaire renforcement des relations entre instituts de formation en soins infirmiers et terrain de stage a conduit à la mise en place d'un GRT réunissant enseignants, tuteurs de stage et étudiants. Ceci a conduit à une co-élaboration à partir de situations d'apprentissage.

Cette expérience nous a amenés à nous interroger sur la nature des savoirs d'expérience en psychiatrie, et sur les modalités de leur possible transmission à de nouvelles générations d'infirmiers. L'importance de cette nouvelle problématique a tout naturellement donné naissance à un nouveau GRT (le « GRT Tuteurs »), centré sur cette question. Au cours de son déroulement, il est apparu que par leur habitude du travail en équipe, de la gestion de la violence et de la transmission des savoirs d'expérience que requière celle-ci, les infirmiers de psychiatrie disposaient d'une expertise particulière qu'ils pouvaient mettre à la disposition des autres spécialités. Ces savoirs d'expérience clinique, qui leurs sont familiers mais non spécifiques, permettent en effet, une fois transmis, d'améliorer non seulement la qualité de la vie au travail mais aussi celle des soins dans de nombreux autres secteurs de l'hôpital. Ce GRT a également été à l'origine d'un dispositif innovant proposant une gestion soignante de la violence à l'hôpital (la « Caravane de l'AP ») aujourd'hui retenu dans le cadre du projet social de l'AP-HM.

Plusieurs GRT ont ainsi été conduits en unités de soins sur demande de la Coordinatrice Centrale des Soins, du Médecin du travail ou de l'encadrement, parfois même suite à la demande d'agents en difficulté. Ces GRT ont permis de mieux connaître et de faciliter l'activité de travail, de comprendre les problématiques d'équipe liées à des modifications de contexte et d'impliquer les décideurs. Grâce à une co-élaboration centrée sur l'activité, des propositions conjointes ont permis d'aboutir à des améliorations notables du fonctionnement en réseau et du partage des savoirs. Certains GRT ont aussi mis en évidence les modifications structurelles intervenues dans l'exercice de la fonction de cadre, en lien avec la nouvelle organisation en pôles. L'observation de dysfonctionnements dans les collectifs de travail a conduit à un renforcement du collectif de cadres, à l'actualisation de leur profil de poste, parfois à des réorganisations dans certains secteurs.

Enfin, une formation a été mise en place pour diffuser la connaissance de la démarche ergologique à l'intérieur de l'hôpital et promouvoir un « ergo management ». Ses objectifs principaux sont une meilleure identification de l'activité, des normes antécédantes et des débats de normes qui sont à l'œuvre lors des arbitrages, en vue d'améliorer à la fois l'organisation, le bien-être au travail et la cohésion d'équipe. Cette formation permettra aussi la mise en place progressive d'un réseau favorisant l'entraide au travers du partage des savoirs d'expérience.

4. Focus sur le GRT « Activités des cadres nouvellement recrutés »

Ce GRT est né d'un malaise généralisé de l'encadrement soignant, et tout particulièrement des nouveaux encadrants. L'implication de la Coordinatrice générale des soins, puis plus tard du Directeur Général, ont permis de changer de manière significative la représentation de cette fonction mal aimée. Chaque année depuis quatre ans ce GRT permet, à raison d'une séance par mois de février à juin, d'accompagner les nouveaux encadrants de soins dans une plongée au cœur de leur activité.

Le GRT s'est basé sur des observations de terrains et sur la mise en débat des points de vue afin d'étudier au plus près l'activité des cadres confrontés aux contraintes du travail. Le GRT a très vite révélé des trous de normes dans la définition de la fonction : il y avait là une absence de réajustement des normes antécédentes encadrant l'activité, comme par exemple la non-réactualisation du profil de poste du cadre qui détermine quelles doivent être ses tâches. Ceci ouvre la voie à divers glissements de fonction et à l'adaptation continuelle à des aléas qui ne devraient pas mobiliser les cadres de santé (générant épuisement, stress, peur de mal faire et sentiment de manque de reconnaissance). Cette absence de définition précise de la fonction fait qu'elle peut rapidement devenir un déversoir, une fonction « bouche-trou » pour pallier à tout ce qui n'était pas prévu ou déjà affecté à une autre personne.

Le prescrit de l'agenda ne prend en compte qu'une infime partie de l'activité ; le reste est fait de la gestion des imprévus au fur et à mesure que se déroule la journée. Les sensations d'improvisation et

de « bricolage » se révèlent dépréciatrices et subies, à la fois par les cadres eux-mêmes et par leur environnement. Elles sont pourtant indispensables pour « faire tourner la boutique » face à un grand nombre de normes.

L'observation des activités des cadres de santé fait apparaître en pleine lumière la diversité des tâches qu'ils effectuent (administratif, soins, logistique). Les aléas à régler vont par exemple de commandes spécifiques non répertoriées à la surveillance d'interventions pour une fuite d'eau, en passant par les transferts inopinés de patients.

Face à ces multiples contraintes, ils sont constamment amenés à effectuer des arbitrages de priorisation des problèmes et des imprévus, parfois même à leur insu. Pour parvenir à une telle plasticité sans y laisser sa santé, il est nécessaire de mettre en œuvre des savoirs investis qui manquent forcément aux nouveaux arrivants. Ces observations *in vivo* nous ont malgré tout aidé à identifier des « astuces » et des savoir-faire incorporés qui permettent aux agents de surmonter les difficultés rencontrées dans leur travail, sans pour autant qu'ils en aient systématiquement pris conscience.

Il est difficile d'établir un contour précis de ce qui relève de l'académique du métier du cadre de santé, et de ce qui relève d'une gestion de l'urgence ou d'un dépannage de circonstance, qui face à des situations comparables prendra une forme très variable d'une personne à l'autre.

Outre la diversité des demandes, les « cultures » propres aux différents sites et hiérarchies peuvent exiger du cadre des tâches contradictoires. L'accompagnement par les pairs est précieux mais non

systématique, et surtout le N+1 dans la nouvelle organisation n'est plus en capacité de réaliser cet accompagnement.

Les priorisations obligatoires pour la gestion de tous ces imprévus sont souvent le fruit d'un savoir investi qui se construit par rapport à une réalité de terrain, laquelle n'est pas toujours transposable à un autre lieu dans une situation semblable.

Ces nombreuses observations de terrain ont par la suite été validées et discutées lors de séances du GRT. Des entretiens ont aussi complété les observations, ce qui a permis non seulement de valider certaines hypothèses, mais aussi de mettre des mots sur les arbitrages cachés dans l'invisible de l'activité.

Les échanges d'expériences et le partage du vécu durant les séances du GRT ont donné lieu à la production de savoirs inédits sur l'activité des cadres, et au développement d'axes d'amélioration de l'organisation qui permettent aujourd'hui un meilleur déroulement de l'activité des cadres et la formation de réelles « entités collectives relativement pertinentes ».

5. Ergologie et Risques Psycho-Sociaux

L'amélioration des conditions de travail constitue une première priorité face aux situations difficiles, voire dramatiques, auxquelles les agents hospitaliers sont aujourd'hui confrontés. La démarche

ergologique avec ses GRT a été intégrée dans le projet social de l'AP-HM comme l'une des méthodes de prévention des Risques Psycho-sociaux, en partenariat avec les autres acteurs de ce domaine. Elle permet en effet de mieux identifier les facteurs susceptibles de donner lieu à des comportements hostiles et à des abus de pouvoir.

La santé au travail en effet ne dépend pas seulement de la psychologie des individus. Elle repose aussi sur un socle de valeurs partagées qui sont soutenues par des collectifs et une organisation. D'ailleurs les publications sur l'épuisement professionnel et les comportements hostiles au travail montrent que les conflits de valeurs (manque de reconnaissance, sentiment d'injustice), la rigidité du prescrit institutionnel et l'intensification du travail sont les principales causes de mal être au travail.

L'enquête Sumer de 2010 a montré que plus d'un salarié sur cinq faisait l'objet de façon récurrente de comportements hostiles (dénis de reconnaissance, comportements méprisants, attitudes ou paroles dégradantes). Elle a aussi établi que ces comportements étaient généralement déterminés par le fait de ne pas pouvoir faire son travail correctement faute d'informations suffisantes, d'une non-possibilité de coopération, de l'intensification du travail ou d'un manque d'autonomie dans la façon de conduire ce travail.

Dans ce contexte, la démarche ergologique favorise l'identification des déterminants de situations de violence et la recherche concertée de solutions constructives et adaptées, aussi bien au niveau local que général. Elle met en synergie les savoirs d'expérience des personnes spécialisées dans la gestion des situations de violences et les modèles conceptuels des chercheurs dans le domaine du travail, pour

agir aussi bien sur le niveau individuel que sur le collectif. Les comportements reposent sur des choix, eux-mêmes basés sur un système de valeurs. Comme les individus, l'organisation se réfère à un système de valeurs spécifique. Par exemple si la valeur première est la rentabilité ou la performance, alors le choix du menu risque de ne pas intégrer la qualité gustative ou la convivialité. La réflexion sur les valeurs permet d'élaborer une vision partagée des priorités et de reconstruire une culture commune, conduisant ainsi à un sentiment d'appartenance qui favorise le bien-être au travail.

6. Un Savoir qui s'exporte

L'expérience des GRT conduite au CHU de Marseille constitue une première en France de par son ampleur et sa profondeur. Or, cette approche nouvelle intéresse fortement nos partenaires étrangers.

Lors du colloque « Ergologie et Médecins du travail » qui s'est tenu en octobre 2013 à l'université de Tlemcen (Algérie), les différents GRT conduits dans le cadre de l'Assistance Publique de Marseille ont été exposés, avec les résultats qu'ils ont permis d'obtenir. Cette présentation a suscité un grand intérêt chez de nombreux participants.

Notre expertise a été sollicitée plus récemment encore lors d'un colloque sur le thème des Droits des Femmes, organisé par l'association « Genre en action » à Tanger. Un Groupe de Rencontres de l'Activité (GRA) animé par nos soins y a permis de faire émerger différentes solutions face à un

problème récurrent (harcèlement dans les lieux publics), tout en prenant en compte les spécificités culturelles et historiques de chacun.

Enfin, un projet de recherche international sur « *Les transformations du travail des professionnels de santé dans les hôpitaux publics* » est actuellement en cours de validation. Ce projet réunira les Universités d'Aix-Marseille (Institut d'Ergologie), de Brasilia et de Santa Catarina (Brésil), de Tlemcen et d'Annaba (Algérie), pour la conduite concertée d'une démarche ergologique dans des hôpitaux publics universitaires de ces trois pays. Pour ce qui concerne la France, la structure retenue a été l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille.

7. Conclusion

Pris dans les turbulences d'un système économique qui bouscule ses valeurs fondatrices, l'hôpital a plus que jamais besoin de retrouver ce qui a fait sa grandeur, et en même temps son efficacité. Il regorge de personnes de talent, capables d'inventivité au quotidien, et c'est la capacité d'adaptation constante de ces agents, adossée à leurs savoirs d'expérience, qui permet réellement de « faire tourner la boutique ». Les protocoles ne suffisent pas pour répondre à tous les aléas du réel, dans un univers de travail complexe qui doit quotidiennement faire face à la maladie, à la souffrance et à la mort.

Toute activité humaine doit être encadrée par un ensemble de normes, et soutenue par des savoirs académiques qui théorisent les domaines la concernant. Mais il n'en existe aucun qui puisse permettre

de l'anticiper, car elle est avant tout une expression de la vie, et la vie ne peut être résumée par un simple calcul théorique. Il est fondamental que l'hôpital recouvre un climat de travail plus propice à l'exercice de son activité de base. Mais la mise en synergie optimale de tous ses acteurs ne pourra s'opérer que sur la base d'une vision partagée qui permette de réconcilier le sens et l'expérience.

L'ergologie active une démarche qui permet l'émergence de savoirs enfouis dans les corps, en grande partie inconscients, et leur mise en dialogue avec les concepts tels qu'ils sont enseignés dans le cadre des savoirs formels. L'expérience des GRT au CHU de Marseille a permis de faire éclore à nouveau des fertilisations croisées qui avaient disparues peu à peu, et qui constituent autant de nouvelles sources de savoirs et d'amélioration des organisations de travail. Elle a ainsi contribué à rétablir un climat de travail apaisé, à travers la réintroduction d'un esprit de compagnonnage tourné vers la recherche du bien commun et de l'enrichissement mutuel.