Les conditions de travail à l'hôpital

Focus sur les faisant-fonction cadres de santé

Noura ZAGHMOURI(1), Monique COMBES-JORET(2)

(1) Maîtresse de conférences en sciences de gestion, Université de Reims Champagne-Ardenne, France
(2) Professeure des Universités en sciences de gestion, Université de Reims Champagne-Ardenne, France

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.9737

Résumé : L'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé sont devenues un enjeu majeur des établissements de santé confrontés depuis plusieurs années à des conditions de travail dégradées. La communication proposée porte sur l'exploration de l'influence des facteurs organisationnels sur la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) d'une population de professionnels spécifique, les faisant-fonction cadres de santé (FFCDS) hospitaliers, managers de proximité en devenir aux prises avec des conditions de travail dégradées. Dans un contexte marqué par des coupes budgétaires, la QVCT est promue tant par les acteurs institutionnels que de la recherche, comme une démarche de sortie de crise par le haut (d'amélioration des conditions de travail et de la performance). Dans une approche critique, nous interrogeons la portée réelle des initiatives des directions en matière de QVCT et leurs effets concrets sur le terrain. Une étude qualitative menée à partir d'entretiens semi-directifs et de focus groups réalisés auprès de FFCDS entre 2022 et 2025 met en lumière le manque de prise en compte d'un besoin de soutien dans les activités de pilotage et d'organisation du travail réel, mais également la nécessité d'instaurer des dispositifs permettant d'abriter les processus psychologiques et sociaux protecteurs de la santé des FFCDS.

Mots-clés : qualité de vie et des conditions de travail, facteurs organisationnels, faisant fonction cadres de santé, hôpital public.

Introduction

L'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé sont devenues des enjeux majeurs des établissements de santé confrontés depuis plusieurs années à des conditions de travail dégradées comme en témoignent les résultats de l'enquête « Prendre soin des professionnels de santé », publiée par le Comité éthique de la fédération hospitalière de France en 2023[1].

[1] Stress au travail : 89 % des répondants considèrent que leur travail génère du stress. Ce stress est généré par le manque de moyens humains et matériels à 67 %, par sursollicitations et ruptures de taches à 63 %, et à 35 % en raison de tensions professionnelles avec les collègues ou la hiérarchie. Enfin, 33 % des répondants évoquent des plannings instables, quand la dévalorisation intervient pour 30 % d'entre eux.

La qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) apparait comme un levier d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé. En outre, l'existence d'un lien de causalité entre le bien-être des salariés et la performance d'une organisation (Sandro De Gasparo, 2021) pousse les organisations à s'engager dans des démarches QVCT. Néanmoins, la QVCT, concept multifactoriel combinant des déterminants individuels et organisationnels, rend son appréhension et les mesures la visant ardues. Aussi, plusieurs travaux de recherche (Bertrand et Stimec, 2011 ; Detchessaar, 2011, 2013) se sont penchés sur le rôle des espaces de discussion (EDD) considérés comme des « opérateurs de santé et de qualité de vie au travail » (Detchessahar, 2013, p. 57). Au-delà de l'engouement pour ce concept et de sa mobilisation tant par les acteurs institutionnels (ANACT, HAS) que les chercheurs (Abord de Chatillon et Desmarais, 2017) nous proposons d'explorer leur influence sur une population précise, les faisant-fonction cadres de santé, managers de proximité en devenir, transitant d'une logique soignante à une logique gestionnaire dominée par les rationalisations (Ughetto, 2021). A partir de la question de recherche suivante « en quoi les EDD constituent un levier d'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail des FFCDS ? », nous ambitionnons d'évaluer les mécanismes d'influence des EDD sur la QVCT des FFCDS. Pour y répondre, une étude qualitative longitudinale a été menée.

1 De la qualité de vie et des conditions de travail aux espaces de discussion, focus sur les faisant-fonction cadres de santé

La recherche menée était articulée autour des concepts de qualité de vie et de conditions de travail en considérant plus particulièrement la population des faisant-fonction cadres de santé.

1.1 La qualité de vie et des conditions de travail dans les organisations de santé

1.1.1 La qualité de vie et des conditions de travail : un concept « qui trop embrasse, mal étreint »

La notion de qualité de vie au travail (QVT), émerge dans les années 2000 en France et connait un développement important à partir de 2010 (Stimec *et al.*, 2024). La question du travail y est abordée suivant deux perspectives complémentaires : celle de la clinique de l'activité (Clot, 2006, 2024) et celle de la discussion (Detchessahar, 2001).

Si acteurs institutionnels et chercheurs se sont attachés à définir la QVT (Tavani, *et al.*, 2014), force est de constater la difficulté d'adopter une définition unique et partagée de la QVT. Le caractère multidimensionnel et l'absence de consensus sur les déterminants et les catégorisations de la QVT (Tavani, *et al.*, 2014) expliquent en partie « l'évacuation » des conditions de travail, alors que cette dimension apparait désormais comme centrale.

En France, deux inflexions majeures sont apparues dans ce sens avec la promulgation du plan santé au travail de 2021-2025 : l'accent sur les conditions de travail (charge de travail, horaires, relations professionnelles, etc.) et la priorité donnée à la prévention primaire. L'adoption de l'acronyme QVCT (Qualité de de Vie et des Conditions de

Published in : ROSA, Fabrice ; THURIOT, Fabrice (dir.), *Travail, territoires et transitions. Actes du colloque de 2025 à l'Université de Reims Champagne-Ardenne (URCA)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005977, doi : 10.17184/eac.9782813005977

Travail) en 2020, matérialise cette évolution et la centralité des conditions de travail et d'emploi, identifiée dans les recherches (Stimec *et al.*, 2024).

1.1.2 La QVCT dans les organisations de santé : la centralité des conditions de travail

Dans le secteur de la santé, la QVCT est au cœur de plusieurs enjeux majeurs très concrets, en ce qu'elle contribue à la qualité des soins, qu'elle constitue une ressource potentielle pour desserrer les contraintes qui pèsent sur les organisations de santé et qu'elle représente une voie alternative pour susciter l'engagement des équipes et atteindre la performance (Kormig *et al.*, 2018).

Or, deux difficultés apparaissent dans sa mise en œuvre tout particulièrement dans les organisations de santé. La première porte sur le double objectif d'amélioration des conditions de travail et de maintien ou d'accroissement de la performance de l'organisation (Burnel, 2017). La seconde porte sur la mise en œuvre de la démarche QVCT fondée sur la participation effective des salariés aux décisions qui les concernent et sur l'adoption d'un principe de subsidiarité, très éloigné des processus décisionnels à l'œuvre notamment dans les hôpitaux, historiquement marqués par le passage d'une domination mandarinale à une domination gestionnaire et autoritaire (Juven *et al*, 2019).

Il est ainsi permis de douter de l'effectivité de cette vision positive de la QVCT devant la persistance de conditions de travail dégradées. En 2022, en matière de ressources humaines, les hôpitaux publics connaissaient une situation particulièrement tendue : 99% des établissements déclaraient des difficultés de recrutement et déploraient des postes vacants (d'infirmières, d'aides-soignantes et de praticiens et praticiennes hospitaliers) ainsi qu'un taux d'absentéisme croissant[2].

1.2 Les EDD : opérateurs de qualité de vie au travail dans les organisations de santé ?

Défini comme « un espace de construction par le dialogue de solutions ou de construits d'action collective entre acteurs interdépendants » (Detschessaar, 2013), l'EDD permet d'organiser les arrangements et bricolages nécessaires pour réaliser l'activité.

Différents types d'EDD sont documentés dans la littérature (Detschessahar, 2011, Bertrand et Stimec, 2011 ; Abord de Chatillon et Desmarais, 2017 ; Collard *et al.*, 2023) avec des définitions plus ou moins extensives. Nous soulignerons ici celle posée par Detschessar (2011) qui définit les EDD comme l'ensemble des lieux de discussion sur le travail, formels et informels, présentant les caractéristiques suivantes :

- les discussions portent sur l'activité concrète,
- avec une fréquence élevée permettant des échanges proches du quotidien,
- sont animées par un cadre « de et dans » l'activité,
- s'appuient sur des outils de pilotage (et non reporting),
- sont inscrites dans le long terme (la confiance étant tout à la fois une des conditions et le fruit de la discussion).

[2]Source : Enquête de la Fédération Hospitalière de France, mai 2022.

Published in : ROSA, Fabrice ; THURIOT, Fabrice (dir.), *Travail, territoires et transitions. Actes du colloque de 2025 à l'Université de Reims Champagne-Ardenne (URCA)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005977, doi : 10.17184/eac.9782813005977

Cette approche peut se voir adresser une première critique de mettre l'accent sur les espaces formels, de se centrer sur leur design et d'occulter l'importance des espaces informels et des processus affectifs qui peuvent s'y dérouler. C'est pourquoi, nous retiendrons la définition extensive proposée notamment par Abord de Chatillon et Desmarais (2017) et Collard *et al.* (2023) et le constat que la discussion sur le travail s'opère tant dans des espaces formels que dans des lieux informels marqués par la convivialité. Les espaces de discussions informels peuvent prendre différentes formes dans des interstices de l'organisation formelle, par exemple lors des transmissions orales entre équipes (Collard *et al.* 2023 ; Bertrand et Stimec, 2011).

Plusieurs difficultés apparaissent dans l'opérationnalisation des EDD et viennent limiter leur capacité à réguler les tensions et paradoxes de l'activité. Detschessaar *et al.* (2017, p. 42) mettent ainsi en évidence les problématiques de mise en œuvre, « d'ingénierie », des EDD : dans certaines des études menées, les espaces de communication ne portent pas sur les bons objets ; ils ne réunissent pas les bons acteurs (ceux au contact de l'activité) ; leurs modes d'animation sont peu favorables au dialogue ; ils ne sont pas connectés les uns avec les autres. D'autres travaux mettent en évidence des difficultés propres à la discussion elle-même. Enfin, une autre dimension plus problématique des EDD, nous semble-t-il, réside dans la mise en place des solutions débattues.

Au-delà de ces difficultés liées à l'ingénierie ou au processus de discussion, d'autres critiques semblent plus profondes. Castejon (2020, p. 65) pointe notamment l'ambiguïté de la notion de discussion, s'il n'y a pas d'écoute possible de la réalité du vécu du travail et de ses difficultés concrètes et subjectives. Elle dénonce le risque que « les espaces de discussion deviennent des endroits où ne peuvent se discuter que les questions autorisées et les problèmes qui ne fâchent personne, surtout pas le management ».

1.3 Les déterminants de la QVCT des faisant-fonction cadres de santé aux prises avec l'activité réelle

Notre recherche porte sur des acteurs précis des hôpitaux, les faisant-fonction cadres de santé (FFCDS), professionnels de santé en formation pouvant être confrontés à des conflits de rôle et devant mobiliser une stratégie d'adaptation (Divay, 2018). Leur fonction, construite autour d'une forte proximité avec les autres professionnels de santé, leur confère une place privilégiée dans le processus d'innovation et d'apprentissage. Si leur périmètre de responsabilité n'a cessé d'évoluer, (Haliday & Naudin, 2019), leur place et leur rôle dans la gouvernance demeure discutés (Zaghmouri, 2020). Les FFCDS effectuent cependant les mêmes tâches quotidiennes relatives à la gestion des ressources humaines (planning, congés, RTT, arrêts maladie, remplacements), du matériel, des flux de patients (Divay, 2018).

Cadres de proximité en devenir, les FFCDS régulent, contrôlent, coordonnent et animent les équipes de soignants, mais surtout sont soumis à de fortes tensions, tiraillées entre les demandes et attentes des soignants dont elles sont issues et les prescriptions de leur hiérarchie, traduction des politiques de santé publique (Gadéa, 2011). Leur connaissance fine de l'activité, leur permet de jongler avec les normes imposées pour préserver, dans une certaine mesure, les membres de leurs équipes

Published in : ROSA, Fabrice ; THURIOT, Fabrice (dir.), *Travail, territoires et transitions. Actes du colloque de 2025 à l'Université de Reims Champagne-Ardenne (URCA)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005977, doi : 10.17184/eac.9782813005977

du manque de ressources entrainant la détérioration de leurs conditions de travail (Moisson et Gardody, 2021 ; Combes-Joret et Zaghmouri, 2023).

2 Des questionnements soumis à l'épreuve d'investigations empiriques

À travers la recherche présentée, nous questionnons le potentiel d'une pratique à la fois préconisée et discutée dans la littérature, les EDD et posons la question de recherche suivante : en quoi les EDD constituent un levier d'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail des FFCDS ?

Nous nous sommes appuyées sur l'entretien semi-directif comme mode de collecte principal, complété par des focus groups permettant « de puiser collectivement dans les vécus des participants. » (Lannoy et Nijs, 2023, p. 196). Dans le cadre d'un partenariat entre notre université et l'institut de formation des cadres de santé, nous avons pu accéder à la population étudiée de FFCDS. Onze entretiens individuels et trois focus groups ont été réalisés entre mai 2022 et août 2023 permettant d'accéder à trois promotions successives de FFCDS. Les retranscriptions ont ensuite fait l'objet d'une analyse de contenu thématique.

3 Résultats

3.1 La QVCT des FFCDS

Le niveau de QVCT perçu par les personnes interviewées est présenté selon ses dimensions structurantes (cf. tableau 1).

Tab. 1 : Les dimensions structurantes de la QVCT des FFCDS

Dimensions de la QVCT	**Résultats**
Le contenu du travail	Manque de sens du travail dans les tâches effectuées Devoir constamment travailler dans l'urgence Sentiment de ne pas pouvoir effectuer un travail de qualité Idéalisation de la fonction CDS Un important travail invisible non reconnu par la hiérarchie et les équipes
Le partage de l'information	Un accès difficile aux informations L'importance du collectif cadre Des « tensions entre collègues », « tensions avec la hiérarchie », « tensions avec les patients et leur famille
Le partage du pouvoir	Une autonomie « quasi-inexistante » Très peu de latitude décisionnelle Un soutien managérial dépendant des affinités avec le cadre supérieur Une entente avec le médecin essentielle mais pas toujours effective
Le développement des compétences	Des compétences acquises peu ou pas exploitées
Les systèmes de reconnaissance	Peu de reconnaissance de la part de la hiérarchie et reconnaissance mitigée de la part des équipes

Published in : ROSA, Fabrice ; THURIOT, Fabrice (dir.), *Travail, territoires et transitions. Actes du colloque de 2025 à l'Université de Reims Champagne-Ardenne (URCA)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005977, doi : 10.17184/eac.9782813005977

Les FFCDS décrivent un cheminement plus ou moins long pour devenir cadre et marquant une rupture avec un idéal :

> « *C'est pas facile d'être de l'autre côté, c'est un changement énorme. Même si souvent on est content et on s'est battu pour avoir le poste, il y a un temps où c'est la douche froide* » (FFCDS 8).

3.2 De nombreux espaces d'échange mais où la discussion est contrôlée, empêchée

Les espaces formels correspondent la plupart du temps à des réunions institutionnelles. Elles sont décrites par l'ensemble des personnes interviewées, sont considérées comme nombreuses, quelquefois trop nombreuses. Au sein des EDD formels, les temps d'échange sont maîtrisés par la hiérarchie et sont le plus souvent uniquement dédiés à une communication descendante autour de la transmission d'informations et de prises de décision actées qui doivent alors être appliquées :

> « *La direction des soins a décidé de faire des réunions de pôle tous les mois* » (FG2).

L'expression des managers de proximité y est souvent effacée et les propos sont mesurés. S'ils les EDD formels sont reconnus comme nécessaires, ils sont également critiqués. Leur parole y est souvent limitée, réduite à l'expression de difficultés qui ne trouvent souvent pas de réponse :

> « *On a quand même beaucoup de réunions serrées et parfois trop de réunions, trop d'infos tue l'info on a un trop* » (FG3).

Les FFCDS reconnaissent ne pas vouloir révéler leur capacité à trouver des solutions lors des réunions formelles en présence de leur supérieur hiérarchique :

> « *On ne dit pas les mêmes choses que quand on est entre nous, il y a des choses qu'on n'a pas envie de dire. Et puis on ne veut pas leur montrer qu'on est capable de trouver des solutions à nos problèmes, ce serait trop facile pour eux* » (FG2).

3.3 Les EDD informels, contributifs de la capacité à s'exprimer et à agir de manière informelle

Conjointement à ces moments encadrés, la tenue d'espaces de discussions informels est rapportée par les professionnels, ils sont associés à la notion de « *collectif cadre* ». Ces espaces peuvent s'instaurer de manière plus spontanée par exemple lors des moments des repas ou par le partage d'un environnement de travail :

> « *On a l'habitude de se retrouver le temps de midi pour discuter* » (FFCDS 5).

Published in : ROSA, Fabrice ; THURIOT, Fabrice (dir.), *Travail, territoires et transitions. Actes du colloque de 2025 à l'Université de Reims Champagne-Ardenne (URCA)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005977, doi : 10.17184/eac.9782813005977

Ces espaces d'échange informels permettent de discuter les problématiques de terrain et de trouver des solutions organisationnelles entre pairs :

> « *Quand l'équipe me parle d'une situation qui leur pose problème, j'en discute avec les collègues pour ensuite leur proposer une solution* » (FFCDS 3).

Ces moments d'échange informels contribuent à l'analyse du travail réel et à sa régulation à un niveau local. Des pratiques dialogiques se mettent alors en place autour de retours d'expérience et partages d'informations. Ces échanges sont renforcés par un sentiment d'appartenance à un groupe :

> « *Ils sont passés par là, ils savent ce que c'est* » (FFCDS 1).

Ces espaces soutiennent à la fois l'acquisition des compétences techniques (réalisation des plannings, etc.) et humaines :

> « *Elle m'a accompagnée pour les aspects un peu techniques comme les plannings et pour les aspects plus relationnels avec l'équipe* » (FFCDS 6).

Les EDD informels permettent alors de mettre en discussion l'organisation du travail telle qu'elle est vécue sur le terrain et des pistes de solutions sont envisagées collectivement :

> « *On va plus facilement dire la vraie problématique et on va plus avoir des solutions vraiment de terrain qui ont été vécues par notre pair* » (FG3).

Ces échanges ouvrent la réflexion sur des marges de manœuvre pas toujours identifiées par les FFCDS :

> « *Je ne savais pas que j'avais la possibilité de gérer l'absentéisme comme ça, je pensais que c'était à la cadre sup de trancher alors j'attendais* » (FFCDS 6).

3.4 Les EDD, un lieu de soutien social et de formation facilitateur de la transition identitaire

En l'absence de formation et d'accompagnement à la prise de poste, l'évolution de métier de soignant exerçant au sein d'une équipe vers la fonction d'encadrant peut provoquer un sentiment d'isolement. Les EDD apparaissent comme des lieux de soutien par les pairs.

3.5 Synthèse des résultats : les EDD, en lien avec les facteurs contributifs de la QVCT des FFCDS

Les EDD informels s'inscrivent dans une perspective d'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail des FFCDS avec un impact sur la capacité à s'exprimer et à agir et sur le contenu du travail (cf. tableau 2).

Published in : ROSA, Fabrice ; THURIOT, Fabrice (dir.), *Travail, territoires et transitions. Actes du colloque de 2025 à l'Université de Reims Champagne-Ardenne (URCA)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005977, doi : 10.17184/eac.9782813005977

Tab. 2 : Contenu des EDD et impacts sur la QVCT des FFCDS (source : auteures)

Contenu des discussions	Impacts sur la capacité à s'exprimer et agir	Impacts sur le contenu du travail
• Partage d'expériences managériales vécues (conflits, etc.) • Partage de difficultés organisationnelles vécues (gestion de la mobilité interne, etc.) • Partage de difficultés techniques (Réalisation des plannings, utilisation des logiciels, etc.) • Partage de difficultés relationnelles vécues avec l'équipe / les médecins / la hiérarchie	• Identification des marges de manœuvre possibles • Partage de l'information • Aide à la prise de décision • Transmission des connaissances tacites • Assistance face aux difficultés techniques • Soutien entre pairs • Développement des compétences managériales • Mécanismes de régulation du travail réel à un niveau local	• Amélioration du contenu du travail (« *j'ai compris qu'il était important d'être présente sur le terrain* » (FG2)) • Amélioration de l'organisation du travail réel (« *je m'organise différemment maintenant* » (FFCDS5))
- **Des processus psychologiques et sociaux salutogènes**		
• Convivialité : Thé cadre, repas • Soutien social entre pairs (« *ça fait du bien de se retrouver* » (FFCDS4)) • Partage et écoute des affects (« *découragement* », « *épuisement* ») et émotions (« *souffrance* », « *pleurs* », etc.)		

4 Poursuivre la discussion sur les EDD

Le recueil du vécu et des expériences des FFCDS permet de rentrer dans la boîte noire des organisations de santé et ainsi de questionner les outils et notions étonnamment consensuelles : celles de la QVCT et des EDD. Nous avons mis en évidence, que ce n'est pas le manque d'espaces dans lesquels se tient une discussion collective qui pose question mais leur qualification en tant qu'EDD ouvrant la possibilité d'une expression et permettant une régulation de l'activité.

4.1 La QVCT des FFCDS, des modèles organisationnels à (re)penser

La recherche menée met en exergue une persistance de ces freins dans les organisations de santé. Les dispositifs managériaux supposés soutenir la QVCT des FFCDS et leur capacité à agir se heurtent aux tensions sur les ressources humaines et financières. Aussi, afin d'inscrire de façon pérenne les EDD dans le fonctionnement des organisations de santé, il apparait nécessaire de sortir des logiques décisionnaires en promouvant des fonctionnements plus subsidiaires dans lesquels les managers de proximité ont des marges de manœuvre à la hauteur de leurs compétences et participent par des systèmes de représentation efficaces à la prise de décision. Cette perspective permettrait de dépasser les limites actuelles des EDD dits formels qui correspondent le plus souvent à de simples réunions d'information avec une faible capacité d'expression et manque de participation aux prises de décision. Ils se rapprocheraient alors de la définition des EDD renvoyant à des lieux dans lesquels se tient une discussion

Published in : ROSA, Fabrice ; THURIOT, Fabrice (dir.), *Travail, territoires et transitions. Actes du colloque de 2025 à l'Université de Reims Champagne-Ardenne (URCA)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005977, doi : 10.17184/eac.9782813005977

collective récurrente sur le travail, produisant une régulation conjointe, gérée en lien avec le management (Abord de Chatillon & Desmarais, 2017).

4.2 Le potentiel régulatoire des EDD informels invite à les considérer comme productifs et à les protéger

Notre étude rejoint et précise les résultats mis en évidence dans d'autres contextes de travail (Bertrand et Stimec, 2011 ; Saboune, 2022 ; Collard *et al.*, 2023). En effet, les EDD informels, notamment entre pairs, jouent un rôle central dans la QVCT des FFCDS et de leurs équipes et cela à plusieurs niveaux combinés :

- En répondant au besoin de soutien social des cadres et FFCDS, insuffisant voire inexistant en provenance de la hiérarchie et des autres professionnels côtoyés au quotidien (médecin, administration …) ;
- En constituant effectivement un opérateur de santé au travail, car les cadres et FFCDS peuvent trouver à la fois un soutien émotionnel, un soutien d'estime, un soutien informatif et un soutien matériel (Saboune, 2022) nécessaires à leur activité ;
- En recréant des espaces de convivialité propices à la coopération entre le cadre ou FFCDS et ses équipes, mais aussi entre différentes services (voir le Thé Cadre) ;
- En mettant à jour les marges de manœuvre pour opérer des régulations locales du travail.

Les vertus des EDD informels s'établissent autour d'une liberté de parole, d'une communication facilitée par des relations de confiance entre pairs. Les connaissances tacites sont mises en discussion et les marges de manœuvre sont partagées. Ils deviennent ainsi des lieux de formation, de transmission des savoirs et de développement de compétences relationnelles et managériales. L'autonomie et la latitude décisionnelle se dessinent dans ces espaces et favorisent l'analyse du travail réel et sa régulation à un niveau local et *in fine* une transformation du travail réel. Cependant cette autonomie est limitée par l'accès et le choix des ressources (notamment humaines et matérielles) et « autorisée » par la hiérarchie. Aussi, les coûts cognitifs, politiques, sociaux et de responsabilisation (Detschessar, 2013) s'effacent dans des représentations partagées et des considérations politiques moindres.

Il apparait ainsi nécessaire de penser des modes de communication plus vertueux. Une limite des EDD formels pourrait être alors le manque de confiance entre les acteurs. Cet enjeu se révèle d'autant plus dans la population des FFCDS au sein de laquelle le la peur de se tromper ou de révéler ses failles peut être majorée dans un contexte où il est encore nécessaire de faire ses preuves.

5 Conclusion

Dans les écrits disponibles sur les EDD depuis les années 2010, il est frappant d'observer un phénomène d'appropriation massif, tant des institutionnels que des chercheurs. Seules quelques voix semblent s'élever et apporter la critique (Castejon, 2020 ; Collard

Published in : ROSA, Fabrice ; THURIOT, Fabrice (dir.), *Travail, territoires et transitions. Actes du colloque de 2025 à l'Université de Reims Champagne-Ardenne (URCA)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005977, doi : 10.17184/eac.9782813005977

et al., 2023). Nous nous inscrivons dans cette lignée en questionnant le primat accordé aux espaces formels et leur encastrement dans une vision du monde hiérarchique et une conception de la performance inféodée au *new public management* (NPM), tout particulièrement dans les organisations de santé. Nos résultats plaident pour la reconnaissance de leur utilité par la hiérarchie. A minima, il convient de les autoriser et, au-delà, de créer des conditions favorables à leur préservation notamment en préservant les temps de transmissions, les pauses collectives (Thé cadre) ou encore la restauration (repas en commun du collectif cadre). Au-delà des FFCDS, c'est le travail de toute hiérarchie intermédiaire qui demande à être compris et reconnu pour l'aider dans la transmission des messages de prévention de santé au travail et de QVCT (Ughetto, 2022).

Fondamentalement, la pertinence et l'efficacité des EDD viennent questionner la définition du pouvoir d'agir des équipes et managers de proximité et la mise en œuvre dans les organisations d'un principe de spécification critique minimale et de subsidiarité.

Références bibliographiques

Abord de Chatillon, E., & Desmarais, C. (2017). Espaces de discussion, management et épuisement professionnel. @ GRH, (2), 13-36.

Burnel, P. (2017). L'impact de la T2A sur la gestion des établissements publics de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 35, 67-79.

Castejon, C. (2020). Éléments de discussion sur « l'espace de discussion dans/sur le travail ». *Travailler*, 43, 65-78.

Clot, Y. (2006). Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1(1), 165-177.

Clot, Y., Bonnefond, J., Bonnemain, A., & Zittoun, M. (2024). *Le prix du travail bien fait : La coopération conflictuelle dans les organisations*. La Découverte.

Collard, D., Hemairia Clerc, S., & Boichot, R. (2023). Vers un renouvellement de la discussion sur le travail ? Dans : A. Renaud (dir.), *Mutations sociétales et organisations* (pp. 307-320). Caen : EMS Editions.

Combes-Joret , M. ; Zaghmouri, N. (2023). Prendre soins des soignants : enquête auprès des faisant fonction cadres de santé hospitaliers. ACFAS, Montréal Québec, Canada. https ://hal.science/hal-04147211v1

De Gasparo, S. (2021). Repenser le lien entre travail et santé : pour un nouveau modèle économique de la performance. Dans S. Le Garrec (dir.), *Les servitudes du bien-être au travail : impacts sur la santé* (pp. 223-246). Toulouse : érès.

Dejours, C. (2013). Effets de la désorganisation des collectifs sur le lien... à la tâche et à l'organisation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (2), 11-18.

Detchessahar, M. (2001). Le « dire » et le « faire » : Contribution à l'étude des nouvelles formes d'organisation. *Revue de gestion des ressources humaines*, (39), 43-56.

Detchessahar, M. (2011). Santé au travail : Quand le management n'est pas le problème, mais la solution.... *Revue française de gestion*, 214, 89-105.

Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, 19, 57-80.

Divay, S. (2018). La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation. *Sciences sociales et santé*, 36(1), 39-64.

Gadéa, C. (2011). Cadres de santé, le maillon indispensable du New public management ? In *Cadres, classes moyennes : vers l'éclatement* (pp. 56-64). Armand Colin.

Haliday, H., & Naudin, D. (2019). Comment qualifier l'impact des réformes de santé sur la qualité de vie au travail des soignants ? *Éthique & Santé*, 16(2), 51-58.

Published in : ROSA, Fabrice ; THURIOT, Fabrice (dir.), *Travail, territoires et transitions. Actes du colloque de 2025 à l'Université de Reims Champagne-Ardenne (URCA)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005977, doi : 10.17184/eac.9782813005977

HAS. (2013). Qualité de vie au travail, certification des établissements de santé et dialogue social. Note blanche – juin 2013. Paris.

Juven, P.A., Pierre, F., & Vincent, F. (2019). *La casse du siècle, à propos des réformes de l'hôpital public*. Raisons d'agir éditions, Paris.

Lannoy, P., & Nijs, G. (2023). L'entretien collectif : un dispositif de réflexivité distribuée. Dans : J. Kivits, F. Balard, C. Fournier & M. Winance (dir.), *Les recherches qualitatives en santé* (pp. 195-214). Paris : Armand Colin.

Lawler III, E. E. (1986). *High-Involvement Management. Participative Strategies for Improving Organizational Performance*. Jossey-Bass Inc.

Lawler, E. E. (2017). *Reinventing talent management : Principles and practices for the new world of work*. Berrett-Koehler Publishers.

Moisson, V., & Gardody, J. (2021). Le rôle du cadre de santé dans la perte et la (re)construction de sens au travail à l'hôpital. R*IMHE : Revue interdisciplinaire Management, Homme(s) & Entreprise*, (1), 49-68.

Piotet, F. (1988). L'amélioration des conditions de travail entre échec et institutionnalisation. *Revue française de sociologie*, 19-33.

Saboune, K. (2022). Manageurs du social et du médico-social : entre managérialisation et humanisation. *Les Cahiers de l'Actif*, 558-559, 65-79.

Tavani, J. L., Monaco, G. L., Hoffmann-Hervé, L., Botella, M., & Collange, J. (2014). La qualité de vie au travail : objectif à poursuivre ou concept à évaluer ? *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 75, 160-170.

Ughetto, P. (2022). Les cadres, acteurs de la prévention et de la santé au travail : à quelles conditions ? Dans : Q. Durand-Moreau (dir.), *Entre management et santé au travail, un dialogue impossible* (pp. 107-127). Toulouse : Érès.

Zaghmouri, N. (2020). Innovations managériales et management de proximité au sein des organisations de santé. *Projectics/Proyéctica/Projectique*, 26(2), 77-94.

Published in : ROSA, Fabrice ; THURIOT, Fabrice (dir.), *Travail, territoires et transitions. Actes du colloque de 2025 à l'Université de Reims Champagne-Ardenne (URCA)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005977, doi : 10.17184/eac.9782813005977