

**Faculté des sciences économiques,  
sociales, politiques et de communication**

**Interdisciplinarité et sens au travail  
chez les soignants**

Auteure : Clément Sophie

Promoteur: Périlleux Thomas

Année académique 2023-2024

Master 60 en sciences du travail



## **Remerciements :**

Je tiens à remercier Mr Périlleux Thomas pour sa bienveillance et ses précieux conseils dans l'élaboration de ce travail et également toutes les personnes qui m'ont encouragée durant ces deux années d'études :

Je pense à ma famille et surtout ma compagne sans qui ce travail ne serait pas aussi abouti, sans qui je n'aurais pas cru en moi.

Je remercie mon petit bonhomme, Tiago, pour sa patience, son enthousiasme et son sourire qui m'ont donné de la joie de vivre à des moments stressants, j'espère avoir pu lui transmettre quelque peu les valeurs de courage et de persévérance.

Je remercie également Marie-Valentine qui m'a soutenue dans ce cursus scolaire et qui a été un exemple par son parcours similaire au mien.

Je ne pourrais pas oublier mes collègues et amies proches, celles qui ont toujours pris soin de moi avec discrétion et bienveillance, Delphine et Magaly vous êtes au top.

Et puis, ce parcours a également été riche en rencontres humaines, les « puissances 4 » ou encore Amélie et Anaïs.

A vous tous, merci.

## Table des matières

|       |                                                                          |    |
|-------|--------------------------------------------------------------------------|----|
| 1     | Introduction .....                                                       | 1  |
| 2     | Contextualisation .....                                                  | 3  |
| 3     | Cadre théorique.....                                                     | 7  |
| 3.1   | Le sens au travail .....                                                 | 7  |
| 3.2   | La perte de sens au travail.....                                         | 9  |
| 3.3   | L'interdisciplinarité .....                                              | 11 |
| 4     | Analyse de la perte de sens au travail chez les soignants .....          | 15 |
| 4.1   | Tâches répétitives et automatisées.....                                  | 15 |
| 4.2   | Sentiments d'utilité.....                                                | 16 |
| 4.3   | Dissonance éthique .....                                                 | 17 |
| 5     | Les moyens de maintien du sens au travail .....                          | 19 |
| 5.1   | Reconnaissance et apprentissage .....                                    | 19 |
| 5.2   | Valorisation des compétences et talents interdisciplinaires .....        | 20 |
| 5.3   | Promotion d'un environnement de travail inclusif et équitable .....      | 21 |
| 5.3.1 | Identité professionnelle.....                                            | 22 |
| 5.3.2 | Partage de la charge de travail / Coopération interprofessionnelle ..... | 23 |
| 5.3.3 | Discussions « espaces d'échange » / Communication et coordination .....  | 24 |
| 5.4   | Législation.....                                                         | 26 |
| 5.4.1 | Responsabilité employeur / employé.....                                  | 28 |
| 5.4.2 | Plan de gestion des risques.....                                         | 28 |
| 5.4.3 | Services de prévention des risques psychosociaux.....                    | 29 |
| 5.4.4 | Le comité pour la prévention et la protection au travail (C.P.P.T).....  | 29 |
| 6     | Conclusion.....                                                          | 31 |
| 7     | Pistes de réflexion .....                                                | 33 |
| 8     | Bibliographie .....                                                      | 34 |
| 9     | Annexes .....                                                            | 46 |

# 1 Introduction

---

Mon parcours professionnel, riche de vingt-deux années en tant que kinésithérapeute et plus récemment comme « responsable faisant fonction du service kinésithérapie » dans un centre de rééducation d'expertise bruxellois, m'a conduite à reprendre le chemin des études.

Déterminer la thématique de ce travail de fin d'études n'a pas été simple de prime abord.

Et puis en octobre 2023, ma santé a vacillé.

Perturbée par le poids des responsabilités : le management d'une équipe de 23 personnes, la gestion des aléas budgétaires m'obligeant bien souvent à délaisser ma fonction de manager pour pallier l'absentéisme et/ou le non-remplacement des effectifs, le retard accumulé de ce fait dans ma gestion administrative, les trajets entre travail et université ainsi que les travaux de groupes m'imposant un rythme de journées bien remplies, une maison à rénover et une vie familiale qui en pâtissait.

Bref, au fur et à mesure, j'ai perdu le fil de mon travail.

Alors, comme une évidence, je me suis interrogée : pourquoi ai-je perdu pied ? Pourquoi ai-je l'impression de ne plus effectuer correctement mon travail ? Pourquoi je me sens inutile ?

Je n'ai pas trouvé immédiatement la réponse à ces questions et je me suis alors intéressée à la perte de sens au travail. Je me suis demandé si mes collègues, tous secteurs confondus, pouvaient être concernés par la même problématique ?

Les discours de couloirs, de réunion de service et les discussions syndicales ont confirmé mes interrogations.

Pour ma part, j'étais déjà allé trop loin dans ma résilience, j'ai dû dire stop et faire un pas de côté. Mais, j'avais besoin de comprendre s'il était possible, par rapport à mon lieu de travail spécifique, de pouvoir remédier à cette problématique ou du moins d'en comprendre les fondements.

Je l'avais enfin trouvé ce sujet qui pouvait être le pont entre mon passé, mon présent et probablement mon futur.

Afin de situer ma problématique de recherche, je trouve donc essentiel de présenter le contexte situationnel de ce travail.

Le cadre de ce mémoire se trouve dans un centre de rééducation fonctionnelle bruxellois dédié aux affections locomotrices et neurologiques (accidents de la route, accidents vasculaires cérébraux, traumatismes crâniens et paralysies). Ce sont des pathologies dites « lourdes » et complexes dans leur prise en charge mais également difficiles psychologiquement pour les soignants.

Les centres comme celui-ci opèrent sous un cadre légal précis qui définit les conditions de leur financement par l'I.N.A.M.I<sup>1</sup>, selon la nature des pathologies traitées. Ils sont mandatés pour offrir des programmes de rééducation personnalisés et intensifs, dont la durée est déterminée par la sévérité des atteintes et le niveau d'expertise du centre. Dans ce centre spécialisé dans le traitement de pathologies sévères, les programmes de rééducation peuvent s'étendre jusqu'à deux ans. L'objectif y est double : permettre une rééducation fonctionnelle pour maximiser la récupération des capacités et préparer le patient à sa réinsertion sociale, malgré les séquelles de sa condition, ce qu'on appelle « réadaptation ».

L'approche thérapeutique du centre est interdisciplinaire, impliquant divers professionnels de santé, chacun apportant ses compétences spécifiques au projet de rééducation du patient. Cette collaboration est cruciale mais elle est aussi source de défis, notamment en raison des différentes cultures professionnelles et des exigences spécifiques à chaque discipline.

---

<sup>1</sup> I.N.A.M.I acronyme d'Institut National d'assurance maladie - invalidité

## 2 Contextualisation

---

« Le travail peut sauver. Il peut aussi tuer » ainsi s'exprimait Marie Pézé en 2008 dans son ouvrage intitulé « Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés ».

Dans ce livre, elle s'intéresse aux conséquences de l'organisation du travail sur la santé mentale et physique des travailleurs en y reconnaissant l'importance du travail dans la construction de l'identité personnelle.

A ce propos, des études récentes, notamment celles d'Abord de Chatillon et al. (2016) et Georghiu et Moatty, Pollak et Ricroch (cités dans d'Abord de Chatillon et al. (2022), p 13 à p33) révèlent une détérioration des conditions de travail dans les établissements hospitaliers, affectant particulièrement le personnel soignant.

Cela inclut une augmentation de la charge de travail, une pression temporelle accrue, un rythme de travail régulé par des systèmes informatiques, une fragmentation des tâches, ainsi que l'agressivité croissante des patients et de leurs familles.

Ces recherches soulignent également les conséquences néfastes de cette dégradation sur l'environnement de travail, comme une vulnérabilité accrue à des problèmes de santé, liés au travail (stress, fatigue physique importante, burnout), une diminution de la motivation et de l'engagement professionnel, une perte de sens dans le travail, une réduction de la confiance envers les managers et une augmentation notable de l'absentéisme.

C'est sur base de ce constat alarmiste que nous nous sommes interrogés plus particulièrement sur la perte de sens au travail. Pourquoi les soignants sont-ils « malades » ? Les métiers du soin prennent naissance par vocation, alors pourquoi les professionnels de la santé sont-ils amenés à perdre l'essence de leur travail ?

Le secteur de la santé est confronté à un ensemble de défis notables. Au premier rang de ces défis, nous notons le vieillissement croissant de la population. À cela s'ajoute une augmentation des cas de maladies de longue durée, de patients aux affections multiples et de la lourdeur des cas.

Nous remarquons aussi que les innovations dans le domaine médical induisent des surcoûts significatifs<sup>2</sup>. Devant cette escalade des coûts de santé, les responsables politiques se sont attelés à élaborer des réponses permettant de garantir aux générations à venir, un accès à des soins de santé de qualité, accessibles et soutenables financièrement.

---

<sup>2</sup> Pour info selon le rapport Belgium: health system summary 2024 de l'European Observatory on Health Systems and Policies, Le nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM), soumis à une planification nationale, est resté inchangé à 121 de 2014 à 2020. En 2018, il a été convenu que 18 nouveaux appareils seraient ajoutés progressivement, portant le total à 122 appareils en janvier 2021, 134 appareils en janvier 2022 et 136 appareils en janvier 2023. Le nombre de scanners de tomodensitométrie (CT) a légèrement augmenté, passant de 269 en janvier 2020 à 289 en janvier 2023.

En Belgique, les dépenses en matière de santé ont augmenté au cours des deux dernières décennies et se sont stabilisées entre 10,2 % et 11,2 % du produit intérieur brut (PIB) depuis 2009. En 2021 selon le rapport de l'European Observatory on Health Systems and Policies de 2024, les dépenses courantes de santé en part du PIB étaient de 11,0 %.

Cela place la Belgique parmi les dix plus grands dépensiers en santé parmi les pays de l'Union Européenne (UE) et dans la région européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (cf. annexe n°1).

Déjà en 2014, la Ministre fédérale de la Santé, Maggie De Block, dans son document stratégique<sup>3</sup>mettait en lumière l'urgence d'agir face à la menace de faillite planant sur plusieurs établissements hospitaliers. Elle affirmait clairement :

Nos patients ont droit à la meilleure qualité de soins et nos soins de santé doivent rester accessibles pour tous. La conclusion est claire et elle est inscrite dans notre accord de gouvernement : nous devons réformer maintenant le paysage hospitalier et le financement des hôpitaux de notre pays pour éviter que des hôpitaux doivent fermer leurs portes dans quelques années pour des raisons financières. (Maggie De Block, 2015)

Depuis 2020, toujours sous l'influence politique de Maggie De Block et de la sixième réforme de l'état, le paysage hospitalier en Belgique a considérablement été modifié. Cette restructuration a été mise en œuvre par la Loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soin en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, (Moniteur belge 28 mars 2019) incitant les hôpitaux à travailler en réseaux, ceux-ci devant permettre une amélioration de la qualité de soins, une coopération et un nouveau système de financement<sup>4</sup>.

L'hôpital devient donc peu à peu une entreprise à part entière. En tout cas, c'est ce que laisse penser Alain De Wever en 2017 et également le Professeur Didier Van Caillie en 2014.

Alors, nous pourrions nous demander si le « care » (le prendre soin de l'autre) reste la priorité exclusive dans les métiers des soins pour nos institutions ? La rentabilité semble rentrer à présent en ligne de mire.

Pourtant, selon Molinier : « Dans une société du care, l'épicentre, ce n'est pas le travail mais le souci des autres. Or, ceci a des conséquences sur la définition du travail. En partant du souci des autres, on n'abandonne pas la centralité du travail, mais on la redéfinit en fonction des préoccupations du care. » (Molinier citée par Rolo, D., 2014, p193-p196).

Les déficits budgétaires influencent les politiques gouvernementales à élaborer des stratégies de compensation. A ces déficits s'ajoute la pénurie dans certains secteurs de la santé, notamment celui des infirmier·ère·s.

---

<sup>3</sup> Maggie DE BLOCK, « Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux », 28 avril 2015

<sup>4</sup> Sur : [https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/hopitaux\\_reforme\\_financement.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/hopitaux_reforme_financement.pdf)

Le gouvernement fédéral a récemment donné son feu vert à un avant-projet de loi cherchant à moderniser la profession, dans l'espoir de la rendre plus séduisante et de pallier le déficit de personnel soignant.

Ce projet prévoit une révision des responsabilités attribuées à ces professionnels de la santé, avec pour objectif de leur permettre de se recentrer sur les aspects fondamentaux de leur pratique.

Le ministre de la Santé, Frank Vandenbroucke, à l'origine de cette proposition, envisage de soulager les infirmiers de certaines tâches pouvant être exécutées par d'autres spécialistes, leur accordant ainsi une plus grande marge de manœuvre. Il est question de mettre en place des équipes soignantes structurées et interdisciplinaires. Monsieur Vandenbroucke explique :

« Nous lançons ainsi la profession d'infirmier du 21<sup>e</sup> siècle » (Vandenbroucke, 2024)<sup>5</sup>.

Cette réforme vise à recentrer les infirmier·ère·s sur leur expertise centrale, évoquant la possibilité pour des kinésithérapeutes de réaliser certains actes infirmiers sous conditions spécifiques.

Cette initiative survient dans un contexte où le secteur de la santé est confronté à une pénurie aiguë d'infirmier·ère·s, amenant certains établissements à diminuer leurs offres de soins faute de personnel qualifié.

Mais, cette réforme ne risque-t-elle pas d'instaurer un climat de travail instable tant pour les professionnels concernés que pour les autres professions qui gravitent autour ?

Cette proposition de loi divise déjà les opinions aux niveaux syndical et de l'ordre de l'art infirmier comme indiqué dans ce communiqué sur le site de l'ACN<sup>6</sup> :

Par ailleurs, ce projet de Loi met également en place une nouvelle dynamique qu'on appelle « équipe structurée ». Le principe est de dire que quand il y a une équipe soignante coordonnée par une infirmière ou un médecin, au sein de celle-ci, on peut déléguer n'importe quel acte infirmier à n'importe quel professionnel qui aurait appris à le faire : le kiné, la diététicienne, l'ergothérapeute, la podologue... mais aussi l'assistant en soins infirmiers et l'aide-soignant. Les écoles infirmières vont pouvoir ouvrir des cours où toutes ces professions viendront apprendre des techniques infirmières qu'ils pourront ensuite se voir déléguer par un infirmier coordinateur d'équipe. (ACN, 2024).

Nous serions donc en droit de nous demander si ces « échanges de compétences » ne feront-ils pas l'objet de sources de tensions interprofessionnelles, de conflits de valeurs ou de dérives ?

---

<sup>5</sup> <https://www.lesoir.be/561031/article/2024-01-12/le-gouvernement-federal-pose-un-pas-de-plus-pour-la-reforme-du-metier-infirmier>

<sup>6</sup> ACN : Association belge des praticiens de l'art infirmier

Au contraire, cette forme d'interdisciplinarité ne pourrait-elle pas être un levier pour les atténuer ?

Ce qui nous amène à poser notre question de recherche : Comment l'interdisciplinarité dans les soins pourrait-elle maintenir le sens au travail chez les soignants ? Et plus particulièrement dans le cadre d'un centre de rééducation de la région bruxelloise.

### 3 Cadre théorique

---

L'objectif de ce mémoire est de mobiliser les concepts de l'interdisciplinarité dans le secteur du soin et de mettre en avant ce que celui-ci apporte au maintien du sens au travail des soignants.

Il est donc primordial de définir ces concepts : le sens au travail, la perte de sens au travail et l'interdisciplinarité dans les soins.

#### 3.1 Le sens au travail

D'après notre étude bibliographique, le sens est un concept aux nombreuses interprétations (Park, 2010 citée dans Baatouche, 2021) délicat à conceptualiser clairement car il ne se résume ni à un état, ni à une émotion, ni à un trait de caractère. Il est unique à chaque individu qui, tout au long de sa vie, examine et façonne le sens de son existence avec divers niveaux d'engagement.

Les réflexions sur le sens de la vie représentent la façon individuelle de percevoir et de gérer les moments déterminants tels que les transitions, les souffrances et les changements (Bernaud, 2018, cité dans Baatouche, 2021). Wong (2015) identifie deux dimensions principales du sens: une dimension cognitive, qui se rapporte à la manière dont l'individu interprète le sens de sa vie et une dimension motivationnelle, qui se concentre sur la recherche et l'atteinte d'objectifs personnels.

Selon Yves Clot (cité par Csanyi-Virag, V., Rivault, M., Polge, M. & Bruna, M. , 2022, pp. 182-2022), le phénomène de perte de sens de l'activité s'explique par la « déliaison » qui rompt le lien fondamental entre l'individu et son travail. Elle cloisonne l'individu du sens au travail, de ses buts, de sa réalité professionnelle et des conditions de réalisation.

Pour Christophe Dejours, la notion de sens au travail est essentielle, se manifestant à travers divers aspects. Selon lui, le travail est non seulement une nécessité économique ou une obligation sociale, mais également une opportunité de réalisation personnelle et d'expression de soi. Le sens au travail émane de la reconnaissance du travail comme étant utile, tant pour l'individu que pour la société (Dejours, 1993,2003). La validation du travail par la reconnaissance accordée par les autres contribue de façon majeure à la construction du sens du travail ,« Sans la reconnaissance, la souffrance générée par la rencontre avec le travail reste en effet dépourvue de signification. » (Gernet Isabelle, et Christophe Dejours.», 2009, pp. 27-36)

Dejours souligne également l'importance du contenu et de l'organisation du travail dans la création du sens. Les tâches devraient permettre une certaine autonomie, proposer des défis adaptés aux compétences de l'individu et favoriser le développement de nouvelles aptitudes.

Le sens au travail surgit alors de la capacité à se reconnaître dans son travail, à s'y engager de manière créative et à exercer un contrôle sur celui-ci (Dejours, 2015).

La signification du sens au travail pour Christophe Dejours est donc profondément ancrée dans l'interaction entre l'individu et son travail, la reconnaissance sociale de son effort et sa contribution, ainsi que l'impact de l'organisation du travail sur son bien-être psychologique.

Selon de Gaulejac ( 2005b), le sens au travail est intrinsèquement lié à l'identité de l'individu. Il postule que les personnes aspirent à réaliser un travail qui soit non seulement source de satisfaction matérielle, mais qui leur permette également de se sentir utiles, de reconnaître leurs compétences et de valider leur place dans la société.

Un fossé significatif existe entre l'idéal de qualité professionnelle et les contraintes du travail quotidien, engendrant souvent une insatisfaction ou un malaise. Comme le souligne Dejours, ce type de malaise peut conduire à une souffrance éthique. « C'est-à-dire la souffrance que fait naître le conflit entre les convictions morales et l'injonction à participer à des actes qu'on réprouve » (Dejours,2006,p32).

De Gaulejac met également en lumière cette notion de souffrance éthique au travail, qui survient lorsque les travailleurs sont contraints d'agir en contradiction avec leurs valeurs. Cette souffrance éthique peut mener à un questionnement profond sur le sens de leur activité professionnelle et sur leur propre intégrité.

Pour la psychologue et chercheuse Estelle Morin, le sens du travail peut être défini par trois composantes :

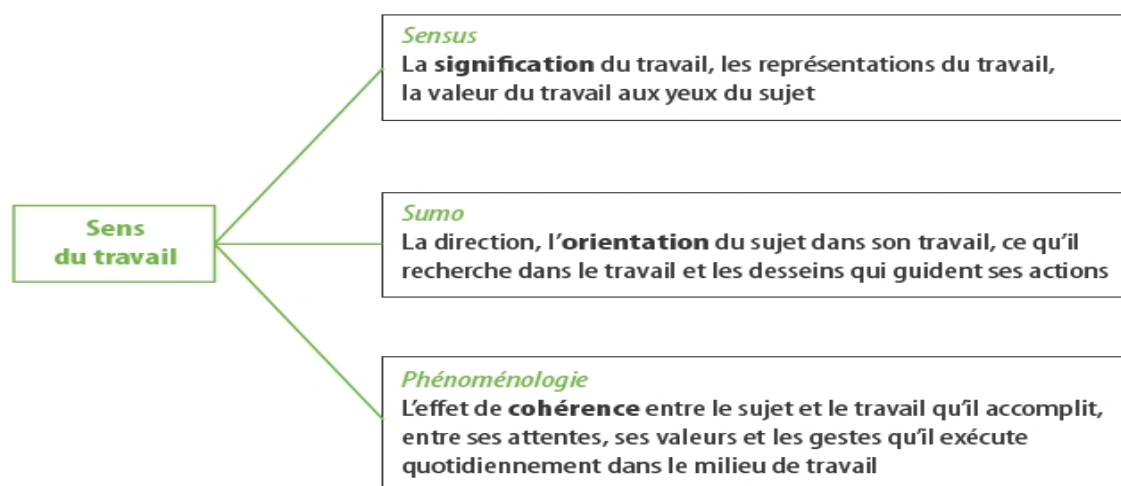


fig. Morin, E. & Forest, J. (2007)., pp 31-36

Selon Thomas Coutrot et Coralie Perez, dans les métiers du care, les professionnels du secteur trouvent pour la plupart beaucoup de sens à leur travail, celui-ci étant animé d'un sentiment d'utilité sociale important. Cependant, selon ces auteurs, il semblerait que ce dernier soit menacé par l'organisation de travail.

L'intensification du travail, les encodages d'actes à présent informatisés, le temps alloué à chaque acte, réduisent le travail selon eux « [...] à des gestes purement techniques, ce qui n'est évidemment pas compatible avec la fonction de ces métiers relationnels. » (Coutrot, T., et Perez, C., 2023, pp. 98-113.).

En conclusion, la quête de sens au travail, à travers différentes perspectives théoriques, révèle que le sens n'est pas un attribut statique mais une construction dynamique évoluant avec les expériences individuelles et les interactions professionnelles. Selon Park et Bernaud (cités dans Baatouche, 2021), le sens au travail est façonné par les perceptions personnelles et les réponses aux défis de la vie. Les dimensions cognitive et motivationnelle du sens, mises en évidence par Wong (2015), soulignent l'importance de l'interprétation personnelle et de la poursuite d'objectifs. Yves Clot (2022) met l'accent sur la déliaison entre l'individu et son travail comme source de perte de sens. Conjointement avec Dejours (1993, 2003) ils soulignent l'impact crucial de la reconnaissance, tant verticale qu'horizontale, dans la restauration de ce sens. Dejours (1993, 2003) illustre également comment le contenu et l'organisation du travail peuvent engendrer ou diminuer le sens, en soulignant la nécessité d'autonomie et de reconnaissance dans la construction de l'identité professionnelle.

De Gaulejac (1999, 2005) ajoute que le sens au travail est profondément ancré dans l'identité de l'individu, et que la souffrance éthique résultant de contradictions entre les valeurs personnelles et les exigences professionnelles peut provoquer une remise en question significative du sens au travail. Enfin, selon Morin (2007) et les observations de Coutrot et Perez (2023), même dans les métiers centrés sur le care, où le sens du travail est généralement fort, l'organisation du travail peut menacer ce sentiment de sens en réduisant les interactions à des actes techniques.

Ces diverses analyses démontrent que le sens au travail est un concept multidimensionnel, influencé par un éventail de facteurs organisationnels, interpersonnels et personnels. Comprendre et améliorer le sens au travail nécessite donc une approche holistique et interdisciplinaire, prenant en compte à la fois les aspects psychologiques, sociaux et structurels du milieu professionnel.

### **3.2 La perte de sens au travail**

Dans l'analyse de Christophe Dejours, la perte de sens au travail est considérée comme un phénomène complexe entraînant des répercussions profondes sur le bien-être et la santé mentale des travailleurs. Dejours argumente que les transformations dans les modalités d'organisation du travail, marquées par une intensification et une rationalisation accrue, contribuent significativement à cette perte de sens. Cette situation engendre une série de conséquences psychologiques négatives telles que le stress, l'anxiété et dans les cas les plus graves, peut mener au burnout (Dejours, 2009).

La perte de sens, selon Dejours, est exacerbée par une crise de la reconnaissance au sein de l'espace professionnel. La reconnaissance, en tant que validation sociale de l'individu et de son travail, joue un rôle pivot dans la construction du sens au travail. L'absence ou l'insuffisance de cette reconnaissance est directement liée à une expérience du travail, vécue comme aliénante, où l'individu se sent dévalorisé et démuné face à ses tâches quotidiennes (Dejours, 2006).

Pour Vincent de Gaulejac l'absence de sentiment d'utilité et de manque de reconnaissance des compétences suffisent également à associer cette perte de sens au travail à un sentiment de dépersonnalisation, à une difficulté à s'identifier à son travail ou à une discordance entre les valeurs personnelles et les objectifs de l'organisation.

La conceptualisation du sens au travail, tel que discuté par Christophe Dejours et Vincent de Gaulejac, illustre une convergence sur l'importance de l'adéquation entre les activités professionnelles et les valeurs personnelles, ainsi que sur le besoin fondamental de reconnaissance dans le milieu professionnel.

Christophe Dejours accentue l'importance de la réalisation personnelle, de l'expression de soi et de l'autonomie au travail comme piliers du sens au travail. Il souligne que la reconnaissance, qu'elle soit verticale (par la hiérarchie) ou horizontale (par les pairs), est cruciale pour la validation de l'identité professionnelle et personnelle des travailleurs (Dejours, 2006; Dejours, 2013). Dejours met en évidence que la dégradation de ces aspects peut mener à une souffrance psychique, signalant l'urgence d'une réorganisation du travail qui promeut l'autonomie et la créativité (Dejours, 2009).

Vincent de Gaulejac, quant à lui, explore le sens au travail sous l'angle de la quête d'identité et de l'harmonisation nécessaire entre les valeurs personnelles et l'exercice professionnel. Il aborde les défis posés par le monde du travail moderne, souvent en tension avec le besoin individuel de trouver un travail signifiant et socialement reconnu (de Gaulejac, 1999; de Gaulejac, 2005). Pour de Gaulejac, une discordance entre les objectifs de l'entreprise et les valeurs personnelles peut conduire à une souffrance éthique, où les individus se trouvent en conflit moral interne.

Les travaux de Dejours et de Gaulejac convergent vers une critique de l'organisation du travail contemporaine et soulignent la nécessité de repenser les pratiques managériales pour favoriser une meilleure adéquation entre travail, aspirations individuelles et valeurs humaines. Ils proposent une vision du travail où celui-ci est envisagé comme un vecteur d'épanouissement personnel, de réalisation de soi et d'intégration à un projet collectif porteur de sens (Dejours, 2006; de Gaulejac, 2005).

« La plupart des activités humaines ne sont pas des activités individuelles et solitaires : elles sont le produit des actions concertées et coordonnées de plusieurs personnes » (Romelaer cité dans Kosremelli Asmar M, et Wacheux F. 2007 ,pp.57-75.), intéressons-nous donc au concept théorique suivant :

### 3.3 L'interdisciplinarité

Elle n'est pas à confondre avec la multidisciplinarité et la pluridisciplinarité. Dans ce centre, la mise en œuvre d'une prise en charge<sup>7</sup> de patient se réalise principalement en équipe, elle implique des interactions complexes entre divers professionnels. La PEC peut alors être caractérisée par les notions de pluridisciplinarité, d'interdisciplinarité, voire de transdisciplinarité.

Dans le cas de la pluridisciplinarité il s'agira d'une simple relation ou coexistent côte à côte différentes disciplines. Lorsque cette relation prend la forme d'une collaboration interactive entre les disciplines on parlera alors d'interdisciplinarité. Enfin, quand il y a une intégration complète des connaissances et des compétences des différentes disciplines on sera en présence de transdisciplinarité.

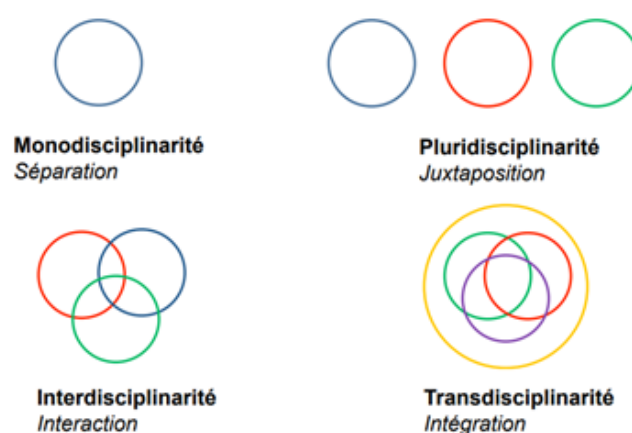


Figure 1 Les ensembles représentant les concepts de disciplinarité, pluri, inter et transdisciplinarité (d'après Choi et Coll. 2006 )

Dans leur étude française, Euler-Ziegler et Ziegler (2001) abordent les concepts de multi- ou pluridisciplinarité en contexte médical, définis par l'implication collective de spécialistes de différentes disciplines autour d'une même problématique de santé.

Pour Joly et al (2011), l'interdisciplinarité réunit les membres de l'équipe soignante autour d'un travail collaboratif, exploitant leurs diverses compétences et perspectives professionnelles pour aborder des défis et problèmes partagés. Cette stratégie facilite la constitution d'un savoir partagé sur le patient. Elle offre des solutions adaptées aux défis complexes des soins, tels que le vieillissement de la population, la chronicité et la gravité des maladies, ainsi que l'agressivité des patients et de leurs familles. L'objectif est d'atteindre une cible commune, réalisable uniquement grâce à l'effort collectif de l'équipe.

---

<sup>7</sup> PEC abréviation qui sera utilisé au cours de ce travail pour évoquer la prise en charge

Chaque spécialité contribue avec ses connaissances, compétences et règles propres. La compétence et la précision dans son domaine sont cruciales pour le fonctionnement efficace de l'équipe et aident à prévenir les déviations potentielles. L'interdisciplinarité requiert une humble reconnaissance que les réussites sont le résultat de l'effort collectif et non l'œuvre d'une discipline spécifique.

Pour Dejours, la coopération joue un rôle crucial dans la protection de la santé mentale. Il écrivait d'ailleurs à ce sujet : « On sait de surcroît que, de la qualité du vivre ensemble et de la solidarité qui se forme grâce à la coopération dépend, pour une large part, la protection de la santé mentale au travail. » (Dejours , 2020, pp195 -214.).

Dans l'ouvrage intitulé « La souffrance psychique au travail. Comprendre les enjeux de santé du rapport subjectif au travail », Christophe Dejours, Isabelle Gernet, Duarte Rolo (2015) abordent la coopération au travail. Ils soulignent que le travail n'entraîne pas uniquement des conséquences négatives mais peut aussi enrichir la vie et la culture.

Ce texte met en lumière le rôle positif que peut jouer le travail dans nos vies. Il n'est pas seulement une source potentielle de stress ou de difficultés, mais aussi un espace où se développent des valeurs importantes comme la démocratie, la convivialité et la solidarité. Au travail, les individus ont l'occasion de créer ensemble des règles qui régissent leur environnement professionnel, favorisant ainsi un sentiment d'appartenance et de coopération. Ce processus de création et de discussion collective permet non seulement de renforcer les liens entre collègues mais aussi de contribuer à un environnement de travail plus sain et engagé. En somme, le travail, lorsqu'il est bien structuré, peut devenir un lieu d'épanouissement et d'amélioration continue, tant sur le plan personnel que collectif.

Si on se réfère à Estelle Morin, se préoccuper de la qualité des relations interpersonnelles permettrait de donner un sens au travail. Dans cette perspective, l'interdisciplinarité telle qu'elle est pratiquée au sein de ce centre revêt une place de choix et par conséquent pourrait être un moteur de sens au travail. « Un travail qui a un sens s'accomplit avec la coopération des autres. »(Morin, E. 2010, pp. 34-40.).

En effet, les modalités de travail au sein de cette institution permettent et impliquent des relations interpersonnelles multiples. Toujours selon Morin « Agir conjointement avec d'autres pour accomplir une tâche, participer ou contribuer à l'achèvement d'un projet, être de connivence pour remplir une mission difficile : tout cela constitue de véritables stimulants. » (Morin, E. 2010, pp. 34-40.).

C'est pourquoi arrivé à ce stade du mémoire, nous pensons important de spécifier les modalités de la pratique de l'interdisciplinarité telle qu'elle est réalisée dans ce centre de rééducation.

Comme évoqué dans le début ce mémoire, les actes au sein de cet établissement de soins se veulent focalisés sur le patient. En tant que patient-partenaire, ce dernier est au centre de sa rééducation. Ce qui fait de lui le « sujet » et non pas l'« objet » du travail.

Le processus de réhabilitation, étant long pour les patients, il implique une collaboration multidisciplinaire et interdisciplinaire. Il nécessite non seulement la participation active des divers professionnels de la santé mais également celle du patient et de ses proches pour optimiser les résultats (Melin, J. et al., 2018; Organisation Mondiale de la Santé, 2014).

Chaque membre de l'équipe contribue avec ses propres connaissances et expériences, essentielles à l'élaboration d'une stratégie thérapeutique efficace dès l'admission du patient. Cette stratégie, comprenant un plan de traitement initial, prend également en compte la durée de la réhabilitation définie par les normes de l'INAMI.

L'équipe interdisciplinaire qui gravite autour du patient peut être composée d'un médecin, d'infirmier·ère·s, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de diététiciennes, de psychologues et neuropsychologues, de logopèdes, d'une éducatrice spécialisée, d'assistants sociaux ainsi que de personnel administratif et logistique.

Comme évoqué dans l'introduction de ce travail, les patients pris en charge dans ce centre présentent des pathologies sévères complexes. L'interdisciplinarité dans la prise en charge en est devenue une mission institutionnelle pour laquelle les différents professionnels de terrain ont développé des outils de partage de compétences. Ceci afin de soulager la charge de travail et de coopérer au travers les compétences de chaque discipline pour en comprendre les fondements et y reconnaître les valeurs propres et communes.

Ces outils peuvent prendre la forme d'un travail individualisé avec le patient, qui s'effectue en « binôme » en mixant des disciplines différentes ou par la forme d'un groupe de travail collectif de patients encadré par plusieurs thérapeutes issus de professions différentes.

Ces échanges interdisciplinaires ont pour but de favoriser la reconnaissance de chaque discipline aux yeux des autres et de lutter contre l'épuisement professionnel de part un soutien mutuel, un partage des tâches et une communication directe et facilitée à l'heure de la numérisation et de ses connexions virtuelles.

Ils existent des impératifs à l'interdisciplinarité qui sont de l'ordre d'une part de la communication formelle et d'autre part de la coordination.

La communication au sein de ce centre peut revêtir différentes formes : elle peut se faire au moyen des staffs de réunion d'unité de soins, lors d'échanges de mails, lors de présentations médicales mais aussi lors d'échanges informels dans les salles de soins, couloirs ou chambre de patients.

Pour ce qui est de la coordination, un travail interdisciplinaire exige une coordination aguerrie afin que chaque intervenant y trouve sa place, que son rôle soit correctement défini et respecté de tous.

Ces impératifs doivent permettre la reconnaissance des pairs. Une non-reconnaissance, comme évoquée par Dejourné dans ces travaux, peut amener une perte de sens de son travail pouvant

conduire à des risques psychosociaux, des incapacités de travail, de l'absentéisme et des phénomènes de démission silencieuse (quiet demission).

Le fait de se sentir reconnu, de reconnaître l'apport de sa fonction et de ses compétences entretient la motivation intrinsèque du travail.

Pour autant certaines professions se sentent infériorisées par rapport à d'autres, du fait de leur culture de métier, par exemple c'est le cas des infirmier·ère·s qui ont le sentiment d'être réduit·e·s à faire les soins de base et ne pas trouver un rôle dans la rééducation versus les kinés qui eux, représentent aux yeux du patient la discipline la plus importante. D'où l'accent mis dans ce centre de favoriser le travail entre services afin de conscientiser les rôles mutuels de chacun et d'avoir un discours cohérent et commun auprès du patient et de ses proches.

## **4 Analyse de la perte de sens au travail chez les soignants**

---

Dans le contexte spécifique des professionnels de la santé, la perte de sens au travail est une problématique préoccupante, amplifiée par des défis et contraintes uniques à ce secteur. Il nous semble important de se focaliser sur l'organisation du travail, le conflit identitaire et éthique des professions de soins. Ceci nous apparaît crucial dans l'analyse de cette perte de sens et dans l'élaboration de stratégies préventives de maintien.

### **4.1 Tâches répétitives et automatisées**

Une problématique actuelle peut être mise en lumière. Les soins de santé n'échappent pas à l'évolution numérique, les soignants se retrouvent à effectuer des tâches administratives informatisées qui semblent les éloigner du cœur de leur vocation, réduisant leur capacité à fournir des soins personnalisés.

L'outil informatique avec ses exigences requiert une concentration importante. Son côté exclusif donc excluant, relègue le patient à un autre rang, qui sur le plan spatio-temporel au moins, n'est plus le premier. Ceci n'a pas entraîné une dévalorisation du patient dans l'esprit du soignant; son attention professionnelle et empathique lui est toujours conservée. Mais, l'irruption impérative de la gestion des données a changé le mode opératoire ( Willemin, B. 2018).

En 2020, Caroline Iweins mettait en avant les résultats de diverses recherches (Bingen, Martinez, & Vanroelen, 2018 ; Kaesemans, Van Hoof, Godderis, & Franck, 2016 cités par Iweins .C 2020, pp. 29-81) qui indiquent que les transformations dans le milieu de travail ont mené à une réduction des interactions sociales parmi les employés, désormais souvent remplacées par des échanges virtuels. Ces modifications ont également eu un impact négatif sur le sens et la valeur que les travailleurs attribuent à leur activité professionnelle.

C'est le cas notamment par l'utilisation de logiciels de centralisation de données des patients, de logiciels de commandes de matériels, de médicaments, de gestion administrative des équipes (planification d'effectifs, remplacements, congés), etc. Tous ces actes, au combien nécessaires, réduisent encore plus le temps alloué aux soins.

Toujours selon Iweins, de nombreux chercheurs ont étudié les aspects des nouvelles technologies mettant en évidence le fait que celles-ci pouvaient constituer des sources de tension pour les individus, entraînant du stress et potentiellement un épuisement professionnel. Dans son ouvrage, Iweins précise que « Kaesemans et ses collègues en 2016 ont spécifiquement pointé du doigt que les technologies modernes au travail ont pour conséquences d'augmenter la quantité d'informations à devoir traiter ainsi que la pression sur les travailleurs , en incluant l'exigence de réponses immédiates et une disponibilité constante. » (Iweins 2020, pp 29 à 81)

Quand est-il pour les soignants ?

D'un point de vue légal, la loi du 22 août 2002, relative aux droits du patient, moniteur belge 26 septembre 2002 ,par son article 9 §1er prescrit légalement la tenue d'un dossier, celui du patient. Elle impose aux praticiens professionnels de tenir à jour et de conserver un « dossier de patient ». La loi du 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et autres établissements de soins prévoit qu'un dossier médical (article 20, §1er) et un dossier infirmier (article 25 ) doivent être tenu à jour pour chaque patient. Ces deux dossiers constituent le dossier unique du patient.

D'ailleurs, l'article 33 de la loi du 22 AVRIL 2019, relative à la pratique des soins de santé, mentionne une liste de vingt-quatre informations minimum obligatoires. Nous pourrions aisément comprendre que seule la tenue à jour de ses informations constitue déjà une charge de travail importante. A cela vient s'ajouter la gestion administrative des équipes de soins, des commandes de médicaments, de matériels, etc.

Nos recherches nous ont conduit à assister à l'une ou l'autre conférence et l'intervention d'un philosophe clinicien du travail, Jérôme Bouvy, a retenu notre attention. Dans son exposé, il fait mention d'un podcast intitulé « L'hôpital qui chavire »<sup>8</sup> réalisé par la plateforme MEDOR et en collaboration avec la RTBF. Dans celui -ci, une journaliste a réalisé une enquête pendant six mois auprès de médecins, d' infirmier·ère·s, de chef·fe·s de service et des directions d'hôpitaux. Ils étaient unanimes quant à l'augmentation considérable de la charge administrative certes rendue obligatoire mais qui étant chronophage les laissait avec un sentiment de perte de leur vocation de soin. Néanmoins, il était également évoqué que ces obligations de « reporting » au ministère de la santé et au SPF santé à des fins de financement pourraient être utiles également pour rendre compte de la charge de travail et donc dans une certaine mesure de défendre les intérêts du personnel soignant.

## **4.2 Sentiments d'utilité**

Estelle Morin a défini un modèle des six caractéristiques déterminantes d'un travail porteur de sens dont l'une d'elles est l'utilité du travail. Selon elle, « un travail qui a du sens est utile pour les autres ou pour la société » (Morin, 2007, pp 31 à 36).

Le sentiment d'utilité au travail joue un rôle essentiel, car il aide les individus à saisir leur rôle et leur contribution essentielle à des projets d'envergure, renforçant ainsi leur dynamisme et leur sentiment d'appartenance. Par opposition, l'absence de ce sentiment peut entraîner ennui, démobilisation et mal-être psychologique, altérant l'estime de soi et la confiance et détériorant les relations professionnelles.

---

<sup>8</sup> Après six mois d'enquête Santé, voici "L'hôpital qui chavire", un documentaire sonore (34 min) sur les causes profondes de la souffrance à l'hôpital.

Même dans des professions reconnues pour leur importance, comme celles du secteur infirmier, les conditions de travail précaires peuvent pousser à une réorientation professionnelle. Ceci est illustré par une étude menée en France par l'ordre nationale des infirmiers en avril 2021. Celle-ci révèle que 40 % d'entre eux envisageaient de quitter leur métier face à des défis tels que la surcharge de travail, la baisse du pouvoir d'achat et un manque de reconnaissance.

Dans une étude menée en France par Frédéric Garcia et al, publiée en 2011, il apparaît que l'analyse des répartitions des tâches révèle que le temps consacré par un soignant à un patient se limite souvent à des soins de base exécutés rapidement et dans une moindre mesure à des soins techniques.

Toujours selon ces auteurs, les infirmier·ère·s changent d'activité 204 fois et les aides-soignants 206 fois, ce qui représente un changement d'activité toutes les deux minutes et dix secondes pour les deux professions. Cette fragmentation du travail, exacerbée par des interruptions fréquentes, diminue le temps continu passé avec les patients et limite les opportunités pour des soins relationnels approfondis.

Les soins relationnels occuperaient rarement plus de 5 % du temps de travail, selon ces mêmes auteurs, que ce soit pour les aides-soignants ou les infirmier·ère·s, avec seulement quelques exceptions observées.

Cela est regrettable car ces moments d'interaction avec les patients sont cruciaux pour comprendre leur état psychologique et sont très valorisés par les soignants de tous niveaux pour la qualité de la relation qu'ils permettent d'établir. En effet, cette relation patient-soignant constitue le cœur de l'utilité sociale du travail de soins.

### **4.3 Dissonance éthique**

Une des personnes interviewées dans le podcast (*cf. supra*) tenait à rappeler l'importance du mot « soigner » dans sa dimension physique dont l'approche très factuelle est l'acte technique mais également dans sa dimension empathique de l'écoute, de la guérison de l'âme du patient, de son esprit.

Cette dimension empathique est mise à mal par manque de temps. La perte de sens de leur travail réside pour l'une des interviewés dans un « dilemme insoluble » pour reprendre ses mots : « *on nous demande d'être humain mais inhumain !* ».

A ce titre, Nathalie Angelé-Halgand et Thierry Garrot (2015) déclaraient que « les conséquences de cette marchandisation de la santé se traduisent par des formes émergentes de réification de l'humain, au sens où le patient tend à être reconnu et appréhendé non plus comme personne humaine mais comme vecteur de recettes, comme participant d'un flux qu'il faut accélérer pour optimiser les recettes du pôle (regroupement de services). » (Angelé-Halgand, Nathalie, et Thierry Garrot. 2015, pp. 41-58)

Selon Benoît Cherré et al (2014) « le « *risque éthique au travail* » est l'existence d'une tension ou d'un stress entre les valeurs sociétales prescrites aux individus avec les valeurs réelles vécues dans l'exécution du travail par ces mêmes individus au sein des organisations. » ce qui reflète bien les propos précédents.

Le personnel soignant n'échappe pas à cette dissonance éthique, c'est à ce titre que nous allons aborder à présent le chapitre concernant les moyens de maintien du sens au travail.

## 5 Les moyens de maintien du sens au travail

---

L'interdisciplinarité pourrait-elle donc être un moyen de maintien du sens au travail ? C'est ce que nous allons explorer maintenant. Le champ des possibles étant vaste, il nous est impossible d'en faire le tour dans le cadre de ce mémoire. C'est pourquoi nous avons retenu les éléments relevés au cours de nos échanges en réunions, lors de rencontres informelles de couloir et aussi à l'occasion de rendez-vous syndicaux.

### 5.1 Reconnaissance et apprentissage

Il est possible aborder la reconnaissance sous différents angles : philosophique et psychosociologique d'une part, et d'autre part selon l'approche psychodynamique.

Axel Honneth propose une théorie de la reconnaissance comme fondement de l'identité et de l'estime de soi. Selon Honneth, la reconnaissance se manifeste en trois dimensions interdépendantes et mutuellement renforçantes (Honneth, 1995, 2004) :

- L'amour : essentiel pour le développement d'un sens de soi sain, cette reconnaissance émane des relations personnelles et intimes, comme celles avec la famille, les amis, et les partenaires. Elle est cruciale pour l'expérience de confiance, de soutien émotionnel, et de sécurité affective. (Zone M., 2023)
- Le droit : cette dimension de reconnaissance concerne les droits et responsabilités en tant que membres de la société et implique un traitement équitable de tous les individus, ce qui est vital pour une participation pleine et respectueuse dans la société. (Zone M., 2023)
- La solidarité : elle reflète la manière dont les contributions individuelles à la société sont valorisées, favorisant l'estime de soi et la coopération. (Zone M., 2023)

En ce qui concerne la perspective psychodynamique, abordée par Christophe Dejours, il aborde spécifiquement la notion de "travail réel" par opposition au "travail prescrit". Le travail réel fait référence à ce que les travailleurs font effectivement dans leur quotidien pour répondre aux exigences de leur poste, souvent en adaptant de manière créative les directives et les normes officielles pour surmonter les contraintes et les défis imprévus. (Dejours, 1998)

Le concept de travail réel est profondément connecté à la reconnaissance au travail. Le travail réel implique souvent des compétences non reconnues par les normes officielles, obligeant les travailleurs à adapter les directives de manière inventive aux situations concrètes. Cette capacité à résoudre des problèmes imprévus de manière créative et à prendre des initiatives est cruciale et nécessite une reconnaissance particulière. Valoriser ces compétences adaptatives et cette créativité est essentiel pour stimuler la motivation et l'engagement des travailleurs.

Par conséquent, les études de Axel Honneth sur la reconnaissance et de Christophe Dejours en psychodynamique du travail soulignent l'importance capitale de la reconnaissance et de la valorisation des personnes dans leurs environnements sociaux et professionnels. Ces théories, mises en pratique, peuvent aider à façonner des lieux de travail et une société plus humaine, où les travailleurs sont reconnus et valorisés pour leurs efforts, leurs compétences et leurs contributions.

Le lien entre la théorie de la reconnaissance, telle qu'expliquée par Axel Honneth, et l'interdisciplinarité dans un centre de rééducation est assez profond et directement pertinent pour améliorer à la fois le fonctionnement du centre et le bien-être des patients. L'interdisciplinarité dans un tel environnement implique la collaboration étroite entre divers professionnels de la santé tels que médecins, infirmiers, thérapeutes physiques, ergothérapeutes, psychologues et travailleurs sociaux, chacun apportant son expertise unique pour traiter les patients de manière holistique.

## **5.2 Valorisation des compétences et talents interdisciplinaires**

La reconnaissance de la solidarité ou l'estime sociale, « Honneth montre que la reconnaissance, c'est-à dire l'affirmation de qualités positives de sujets humains ou de groupes, est la condition intersubjective qui permet de se réaliser de manière autonome et d'accéder à une estime de soi. » comme évoqué par Pierson, F. (2011, pp 352-370.), trouve une application directe dans le respect et la valorisation des compétences et contributions de chaque membre de l'équipe interdisciplinaire. Les luttes pour la reconnaissance naissent souvent de l'indignation et du ressentiment par les individus ou les groupes lorsque leurs attentes de reconnaissance sont mises à mal.

Reconnaître et valoriser les contributions de chaque discipline non seulement renforce l'estime de soi des professionnels impliqués mais favorise également une culture de respect mutuel et de collaboration. Cela est essentiel pour une intégration efficace des soins où chaque professionnel se sent valorisé et important pour le processus de rééducation du patient.

Tous les professionnels paramédicaux sont tenus de suivre une formation continue afin de tenir leurs connaissances et compétences professionnelles à jour, et de maintenir un exercice de la profession d'un niveau de qualité optimal.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 22 avril 2019 relative à la pratique de qualité dans les soins de santé (Moniteur belge 14/05/2019) dans son article 8, il est mentionné que tous les professionnels de santé doivent conserver un portfolio, contenant les données nécessaires pour démontrer qu'ils disposent des compétences et de l'expérience nécessaires pour exercer leur profession (y compris les données sur la formation continue)

### **5.3 Promotion d'un environnement de travail inclusif et équitable**

La mise en pratique des principes de reconnaissance interdisciplinaire peut également servir de base pour des stratégies visant à promouvoir un environnement de travail plus inclusif et équitable.

Cela implique de créer des politiques qui garantissent que chaque membre de l'équipe, quel que soit son rôle, est entendu, respecté et impliqué dans la prise de décisions cliniques et organisationnelles. Cela peut conduire à des soins plus efficaces et personnalisés pour les patients, tout en renforçant le sentiment d'appartenance et de satisfaction professionnelle parmi le personnel.

Ainsi, le lien entre l'interdisciplinarité dans ce centre de rééducation et la théorie de la reconnaissance de Honneth pourrait transformer significativement les pratiques, en renforçant la collaboration et le respect mutuel entre divers professionnels de santé. Cela pourrait améliorer l'efficacité des soins prodigués mais contribuerait également à un environnement de travail plus sain et plus soutenant, essentiel pour la rétention et la motivation du personnel dans des contextes souvent exigeants.

En mettant en lumière et en valorisant chaque contribution, on cultive un terreau fertile pour l'innovation, la coopération et l'amélioration continue des soins de rééducation.

Pour Estelle Morin, la reconnaissance est une des caractéristiques pour le maintien du sens au travail : « Un travail a du sens lorsqu'il est reconnu. La reconnaissance et l'appréciation sont, en fait, les renforcements nécessaires pour encourager les comportements productifs et le développement de l'estime de soi. » (Morin, Estelle 2010, pp. 38-41).

Elle ajoute que les renforcements peuvent se traduire sous différentes formes qu'ils proviennent de la ligne hiérarchique ou de l'estime des collègues de travail. (Morin, Estelle 2010, pp. 38-41).

Dans le cas qui nous occupe, travailler en interdisciplinarité c'est partager ses connaissances (savoir) avec sa pratique (savoir-faire) et tout ceci en respectant ses valeurs et celles des autres (savoir être). L'ensemble de ces composantes se rejoint dans ce qu'on appelle les compétences.

Travailler ensemble en interdisciplinarité c'est donc mettre en commun les compétences professionnelles de chacun afin de réaliser un objectif. L'interdisciplinarité transcende les frontières des connaissances existantes. Chaque champ de savoir est perméable, cette confluence stimule un flux enrichissant d'idées, de méthodes et de connaissances. En définitive, briser les cloisons entre les savoirs sert à en renforcer la profondeur et l'étendue.

Selon Estelle Morin, pour que le travail ait un sens:

Il doit également procurer du plaisir à la personne qui l'effectue. Pour cela, il doit correspondre à ses champs d'intérêt, faire appel à ses compétences, stimuler le développement de son potentiel et lui permettre d'atteindre ses objectifs de manière

efficace. En d'autres termes, il doit lui offrir des occasions d'apprendre, de se développer et de se réaliser. ( Morin 2010 pp. 38-41)

Pour autant chaque intervenant a la maîtrise de sa discipline et de son savoir propre, la reconnaissance de ses savoirs par les pairs constitue un élément primordial dans la construction du sens au travail. Cela passe par des processus d'intensification de la communication, d'espace de discussions et de la formation à l'interdisciplinarité. Nous reviendrons sur ces derniers aspects ultérieurement.

### **5.3.1 Identité professionnelle**

L'identité professionnelle est un thème central dans les études de Christophe Dejours (2006). Elle se forme par l'implication active dans les activités de travail ainsi que par les échanges entre les collègues et les responsables hiérarchiques.

Comme nous l'avons déjà stipulé auparavant, le travail interdisciplinaire met donc en relation différentes professions. Dans le cas qui nous occupe, c'est-à-dire le milieu de la rééducation, les professionnels du centre en question sont amenés à échanger constamment ensemble et à ce titre le maintien de l'identité professionnelle propre est primordial dans ce collectif de travail. En effet, les échanges de compétences et de pratiques si caractéristiques de l'interdisciplinarité peuvent laisser supposer que l'identité professionnelle soit mise à mal car au travers de ces échanges l'interdisciplinarité peut se transformer en une stratégie à caractère transdisciplinaire :

Le terme transdisciplinarité est utilisé pour décrire une stratégie interdisciplinaire où chaque membre fonctionne aussi en dehors de son champ d'expertise habituel pour renforcer les efforts de chacun, et combler aussi le manque d'effectifs. Par exemple, une équipe de réadaptation peut décider que chaque membre utilisera la même méthode prescrite précédemment par l'orthophoniste<sup>9</sup> à chaque intervention auprès d'un patient aphasique. (Y.-L Boulanger, C Staltari, P Proulx, K Zander, M Feyz, S Tinawi, 2004,pp 107-113)

En pratiquant la transdisciplinarité on pourrait donc également créer une zone « floue » dans laquelle certains membres de l'équipe interdisciplinaire pourraient se retrouver perdus, ne trouvant plus la véritable identité de leur travail et par conséquent le sens propre de leur travail.

Nous pourrions également souligner que le cadre législatif belge permet de clarifier l'exercice des professions des soins de santé. En effet, la loi du 10 mai 2015 dite Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé légifère l'exercice des professions de santé, que sont par exemple les médecins, les paramédicaux, les pharmaciens (liste non exhaustive) avec une exception pour les ergothérapeutes dont le titre professionnel est protégé par l'Arrêté royal

---

<sup>9</sup> Terminologie française pour dénommer la logopède

du 8 juillet 1996. L'obtention d'un numéro d'agrément auprès d'une des Communautés est également nécessaire pour exercer cette profession au même titre que les kinésithérapeutes d'ailleurs.

L'art de guérir est également légiféré par cette même Loi du 10 mai 2015 par son Article 1er : « L'art de guérir couvre l'art médical, en ce compris l'art dentaire, exercé à l'égard d'êtres humains, et l'art pharmaceutique, sous leurs aspects préventifs ou expérimentaux, curatifs, continus et palliatifs. »

Un autre cadre législatif mobilisable est celui de l'arrêté royal du 08 septembre 2021, rendant obligatoire la convention collective de travail du 31 mars 2021, conclue au sein de la Commission paritaire des établissements et des services de santé (CP 330) relative à l'introduction complète d'un nouveau modèle salarial pour les services fédéraux des soins de santé : IFIC.

L'Institut de classification de fonctions (IFIC a.s.b.l) a été créé en 2002 dans le but d'accompagner le développement et l'implémentation de nouvelles classifications de fonctions sectorielles, ici en l'occurrence pour le secteur non-marchand faisant partie de la commission paritaire 330 (cf. annexe n°2). Des échelles salariales sont associées à ces catégories et servent de base à l'élaboration d'une équité salariale et cohérente.

L'équité salariale pourrait avoir un impact positif sur le sentiment de justice et indirectement reconforter le sens au travail mais nous n'aborderons pas cet aspect.

Ces différents dispositifs législatifs permettent aux travailleurs de respecter et de maintenir le cadre de leur identité professionnelle respective. Celle-ci étant un vecteur de maintien du sens au travail.

### **5.3.2 Partage de la charge de travail / Coopération interprofessionnelle**

Comme nous l'avons évoqué précédemment la mission interdisciplinaire de ce centre de rééducation est d'élaborer un programme de rééducation intensif pour des patients présentant des pathologies lourdes et complexes.

Pour ce faire, l'institution a développé une coopération interprofessionnelle dont le but est de pouvoir construire ses projets de rééducation. C'est au travers d'une approche interdisciplinaire, rappelons-le, centrée sur le patient que les professionnels de ce centre trouvent un lien avec le maintien du sens de leur travail et une valeur ajoutée à leurs compétences respectives.

En matière de législation, nous n'avons pas trouvé de lien direct avec l'interdisciplinarité. Nous nous sommes donc intéressés à la convention de rééducation, coordonnée par l'INAMI.

Dans son article 4 §2, elle y stipule que « Chaque programme individuel de rééducation fonctionnelle se compose d'un certain nombre d'interventions de l'équipe de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire de l'établissement de rééducation fonctionnelle en faveur du bénéficiaire ». Bien que le lien ne soit pas explicitement établi avec l'interdisciplinarité, nous ne pourrions négliger la mise en valeur de la multidisciplinarité.

Cette coopération interprofessionnelle est aussi un outil pour partager le travail quand cela s'avère nécessaire.

A cet effet, l'institution a permis aux équipes en place de développer leurs propres outils de coopération en leur accordant une certaine autonomie dans l'innovation et la création.

A titre d'exemple, l'équipe pluridisciplinaire de l'unité de soins des traumatisés crâniens a mis en place la création de groupes de travail regroupant plusieurs thérapeutes au chevet d'un seul patient ou de plusieurs patients.

Il faut savoir, par exemple, que les patients dit traumatisés crâniens présentent des pathologies singulières allant du coma aux troubles moteurs et cognitifs majeurs.

Par leur expertise, les membres des équipes ont vite réalisé que la charge de travail était bien trop intense pour être attribuée à une seule personne au risque de subir de l'épuisement physique mais aussi mental.

Ce n'est pas le seul outil, le travail en binôme pluridisciplinaire est également favorisé qu'il soit à titre de séances de rééducation ou pour des actes techniques complexes nécessitant la présence de plusieurs personnes, comme les séances de désencombrement bronchique chez les patients trachéotomisés nécessitant bien souvent deux kinés et une infirmière.

### **5.3.3 Discussions « espaces d'échange » / Communication et coordination**

Sans discussion collective sur le réel du travail, sans exposition des tours de main et des savoir-faire des uns et des autres, il n'est pas possible de formuler des jugements sur l'utilité ou la qualité de la contribution de chacun. Ainsi, la reconnaissance du travail et ses effets bénéfiques dépendent étroitement de l'existence d'un espace de discussion dans lequel peuvent s'échanger des opinions à propos du réel du travail. (Dejours.C., Gernet.I., et Rolo.D.,2015, pp303-311)

Cette discussion collective constitue le pilier central de l'interdisciplinarité, sans laquelle aucun échange n'est réalisable. Cette forme de communication n'est efficace et pertinente que lorsque chaque acteur y trouve sa place.

Sans cela, certaines disciplines peuvent se sentir négligées ou injustement critiquées. Une communication défailante peut entraîner des contradictions dans le traitement des patients ou des chevauchements dans les tâches entre disciplines. « Les discussions entre collègues

alimentent la dimension symbolique du travail en faisant vivre la culture professionnelle du groupe. » (Marc Lorient. 2011, pp.43-67).

Cette communication peut être structurée de manière formelle, à travers des réunions spécifiques à chaque service ou discipline, mais aussi lors de rencontres pluridisciplinaires. Ces assemblées sont cruciales pour définir les frontières, les particularités, les rôles et les moments d'intervention de chaque discipline, afin de promouvoir une compréhension commune et individuelle. « La constitution de collectifs de travail soudés et la place des transmissions orales sont centrales pour la qualité des soins et la satisfaction professionnelle » (Estryn-Behar cité dans Garcia F. et al , 2011, p90)

Actuellement, l'institution met en place plusieurs types de rencontres, d'espaces pour faciliter l'échange entre professionnels mais aussi avec les patients et leurs proches :

- Staffs d'étage hebdomadaires : réunions interdisciplinaires qui réunissent divers professionnels de la santé (médecin, chef infirmier, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, assistant social, neuropsychologue et logopède) pour discuter des progrès des patients, identifier les problèmes et définir de nouveaux objectifs.
- Staff pluridisciplinaire du jeudi : rencontre hebdomadaire impliquant les responsables de tous les services, ainsi que les directions médicale, infirmière et paramédicale. Ces sessions sont consacrées aux discussions sur les patients sortants définitivement, ceux partant en congé thérapeutique et les nouveaux patients. Les détails concernant les pathologies, les raisons d'hospitalisation et les soins spécifiques sont partagés. Une place est également faite à la communication d'événements particuliers survenus ou à venir dans l'institution ( fêtes diverses, symposium, agressions, décès, etc.).
- Tour médical : chaque semaine ou bimensuellement, le médecin de service, accompagné du directeur médical et du chef infirmier et d'un représentant de chaque disciplines, visite tous les patients pour discuter de leur évolution, leurs inquiétudes, leurs souhaits et objectifs, ainsi que de tout problème potentiel.
- Réunions de famille : organisées selon les besoins et l'évolution des patients, sans calendrier fixe. Ces réunions incluent le responsable infirmier, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, le médecin du service, l'assistant social ainsi que les thérapeutes d'autres disciplines impliquées dans la rééducation du patient et permettent au patient et à leurs proches d'exprimer leurs craintes, besoins et attentes. Les objectifs et le projet thérapeutique sont également discutés, ainsi que les préparations pour la sortie définitive.

La communication peut également être informelle, pratiquée par tous, partout et à tout moment. Au-delà de la communication organisationnelle, la communication dite sociale est souvent sous-estimée. Celle-ci inclut les échanges où l'on se confie à ses collègues, lors de moments difficiles qui apaisent les familles angoissées ou qui provoquent le rire pour alléger un fardeau émotionnel.

Enfin, il y a aussi la communication avec les gestionnaires, qui peut se révéler complexe mais est souvent facilitée par la hiérarchie ou les organes de concertations sociales (CE et CPPT)<sup>10</sup> et par les représentants syndicaux.

Le maintien du sens du travail est donc primordial, malheureusement on peut constater qu'un grand nombre de soignants sont victimes de la perte de sens de leur travail. Cette perte de sens peut les conduire sur le chemin des risques psychosociaux qui englobent des dangers professionnels affectant à la fois la santé mentale et physique des travailleurs, et qui impactent également le bon fonctionnement, la performance des entreprises et la sécurité.

Ces risques peuvent provenir de l'organisation du travail, du contenu des tâches, des conditions de travail, des conditions de vie au travail et des relations interpersonnelles.

L'employeur a l'obligation de prendre les mesures nécessaires pour prévenir les risques psychosociaux au travail, ainsi que pour éviter ou limiter les dommages qui en découlent.

C'est pourquoi, avant de conclure ce travail, il nous semblait légitime d'explorer la législation au travers des dispositions internationales, européennes et nationales. Les sources de droit sont conséquentes dans le domaine et les limites de ce travail n'en permettant pas l'analyse complète. Voici donc quelques extraits de loi qui nous paraissaient pertinents de mettre en évidence.

## **5.4 Législation**

Au niveau international, la Belgique fait partie des états membres de l'Organisation Internationale du Travail (O.I.T.) et c'est dans ce cadre spécifique qu'elle a ratifié plusieurs conventions.

Le premier dispositif ici exposé est la convention de l'O.I.T. n°155 sur la santé et la sécurité des travailleurs de 1981, devenue en juin 2022 un droit fondamental.

A cette dernière se rajoute une autre convention également ratifiée par la Belgique et également devenue fondamentale : la convention n°187 dénommée « Convention sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail » et qui a vu le jour en 2006.

Au niveau européen, la directive -Cadre européenne relative à la sécurité et à la santé au travail (directive 89/391 CEE) adoptée en 1989 :

marque un tournant décisif pour l'amélioration de la sécurité et santé au travail. Elle garantit des conditions minimales de sécurité et de santé à travers l'Europe tout en autorisant les États membres à maintenir ou à mettre en place des mesures plus strictes.

---

<sup>10</sup> CE acronyme de Conseil d'Entreprise et CPPT acronyme de Comité pour la Protection et la Prévention au Travail

Au niveau national, la Belgique a transposé la directive 89/391 CEE par la Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail (M.B. 18.9.1996)(« ci après[loi du BE du 4 août 1996] »). Celle-ci est depuis 2017 reprise sous le code du bien-être au travail du 28 avril 2017 (CBE), il est en vigueur depuis le 12 juin 2017.

C'est la loi du 4 août 1996 qui sera notre pilier dans l'élaboration de la suite de ce travail. Nous y aborderons certains aspects qui nous semblent pertinents. En effet, notre travail nous a amené à saisir l'importance du maintien du sens du travail pour le bien-être des travailleurs.

Cette loi définit dans son Art. 4.- [§ 1er . (4)] plusieurs axes importants que sont :

- La sécurité sur les lieux de travail ;
- La protection sanitaire des employés ;
- La gestion des risques psychosociaux au travail, incluant le stress, la violence, ainsi que le harcèlement moral ou sexuel ;
- Les principes d'ergonomie ;
- L'hygiène sur le lieu de travail ;
- L'amélioration des installations de travail ;
- L'impact des mesures environnementales sur les aspects ci-dessus.

Elle incite les employeurs à mettre en place des mesures préventives dans leur stratégie à long terme, organisées autour d'un système dynamique de gestion des risques.

A ce titre, dans le livre Ier du code du bien-être au travail, le titre 3 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail inclut des dispositions relatives à l'analyse des risques et aux mesures de prévention, aux diverses procédures accessibles aux travailleurs qui estiment subir des préjudices en raison des risques psychosociaux au travail, ainsi qu'au statut du conseiller en prévention des aspects psychosociaux et de la personne de confiance.

La convention collective de travail (CCT) n° 72 (cf annexe n°3), adoptée le 30 mars 1999 par le Conseil national du travail et rendue obligatoire par l'arrêté royal du 21 juin 1999 (Moniteur Belge du 9 juillet 1999), demeure en vigueur. Cette convention traite de la gestion de la prévention du stress lié au travail, en mettant l'accent sur les conditions de travail et en attribuant un rôle au conseil d'entreprise.

Cependant, en dehors de la définition du stress et du rôle du conseil d'entreprise, toutes les dispositions de la CCT sont reprises et développées davantage dans le titre 3 du livre Ier du code du bien-être au travail. Ce titre possède un champ d'application plus large et une hiérarchie de norme supérieure à celle de la CCT.

La convention s'applique uniquement au stress sous l'angle collectif, tandis que le titre 3 du livre Ier couvre tous les risques psychosociaux au travail.

En outre, elle concerne uniquement les employeurs du secteur privé, alors que le titre 3 du livre Ier s'applique aussi bien au secteur privé qu'au secteur public.

Il semble cohérent et essentiel de rappeler que par l'art.I.1-2 du CBE (ou l'article 2 §1<sup>er</sup>, de loi du BE du 4 aout 1996 )

Dès lors, penchons-nous sur les responsabilités de chacun.

#### **5.4.1 Responsabilité employeur / employé**

Tout employeur est tenu de mettre en place une politique visant à promouvoir le bien-être des travailleurs dans l'exercice de leurs fonctions. Cette politique repose sur le principe de l'analyse des risques.

L'analyse des risques permet à l'employeur de développer des mesures de prévention adaptées pour : éliminer les dangers, prévenir les dommages et limiter les dommages.

La politique de prévention ne doit pas se limiter aux risques classiques pour la sécurité et la santé des travailleurs (comme ceux liés à l'utilisation de machines dangereuses ou de produits chimiques). Elle doit également inclure les risques psychosociaux au travail.

La législation vise à encourager les entreprises à identifier préventivement les dangers présents et à prendre des mesures de prévention collectives pour protéger la santé des travailleurs. Les procédures individuelles n'interviennent que si la prévention collective échoue.

Conformément à l'Art. I.2-2. du CBE : « Tout employeur est responsable de l'approche planifiée et structurée de la prévention conformément aux dispositions de l'article 5, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, i) de la loi du BE du 4 aout 1996, au moyen d'un système dynamique de gestion des risques.

L'employeur est donc responsable de la santé des travailleurs aux yeux de la loi mais cela ne signifie pas pour autant que le travailleur n'est pas tenu à certaines obligations.

L'article 6 de la loi du BE du 4 aout 1996 stipule d'ailleurs qu'« il incombe à chaque travailleur de prendre soin, selon ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou des omissions au travail, conformément à sa formation et aux instructions de son employeur. ».

#### **5.4.2 Plan de gestion des risques**

Les employeurs doivent concevoir leur politique de prévention autour d'un système dynamique de gestion des risques, qui repose sur l'obligation de réaliser une analyse exhaustive des risques. Cette analyse doit couvrir l'ensemble de l'entreprise, y compris ses différents sites et filiales,

ainsi que prendre en compte chaque employé individuellement. L'objectif est de repérer les dangers, de préciser et d'évaluer les risques associés.

Ce système dynamique de gestion des risques visé à l'article I.2-3 du CBE « a pour objectif de permettre la planification de la prévention et la mise en œuvre de la politique relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail. ».

L'analyse des risques est la base pour établir une politique de prévention à l'échelle de l'entreprise, par la création d'un plan global de prévention (PGP). Ce plan est déployé progressivement à travers des plans d'action annuels (PAA). Dans le cadre de l'analyse des risques effectuée au sein de l'entreprise, l'employeur identifie les situations pouvant engendrer des risques psychosociaux au travail.

L'employeur communique les résultats de l'analyse des risques au Comité pour la prévention et la protection au travail et sollicite son avis sur les mesures de prévention collectives à mettre en place.

#### **5.4.3 Services de prévention des risques psychosociaux**

La réglementation exige que chaque employeur établisse un service interne de prévention et de protection au travail, désigné sous l'abréviation SIPPT, (article 33 §1<sup>er</sup> de la loi du BE du 4 aout 1996). Ce service doit inclure un conseiller en prévention, habituellement le conseiller en sécurité du travail.

Les grandes entreprises disposent généralement d'un SIPPT complet, équipé des diverses expertises requises, incluant celles du médecin du travail et du spécialiste des problématiques psychosociales. Toutefois, ce n'est pas toujours le cas pour les petites entreprises, qui peuvent trouver difficile de satisfaire à toutes les exigences légales de santé et de sécurité au travail.

Lorsque le SIPPT interne ne suffit pas, l'employeur doit alors solliciter les services d'un service externe de prévention et de protection au travail (SEPPT, article 33§2 de la loi du BE du 4 aout 1996), surtout pour les fonctions liées au médecin du travail et aux aspects psychosociaux.

#### **5.4.4 Le comité pour la prévention et la protection au travail (C.P.P.T)**

Le comité pour la prévention et la protection au travail désigne l'organe élu par les travailleurs lors des élections sociales. Toute entreprise ou institution qui occupe au moins 50 travailleurs doit créer un comité pour la prévention et la protection (article 49 loi du BE du 4 aout 1996). En l'absence de ce comité, la délégation syndicale de l'entreprise assume ce rôle (article 52 loi du BE du 4 aout 1996). Si aucune délégation syndicale n'est présente, l'employeur doit directement consulter ses travailleurs sur les questions relatives à leur bien-être au travail.(article 53 loi du BE du 4 aout 1996).

Les compétences générales du CPPT sont définies comme suit, dans l'article 65 « Le Comité a essentiellement pour mission de rechercher et de proposer tous les moyens et de contribuer activement à tout ce qui est entrepris pour favoriser le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail. Le Roi peut décrire de façon plus précise cette mission et confier des missions supplémentaires au Comité, dans le cadre des domaines visés à l'article 4. ».

## 6 Conclusion

---

En se focalisant sur le contexte spécifique des soignants en Belgique, où les pressions systémiques et individuelles peuvent mener à une perte de sens au travail, il devient évident que les mécanismes de reconnaissance et l'application efficace de l'interdisciplinarité ne sont pas de simples stratégies gestionnaires, mais des nécessités vitales.

La reconnaissance, qu'elle soit exprimée par des feedbacks constructifs de la part des supérieurs ou par des gestes de solidarité entre collègues, contribue à renforcer l'engagement et la résilience des professionnels de la santé.

L'interdisciplinarité, en particulier, offre un cadre riche pour redynamiser les pratiques de soin et enrichir le sens du travail. Elle permet de tisser des liens professionnels et personnels forts entre les membres des équipes de soin, ce qui favorise un partage de compétences et une meilleure compréhension des défis rencontrés par chacun. Cette dynamique renforce non seulement la qualité des soins offerts aux patients, mais aussi le bien-être psychologique des soignants, en leur offrant des opportunités de croissance et de satisfaction professionnelle.

L'interdisciplinarité dans les soins de santé contribue au maintien du sens du travail pour les professionnels impliqués. Ce maintien de sens est crucial pour la prévention de l'épuisement professionnel et pour encourager une implication durable des soignants.

On pourrait conclure en rappelant en quelques points clés comment l'interdisciplinarité aide à maintenir le sens du travail :

- Renforcement de l'identité professionnelle : travailler dans un cadre interdisciplinaire permet aux professionnels de santé de voir l'impact de leur expertise spécifique au sein d'un collectif. Cela valide leur rôle et renforce leur identité professionnelle, en mettant en lumière comment leur contribution est essentielle à l'efficacité globale de l'équipe.
- Partage des valeurs et des objectifs : l'interdisciplinarité encourage les équipes à développer et partager des valeurs communes autour des soins aux patients, ce qui renforce le sentiment d'appartenance et l'engagement envers des objectifs partagés. Cela crée un environnement où chaque membre se sent partie prenante du bien-être du patient, renforçant ainsi le sens de leur travail quotidien et leur utilité.
- Innovation et apprentissage continu : l'interaction avec des professionnels de différentes disciplines stimule l'innovation et l'apprentissage continu. Les échanges de connaissances et de compétences entre professionnels enrichissent leur pratique et peuvent ouvrir de nouvelles perspectives de soins, contribuant ainsi à un renouvellement constant du sens et de l'intérêt pour leur travail.
- Réduction de l'isolement professionnel : l'isolement peut être un facteur de perte de sens au travail. L'interdisciplinarité, en facilitant les interactions régulières entre divers spécialistes, aide à construire un réseau de soutien solide. Cela peut diminuer les

sentiments d'isolement et renforcer le sentiment de soutien et de camaraderie au sein des équipes.

- Amélioration de la prise de décision : le travail en équipe interdisciplinaire améliore la qualité des décisions prises, car il combine plusieurs perspectives. Savoir que les décisions sont réfléchies collectivement et basées sur une approche complète peut renforcer le sentiment que le travail accompli est significatif et bien fondé.
- Impact positif sur le bien-être personnel : en fin de compte, travailler dans un environnement où la collaboration et le respect mutuel prévalent peut avoir un impact positif sur le bien-être personnel des soignants. Cela peut les aider à maintenir un équilibre psychologique favorable, crucial pour percevoir leur travail comme significatif et satisfaisant à long terme.

Ainsi, l'interdisciplinarité ne se limite pas à améliorer les soins prodigués aux patients ; elle joue également un rôle vital dans la préservation et le renforcement du sens du travail pour les professionnels de la santé, essentiel pour leur bien-être et leur efficacité professionnelle.

Pour autant, si l'interdisciplinarité permet le maintien du sens au travail elle n'est pas sans failles. Dès lors, il nous semble intéressant d'entrevoir des pistes de réflexions pouvant amener vers d'autres recherches futures.

## 7 Pistes de réflexion

---

Nous arrivons au terme de ce travail, celui-ci nous amène à poursuivre notre réflexion et à envisager des pistes de réflexions.

Au cours de ce travail, nous nous sommes principalement focalisés sur le personnel soignant. Nous n'avons que très peu évoqué la hiérarchie et son rôle hormis au travers de leurs obligations légales en matière de prévention de la santé des travailleurs.

Mathieu Detchessahar (2013) évoque l'existence d'un fossé dans lequel les managers de proximité sont empêchés d'assumer les fonctions d'animation, de médiation et de facilitation nécessaires à la discussion locale du travail, car ils sont de plus en plus sollicités par les outils de gestion (rapports, enquêtes, évaluations, plannings, procédures, etc.) et les réunions.

Les managers de proximité du centre de rééducation, autrement dit les responsables de service, subissent-ils cette forme de management empêché ? Force est de constater qu'en tout cas ils ne sont pas épargnés par l'injonction paradoxale itinérante à leur fonction, le fameux « faire plus avec moins ». Pourtant, leur rôle devrait consister à mettre en œuvre des stratégies pour répondre aux défis professionnels et aux imprévus. Mais, aussi de renforcer les sentiments d'appartenance des membres de leurs équipes, de favoriser le développement personnel et professionnel de leur équipe respective (Meyer et al , 2013).

Notre réflexion suivante est en lien avec la place de la coordination interdisciplinaire au sein de cette institution. Il existe bien une personne portant le titre de « Coordinateur paramédical et interdisciplinaire ». Mais, ce professionnel est partagé entre plusieurs missions institutionnelles, ce qui ne lui permet pas d'assurer pleinement son rôle dans la coordination de l'interdisciplinarité. Comment ce rôle primordial, pourrait-il être plus valorisé et défini ?

Et en quoi la formation continue et le développement professionnel spécifique à l'interdisciplinarité peuvent-ils renforcer les compétences des soignants, améliorer la qualité et la coordination des soins ?

Un autre point à ne pas négliger serait de se demander face à l'automatisation croissante et à l'intégration des technologies, comment les établissements de santé peuvent-ils maintenir une approche centrée sur le patient, préservant ainsi l'aspect humain essentiel des soins ?

Et enfin, à l'aube des élections sociales et des élections législatives fédérales du 9 juin, quel rôle les politiques publiques et privés peuvent-elles jouer pour mieux soutenir les soignants, notamment en termes de conditions de travail, de reconnaissance et de protection contre l'épuisement professionnel ?

## 8 Bibliographie

---

Abord de Chatillon, E., Chakor, T. & Commeiras, N. (2022). Santé au travail dans les métiers du soin: Panorama de la recherche francophone sur la santé au travail dans les métiers du soin (introduction au dossier spécial),@GRH, 42, 13-33.  
<https://doi.org/10.3917/grh.042.0013>

Asmar, M. K., & Wacheux, F. (2007). *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : Cas d'un hôpital universitaire*. Spécial, 57.  
<https://shs.hal.science/halshs-00170357>

Baatouche, N. (2021). Sens de la formation et capital culturel : Comprendre et prévenir le risque de perte de sens chez l'adulte apprenant. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 50/2, Article 50/2. <https://doi.org/10.4000/osp.14368>

Belgium: *Health system summary 2024*| *European Observatory on Health Systems and Policies*. (s. d.). Consulté 24 avril 2024, à l'adresse  
<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/belgium-health-system-summary-202>

Boulanger, Y.-L., Staltari, C., Proulx, P., Zander, K., Feyz, M., & Tinawi, S. (2004). Rééducation-réadaptation et interdisciplinarité. *EMC - Podologie-Kinésithérapie*, 1(2), 107-113. <https://doi.org/10.1016/j.emck.2004.01.001>

- Callahan, S. (2018). 19. Facteurs de Risques Psychosociaux. Dans *Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail* (p. 127-138). Dunod;  
<https://doi.org/10.3917/dunod.chape.2018.01.0127>
- Cherré, B., Laarraf, Z., & Yanat, Z. (2014). Dissonance éthique : Forme de souffrance par la perte de sens au travail. *Recherches en Sciences de Gestion*, 100(1), 143-172.  
<https://doi.org/10.3917/resg.100.0143>
- Clot, Y., (2015). Perspectives en clinique du travail. Érès.  
<https://ils.bib.uclouvain.be/global/documents/1846856>
- Clot, Y., (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. PUF.  
<https://ils.bib.uclouvain.be/global/documents/1436108>
- Commeiras, N., Rivière, A., & Bourdil-Resch, M. (2022). Chapitre 7. Sens et santé au travail : Vers de nouvelles dynamiques construites par les acteurs ? Le cas de l'hôpital. Dans *Le sens au travail* (p. 203-225). EMS Editions;  
<https://doi.org/10.3917/ems.comme.2022.01.0203>
- Coutrot, T., & Perez, C. (2023). Le sens du travail : Enjeu majeur de santé publique. Dans *Que sait-on du travail ?* (p. 98-113). Presses de Sciences Po;  
<https://doi.org/10.3917/scpo.colle.2023.01.0098>

- Csanyi-Virag, V., Rivault, M., Polge, M., & Bruna, M. G. (2022). Chapitre 6. Les leviers du sens au/dans le travail : Lecture kaléidoscopique du sens individuel et collectif au travail. Dans *Le sens au travail* (p. 182-202). EMS Editions; <https://doi.org/10.3917/ems.comme.2022.01.0182>
- de Gaulejac, V. (2012). Références bibliographiques. In *La recherche malade du management* (p. 87-88). Éditions Quæ; <https://doi.org/10.3917/quae.gaule.2012.01.0087>
- de Gaulejac, V. (2005a ). *Travail, les raisons de la colère*. Paris : Seuil.
- de Gaulejac, V. (2005b). *La société malade de la gestion*. Paris: Seuil.
- De Wever, A. (2021). Le paysage hospitalier et les réseaux d'hôpitaux. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, 35-36, 107-124. <https://journals.openedition.org/pyramides/1882>
- Dejours, C. (2020). Travail, précarisation et subjectivité. *Travailler*, 44(2), 195-214. <https://doi.org/10.3917/trav.044.0195>
- Dejours, C., (2015). Travail, usure mentale : Essai de psychopathologie du travail (Nouvelle édition augmentée). Bayard. <https://ils.bib.uclouvain.be/global/documents/1924511>

Dejours, C., Gernet, I., & Rolo, D. (2015). La souffrance psychique au travail. Comprendre les enjeux de santé du rapport subjectif au travail. Dans *Les risques du travail* (p. 303-311).

La Découverte; <https://doi.org/10.3917/dec.theba.2015.01.0303>

Dejours, C., (2013). *Travail vivant.. 2, Travail et émancipation*. Payot et Rivages.

<https://ils.bib.uclouvain.be/global/documents/1749437>

Dejours, C. (2006). Aliénation et clinique du travail. *Actuel Marx*, 39(1), 123-144.

<https://doi.org/10.3917/amx.039.0123>

Dejours, C. (2003). Critique et fondements de l'évaluation. Dans : , C. Dejours, *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel: Critique des fondements de l'évaluation* (pp. 9-56).

Versailles: Éditions Quæ.

<https://www.cairn.info/l-evaluation-du-travail-a-l-epreuve-du-reel--9782759224609-p-9.htm>

Delaissé, J. (2023). 10. Sens et sentiment d'utilité. Dans *La qualité de vie et des conditions de travail, l'affaire de tous !* (p. 115-125). ESF Sciences humaines.

<https://doi.org/10.3917/esfsh.gresy.2023.01.0115>

Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psycho-sociaux : Quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, 19(1), 57-80.

<https://doi.org/10.3917/neg.019.0057>

- Émont, P. (2023). 20. Objectivation des difficultés sur un collectif de travail. Dans *La qualité de vie et des conditions de travail, l'affaire de tous !* (p. 237-244). ESF Sciences humaines; <https://www.cairn.info/la-qualite-de-vie-et-des-conditions-de-travail-l-affaire-de-tous--9782710146391-p-237.htm>
- Euller-Ziegler, L., & Ziegler, G. (2001). Qu'est-ce qu'une approche multidisciplinaire ? Définition, cadre de soins, problématique. *Revue Du Rhumatisme - REV RHUM*, 68, 126-130. [https://doi.org/10.1016/S1169-8330\(00\)00094-6](https://doi.org/10.1016/S1169-8330(00)00094-6)
- Garcia, F., Hélène, D., Ravache, A.-E., Bitot, T., Chaumon, E., Milanini-Magny, G., & Estryn-Behar, M. (2011). Isolement, parcellisation du travail et qualité des soins en gériatrie. *Activités*, 08(1), Article 1. <https://doi.org/10.4000/activites.2516>
- Hirigoyen, M.-F. (2020). Le burn-out, une pathologie du monde moderne. *Corps & Psychisme*, 77(2), 107-118. <https://doi.org/10.3917/cpsy2.077.0109>
- Hirigoyen, M.-F. (2008). La souffrance au travail et les pathologies émergentes . *L'information psychiatrique* 84( 9), 821-826. <https://doi.org/10.1684/ipe.2008.0397>.
- Honneth, A. (2004). La théorie de la reconnaissance: une esquisse. *Revue du MAUSS*, 23(1), 133-136. <https://doi.org/10.3917/rdm.023.0133>

Honneth, A. (1996). *The Struggle for Recognition : The Moral Grammar of Social Conflicts*. MIT Press.

Iweins, C. (2020). Chapitre II. Quels sont les facteurs influençant le bien-être au travail ? Dans *Détecter et prévenir le burnout* (p. 9-81). Mardaga; <https://www.cairn.info/detecter-et-prevenir-le-burnout--9782804708580-p-29.htm>

Joly, C., Lainé, A., Catan, A., & Pochard, F. (2011). L'interdisciplinarité : Une visée, une nécessité et une exigence au service du malade. *Éthique & Santé*, 8(3), 119-124. <https://doi.org/10.1016/j.etique.2011.03.002>

Loi du 22 août 2002, relative aux droits du patient, Moniteur belge , 26 septembre 2002

Loi du 22 AVRIL 2019, relative à la pratique des soins de santé, Moniteur belge, 14 mai 2019

Loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soi, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, Moniteur belge, 28 mars 2019

Loi du 10 MAI 2015. - Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé, moniteur belge 18 juin 2015

Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, Moniteur belge, 7 novembre 2008

Loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, Moniteur belge, 27 août 1994

21 JUIN 1999. - Arrêté royal rendant obligatoire la convention collective de travail n° 72 du 30 mars 1999 conclue au sein du Conseil national du Travail, concernant la gestion de la prévention du stress occasionné par le travail

Loriol, M. (2011). Sens et reconnaissance dans le travail. p. 43-67. Consulté le 1-05-2024 sur <https://shs.hal.science/halshs-00650279>

Louchard Chardon, C., & Harry, S. (2023). La pixélisation du travail soignant. De l'utilisation de l'outil informatique en gériatrie. *Gérontologie et société*, 45/ 172(3), 161-174. <https://doi.org/10.3917/g1.172.0161>

Melin J., Persson LO., Taft C. & Kreuter M. (2018). Patient participation from the perspective of staff members working in spinal cord injury rehabilitation. *Spinal Cord*. 56, 614-620. DOI: 10.1038/s41393-018-0061-7.

Mirjam Körner, Sarah Bütof, Christian Müller, Linda Zimmermann, Sonja Becker & Jürgen Bengel (2016) .Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care : A systematic review, *Journal of Interprofessional Care*, 30:1, 15-28, DOI: 10.3109/13561820.2015.1051616.

Morin, E. M. (2010). La santé mentale au travail : Une question de gros bon sens. *Gestion*, 35(3), 34-40. <https://doi.org/10.3917/riges.353.0034>

Morin, E. M. (2015). Entre l'empathie et l'affirmation de soi. *Gestion*, 40(3), 60-63. Cairn.info.

<https://doi.org/10.3917/riges.403.0060>

Morin, E. M., & Falque, L. (2023). Six pratiques à encourager pour donner du sens au travail.

*Gestion*, 48(2), 98-101. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/riges.482.0098>

Morin, E. M., & Forest, J. (2007). Promouvoir la santé mentale au travail : Donner un sens au

travail. *Gestion*, 32(2), 31-36. <https://doi.org/10.3917/riges.322.0031>

Pierru, F. (2015). Mihai Dinu Gheorghiu, Frédéric Moatty, L'hôpital en mouvement.

Changements organisationnels et conditions de travail: Rueil-Malmaison, éditions

Liaisons, [Noisy-le-Grand], Centre d'études de l'emploi, coll. « Liaisons sociales »,

2013. Travail et emploi, 143, 75-78. <https://doi.org/10.4000/travailemploi.6730>

Pierson, F. (2011). Pour un apprentissage de la lutte et de la résistance des cadres pour limiter

leur souffrance au travail: Les apports de la théorie de la reconnaissance d'Axel

Honneth. *M@n@gement*, 14(5), 352-370. <https://doi.org/10.3917/mana.145.0352>

Rolo, D. (2014). Notes de lecture. *Travailler*, 31(1), 193-196..

<https://doi.org/10.3917/trav.031.0193>

Trognon A. & Dessagne L. (2003). Quels sont les facteurs qui influencent la réussite d'une équipe de travail. Dans Levy-Leboyer ; M. Huteau ; C. Louche ; J.P. Rolland (Ed.) *Psychologie Appliquée à la Gestion des Ressources Humaines*. Paris : Editions d'Organisation,. PP. 301-328.

Vestergaard E. & Norgaard B. (2018). Interprofessional collaboration : An exploring of possible prerequisites for successful implementation. *Journal of Interprofessional Care*. 32(2), 185-195. Doi : 10.1080/13561820.2017.1363725.

Willemin, B. (2018). Numérisation des données de soin : Impact sur l'élaboration et les fonctions du dossier médical. *Droit, Santé et Société*, 5-6(5-6), 33-41..  
<https://doi.org/10.3917/dsso.055.0033>

Wong, P. T. P. (2015). Meaning therapy: Assessments and interventions. *Existential Analysis*, 26(1), 154-167.

Zone, M..(2023) *Travail hybride et reconnaissance : un vécu postpandémique*. Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, Université catholique de Louvain, 2023. Prom. :Taskin, Laurent. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:41516>

### Autres sources :

De block, M. (28 avril 2015) « *Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux* », Consulté 24 avril 2024 , Disponible sur [https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/hopitaux\\_reforme\\_financement.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/hopitaux_reforme_financement.pdf)

Professeur Didier Van Caillie(1juin 2014) « *L'hôpital, une entreprise comme les autres ? Oui, mais ...* », Directeur du Centre d'Etude de la Performance des Entreprises, HEC Ecole de Gestion de l'Université de Liège, disponible sur [https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/168901/1/GISEH-Conference d'ouverture-L'hôpital%2C une entreprise industrielle pas comme les autres.pdf](https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/168901/1/GISEH-Conference_d'ouverture-L'hôpital%2C_une_entreprise_industrielle_pas_comme_les_autres.pdf) , Consulté 24 avril 2024

<https://www.lesoir.be/561031/article/2024-01-12/le-gouvernement-federal-pose-un-pas-de-plus-pour-la-reforme-du-metier-infirmier>

<https://www.infirmieres.be/actualites/reagissons-aux-projets-deleteres-pour-la-profession-infirmiere> communiqué de l'ACN , 6.-12-2024

GRIN - La collaboration interprofessionnelle dans le secteur de santé. Un facteur de lien au sein des équipes soignantes. (s.d.). Consulté 17 avril 2024, à l'adresse <https://www.grin.com/document/511003>

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (2005).

Convention de rééducation fonctionnelle.

[https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/convention\\_troubles\\_locomoteurs.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/convention_troubles_locomoteurs.pdf)

Organisation Mondiale de la Santé (2014). Lésions de la Moelle Épinière : perspectives internationales.

[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131505/WHO\\_NMH\\_VIP\\_13.03\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131505/WHO_NMH_VIP_13.03_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

INAMI : <https://www.inami.fgov.be>

SPF Santé publique : <https://www.health.belgium.be/fr>

Loi du 22 août 2002, relative aux droits du patient, Moniteur belge , 26 septembre 2002

Loi du 22 AVRIL 2019, relative à la pratique des soins de santé, Moniteur belge, 14 mai 2019

.Loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soi, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, Moniteur belge, 28 mars 2019

Loi du 10 MAI 2015. - Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé, moniteur belge 18 juin 2015

Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, Moniteur belge, 7 novembre 2008

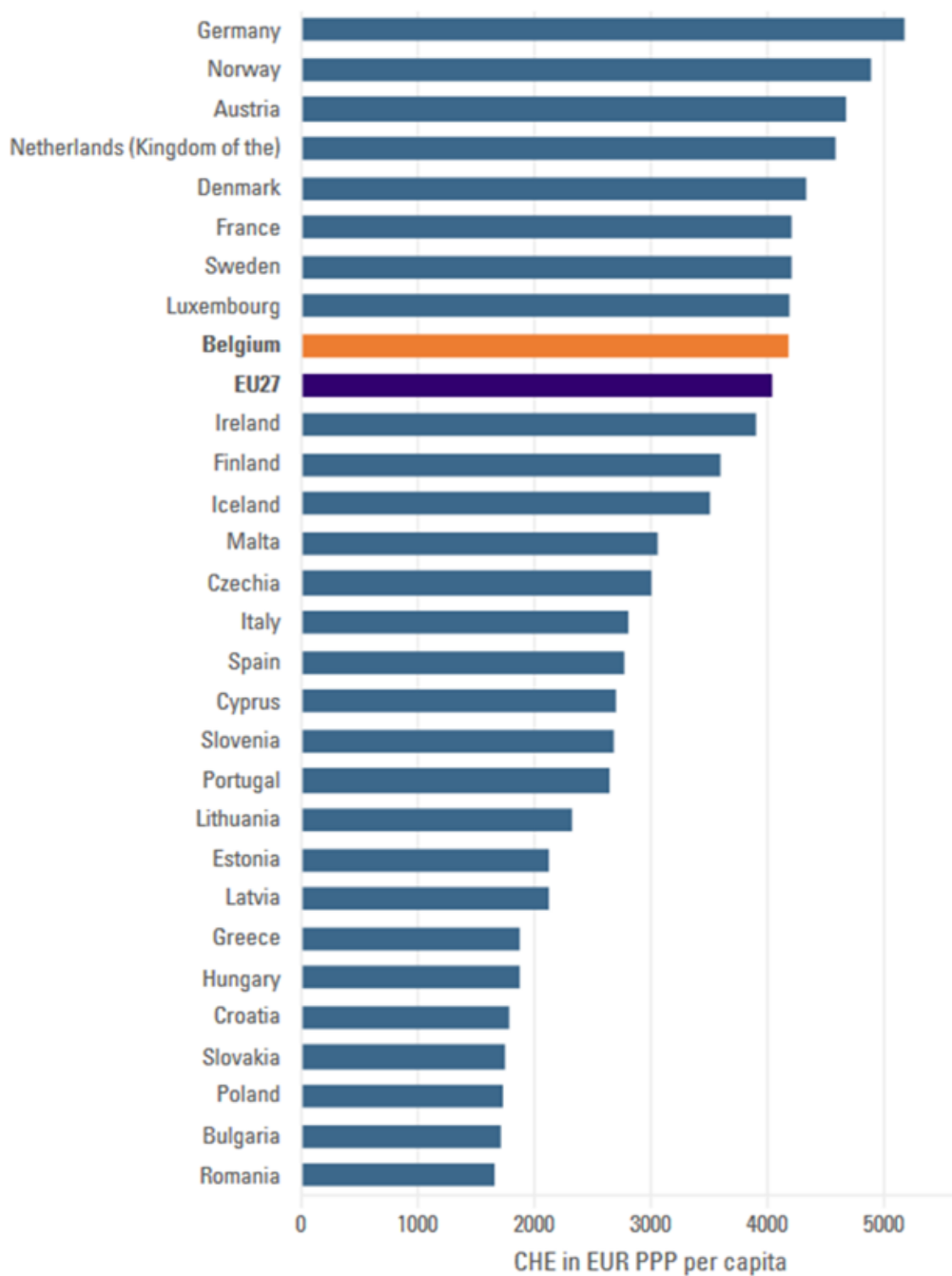
Loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, Moniteur belge, 27 août 1994

21 JUIN 1999. - Arrêté royal rendant obligatoire la convention collective de travail n° 72 du 30 mars 1999 conclue au sein du Conseil national du Travail, concernant la gestion de la prévention du stress occasionné par le travail

## 9 Annexes

### Annexe n°1 :

Fig. 1 : health system summary Current Health Expenditure , 2024,p4 de l'European Observatory on Health Systems and Policies



## Annexe n°2 :

| Département    | Famille                 | N° fonction | Fonction                                                  | Classe salariale |
|----------------|-------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------|------------------|
| Administration | Administration          | 1010        | Responsable du Département Administratif et financier     | 19               |
|                |                         | 1020        | Chef de Service Administratif                             | 16               |
|                |                         | 1030        | Chef-Adjoint du Service Administratif                     | 15               |
|                |                         | 1040        | Attaché aux Affaires Juridiques                           | 18               |
|                |                         | 1041        | Coordinateur Qualité                                      | 17               |
|                |                         | 1042        | Responsable Qualité Centre de Transfusion Sanguine        | 16               |
|                |                         | 1043        | Attaché à la Communication                                | 16               |
|                |                         | 1050        | Chef d'Equipe Administrative                              | 14               |
|                |                         | 1070        | Secrétaire de Direction                                   | 14               |
|                |                         | 1071        | Employé Enregistrement Médical                            | 13               |
|                |                         | 1072        | Collaborateur à la Qualité Centre de Transfusion Sanguine | 13               |
|                |                         | 1073        | Secrétaire de Service ou de Département                   | 12               |
|                |                         | 1074        | Employé Accueil Maison Médicale                           | 12               |
|                |                         | 1075        | Employé Accueil / Réception / Téléphonie                  | 8                |
|                |                         | 1076        | Secrétaire Médicale                                       | 12               |
|                |                         | 1077        | Employé Admissions                                        | 11               |
|                |                         | 1078        | Employé au Service de Permanence                          | 11               |
|                |                         | 1079        | Employé Administratif                                     | 10               |
|                |                         | 1080        | Employé Administratif Archives                            | 6                |
|                |                         | 1081        | Aide Administrative Secrétariat                           | 4                |
|                | Service financier       | 1083        | Recruteur des Donneurs de Sang                            | 14               |
|                |                         | 1084        | Responsable Gestion des Donneurs                          | 15               |
|                |                         | 1085        | Employé Administratif Consultation                        | 11               |
|                |                         | 1220        | Chef Comptable                                            | 17               |
|                |                         | 1221        | Chef du Service Facturation                               | 16               |
|                |                         | 1222        | Chef du Service Contentieux                               | 16               |
|                |                         | 1230        | Chef-Adjoint Comptable                                    | 15               |
|                |                         | 1231        | Chef-Adjoint du Service Facturation                       | 15               |
|                |                         | 1232        | Chef-Adjoint du Service Contentieux                       | 15               |
|                |                         | 1240        | Attaché à la Gestion Budgétaire                           | 17               |
|                |                         | 1270        | Comptable                                                 | 13               |
|                |                         | 1271        | Caissier                                                  | 10               |
|                |                         | 1272        | Employé Contentieux                                       | 12               |
|                | Informatique            | 1273        | Employé Facturation                                       | 12               |
|                |                         | 1274        | Employé à la Gestion de l'Argent de Poche                 | 10               |
|                |                         | 1290        | Aide-Comptable                                            | 9                |
|                |                         | 1293        | Aide à la Facturation                                     | 8                |
|                |                         | 1420        | Chef du Service Informatique                              | 17               |
|                |                         | 1450        | Chef d'équipe PC Support                                  | 14               |
|                |                         | 1465        | Gestionnaire Système                                      | 16               |
|                |                         | 1470        | Analyste                                                  | 15               |
|                | Service du personnel/RH | 1471        | Gestionnaire des Réseaux                                  | 14               |
|                |                         | 1472        | Opérateur                                                 | 11               |
|                |                         | 1473        | Employé PC Support                                        | 11               |
|                |                         | 1474        | Employé Entretien PC                                      | 10               |
|                |                         | 1476        | Programmeur                                               | 13               |
|                |                         | 1610        | Responsable du Service du Personnel                       | 19               |
|                |                         | 1620        | Chef du Service Développement RH                          | 16               |
|                |                         | 1621        | Chef du Service Administration du Personnel               | 16               |
|                |                         | 1640        | Attaché à la Formation                                    | 16               |
|                |                         | 1660        | Collaborateur Spécialisé Développement RH                 | 14               |
|                |                         | 1661        | Employé Spécialisé Administration du personnel            | 14               |
|                |                         | 1670        | Collaborateur Développement RH                            | 13               |
|                |                         | 1671        | Employé Administration du Personnel                       | 12               |

## Annexe n°2 (suite) :

| Département        | Famille               | N° fonction | Fonction                                                                                      | Classe salariale |
|--------------------|-----------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Paramédical        | Services paramédicaux | 4020        | Chef des Services Paramédicaux                                                                | 16               |
|                    |                       | 4021        | Chef du Service Kinésithérapie                                                                | 16               |
|                    |                       | 4022        | Chef du Service Ergothérapie                                                                  | 16               |
|                    |                       | 4024        | Chef du Service Logopédie                                                                     | 16               |
|                    |                       | 4025        | Chef du Service Diététique                                                                    | 16               |
|                    |                       | 4026        | Chef du Service Animation                                                                     | 14               |
|                    |                       | 4027        | Coordinateur des Psychomotriciens                                                             | 16               |
|                    |                       | 4040        | Coordinateur Thérapeutique                                                                    | 17               |
|                    |                       | 4071        | Kinésithérapeute                                                                              | 15               |
|                    |                       | 4073        | Ergothérapeute                                                                                | 14               |
|                    |                       | 4074        | Logopède                                                                                      | 14               |
|                    |                       | 4075        | Diététicien                                                                                   | 14               |
|                    |                       | 4076        | Animateur                                                                                     | 12               |
|                    |                       | 4077        | Accompagnateur Activités                                                                      | 12               |
|                    |                       | 4078        | Animateur dans les Soins Résidentiels aux Personnes Agées                                     | 12               |
|                    |                       | 4079        | Pédicure                                                                                      | 12               |
|                    |                       | 4080        | Psychomotricien                                                                               | 14               |
|                    |                       | 4081        | Audiologue                                                                                    | 14               |
|                    |                       | 4086        | Kinésithérapeute Maison Médicale                                                              | 15               |
| Psycho-social      | Service psycho-social | 5020        | Chef de service psychologie clinique                                                          | 17               |
|                    |                       | 5022        | Chef du Service Accompagnement Spirituel                                                      | 16               |
|                    |                       | 5023        | Chef du Service Social                                                                        | 16               |
|                    |                       | 5030        | Chef-Adjoint du Service Social                                                                | 15               |
|                    |                       | 5070        | Psychologue                                                                                   | 16               |
|                    |                       | 5071        | Assistant en Psychologie                                                                      | 14               |
|                    |                       | 5072        | Accompagnateur Spirituel                                                                      | 15               |
|                    |                       | 5073        | Collaborateur au Service Social                                                               | 14               |
|                    |                       | 5074        | Collaborateur au Service Social - Revalidation                                                | 14               |
|                    |                       | 5075        | Collaborateur au Service Social - Maison Médicale                                             | 14               |
|                    |                       | 5076        | Collaborateur Service Social dans une Unité / un Centre Psychiatrique                         | 14               |
|                    |                       | 5077        | Collaborateur Service Social dans les Soins Résidentiels aux Personnes Agées                  | 14               |
|                    |                       | 5078        | Médiateurs droits du patient                                                                  | 15               |
|                    |                       | 5079        | Médiateur Interculturel                                                                       | 14               |
|                    |                       | 5080        | Référent Hospitalier                                                                          | 14               |
|                    |                       | 5081        | Promoteur à la Santé Maison Médicale                                                          | 15               |
|                    |                       | 5082        | Responsable des Bénévoles                                                                     | 13               |
| Infirmier-soignant | Tous les secteurs     | 6010        | Infirmier - Chef de Service                                                                   | 19               |
|                    |                       | 6040        | Attaché à la Gestion des Soins                                                                | 16               |
|                    |                       | 6050        | Infirmier Premier Responsable                                                                 | 15               |
|                    |                       | 6071        | Aide Logistique dans une unité de soins ou de résidence                                       | 8                |
|                    |                       | 6072        | Employé Transport Interne des Patients                                                        | 8                |
|                    |                       | 6073        | Infirmier Chargé Accueil et Encadrement du Personnel Infirmier Nouveau, Rentrant et Stagiaire | 14 ou 14B        |
|                    |                       | 6161        | Infirmier Référence Discipline                                                                | 16               |
|                    |                       | 6166        | Infirmier de Référence dans une unité/un service                                              | 15               |
|                    | Hôpitaux généraux     | 6111        | Infirmier en Chef - Coordinateur                                                              | 18               |
|                    |                       | 6120        | Infirmier en Chef en Hôpital                                                                  | 17               |
|                    |                       | 6121        | Sage-Femme en Chef                                                                            | 17               |
|                    |                       | 6122        | Infirmier en Chef en Hôpital (petite unité)                                                   | 16               |
|                    |                       | 6124        | Responsable du Transport Interne des Patients                                                 | 14               |
|                    |                       | 6130        | Infirmier en Chef-Adjoint en Hôpital                                                          | 16               |
|                    |                       | 6131        | Sage-femme en Chef-Adjoint                                                                    | 16               |
|                    |                       | 6162        | Infirmier-Hygiéniste                                                                          | 17               |
|                    |                       | 6163        | Infirmier Chargé d'Études                                                                     | 15               |
|                    |                       | 6164        | Infirmier en Urgences                                                                         | 15               |
|                    |                       | 6165        | Infirmier en Soins Intensifs                                                                  | 15               |
|                    |                       | 6167        | Infirmier SMUR                                                                                | 15               |
|                    |                       | 6168        | Infirmier au Bloc Opératoire                                                                  | 15               |
|                    |                       | 6169        | Infirmier en Soins Néonataux Intensifs                                                        | 15               |

## **Annexe n°3 :**

### **CONVENTION COLLECTIVE DE TRAVAIL N° 72 DU 30 MARS 1999 CONCERNANT LA GESTION DE LA PREVENTION DU STRESS OCCASIONNE PAR LE TRAVAIL**

-----

Vu la loi du 5 décembre 1968 sur les conventions collectives de travail et les commissions paritaires;

Vu la loi du 20 septembre 1948 portant organisation de l'économie, notamment l'article 15;

Vu la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail;

Vu l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif au service interne pour la prévention et la protection au travail et l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif aux services externes pour la prévention et la protection au travail;

Vu la convention collective de travail n° 9 du 9 mars 1972 coordonnant les accords nationaux et les conventions collectives de travail relatifs aux conseils d'entreprise conclus au sein du Conseil national du Travail, notamment l'article 10;

Vu l'accord interprofessionnel du 8 décembre 1998, conclu pour la période 1999-2000;

Considérant que dans cet accord, les partenaires sociaux ont envisagé la conclusion d'une convention collective de travail visant à intégrer la politique anti-stress au niveau des entreprises dans la politique générale de prévention;

Les organisations interprofessionnelles d'employeurs et de travailleurs suivantes ...

ont conclu, le 30 mars 1999, au sein du Conseil national du Travail, la convention collective de travail suivante.

#### **CHAPITRE Ier - DEFINITIONS**

##### **Article 1er**

Pour l'application de la présente convention collective de travail, il faut entendre par :

- stress : état perçu comme négatif par un groupe de travailleurs, qui s'accompagne de plaintes ou dysfonctionnements au niveau physique, psychique et/ou social et qui est la conséquence du fait que des travailleurs ne sont pas en mesure de répondre aux exigences et attentes qui leur sont posées par leur situation de travail;

- loi sur le bien-être : la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail;
- arrêté royal sur la politique du bien-être : l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.

#### Commentaire

La définition de la notion de stress figurant dans la présente convention collective de travail s'inspire de la définition donnée par l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.), étant entendu que le terme "personne" a été remplacé par "un groupe de travailleurs".

Cette modification a été apportée à la définition afin de souligner le caractère collectif du régime visé par la convention.

### CHAPITRE II - PORTEE DE LA CONVENTION

#### Article 2

La présente convention a pour objet de mettre en place un régime visant à prévenir le stress occasionné par le travail et/ou à y remédier.

Ce régime entend prévenir des problèmes collectifs mis en évidence selon la procédure prévue à l'article 3 et/ou y remédier.

#### Commentaire

La présente convention collective de travail vise à résoudre des problèmes d'ordre collectif et non des problèmes individuels.

### CHAPITRE III - OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR

#### A. Généralités

#### Article 3

En application de la loi sur le bien-être et de ses arrêtés d'exécution, l'employeur est tenu de mener une politique visant à prévenir collectivement le stress occasionné par le travail et/ou à y remédier collectivement.

Pour mener cette politique, l'employeur doit, conformément aux dispositions de la loi sur le bien-être et de la section 2 de l'arrêté royal sur la politique du bien-être, :

- lors de l'analyse générale de la situation de travail qu'il réalise, détecter les risques éventuels de stress ;

cette analyse porte sur la tâche, les conditions de vie au travail, les conditions de travail et les relations de travail ;

- effectuer une évaluation de ces risques sur la base de l'analyse de la situation de travail ;

- prendre, en fonction de cette évaluation, les mesures appropriées afin de prévenir les risques ou d'y remédier.

#### Commentaire

La politique de prévention du stress doit être menée à partir des principes tels qu'ils figurent dans la loi sur le bien-être et dans la section 2 de l'arrêté royal sur la politique du bien-être.

Il s'agit plus spécifiquement :

- d'adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de rendre plus supportable le travail monotone et le travail cadencé et d'en atténuer les effets sur la santé ;

- de planifier la prévention et d'exécuter la politique concernant le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail en visant une approche de système qui intègre entre autres, les éléments suivants : la technique, l'organisation du travail, les conditions de vie au travail, les relations sociales et les facteurs ambiants au travail.

La détection des risques visée à l'alinéa 2 du présent article 3 se fait par des moyens appropriés à l'entreprise, par exemple en interrogeant les travailleurs ; les résultats sont comparés entre eux dans le but d'identifier les problèmes collectifs vécus par les travailleurs. Sur la base de cette information, des mesures appropriées peuvent, conformément à cet article, être prises là où besoin est.

Quand ces mesures collectives s'appliquent à un nombre limité de travailleurs, voire à des travailleurs individuels, ceux-ci seront, conformément au commentaire de l'article 10 de la convention collective de travail n° 9 du 9 mars 1972, préalablement informés et consultés. Ils peuvent se faire assister, à leur demande, par un délégué syndical.

#### Article 4

Dans le cadre de l'exécution de ces obligations, l'employeur demande l'avis et la collaboration des services de prévention et de protection visés à l'article 33 de la loi sur le bien-être.

#### Commentaire

Les services visés à l'article 33 de la loi sur le bien-être sont les services interne et externe pour la prévention et la protection au travail.

Les modalités de fonctionnement, les compétences requises et les missions du service interne sont contenues dans l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif au service interne pour la prévention et la protection au travail.

Les règles concernant l'organisation des services externes, leurs missions et leur statut juridique ainsi que celles concernant les compétences des conseillers en prévention sont fixées dans l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif aux services externes pour la prévention et

la protection au travail. Cet arrêté royal détermine également les conditions et les modalités selon lesquelles un service externe peut être agréé.

## B. Concertation

### Article 5

Le comité de prévention et de protection au travail et le conseil d'entreprise doivent, dans les limites de leur compétence respective, recevoir l'information et donner un avis préalable sur les différentes phases de la politique que l'employeur envisage de mener en application de l'article 3 de la présente convention.

A défaut de comité, cette politique est menée après avis de la délégation syndicale.

#### Commentaire

Le conseil d'entreprise et le comité sont tenus de conseiller les employeurs dans les limites de leur compétence respective.

Il convient de rappeler à cet égard :

- que les comités ont essentiellement pour mission de rechercher et de proposer tous les moyens et de contribuer activement à tout ce qui est entrepris pour favoriser le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail (loi sur le bien-être, article 65) ;
- que les conseils d'entreprise ont entre autres pour mission de donner un avis et de formuler toutes suggestions ou objections sur toutes mesures qui pourraient modifier l'organisation du travail, les conditions de travail et le rendement de l'entreprise (loi du 20 septembre 1948, article 15) ;
- qu'à défaut d'un comité, les missions de ce comité sont exercées par la délégation syndicale (loi sur le bien-être, article 52).

L'information que le comité ou le conseil d'entreprise doit recevoir inclut également la communication des résultats de l'analyse générale de la situation de travail et de l'évaluation des risques.

## C. Information des travailleurs

### Article 6

Dans le cadre de l'application de la section 3 de l'arrêté royal sur la politique du bien-être, l'employeur prend

les mesures appropriées pour que les travailleurs reçoivent toutes les informations nécessaires concernant :

- la nature de leurs activités, notamment le contenu de la fonction, l'organisation du travail, les

opportunités de contacts et les obligations des membres de la ligne hiérarchique;

- les risques résiduels qui y sont liés, entre autres en matière de stress occasionné par le travail;

- les mesures visant à prévenir ou limiter ces risques.

#### Commentaire

L'information visée à l'article 6 doit être donnée au moment de l'entrée en service du travailleur et chaque fois que cela est nécessaire pour la protection de la sécurité et de la santé.

Quant au contenu des informations à fournir, il est à noter que ces informations vont dans le même sens que celles qui doivent être données aux travailleurs nouvellement engagés, en vertu de la convention collective de travail n° 22 du 26 juin 1975 concernant l'accueil et l'adaptation des travailleurs dans l'entreprise.

#### D. Formation des travailleurs

##### Article 7

La formation dispensée en application de la section 3 de l'arrêté royal sur la politique du bien-être doit également tenir compte des facteurs de stress liés au travail.

#### CHAPITRE IV - OBLIGATIONS DES TRAVAILLEURS

##### Article 8

En application de l'article 6 de la loi sur le bien-être, il incombe également à chaque travailleur de collaborer, selon ses possibilités, à la politique de prévention du stress au travail.

#### CHAPITRE V - DISPOSITION FINALE

##### Article 9

La présente convention est conclue pour une durée indéterminée.

Elle pourra être révisée ou dénoncée à la demande de la partie signataire la plus diligente, moyennant un préavis de six mois.

L'organisation qui prend l'initiative de la révision ou de la dénonciation doit en indiquer les motifs et déposer des propositions d'amendements. Les autres organisations s'engagent à les discuter au sein du Conseil national du Travail, dans le délai d'un mois de leur réception.

Fait à Bruxelles, le trente mars mille neuf cent nonante-neuf.

Fait à Bruxelles, le trente mars mille neuf cent nonante-neuf.

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN

Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication

Place Montesquieu, 4 bte L2.05.01, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique | [www.uclouvain.be/espo](http://www.uclouvain.be/espo)