De la comprensión colectiva de la actividad real al diseño participativo de la organización: promover la intervención ergonómica “capacitante”

Da compreensão coletiva da atividade real à concepção participativa da organização: por uma intervenção ergonómica capacitante

De la compréhension collective de l'activité réelle à la conception participative de l'organisation : plaidoyer pour une intervention ergonomique capacitante

From the collective understanding of the actual activity to the participatory organization design: encourage an “empowering” ergonomic intervention

Anne Raspaud

Edición electrónica

URL: <http://journals.openedition.org/laboreal/3776>

DOI: 10.4000/laboreal.3776

ISSN: 1646-5237

Editor

Universidade do Porto

Referencia electrónica

Anne Raspaud, « De la comprensión colectiva de la actividad real al diseño participativo de la organización: promover la intervención ergonómica “capacitante” », *Laboreal* [En línea], Volume 11 N°2 | 2015, Publicado el 01 diciembre 2015, consultado el 24 septiembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/laboreal/3776> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/laboreal.3776>

Este documento fue generado automáticamente el 24 septiembre 2020.

Laboreal está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

De la comprensión colectiva de la actividad real al diseño participativo de la organización: promover la intervención ergonómica “capacitante”

Da compreensão coletiva da atividade real à concepção participativa da organização: por uma intervenção ergonômica capacitante

De la compréhension collective de l'activité réelle à la conception participative de l'organisation : plaidoyer pour une intervention ergonomique capacitante

From the collective understanding of the actual activity to the participatory organization design: encourage an “empowering” ergonomic intervention

Anne Raspaud

REFERENCIA

Raspaud, A. (2014). De la compréhension collective de l'activité réelle à la conception participative de l'organisation : plaidoyer pour une intervention ergonomique capacitante. Thèse de doctorat en ergonomie, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.

NOTA DEL EDITOR

<http://dx.doi.org/10.15667/laborealxi0215ar>

Manuscrito recibido en: Octubre /2015

Aceptado tras peritaje: Noviembre/2015

- 1 Esta tesis utiliza y desarrolla el paradigma de la ergonomía constructiva del diseño de la organización. Basándose en una intervención de (re)diseño de un proceso innovador (la cirugía ambulatoria), se define y se emplea una metodología de intervención capacitante que plantea al desarrollo como medio y finalidad de la acción.

1. La cirugía ambulatoria: un concepto de atención innovador que satisface a la necesidad de racionalización de la atención médica.

- 2 Esta investigación de -intervención efectuada en un Centro Hospitalario Universitario francés se inscribe en un contexto nacional de reforma hospitalaria, que tiene un impacto en las condiciones de trabajo de todos los profesionales de salud (médicos, paramédicos, administrativos) y en la atención al paciente. Se implementan e ponen en obra nuevos modelos de organización de atención entre los cuales la atención sustitutiva a una hospitalización de tiempo completo. Estas evoluciones responden a dos cuestionamientos mayores: satisfacer a las diversas necesidades de los pacientes, así como a optimizar las atenciones médicas pensando el hospital como un lugar de atención, sin necesidad de internación.
- 3 La cirugía ambulatoria constituye un efecto profundo de transformación de esos modelos de organización de la atención médica. Es un proceso de atención, transversal a las diferentes especialidades médicas y servicios, que atestigua de una forma particular de la actividad colectiva: la actividad colectiva conjunta (Lorino, 2009). Con el fin de efectuar la atención médica, se realizan varias actividades (de manera simultánea o no) dentro de relaciones de interdependencia complejas y de coordinaciones reforzadas en el seno de entidades distintas (servicios, equipos, sectores) movilizándolo operadores de perfiles distintos (cirujanos, anestesistas, enfermeras). El trabajo se ve así condicionado por la articulación entre diferentes actores implicados en lógicas múltiples que deben atender juntos a los pacientes.

2. Problemática y objetivos de la tesis

- 4 La investigación-intervención trata del diseño de esta organización. Se le pensó no solo como generadora de soluciones que facilitan la gestión del compromiso entre objetivos de bien-estar y de desempeño (Falzon, & Mas, 2007), sino también como una acción que soporta el desarrollo constante y conjunto de las personas, de los colectivos de trabajo y de las organizaciones. Se apoya en el enfoque de las “capabilidades” iniciado por Sen (1999), y más específicamente en el enfoque de las “capabilidades colectivas” Evans, 2002). Estas se definen no solo como una yuxtaposición o agregación de capacidades individuales, sino también como el acontecimiento de una nueva posibilidad colectiva de actuar y de crear. Así, los operadores involucrados en una actividad colectiva son capaces de actuar alrededor de un objeto común. Han sido identificados como necesarios al desarrollo de las capacidades colectivas tres elementos fundadores y en interacción: la actividad colectiva de los operadores (el motor) definida por la interacción nutritiva del trabajo colectivo (Caroly, 2010), las estructuras organizacionales adecuadas (el soporte) y el capital social entre los actores (el lubricante). Así, en este enfoque, la actividad colectiva construye y alimenta el

desarrollo de los sujetos y de la parte colectiva del trabajo y constituye el motor de aprendizaje, de la transformación y del desempeño, recurso necesario para la aparición de nuevas libertades. El individuo y el colectivo tendrán entonces la oportunidad concreta de llevar a cabo lo que tienen razón de valorizar, hacer un “trabajo bien hecho” (Arnoud, 2013). Esto supone un entorno favorable para que las capacidades colectivas puedan ejercerse y transformarse en realizaciones de valor, que Sen (op.cit) describe como las condiciones necesarias para que un derecho formal se vuelva una capacidad real (Falzon & Mollo, 2009): un entorno “capacitante” (Falzon, 2005).

- 5 Poner en el centro del proceso de la intervención ergonómica el desarrollo, significa de manera simultánea construir la acción para alentar el desarrollo y organizar una situación de desarrollo (Falzon, 2013). La cuestión para la ergonomía es entonces el saber cómo instruir, construir y equipar la intervención de manera que esta permita:
 - Poner en marcha una dinámica que autorice y favorezca la confrontación de representaciones y su discusión: se trata de pensar la intervención como un proceso pedagógico de transformación, la oportunidad de una dinámica de desarrollo y aprendizaje.
 - Construir una situación futura que permita a los individuos, a los grupos y a las propias organizaciones transformarse y aprender, es decir, intervenir es diseñar una organización capacitante (Arnoud, 2013).

2. Metodología de investigación

- 6 La investigación-intervención se estructuró según dos etapas.
- 7 Una primera fase de diagnóstico para analizar el funcionamiento del proceso de cirugía ambulatoria en las tres unidades de cirugía del Centro Hospitalario Universitario (CHU) con el fin de identificar de qué manera la organización es un freno o un motor para el desarrollo de la actividad colectiva conjunta. Se utilizaron dos tipos de métodos:
 - Observaciones de tipo “papel-lápiz”. Después de 120 horas de observaciones exploratorias, se realizaron 60 horas de observaciones sistemáticas enfocadas en la trayectoria del paciente (desde su recepción en la unidad de cirugía ambulatoria hasta su salida). El objetivo fue analizar las actividades individuales (gestión simultánea de pacientes) y las interacciones entre los diferentes actores.
 - Entrevistas semi-directivas. Se llevaron a cabo ochenta entrevistas de las cuales 30 con pacientes y 50 con profesionales de la salud con el fin de acceder a sus representaciones acerca de la cirugía ambulatoria (nivel de conocimiento y de aceptabilidad, expectativas, frenos). En total 60 horas de entrevista que fueron analizadas según un enfoque de contenido temático.
- 8 El diagnóstico pone en relieve un trastorno de los estándares profesionales del personal sanitario, engendrado por la cirugía ambulatoria, y la dificultad de poder construir una organización que favorezca la actividad colectiva conjunta. La actividad de cirugía ambulatoria está segmentada y el paciente circula de un “segmento” al otro, sin verdadera cooperación construida, ni coordinación organizada entre los equipos. Existen ciertos modos de trabajo colectivo por especialidad pero no un “equipo ambulatorio organizado de manera colectiva” como vector de cohesión y de coherencia.
- 9 La segunda fase consistió en poner en marcha una construcción metodológica de diseño participativo de una organización de cirugía ambulatoria que sostenga el desarrollo de

una actividad colectiva conjunta y de capacidades colectivas. Esta se centró en la especialidad de cirugía orto-traumatología. Un grupo de trabajo se creó con 25 trabajadores del proceso de cirugía ambulatoria que pertenecían a equipos multi-oficios; el ergónomo y un ejecutivo de la salud, especialista del análisis de las prácticas profesionales, animaban este grupo.

- 10 Cada reunión del grupo se grabó, transcribió para poder efectuar un análisis de contenido. Cinco etapas estructuraron este diseño:
- Etapa 1: constituir una reserva de situaciones permitiendo al ergónomo animar o suscitar debates. Para esto 98 horas de observación suplementarias fueron necesarias en el servicio seleccionado.
 - Etapas 2 y 3: construir una representación común de la actividad real a partir de la simulación colectiva de un caso concreto propuesto por los animadores. Inspirándose de la metodología del enfoque de procesos (Lorino, 2003) el objetivo aquí era el de identificar la linealidad y el encadenamiento de las lógicas de la acción que concurren a satisfacer las exigencias de la atención médica, en lugar de una sucesión de etapas independientes y separadas entre equipos multi-oficios. El grupo de trabajo materializó el proceso ambulatorio cronológicamente en una banda de papel respondiendo a las preguntas “¿Quién? ¿Qué? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Cómo?”. Cada participante interviniendo en la construcción del proceso debía verbalizar conjuntamente su actividad simulada.
 - Etapa 4: Decidir los objetivos a alcanzar colectivamente. Los animadores presentaron una síntesis de los intercambios, previamente analizados de forma temática, y de los esbozos de soluciones propuestas durante las simulaciones.
 - Etapa 5: Formalizar la actividad futura y confrontar las soluciones. Se constituyeron tres sub-grupos de 5 personas, cada uno con un representante de cada función con el fin de sostener la actividad colectiva conjunta. Cada sub-grupo proponía soluciones escritas en una cartulina y las presentaba al grupo de trabajo argumentando las propuestas hechas a partir de una lista de preguntas precisas dada por los animadores.

3. Principales resultados de la investigación: los determinantes de una intervención capacitante

- 11 El análisis de datos (contenido de los intercambios, rol del ergónomo) ha dado a luz una serie de principios clave para una intervención sea capacitante, i.e. en el caso presente, que favorezca el desarrollo conjunto de las personas, de la actividad colectiva y del desempeño de la organización.

3.1. Hacer que se pueda movilizar la disponibilidad de los recursos efectivos y potenciales de los individuos

- 12 Las discusiones sobre el trabajo implicaron una toma de conciencia, mediante espacios de debate y dos tipos de “ayudas memoria” de la actividad evocadas por el ergónomo – situaciones de acción mencionadas durante el análisis de la actividad y clarificación de los datos formulados -. Esta toma de conciencia se caracteriza por dos factores (Mollo, 2004):
- El análisis del proceso se hizo a distancia de la tarea efectiva. Los participantes se centraron en sus conocimientos y competencias puestas en obra durante la actividad;

- Al ser analistas de su propia actividad y de la de los otros, los participantes explicitaron lo que hacen, como y porque lo hacen. No se trataba solo de decir lo que sabían, sino además de descubrir un saber implícito individual y colectivo y otras maneras de “hacer”.
- 13 A través de intercambios y des discusiones sobre las obligaciones, los problemas, los criterios de calidad, etc., se cosifica el trabajo, se vuelve éste exterior al operador (Falzon, 2005). Los operadores tienen entonces una verdadera oportunidad de re-interrogar colectivamente las reglas.

3.2. Desplegar una actividad colectiva conjunta para construir un grupo de trabajo colectivo

- 14 La intervención a través de la construcción, intercambios y debates colectivos sobre el proceso de cirugía ambulatoria “real” permitió el desarrollo de una forma de actividad colectiva conjunta que no existía al comienzo de la intervención. El ergónomo guio a los protagonistas de la atención médica ambulatoria para poner las bases esenciales de un trabajo colectivo y para construir los contornos de un grupo de trabajo colectivo de cirugía ambulatoria. Se logró así un conocimiento compartido del proceso en su globalidad y el surgimiento de referencias comunes, un conocimiento del trabajo del otro y una cultura compartida, un reconocimiento de las competencias de cada uno y de la necesaria complementariedad, una confianza mutua en las informaciones que circulan y en las acciones efectuadas.

3.3. Permitir a los recursos del grupo de trabajo colectivo transformarse y volverse “capabilidades colectivas”

- 15 El ergónomo, mediante la metodología utilizada, le dio al grupo de trabajo, que se convirtió en “grupo de trabajo colectivo” la posibilidad de llevar a cabo una acción en su propia situación de trabajo, y de incrementar así su poder de actuar, i.e. establecer un *“espacio de libertad, autorizado por la organización, que puede construir e invertir”* (Coutarel, 2004, p. 168). Esto permitió al grupo encontrar nuevas vías, nuevas maneras de hacer el trabajo. Los operadores, movilizand sus recursos individuales en capacidades colectivas, hicieron la elección de “hacer mejor juntos”, coordinarse y definir un objetivo común.

3.4. Permitir la conversión de las capacidades colectivas en funcionamientos efectivos.

- 16 El trabajo de reorganización fue posible ya que la organización propuso un entorno favorable a la contribución positiva del personal sanitario en el proceso de diseño colectivo de la atención médica. Los operadores beneficiaron de una libertad en la cual pudieron realmente poner en obra los recursos que poseían y elaborar reglas formales facilitando así el desarrollo de las reglas efectivas aceptables para la actividad colectiva e individual, en particular en cuanto a la coordinación de la atención médica y la colaboración interprofesional.

4. Conclusion

- 17 La metodología utilizada, basada en los principios de la ergonomía constructiva, nos llevó a proponer un modelo que contribuye al desarrollo de los individuos (gracias a la puesta en obra de saberes-hacer, de conocimientos y de competencias), de los grupos (gracias a la puesta en obra de las condiciones organizacionales que favorecen la construcción y el desarrollo de los aspectos colectivos del trabajo) y de las organizaciones (gracias a la integración en la organización de procesos reflexivos, abiertos a las capacidades de innovación de los operadores ellos mismos) (Falzon, 2013).
- 18 La generalización a otras situaciones de diseño parece ser posible dada el carácter genérico de los cuestionamientos tratados y el método aplicado. La intervención se refería a la organización de un sistema complejo (dadas las características técnicas del proceso, el número y la diversidad de los actores). Esta especificidad no parece ser un obstáculo a la utilización del modelo en situaciones poco menos complejas. Solo el análisis preliminar propio a toda intervención ergonómica y el análisis de la organización “problema” la cual se tiene que (re) diseñar permitirá decidir si es conveniente utilizar esta metodología tomando en cuenta los resultados esperados y la gestión del proyecto (nivel de análisis de la actividad necesario, actores implicados, formas de circulación de los resultados para los otros profesionales, construcción social de la intervención, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

- Arnoud, J. (2013). *Conception organisationnelle : pour des interventions capacitantes*. Thèse de doctorat en ergonomie, Conservation National des Arts et Métiers, Paris.
- Caroly, S. (2010). *Activité collective et réélaboration des règles : Des enjeux pour la santé au travail*. Habilitation à Diriger des Recherches, Université Bordeaux 2, France.
- Coutarel, F. (2004). *La prévention des troubles musculo-squelettiques en conception : quelles marges de manœuvre pour le déploiement de l'activité ?* Thèse de doctorat en ergonomie, Université Victor Segalen. Bordeaux 2, France.
- Evans, P. (2002). Collective Capabilities, Culture and Amartya Sen's Development as Freedom. *Studies in Comparative International Development*, 37 (1), 54-60.
- Falzon, P. (2005). *Ergonomie, conception et développement*. Conférence introductive présentée au 40e congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française [SELF], Saint-Denis.
- Falzon, P. (2013). Pour une ergonomie constructive. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie constructive* (pp. 1-15). Paris : PUF.
- Falzon, P., & Mas, L. (2007). Les objectifs de l'ergonomie et les objectifs des ergonomes. In M. Zouinar, G. Valléry, & M. C. Le Port (Eds.), *Ergonomie des produits et des services, Actes du 42e Congrès de la SELF*. Toulouse : Octarès.

Falzon, P., & Mollo, V. (2009). Pour une ergonomie constructive : Les conditions d'un travail capacitant. *Laboreal*, 5(1), 61-69.

Lorino P. (2003). *Méthodes et pratiques de la performance. Le pilotage par les processus et les compétences*. Paris : Editions d'Organisation.

Lorino, P. (2009). Concevoir l'activité collective conjointe : l'enquête dialogique. Etude de cas sur la sécurité dans l'industrie du bâtiment. *Activités*, 6(1), 87-110.

Mollo, V. (2004). *Usage des ressources, adaptation des savoirs et gestion de l'autonomie dans la décision thérapeutique*. Thèse de doctorat en ergonomie, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.

Sen, A. K. (2000). *Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté*. Paris : éditions Odile Jacob.

AUTOR

ANNE RASPAUD

Pôle Stratégie médico-scientifique- Hôtel Dieu - CHU de Toulouse, 2 rue Viguerie TSA 80035,
31059 Toulouse, France
raspaud.a@chu-toulouse.fr