



HAL
open science

Formes et dynamiques du travail collectif réel Analyse et développement à partir des notions d'activité et de régulation

Frédéric Garcia

► **To cite this version:**

Frédéric Garcia. Formes et dynamiques du travail collectif réel Analyse et développement à partir des notions d'activité et de régulation. Psychologie. UNIVERSITE LILLE 2 - FACULTE DE MEDECINE H. WAREMBOURG, 2009. Français. NNT : . tel-00440148

HAL Id: tel-00440148

<https://theses.hal.science/tel-00440148>

Submitted on 9 Dec 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FORMES ET DYNAMIQUES DU TRAVAIL COLLECTIF REEL
ANALYSE ET DEVELOPPEMENT A PARTIR DES NOTIONS
D'ACTIVITE ET DE REGULATION

Thèse de doctorat

Présentée et soutenue publiquement par **FREDERIC GARCIA**
Le 29 janvier 2009

Spécialité

Ergonomie, Psychologie

Domaine disciplinaire

Santé Publique

Equipe d'Accueil EA2694

Santé Publique

Ecole Doctorale

Biologie – Santé

Section Universitaire

Psychologie, 16^{ème}

Directeur de thèse

M. Paul FRIMAT
Professeur des Universités
Médecine et Santé au Travail
Université Lille2, Faculté de Médecine

Codirecteur de thèse

M. Xénophon VAXEVANOGLU
Maître de Conférence des Universités
Ergonomie / Psychologie
Université Lille2, Faculté de Médecine

Rapporteur

M. Eric BRANGIER
Professeur des Universités
Ergonomie / Psychologie
Université Paul Verlaine – Metz

Rapporteur

M. Gérard VALLERY
Professeur des Universités
Ergonomie / Psychologie
Université de Picardie Jules Vernes

Président de jury

M. Francis SIX
Professeur des Universités
Ergonomie
Université Charles de Gaulle – Lille 3

Examineur

M. Jean François CAILLARD
Professeur des Universités
Médecine et Santé au Travail
Université de Rouen, Faculté de Médecine

FORMES ET DYNAMIQUES DU TRAVAIL COLLECTIF REEL
ANALYSE ET DEVELOPPEMENT A PARTIR DES NOTIONS
D'ACTIVITE ET DE REGULATION

Thèse de doctorat

Présentée et soutenue publiquement par **FREDERIC GARCIA**
Le 29 janvier 2009

Spécialité

Ergonomie, Psychologie

Domaine disciplinaire

Santé Publique

Equipe d'Accueil EA2694

Santé Publique

Ecole Doctorale

Biologie – Santé

Section Universitaire

Psychologie, 16^{ème}

Directeur de thèse

M. Paul FRIMAT
Professeur des Universités
Médecine et Santé au Travail
Université Lille2, Faculté de Médecine

Codirecteur de thèse

M. Xénophon VAXEVANOGLOU
Maître de Conférence des Universités
Ergonomie / Psychologie
Université Lille2, Faculté de Médecine

Rapporteur

M. Eric BRANGIER
Professeur des Universités
Ergonomie / Psychologie
Université Paul Verlaine – Metz

Rapporteur

M. Gérard VALLERY
Professeur des Universités
Ergonomie / Psychologie
Université de Picardie Jules Vernes

Président de jury

M. Francis SIX
Professeur des Universités
Ergonomie
Université Charles de Gaulle – Lille 3

Examineur

M. Jean François CAILLARD
Professeur des Universités
Médecine et Santé au Travail
Université de Rouen, Faculté de Médecine

REMERCIEMENTS

La soutenance de cette thèse représente une étape essentielle, du point de vue scientifique, professionnel et personnel. Les raisons de remercier mes directeurs de thèse et mes membres de jury sont innombrables. Je les remercie d'autant plus sincèrement que j'ai conscience de ce qu'ils représentent pour ma discipline et au-delà, et de l'adéquation entre leur présence et mes thématiques de recherches et d'interventions.

Je tiens d'abord à témoigner ma profonde reconnaissance à mes directeurs de thèse, le Professeur Paul Frimat et Xénophon Vaxevanoglou, pour m'avoir proposé des moyens et une patience sans lesquels ce projet aurait été utopique. La liberté qui en a découlé m'a permis de me situer par rapport aux processus de recherche et d'interventions, et ainsi de développer mes réflexions, mes compétences et mes projets.

Mes plus vifs remerciements vont au Professeur Brangier et au Professeur Valléry. Je les remercie d'autant plus respectueusement qu'être examiné par des scientifiques et universitaires incontournables au carrefour de l'Ergonomie et la Psychologie est un honneur évident.

Enfin, je souhaite exprimer ma très profonde gratitude au Professeur Six, pour avoir daigné présider mon jury, et au Professeur Caillard, pour avoir daigné examiner mes travaux. Leur présence est une fierté certaine, et la richesse qui en découle pour mon jury un apport inestimable.

RESUME

Les conceptions du travail collectif et des écarts entre prescriptions et travail réel sont interrogées du point de vue de l'Ergonomie et des champs proches. L'étude du travail collectif, du point de vue des régulations à l'intérieur des organisations, enrichit l'analyse en termes d'écarts entre prescriptions et réel. Les manques et les excès de la prescription trouvent un écho spécifique dans le cadre des restructurations du secteur psychiatrique. L'Analyse Ergonomique du Travail, et en son sein l'Analyse Psychologique de l'activité, ont pour objectif de mettre en lumière les facteurs déterminants des situations de travail et des organisations. Les liens entre les objectifs de compréhension et de transformation dans le cadre de l'Ergonomie permettent d'obtenir et de discuter les données. Une méthodologie qualitative et quantitative analyse l'activité des soignants, leur stress, leurs représentations du travail, de l'environnement et des changements, les déterminants organisationnels et sociétaux, les projets, les modèles et les implémentations des changements.

A travers l'étude du travail réel soignant et l'intervention sur ses conditions de travail, le secteur psychiatrique montre l'utilité d'envisager l'ensemble des prescriptions inapplicables, ambiguës et incompatibles, et les dynamiques locales dans leurs diversités. Plus largement, l'analyse gagne à être élargie au travail collectif et aux différents corps de métiers, à leurs articulations et à leurs conflits, pour modéliser l'organisation au plus juste et intervenir efficacement sur celle-ci. Cette recherche montre l'utilité d'analyser les représentations du point de vue de leur homogénéité et de leur hétérogénéité, dans le but d'argumenter la nécessité d'analyser l'activité réelle de travail, l'organisation et les projets organisationnels. La prescription, la mise en œuvre des changements et les modèles de transformations impactent effectivement les perceptions, l'activité réelle de travail voire la santé du personnel, mais les collectifs de travail modèrent ces effets.

La centralité du travail collectif est confirmée, surtout si celui-ci est perçu dans sa diversité. Le secteur psychiatrique appuie l'intérêt d'une approche en termes de régulations organisationnelles, collectives et individuelles. Dans cette optique, l'Ergonomie peut à terme dépasser les critiques des organisations du travail en proposant de réelles alternatives. Les conséquences sont discutées des points de vues, complémentaires, théorique, méthodologique et interventionnel.

Mots clés : Ergonomie, prescription, travail collectif, régulations, activité, représentations, restructurations, travail soignant, hôpital, secteur psychiatrique, recherche et intervention

HEADING

Forms and dynamics of real collective work: analyses and discussions on notions of activity and regulation

Interventions and pluridisciplinary modelling of interactions between prescriptions, organizational restructuring, working conditions and psychic health of psychiatric nurses and psychiatric auxiliary nurses

ABSTRACT

The collective work and the notion of differences between prescriptions and reality are questioned by the ergonomic sciences and the close disciplines. The analyses of differences between prescription and reality are growing richer by the investigation of collective work from the point of view of regulations in organisations. Lacks and preponderance of prescriptions are analysed within the context of the restructuring of psychiatric services. The ergonomic analysis of work and especially the psychological analysis of real working activity enable the author to investigate the main factors of work situations / organisations. The links between understanding objectives and transformation objectives in the activity ergonomic approach allow to obtain and to discuss these data. A qualitative and quantitative methodology analyzes the real working activity of nurses, the nursing stress, the nursing representations of work, environment and changes, the societal and organizational determinants, the projects, the restructuring models and the implementations.

The analyses of the real psychiatric nursing work, with the interventions for work conditions, show the utility to examine the whole inapplicable, equivocal and incompatible prescriptions, and the diversity of local realities. With the purpose of precisely modelling organizations and intervening in organizations, the analysis is better with the investigation of the collective work, the different specialities, the articulations between different specialities and the conflicts. The investigations show the utility to explore the homogeneity and the heterogeneity of representations, in order to argue about the necessity of the analyses of real working activity, organization and organizational projects. The prescription, the implementation of changes and the restructuring models impact the perceptions, the real working activity and the health. The working groups have effects on these impacts.

The centrality of collective work is proved correct, especially if the diversity of collective work is analyzed. The psychiatric sector shows the utility to analyze the organisational, collective and individual regulations. Beyond the criticism of work organization, the ergonomic sciences are able to suggest alternatives. The consequences in the organizations are discussed from the additional points of views of theory, methodology and interventions.

Key words: Ergonomics, prescription, collective work, regulations, activity, representations, organisational changes, nursing work, hospital, psychiatry, research and intervention

SOMMAIRE

PARTIE1 LE TRAVAIL COLLECTIF : QUESTIONNEMENTS, CADRE THEORIQUE FONDAMENTAL, PROBLEMATIQUE FONDAMENTALE_____ 13

Chapitre 1 Introduction, questionnaire initial, plan _____ 13

Chapitre 2 Enjeux et arguments sociétaux et scientifiques_____ 16

1. Interrogations autour du travail collectif_____ 16
2. Impacts du travail collectif sur la santé et l'efficacité_____ 18
3. Travail soignant, impacts sur la santé et importance du travail collectif et de l'organisation_____ 20
4. Les évolutions du travail, les organisations et les évolutions des organisations impactent la santé et le travail collectif, notamment dans le secteur hospitalier _____ 23
5. L'écart prescrit / réel permet de repenser le travail collectif en référence aux niveaux de régulations 26

Chapitre 3 Le travail collectif : objets d'études fondamentaux, problématique fondamentale, modèle théorique général_____ 28

1. Comment se situer au sein des modèles de travail collectif ? _____ 28
 - 1.1. Repères généraux sur la diversité des approches_____ 28
 - 1.2. Multiples déterminants de l'activité : choix des niveaux d'analyses_____ 31
2. Equipe, activités collectives, collectifs _____ 34
 - 2.1. Ecart prescrit / réel et équipe de travail_____ 34
 - 2.2. Activités collectives et collectifs_____ 37
3. Enrichissement de la notion d'écart prescrit / réel : prescriptions multiples et gestion collective ____ 44
4. Confrontation des logiques, régulation de la confrontation et articulation _____ 47
5. Problématique fondamentale, modèle théorique général, hypothèses de niveau1 _____ 52

PARTIE2 CADRE ET DEMARCHE D'ANALYSE DE LA PROBLEMATIQUE FONDAMENTALE_____ 56

Chapitre 1 Cadre épistémologique et thématique de la problématique fondamentale : du modèle théorique général au modèle particulier de la recherche _____ 56

1. Introduction _____ 56
2. Modélisation et systématisation _____ 57
3. Analyse du changement social et de la complexité à partir du terrain _____ 59
4. Organisation, changement organisationnel et restructurations _____ 63
 - 4.1. Introduction _____ 63
 - 4.2. Organisation et Ergonomie _____ 63
 - 4.3. Définition de l'organisation et des liens micro / macro _____ 66
 - 4.4. Organisation et changements _____ 68

5.	Secteur hospitalier, travail soignant et travail collectif	73
5.1.	Multiplicité des logiques dans l'organisation hospitalière	73
5.2.	Travail collectif et travail soignant dans l'organisation hospitalière	77
5.3.	Travail soignant : déterminants, spécificités, accointances	80
5.4.	Conclusion	83
6.	Modèles de l'homme et de la santé	84
6.1.	Conception générale de l'homme	84
6.2.	Conception générale de la santé et lien avec l'Ergonomie	85
6.3.	Conception générale transactionniste de la santé et liens pluridisciplinaires	87
6.4.	Santé, travail collectif et organisation	90
6.5.	Santé, activité, travail collectif, organisation, transaction et modèles des liens entre la santé et le travail en Ergonomie	91
7.	Du modèle théorique général au modèle particulier de la recherche : synthèse du cadre d'analyse épistémologique et thématique de la problématique fondamentale	92
Chapitre 2 Démarche et méthodologie, variété et périmètres des interventions		100
1.	Introduction	100
2.	Variété et périmètres des interventions, liens généraux avec la recherche	100
3.	Démarche d'interventions et de recherche : AET, conception et accompagnement / conduite de projet de restructuration	106
4.	Objectifs généraux et variété des données quantitatives et qualitatives	110
5.	Analyse, accompagnement et (re) conception des projets en fonction du travail réel : questionnements et débats de terrain	112
6.	Analyse de l'activité et des représentations	117
6.1.	Observations, verbalisations et questionnaires	117
6.2.	Construction, passation et sujets des questionnaires	119
7.	Robustesse de la méthodologie et du de recueil de données	123
7.1.	Tensions entre données quantitatives et qualitatives	123
7.2.	Robustesse des données quantitatives	123
7.3.	Robustesse des données qualitatives	124
8.	Synthèse des liens entre problématique, cadre d'analyse et méthodologie : du modèle général à la méthodologie	125
PARTIE3 DONNEES : PRESCRIPTIONS, ACTIVITES, REGULATIONS		132
Chapitre 1 Prescriptions, écarts entre prescriptions et réel et entre prescriptions		132
1.	Objectif	132
2.	Cadre prescriptif général : un ensemble contraignant... en théorie	133
2.1.	Environnement prescriptif sociétal et organisationnel	133

2.2.	Le projet d'établissement _____	138
2.3.	Le projet médical d'établissement _____	140
2.4.	Le projet de service ou de département _____	140
3.	Tâches soignantes : du niveau abstrait au niveau expert _____	141
4.	Prescriptions et écarts prescrits / réel pour les soignants _____	144
4.1.	Introduction _____	144
4.2.	Visions de la maladie mentale et du patient, impacts sur la prise en charge et la sécurité _____	145
4.3.	Expérience et formation _____	152
4.4.	Effectifs _____	154
4.5.	Ecueils des moyens architecturaux et matériels _____	157
4.6.	Conclusion : multiples prescriptions et prescripteurs, diversité des logiques métiers / qualités et liens inter métiers _____	163
Chapitre 2 Activités collectives soignantes : de l'organisation prescrite à l'organisation réelle _____		167
1.	Introduction _____	167
2.	EPSM 1 service T1 (annexe 10a) _____	168
3.	EPSM 1 service T2 (annexe 10b) _____	170
4.	EPSM1 T3c (annexe 10c) _____	171
5.	EPSM2 T3a / T3b (annexe 10d) _____	174
6.	EPSM2 T8a (annexe 10e) _____	177
7.	EPSM2 T8b (annexe 10f) _____	178
8.	EPSM2 T5 (annexe 10g) _____	180
9.	EPSM2 T6 (annexe 10h) _____	181
10.	EPSM2 T7 (annexe 10i) _____	182
11.	EPSM2 UAO -Unité d'Admission intersectorielle (annexe 10j) _____	183
12.	Synthèse : facteurs généraux, diversité et typologies _____	184
12.1.	Facteurs de diversité des charges collectives et régulations sous jacentes _____	184
12.2.	Régulations soignantes et régulations générales, régulations existantes et potentielles _____	187
Chapitre 3 Des analyses générales aux analyses locales : représentations, activités, conditions de travail et changements _____		191
1.	Introduction _____	191
2.	Structuration des données statistiques : items spécifiques et analyses factorielles _____	192
2.1.	Introduction et statistiques descriptives _____	192
2.2.	Analyses factorielles du Qerdops _____	193
2.3.	Analyses factorielles concernant les perceptions des changements _____	193
2.4.	Synthèse et conclusion _____	197
3.	Modèles locaux des représentations _____	197
3.1.	Introduction _____	197

3.2.	Déterminants des perceptions des changements _____	199
3.3.	Impacts des modèles de réorganisation, approche locale _____	200
3.4.	Impacts de la prescription sur le travail collectif _____	203
3.5.	Impacts des aspects collectifs sur la santé au travail, l'activité et la prescription _____	203
4.	Synthèse et conclusion _____	205
Chapitre 4	Des régulations collectives aux régulations organisationnelles _____	208
PARTIE4	APPORTS, LIMITES ET PERSPECTIVES _____	215
Chapitre 1	Apports, limites et perspectives _____	215
1.	Introduction _____	215
2.	Synthèse réflexive des résultats _____	217
2.1.	Introduction _____	217
2.2.	Prescriptions, activités et régulations soignantes en EPSM _____	217
2.3.	Mise en perspective des régulations soignantes en EPSM à travers l'ensemble des régulations	220
2.4.	Liens entre les situations initiales, les transformations organisationnelles et la santé / les conditions de travail _____	224
3.	Du modèle particulier central au modèle général : approches de la confrontation, la régulation, l'activité collective et l'organisation, exemples du travail soignant et des EPSM _____	229
3.1.	Introduction _____	229
3.2.	Niveaux individuels surdéterminés par les niveaux strictement collectifs _____	230
3.3.	Articulation soignante, organisation médico - soignante et interactions avec l'administratif ; des collectifs au sens strict aux régulations organisationnelles générales _____	235
4.	Éléments périphériques du modèle particulier sur l'organisation _____	244
4.1.	Approche de l'organisation à travers les EPSM et les changements organisationnels _____	244
4.2.	Activités collectives, représentations et organisations : organisations réelles versus prescrites, locales versus générales _____	248
5.	Conditions de travail, travail collectif, santé et santé psychique et évolutions des organisations _____	254
6.	Démarche et outils au service des modélisations _____	259
6.1.	Terrain et méthodologie, changements sociaux et démarches d'interventions / conceptions / conduite et accompagnement de projet _____	259
6.2.	Ergonomie et pluridisciplinarité : repositionner l'interdisciplinarité _____	269
7.	Limites et perspectives _____	273
BIBLIOGRAPHIE	_____	286
ANNEXE	SOMMAIRE _____	318
	Annexe 1 : modèles des liens entre travail et santé _____	319

Annexe 2 : éléments méthodologiques de l'Analyse Ergonomique du Travail (AET) _____	322
Annexe 3 : éléments méthodologiques de la démarche de conception, appliqués à la conception architecturale _____	323
Annexe 4 : Représentation schématique de la démarche d'accompagnement / de conduite de projet de restructurations hospitalières _____	324
Annexe 5 : modèle de grilles d'observations pour le relevé systématique des activités soignantes _____	325
Annexe 6 a : grilles d'observations pour les relevés d'observations complémentaires aux relevés des activités soignantes _____	326
Annexe 7: questionnaires _____	327
Annexe 8 : représentations schématique des fonctions et des structures d'un hôpital _____	338
Annexe 9 : références législatives citées concernant les hôpitaux généraux et les EPSM _____	339
Annexe 10 : dynamiques collectives quotidiennes – journées types et éléments supplémentaires _____	340
Annexe 11 : tableaux 6 : impacts de l'âge sur les facteurs étudiés / ANOVAS _____	386
Annexe 12 : tableau 7 : communauté des items concernant l'ensemble du Qerdops : perceptions du travail et facteurs de stress / R ² Multiple _____	388
Annexe 13 : tableau 8 : alphas de Cronbach sur les facteurs du Qerdops pour chaque solution factorielle _	389
Annexe 14 : tableau 9 : corrélations entre les facteurs du Qerdops _____	390
Annexe 15 : tableau 10 : communauté des items concernant l'ensemble des items sur les perceptions des impacts et des mises en place des changements / R ² Multiple _____	391
Annexe 16 : tableau 11 : poids factoriels et pourcentages de variances expliquées concernant les 21 items sur les impacts des changements et la mise en œuvre _____	392
Annexe 17 : tableau 12 : poids factoriels sur l'ensemble des items sur le changement à partir de 3 facteurs	393
Annexe 18 : tableau 13 : poids factoriels sur l'ensemble des items sur le changement à partir de 2 facteurs	394
Annexe 19 : tableau 14 : pourcentages de variance expliquée sur les items sur les impacts changement __	395
Annexe 20 : tableau 15 : Poids factoriels sur l'ensemble des items sur les impacts du changement à partir d'un unique facteur _____	396
Annexe 21 : tableau 16 : pourcentage de variance expliquée sur les items sur les mises en oeuvre des transformations _____	397
Annexe 22 : tableau 17 : Poids factoriels sur l'ensemble des items sur les mises en place des transformations _____	398
Annexe 23 : tableau 18 : validité divergente des facteurs impacts des transformations, mises en œuvre des transformations, et facteurs du Qerdops _____	399
Annexe 24 : tableau 19 : statistiques descriptives concernant le Nottingham Health Profile _____	400
Annexe 25 : tableau 20 : impact des situations initiales et des conduites de projet sur les perceptions des changements _____	401
Annexe 26 : tableau 21 : impact des modèles de réorganisation sur les perceptions des situations initiales, des changements et des conduites de projet. _____	402
Annexe 27 : tableau 22 : perception des changements : impacts conjoints de perceptions de situations initiales	

et de conduite de projet, avec le modèle de transformation _____	403
Annexe 28 : tableau 23 : impacts des relations et interactions avec la hiérarchie (F1) _____	404
Annexe 29 : tableau 24 : impacts des relations et interactions entre l'opérateur et ses collègues (F4) _____	405
Annexe 30 : tableau 25 : impacts significatifs de la situation initiale autres que F4 _____	406

TABLE DES SCHEMAS, TABLEAUX ET ENCARTS PRESENTS DANS LE CORPS DU TEXTE

Schéma 1	Origine des questionnements et approche fondamentale	p. 55
Schéma 2a	Représentation schématique du passage du modèle théorique général au modèle particulier de la recherche : synthèse du cadre d'analyse épistémologique et thématique de la problématique fondamentale, « hypothèses » de niveau 1 à 2	p. 97
Schéma 2b	Représentation schématique du modèle particulier de la recherche concernant le travail soignant en EPSM	p. 98
Tableaux 1	Synthèse de la variété des structures, des transformations étudiées et des recueils de données	p. 104
Tableau 1a	Synthèse générale des transformations	p. 104
Tableau 1b	Synthèse des transformations et du recueil à l'EPSM1	p. 105
Tableau 1c	Synthèse des transformations et du recueil à l'EPSM2	p. 105
Tableau 1d	Synthèse des transformations et du recueil à l'EPSM2 (suite)	p. 106
Schéma 3	Correspondance schématique entre le modèle théorique général et particulier sur le travail soignant, et les indicateurs et outils	p. 131
Encart 1	Objectif et démarche du chapitre 1 de la partie 3	p. 133
Tableau 2	Répertoire des tâches soignantes dans le secteur psychiatrique	p. 143
Tableau 3	Synthèse des prescriptions, écarts entre prescrit et réel et entre prescriptions	p. 166
Encart 2	Objectif et démarche du chapitre 2 de la partie 3	p. 168
Tableau 4	Facteurs principaux qui permettent / construisent les régulations collectives et variabilité de ces facteurs	p. 187
Tableau 5	Régulations soignantes et générales, existantes et potentielles	p. 190
Encart 3	Objectif et démarche du chapitre 3 de la partie 3	p. 191
Tableau 26	Etudes des représentations générales et en lien avec les activités collectives, le travail réel des unités	p. 207
Encart 4	Objectif et démarche du chapitre 4 de la partie 3	p. 208
Schéma 4	Synthèse schématique des analyses du travail soignant	p. 220
Schéma 5	Diversité des régulations des écarts entre prescrit et réel et centralité des régulations collectives -l'exemple des EPSM à travers l'étude du travail soignant	p. 224
Schéma 6	Synthèse schématique des liens entre situations initiales, transformations et santé / conditions de travail	p. 226
Schéma 7	Régulations disciplinaires et pluridisciplinaires locales et générales idéales	p. 241
Tableau 27	Superposition schématique de continuum concernant les sciences, objectifs, approches et modèles concernant les liens santé / travail et homme / environnement	p. 257

***PARTIE I* LE TRAVAIL COLLECTIF : QUESTIONNEMENTS, CADRE THEORIQUE FONDAMENTAL, PROBLEMATIQUE FONDAMENTALE**

Chapitre 1 Introduction, questionnaire initial, plan

Cette recherche se situe dans le cadre de l'Ergonomie, essentiellement dans le cadre de l'Ergonomie de l'activité. Elle s'intéresse au travail collectif, à sa structuration, à ses impacts sur l'efficacité du travail, sur la santé et sur les conditions de travail. Les impacts du travail collectif évoluent en fonction de sa structuration. Ces impacts et cette structuration du travail collectif évoluent en fonction des spécificités des métiers, des secteurs, des organisations et des changements organisationnels. Ainsi les modèles du travail collectif sont interrogeables en fonction des spécificités des métiers, des secteurs, des organisations et de leurs évolutions. L'importance de l'organisation est médiatisée par ses constituants organisationnels stables, ainsi que par ses changements, leur intérêt, leur mise en oeuvre.

Sous l'angle du travail collectif, cette recherche s'intéresse plus particulièrement au travail soignant dans le secteur psychiatrique en restructuration. Le travail soignant est le cœur de cette recherche pour plusieurs raisons, notamment parce qu'il constitue le cœur du travail collectif hospitalier, parce que les risques pour la santé sont manifestes et parce qu'il reste relativement méconnu dans le secteur psychiatrique. Mais le travail soignant doit être étudié en lien avec les autres corps de métier, principalement pour trois raisons complémentaires qui introduisent l'approche adoptée. Premièrement, l'analyse du travail collectif gagne à être développée en lien avec l'analyse de l'organisation, donc à travers les différentes logiques portées par les différents métiers. De plus, les modèles du travail soignant, et plus largement les modèles du travail collectif, invitent à ne pas cantonner l'analyse au travail soignant, et plus largement à un métier. Enfin, l'étude du travail réel nécessite de maintenir constamment la tension entre d'une part une modélisation ergonomique proche des situations réelles, la moins artificielle possible, à forte valeur écologique, et d'autre part un réductionnisme scientifique inévitable, un objet d'étude précis et limité.

Dans cette optique, la recherche s'est nourrie d'interventions pour approcher le réel et sa complexité -ou plus précisément pour élaborer des modèles suffisamment complexes et

suffisamment comparables au réel. Cette recherche a donc également été l'occasion d'interroger le processus de recherche en Ergonomie et l'intervention de l'Ergonomie dans les processus de changement, par le biais des restructurations des Etablissements Publics de Santé Mentale (EPSM). De façon complémentaire, la recherche a nécessité des questionnements méthodologiques sur l'analyse du travail collectif soignant, compte tenu des impensés autour de ces deux thématiques et des interactions entre recherche et intervention.

Le questionnement initial « naïf » peut être formulé ainsi : « comment et pourquoi analyser et modéliser le travail collectif ? Comment et pourquoi analyser et modéliser le travail soignant, en particulier sous l'angle du travail collectif et dans le cadre des restructurations du secteur psychiatrique ? Quelles possibilités de généralisation à partir du travail soignant et quelles spécificités ? Quelles implications pour le chercheur et pour le praticien ? ».

Ce questionnement de départ invite à envisager plusieurs constats, concernant le travail collectif dans les organisations et plus spécifiquement dans le secteur hospitalier. Il s'agit autant d'enjeux motivant ce questionnement que de pistes pour le traiter (Partie 1 chapitre 2). Ces pistes introduisent le cadre théorique général, les objets fondamentaux étudiés et la terminologie sur le travail collectif, ainsi que la problématique fondamentale qui en découle (Partie 1 chapitre 3). Cette problématique permet d'exprimer le modèle général de la recherche, c'est-à-dire les hypothèses théoriques les plus fondamentales, dites de niveau 1.

De plus, l'étude du travail collectif est exprimée et précisée à travers un cadre thématique (le travail soignant), épistémologique et opérationnel. Le cadre thématique et épistémologique renvoie au modèle particulier de la recherche, c'est-à-dire à un cadre d'analyse composé de plusieurs repères de natures différentes, concernant respectivement : les modèles d'analyse, de recherche et de systématisation disciplinaire et pluridisciplinaire en lien avec les possibilités de changement opérationnel ; les modèles d'analyse de l'organisation et de ses changements ; le travail soignant et le secteur hospitalier ; l'approche de l'homme et l'approche de la santé. Tout en étant eux-mêmes questionnés, ces éléments doivent être compatibles avec la problématique sur le travail collectif, en suggérer la pertinence et en permettre l'analyse et l'opérationnalisation (Partie 2 chapitre 1). De façon impropre, ces éléments, surtout ceux concernant le travail soignant, pourraient être qualifiés d'hypothèses de niveau 2 puisqu'il s'agit de biais choisis pour étudier les hypothèses de niveau 1. Dès lors

les aspects spécifiquement opérationnels, spatiotemporels et méthodologiques, peuvent être exposés (Partie 2 chapitre 2), avant la présentation critique des principales données (Partie 3 chapitres 1, 2, 3, 4) et la discussion de celles-ci (Partie 4 chapitre 1).

Hormis les terminologies des auteurs cités, un vocable large est utilisé jusqu'à la précision de la terminologie. L'expression « travail collectif » est utilisée si celui-ci est abordé pour lui-même et l'expression « dimensions collectives du travail » est utilisée si il est fait référence à une partie du travail en général. Mais jusqu'à ce que la terminologie soit fixée, cette distinction garde également une plasticité certaine.

Chapitre 2 Enjeux et arguments sociétaux et scientifiques

1. Interrogations autour du travail collectif

La réflexion sur le travail collectif s'est accentuée au sein de l'Ergonomie depuis quelques années (Navarro, 1993 ; Salembier & Pavard, 2003). Les interrogations fondamentales et appliquées concernant le travail collectif nécessitent l'approfondissement de cette réflexion, dans le cadre de l'Ergonomie et le cadre pluridisciplinaires. L'appréhension des situations réelles est ambiguë, les difficultés théoriques et méthodologiques sont redoutables. Les impasses méthodologiques et les insuffisances théoriques dans lesquelles se trouve l'ergonomie quand elle aborde la dimension collective du travail (Vaxevanoglou, Six, Merchi & Frimat, 1993) sont entretenues par la polymorphie, le flou, la mouvance du travail collectif. Le travail collectif a été insuffisamment circonscrit pour plusieurs raisons.

Une raison centrale est la diversité du travail collectif, qui limite la portée des modélisations. La variété des configurations des collectifs empêche un modèle unique de fonctionnement collectif (Everaere, 1999). Le collectif peut être un groupe de travail fonctionnel avec plusieurs professionnels, un groupe social, une catégorie professionnelle... (Lapeyrière, 1992). Un opérateur peut appartenir empiriquement à plus d'un collectif (Montmollin, 1997). Des différences essentielles existent selon les secteurs, les postes (exécutants, médiateurs, dirigeants), les tailles d'unités, les activités fonctionnelles (direction, recherche, logistique, commerce, manutention...) (Gheorgiu & Moatty, 2003). La diversité du travail collectif est d'autant plus problématique compte tenu de sa complexité, de ses multiples constituants, de leurs relations. Les multiples dimensions du travail collectif ne peuvent pas être traitées simultanément : taille, espace, temps/durée, statut, règles internes de fonctionnement, cohésion, modes de communications, structures hiérarchiques, objectifs, collectifs englobant plus ou moins d'autres collectifs, polyvalence et autonomie, co-activité avec coordination orale, visuelle, sonore voire tactile... (Montmollin, 1997; Everaere 1999).

Des définitions normatives neutralisées sont donc illusoirs (Dequaire & Theureau, 2000 ; Gheorgiu & Moatty, 2003), d'autant que l'évolution actuelle du monde du travail obscurcit les analyses. Par exemple, l'évolution des technologies modifie les interactions (Gheorgiu & Moatty, 2003) : le cadre temporel et spatial des interactions en présence et à distance évolue en fonction des technologies de l'information et de la communication

(Moatty, 1995), les équipes additives deviennent fonctionnelles dans le passage du travail parcellisé à l'automatisation (Naville, 1961), les coopération et les entraides sont spécifiques à l'informatique (Gollac, 1996)... De même, les rapports avec l'organisation du travail sont de plus en plus ambigus : « Travailler en équipe » ne suppose pas coopérer et l'organisation du travail peut limiter volontairement mais aussi indirectement la coopération au travail (Gheorgiu & Moatty, 2005).

Les modélisations sont ainsi limitées compte tenu de l'objet « travail collectif » et de l'évolution du monde du travail. Les approches scientifiques se développent dans des cadres dont il est difficile d'avoir une vue d'ensemble. Au sein des sciences humaines, sociales et techniques, le travail collectif réfère à plusieurs objets d'analyse, plusieurs disciplines, plusieurs pratiques disciplinaires, pluri- ou inter- disciplinaires. Les biais et les partis pris, les limites théoriques et méthodologiques, sont inévitables mais plus ou moins explicites.

En particulier, au-delà des questionnements sur le travail collectif spécifiquement, les approches ont mésestimé une ambiguïté particulière : les liens équivoques entre les niveaux individuels et collectifs. En effet, « depuis bien longtemps [...] les aspects collectifs du travail ont été reconnus dans les études ergonomiques, mais ils ont été peu souvent pris comme objet central de recherche. Ceci est peut être du au fait que l'organisation de type taylorien fixait la répartition des tâches et tendait à individualiser le travail, même si la réalité est parfois différente de ce modèle » (Leplat, 1993, p.93). Il paraît pourtant indéniable que « toute activité collective fait intervenir la tâche prescrite et la tâche effective de chacun des exécutants » (Rogalski, 1994, p.371). Toute modélisation de l'activité collective doit appréhender l'articulation entre l'activité individuelle d'un opérateur et l'activité collective (Karsenty & Falzon, 1992, p.57). La centration excessive sur l'individuel représente une limite de la majorité des modèles de référence (Queinnec, Marquié & Thon, 1991). On peut se demander rétrospectivement comment on a pu penser sérieusement l'activité comme purement individuelle (Salembier & Pavard, 2003), compte tenu de l'influence de « modèles issus de disciplines ou de champs théoriques centrés quasi exclusivement sur l'étude de la cognition comme ensemble de processus internes » (Salembier & Pavard, 2003, p.88).

Ces liens entre les dimensions individuelles et collectives du travail ne sont pas linéaires ou mécaniques. Les relations de dépendance sont multilatérales entre le niveau du fonctionnement de l'opérateur et le niveau de l'activité des opérateurs (Rabardel, Rogalski &

Béguin, 1996). Le collectif n'est pas un niveau entre le niveau du fonctionnement de l'opérateur et le niveau de l'activité des opérateurs (Rabardel et al., 1996). Les problèmes de prescriptions, de marges de manœuvre, d'identités sont simultanément individuels et collectifs, mais ils se posent différemment aux niveaux individuels et collectifs. En ce sens, « les points de vue de l'individu et du collectif ne sont pas transitifs. Ils sont *épistémologiquement inconciliables*, mais seulement *confrontables*. C'est dans l'acte que se concilient l'individuel et le collectif ; dans l'expérience pratique du travail. » (Duraffourg & Hubault, 1993, p.210).

Néanmoins, les dimensions collectives du travail n'ont pas été pleinement ignorées ou abandonnées, mais masquées, minorées par un intérêt exacerbé pour les dimensions purement individuelles. Les études se sont centrées sur les dimensions individuelles en négligeant les dimensions collectives et les liens multilatéraux : cette exacerbation relève tant de l'acquis que du biais. Notamment, « La question du collectif [...] semble roder autour de l'ergonomie de langue française plus qu'ailleurs. Pour autant, il [...] semble qu'elle y reste plus pratiquée que véritablement réfléchi » (Duraffourg & Hubault, 1993, p.205). Dès lors, la « question théorique se pose sur la validité d'application de concepts construits pour l'étude du sujet humain à des « entités » non individuelles (et a fortiori à des « entités » non humaines) » (Rabardel et al., 1996, p.289). Autrement dit, un débat est ouvert sur « la pertinence – voire sur la validité théorique – de parler d'activité collective » (Rabardel et al., 1996, p.296).

En Ergonomie, les modèles de l'activité de travail et les modèles de l'homme envisagent souvent essentiellement les compromis entre le rapport à soi et le rapport à la production (résultats, prix à payer). Les approches théoriques et la double finalité opérationnelle de l'Ergonomie (développement de la santé et développement de l'efficacité) ont relativement négligé les compromis à effectuer également avec le rapport aux autres hommes. Ce rapport ne peut pas se fondre dans les deux premiers et a un impact protéiforme et spécifique. Parmi les déterminants du travail, parmi ses conditions externes et internes qui permettent de caractériser le travail, les dimensions collectives sont en effet essentielles compte tenu de leur impact sur la santé et sur l'efficacité.

2. Impacts du travail collectif sur la santé et l'efficacité

Au travail ou en dehors, les exemples soulignant l'importance d'autrui pour la santé

sont innombrables. Certains dépassent les clivages disciplinaires, tel que le soutien social au travail (Karasek & Theorell, 1990). Un constat fonde la préoccupation croissante concernant les relations entre le soutien social et la santé au travail : les analyses statistiques montrent que l'absence de soutien social –l'isolement– est un facteur de morbidité et de mortalité (Davezies, 2005). L'individu seul présente de moins bons indices de santé, de moins bons pronostics vitaux et morbides : le secteur du travail n'échappe pas à cette logique. Il en est même exemplaire, tant les coopérations formelles et informelles sont nécessaires pour faire face à des contraintes réputées de plus en plus pénibles. Dans le cadre du travail, au-delà des secteurs et des courants scientifiques, l'impact général des dimensions collectives, conjointement sur l'efficacité au travail et sur la santé, est consensuel (David, Volkoff, Cloutier & Derriennic, 1991; Leplat, 1997; Dejourn, 2005). Le collectif défend la santé de ses membres dans la mesure où il pousse à ce que le débat social ne porte pas directement sur des questions de personnalité mais sur des questions qui dépassent le niveau individuel, sur des questions d'organisation du travail (Davezies, 2005).

L'importance du travail collectif est propice aux injonctions insistant sur le développement des coopérations, des communications, des réseaux. Très peu d'activités professionnelles échappent à cette logique. Le réseau permet d'obtenir un marché, un fournisseur, un emploi. La pluridisciplinarité ou l'interdisciplinarité sont nécessaires pour vivre avec son temps dans l'enseignement, la recherche ou la santé. Les groupes projets se démultiplient dans des entreprises qui prônent la communication constante entre collègues : tous les mails sont reçus par chacun dans l'entreprise... « Tant au plan de la recherche que du travail appliqué, il apparaîtra [...] maintenant saugrenu, petit, mesquin qu'un groupe professionnel ou disciplinaire, évidemment le sien, puisse répondre à lui seul à une demande sociale, qu'il s'agisse d'intervenir sur le monde ou de produire quelque connaissance » (Couturier & Chouinard, 2003).

La nécessité du travail collectif pour le fonctionnement du monde du travail et la santé des individus est davantage un truisme qu'une nouveauté en Ergonomie : « cette question importante [les aspects collectifs du travail] est posée depuis les débuts de l'ergonomie » (Wisner, 1993, p.175). Mais au-delà de l'évidence, de la mode, de l'actualité scientifique, ou de l'aspect inépuisable de cette thématique, cette dernière paraît avoir été insuffisamment cernée. La diversité, l'ambiguïté et la complexité du travail collectif suggèrent des impacts aux multiples formes et portées. Par exemple, les formes de travail collectif dégagées ont des

effets positifs ou négatifs à court terme ou à long terme, sur la sécurité, sur la prévention des risques (Dequaire & Theureau, 2000). Et tout ce qui a trait au travail évolue, donc tout ce qui a trait au travail collectif et à ses impacts sur la santé et l'efficacité évolue. Les nécessités pragmatiques, épistémiques, institutionnelles et politiques s'accumulent perpétuellement. C'est pourquoi, par nécessité méthodologique et théorique, les impacts du travail collectif sur l'efficacité, la santé, la gestion des écarts prescrit / réel, doivent être interrogés en référence à un secteur et à un métier. Le travail soignant, notamment dans le secteur psychiatrique, est particulièrement indiqué.

3. Travail soignant, impacts sur la santé et importance du travail collectif et de l'organisation

L'activité soignante nécessite des compétences techniques et relationnelles, une implication psychique individuelle et une implication collective. L'analyse du travail soignant requiert donc l'analyse des caractéristiques objectives et subjectives, individuelles et collectives. De plus, le travail soignant présente de nombreux risques pour la santé, compte tenu de l'activité de travail elle-même, de la conception des situations de travail, des moyens de faire face aux objectifs, notamment des moyens collectifs. Les impacts du travail soignant sur la santé ont été peu à peu mis en évidence, les risques sont de mieux en mieux connus. En référence au travail soignant en général, les déterminants de l'activité étudiés lors de l'analyse ergonomique en service de soins semblent relativement balisés, à travers les facteurs de charge physique ou mentale, l'espace, les indicateurs de charge psychique, les contraintes temporelles, les contraintes pour la prévention des risques infectieux ou les réponses aux besoins des patients (Estryn-Béhar, 1996). Les multiples constituants du travail soignant rendent son étude fertile lorsqu'il s'agit d'analyser les problèmes de santé, en particulier les problèmes de santé mentale et de stress, et les ressources et possibilités d'y faire face individuellement et collectivement. Les risques semblent comparables à travers les pays malgré les spécificités des systèmes de soins et les différentes spécialités professionnelles.

Il est révélateur que le travail soignant ait été initialement la référence principale pour développer la notion de burnout. Le don de soi est effectivement épuisant pour les soignants (Amourous, 2004). Toutes les branches infirmières sont vraisemblablement sujettes à de hauts niveaux de stress et de burnout et la psychiatrie est reconnue à haut risque malgré des données manquantes (Happell, Pinikahana & Martin, 2003). Pourtant, compte tenu des risques soulignés, les hauts niveaux de burnout restent relativement rares et il en est de même pour les

échelles du Nursing Stress Scale. Les supports reçus aideraient à expliquer certains bas niveaux de stress. Concernant le travail soignant en général, les troubles de santé du personnel soignant (usure, fatigue, TMS, etc.) et les difficultés à assurer la qualité de service au patient sont les principaux dysfonctionnements liés au manque d'organisation collective du travail (Caroly & Weill-Fassina, 2007). Au niveau européen, « la qualité des relations avec les collègues est protectrice à tout âge et limite l'impact de l'âge » (Estry-Béhar, Le Nézet, Duville, 2005, p.19), mais en France est relevée « une insuffisance de possibilités de travail en équipe et de temps de parole » (Estry-Béhar et al., 2005, p.29).

Ainsi les liens entre les dimensions collectives du travail et la santé des soignants ont été soulignés de multiples façons, en y joignant divers autres facteurs, souvent en lien étroit avec l'organisation. Par exemple, le support inadéquat et le besoin en personnel ont des impacts directs sur le stress ; d'autres facteurs influent moins directement (rôles multiples, absence de pouvoir, management, souffrance du patient) ; et les causes s'impactent partiellement les unes les autres (Muncer, Taylor, Green & Mc Manus, 2001). Concernant de jeunes infirmières, la détresse émotionnelle est fortement liée au support managérial par l'intermédiaire de la satisfaction au travail, ainsi qu'aux caractéristiques dispositionnelles (Jones, Smith & Johnston, 2005). Le support managérial influencerait la satisfaction au travail grâce à la clarté du rôle et au contrôle.

L'organisation, la charge de travail, la complexité des soins et l'environnement sont fondamentaux (Tummers, Landeweerd & Merode, 2002). Le bien être et la santé sont fortement impactés par le niveau de demandes (Jeurissen & Nyklicek, 2001). L'épuisement émotionnel et l'absence de maladie, sont impactés par la participation aux soins des enfants, les caractéristiques du travail, du sexe et des attitudes vis-à-vis du travail (Bekker, Croon & Bressers, 2005). L'autonomie, en tant que ressource du travail, a une fonction médiatrice entre le stress au travail et l'épuisement émotionnel et un impact direct sur les stressés du travail (Bussing & Glaser, 2000) –mais l'autonomie n'aurait pas d'impact sur l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation du burnout. Plus largement, les variables psychosociales, sociodémographiques et socioéconomiques sont liées aux symptômes psychosomatiques (Piko, 2003).

Les activités de relations de services résultent de compromis entre quatre pôles : un pôle « **Système** », un pôle « **Soi** », un pôle « **autre** », un pôle « **personne-à-qui-s'adresse-le-**

service ». (Caroly & Weill-Fassina, 2007). Autrement dit, les déterminants de la santé et du stress du personnel soignant sont de différents ordres, inhérents **aux facteurs organisationnels, psychosociaux, dispositionnels et à l'activité de travail**. Ces facteurs sont en interaction voire partiellement confondus. Par exemple, le support managérial est à l'interface des dimensions psychosociales et organisationnelles.

Au-delà des risques pour l'ensemble du personnel soignant, le secteur psychiatrique propose quelques spécificités. Dans le secteur psychiatrique, les agressions sur le lieu de travail sont à rapprocher des stratégies de coping, de l'anxiété et du burnout (Winstanley & Whittington, 2002). La violence contre le personnel psychiatrique impacte la santé mentale de ce dernier (Soares, Lawoko & Nolan, 2000, Caillard, 2003). La vulnérabilité à la violence des infirmières et des psychiatres est associée à des attitudes négatives vis-à-vis du travail et à la perception d'une autonomie moindre. Dans le secteur psychiatrique, l'individu est particulièrement confronté à la situation, au système de travail (Vaxevanoglou, 2002c). Par exemple, la santé et l'efficacité du personnel soignant sont impactées par la diminution des hospitalisations intra muros et des durées d'hospitalisation, l'impossibilité d'atteindre les objectifs éventuellement irréalistes, le manque de considération (Vaxevanoglou, 2002c). Les différences sexuelles, le contexte sociétal, les rôles professionnels, le fonctionnement de l'équipe, le contexte environnemental et organisationnel et la surveillance clinique permettent de réduire la violence (Lawoko, Soares & Peter, 2004). Les éléments organisationnels et psychosociaux sont donc essentiels, d'autant que la violence et la sécurité sont des interrogations constantes.

Dans tous les secteurs hospitaliers, les facteurs de stress sont nombreux. Mais même dans d'autres secteurs hospitaliers, la symptomatologie psychiatrique est source de stress et de burnout. Par exemple, de nombreux facteurs de burnout existent en oncologie, dont la symptomatologie psychiatrique (Escot, Astero, Gandubert, Boulenger & Ritchie, 2001). D'autres facteurs de burnout réfèrent au manque d'information au moment du diagnostic, à la mauvaise santé perçue, aux relations difficiles avec les patients et la famille, aux incertitudes du travail (Escot et al., 2001). Les facteurs de stress réfèrent aux difficiles relations avec les autres membres du staff médical, à l'entraînement inadéquat, au manque de temps pour développer le suivi psychologique (Escot et al., 2001).

Les risques s'étendent à la plupart des catégories de personnel hospitalier. Par

exemple, l'environnement de support social et le bien être psychologique sont en lien étroit tant chez le personnel soignant que médical (Escriba-Aguir & Pérez-Hoyos, 2006). Les changements organisationnels et structurels sont nécessaires pour améliorer la productivité ainsi que la gestion du stress de plusieurs catégories de personnel (Sarp, Yarpuzlu & Önder, 2005). Enfin, des gestions très différentes peuvent faire dévier des médecins hospitaliers vers la consommation de drogues ou d'alcool, ce qui se répercute sur l'ensemble de leur santé mentale (Graham, Albery, Ramirez & Richards, 2001).

Mais le personnel soignant est central pour le fonctionnement hospitalier, compte tenu de ses effectifs et de ses responsabilités. Comme les études précédemment citées le suggèrent plus ou moins directement, l'étude de l'impact du travail soignant sur la santé a permis d'y souligner l'importance du travail collectif. Outre les risques pour la santé, l'étude du travail soignant a en effet permis d'insister sur l'importance de coopérations de la part de soignants intégrés dans les réseaux socio sanitaires pluridisciplinaires. Au-delà des champs et des courants, parmi les constituants essentiels du travail soignant, les dimensions collectives sont de plus en plus reconnues, qu'il s'agisse des équipes soignantes ou des équipes pluridisciplinaires. Les différents niveaux d'appartenance collective à l'hôpital permettent d'insister sur des sentiments d'appartenances collectives grâce à de fortes interactions techniques et relationnelles (Sainsaulieu, 2006). L'interaction qui prédomine est intersubjective à échelle humaine, locale et professionnelle : en deçà du service et au-delà de la répartition des tâches, souvent au niveau de l'unité (Sainsaulieu, 2006). Mais même si le collectif soignant est central avec ses interactions techniques et relationnelles, l'équipe ne se limite pas aux soignants, comme le montrent les différents niveaux d'appartenance collective à l'hôpital (Sainsaulieu, 2006). C'est pourquoi il est utile de replacer l'étude du travail soignant au sein de l'étude de l'organisation dans son ensemble.

4. Les évolutions du travail, les organisations et les évolutions des organisations impactent la santé et le travail collectif, notamment dans le secteur hospitalier

Depuis les premiers constats critiques sur l'organisation scientifique du travail, les impacts de l'organisation sur la santé et l'efficacité, notamment collective, sont devenus de plus en plus évidents. Les organisations du travail sont déstabilisantes (Davezies, 2005) et de nombreux obstacles au fonctionnement des collectifs créés par l'organisation du travail ont été aggravés par les évolutions du travail (Davezies, 2005). Mais à l'image du travail collectif,

la thématique organisationnelle a fourni de multiples théorisations sans épuiser le sujet. On en est même loin, tant l'objet « organisation » est propice à la polémique, scientifique ou non. L'organisation concentre les « profondes mutations technologiques, sociales et économiques de notre société [qui] inaugurent de nouveaux modes de rapports sociaux » (Brangier, Lancry & Louche, 2004, p.32). L'existence des impacts de l'organisation sur la santé et le travail collectif ne prête pas à débat, contrairement à leur nature, évaluable en fonction des secteurs et des situations réelles locales.

De plus, pour des raisons tant scientifiques que sociétales, la problématique du changement est devenue essentielle dans le secteur du travail. Le changement et plus largement l'incertitude sont des événements stressants (Lazarus & Folkman, 1984). Même indépendamment du stress et de la santé, le changement est un vecteur privilégié du travail et des organisations (voir par exemple Mintzberg 1982, 1990, 2004 ; Bennebroek Gravenhorst, Werkman & Boonstra, 2003). Et les théories sur les organisations se sont généralement développées en référence à un modèle de leur changement. On sait paradoxalement peu de choses concernant le vécu des travailleurs confrontés à des changements organisationnels, et la nature des changements concrètement rencontrés par ces travailleurs dans leur environnement de travail (De Zanet, Hansez, Bossut, Vandenberghe & De Keyser, 2004). Mais le type de changement dans une organisation ne peut vraisemblablement pas non plus être sans impact majeur sur la santé et le travail collectif. Les impacts des changements et de l'organisation sont de nature similaire -surtout si l'organisation du travail réfère à toutes les prescriptions édictées, plus ou moins formellement, au sein des entreprises et services de toutes natures, concernant l'activité des travailleurs (Montmollin, 1997). De façon comparable, les équipes et les relations de proximité importent particulièrement dans les processus de restructuration (Bouthillette, Havlovic & Van der Wal, 2001)

Plus spécifiquement, l'organisation hospitalière a légitimé de nombreuses interrogations, en tant qu'organisation complexe essentielle à la société mais extrêmement onéreuse, aux résultats ambigus ou problématiques pour la santé et le personnel, en particulier pour le personnel soignant. Ces problèmes sont particulièrement visibles dans le cadre d'évolutions organisationnelles et plus spécifiquement dans le cadre de restructurations. Même sans perte d'emploi, les restructurations sont propices aux problèmes de santé et interrogent le travail dans son ensemble : forts sentiments de séparation et de perte liés à la transformation de cadre et d'activité de travail, confrontation entre les logiques clinique et

administrative, hétérogénéité des représentations, importance des logiques institutionnelles, des équipes et du sens du travail (Dumond, 2005). L'évolution du réseau hospitalier québécois a largement documenté l'impact des restructurations sur la santé du personnel soignant, notamment les problèmes de santé mentale (par exemple Bourbonnais, Brisson, Malenfant & Vézina, 1999) Cette littérature insiste entre autre sur la perte du métier, du rôle propre souvent réduit à néant par les tâches administratives ou déléguées, et sur les lignes hiérarchiques réduites qui limitent l'encadrement centré sur le rôle infirmier.

Le contexte de transformations d'envergures est donc propice aux problèmes de stress et de santé mentale. Pourtant, comparativement au nombre d'études sur le stress au travail (notamment dans le secteur hospitalier et sur le personnel soignant), le stress dans un contexte de changement semble concerner peu d'études. Il est vrai que l'éclosion de la thématique du changement en milieu de travail reste relativement récente. Le changement dans le secteur hospitalier est d'autant plus important à envisager que l'ensemble du personnel de ce secteur est touché par des problèmes de santé, notamment des problèmes de stress, et par la gestion difficile de ces problèmes. Ces écueils sont évidemment en liens étroits avec des problèmes d'efficacité dans le travail et des perceptions négatives de ce travail et de cette efficacité. Par exemple, les restructurations qui ont eu lieu provoquent des réponses davantage cyniques et de peur, même pour le personnel infirmier qui reste en poste quand ces transformations sont terminées, ce qui endommage le bien être et entraîne une évaluation plus négative des objectifs du travail (Burke, 2001).

Plus largement, les changements hospitaliers diminuent la lisibilité du cadre hospitalier. L'évolution historique montre une constante diversification et une multiplication des fonctions des hôpitaux qui se sont traduits par une complexité croissante des structures et des bâtiments. (Le Mandat, 1989). L'insuffisance des réponses actuelles par rapport aux dynamiques de changements à l'hôpital et ses enjeux (Franchisteguy, 2001) est expliquée principalement par cette complexité. Les changements hospitaliers concernent surtout les aspects technologiques et organisationnels / managériaux. Cette évolution ne peut pas être aisée, tant il est vrai que l'hôpital superpose à ses problèmes internes typiques d'une grande organisation, les problèmes de la société en général. Le lien entre les dynamiques macro et micro est essentiel pour comprendre le travail hospitalier et l'organisation hospitalière :

« Il semble bien, à partir des études menées tant sur les budgets que sur les populations et la vie quotidienne, que l'histoire de l'hôpital ne puisse se résumer à la seule médicalisation

et que l'institution relève toujours de logiques variées largement tributaires des jeux subtils auxquels se livrent les différents « protagonistes » de l'hôpital (administrateurs, médecins, personnel, malades, autorités publiques). Ce dernier constat plaide pour une symbiose totale entre histoire de l'hôpital et histoire générale. Il n'est en effet plus possible de faire une histoire de l'hôpital qui ne tienne pas compte des phénomènes extérieurs ni une histoire sociale qui ignore l'hôpital. Celui-ci est bien loin d'être institution spécialisée et isolée de la société qui l'entoure. » (Faure, 2004, p.151)

5. L'écart prescrit / réel permet de repenser le travail collectif en référence aux niveaux de régulations

L'écart prescrit / réel peut être l'entrée d'analyse première et principale pour envisager le travail collectif, le travail soignant et les dynamiques hospitalières. On peut supposer que l'écart entre la prescription et le travail réel doit être géré au niveau du travail collectif, en particulier dans le secteur hospitalier, sous peine de problèmes de santé ou d'efficacité. En effet, l'étude du travail réel montre les efforts collectifs, pour réguler unité par unité, en fonction des individus et des politiques locales et générales (Vaxevanoglou, 2002c). Plus largement, il a été souligné précédemment les liens entre les aspects micro et macro et entre le travail individuel et le travail collectif. Dans ce cadre, il est pertinent d'envisager que les régulations peuvent être individuelles, collectives ou organisationnelles (variations des horaires...) (Gonon, 2003 ; Toupin, 2005). De façon directe ou non, la **multiplicité des niveaux de régulations** est peu à peu soulignée dans de nombreux secteurs. Par exemple, concernant le travail soignant de nuit, les objectifs, les priorités et les stratégies sont redéfinies, en lien avec le patient (sommeil, angoisses), ou avec le service désert (Toupin, 2005). De même, le travail réel des cadres de directions de crèches permet d'insister sur l'intérêt de reconnaître les dimensions multiples pour les intégrer : organisationnelles, relationnelles, administratives, psycho socio sanitaires (González, 2004).

Néanmoins, les modélisations du travail collectif restent limitées. Les plans individuels et collectifs sont différents, les problèmes de prescriptions, de marges de manœuvre, d'identités se posent différemment aux niveaux individuels et collectifs ; mais ils sont cependant simultanément individuels et collectifs. **Pour comprendre de façon riche les écarts entre prescrit et réel, il est possible d'interroger les liens entre les niveaux individuels et collectifs en référence aux multiples régulations.** Dans ce but, d'un point de

vue méthodologique et théorique, il est utile d'actualiser cette question de l'écart entre prescrit et réel en fonction d'un secteur et d'un corps de métier. Le travail soignant et le secteur psychiatrique paraissent propices compte tenu de leurs spécificités et de leurs évolutions. Au préalable, il est nécessaire de préciser les jalons et la terminologie d'où émerge la problématique détaillée concernant le travail collectif.

Chapitre 3 Le travail collectif : objets d'études fondamentaux, problématique fondamentale, modèle théorique général

1. Comment se situer au sein des modèles de travail collectif ?

1.1. Repères généraux sur la diversité des approches

1.1.1. Jalons et continuums généraux

Il est impossible de fournir une image exacte et exhaustive des approches du travail collectif, au sein de l'Ergonomie et des autres champs exploitables. En effet, les travaux se situent à l'interface de plusieurs sciences humaines et sociales voire techniques. Par exemple, les travaux concernant l'interaction et la coordination appellent à envisager l'intersection des sciences humaines, cognitives, de l'information et de la communication, au sein d'approches descriptives, compréhensives ou développementales (Symposium Artifacts and Collectives [Artco], 2005). Les approches concernant l'interaction et la coordination (Artco, 2005) se situent notamment au sein d'approches très différentes : ethnométhodologie, action et cognition situées, cognition distribuée, théories de l'activité inspirées de l'école russe, analyses ergonomiques du cours d'action, clinique de l'activité en psychologie du travail, réseau Langage et Travail (actuellement inactif, voir par exemple Borzeix et Fraenkel, 2001), sociologie pragmatique et morale française et sociologie des sciences et des techniques issue de la tradition des Sciences Studies. Le travail collectif a été un objet d'étude récurrent pour l'Ergonomie, et un objet théorique et métathéorique fondateur pour des disciplines variées : Psychologie Sociale, Psychologie du Travail et des Organisations, Sociologie générale et plusieurs champs au sein de la Sociologie telle que la Sociologie du Travail. Enfin, certaines approches managériales anglo-saxonnes développent des apports originaux.

Ce très rapide référencement des apports envisageables souligne la nécessité des choix et des partis pris pour développer une approche au sein de l'Ergonomie. Afin de situer cette recherche, la diversité de ces approches exige quelques jalons. Ces repères se recouvrent en grande partie et d'autres repères sont envisageables. Mais ceux-ci introduisent les terminologies adoptées, qui les modulent, les amendent et les précisent.

Premièrement, les approches peuvent être situées en termes de collectivisme *versus* individualisme. L'Ergonomie s'est développée essentiellement dans une optique

individualiste, mais celle-ci est de moins en moins la norme. L'optique adoptée est d'ailleurs fortement dépendante des références extra disciplinaires plus ou moins proches de l'Ergonomie. De façon **caricaturale**, la Psychodynamique peut être considérée comme « collectiviste », alors que le Cours d'Action et la Psychologie Cognitive paraissent essentiellement « individualistes ». Ces étiquettes sont principalement fournies a posteriori dans une optique critique et les recherches récentes dans ces domaines prennent de plus en plus en compte les aspects auparavant négligés. Par exemple, le champ du cours d'action développe désormais la notion d'activité « individuelle – sociale » (Theureau, 2006). De même, la Psychologie Cognitive a permis le développement progressif du champ de la cognition distribuée, en particulier à travers leurs confrontations. Au sein de l'Ergonomie, il est de plus en plus univoque que « le collectif ne peut être simplement considéré comme un niveau qui serait situé entre celui du fonctionnement de l'opérateur et celui de l'activité des opérateurs : les relations de dépendance sont multilatérales » (Rabardel et al., 1996, p.296).

Les approches et les modèles du travail collectif peuvent être catégorisées en fonction d'autres continuums. Les approches de l'activité collective peuvent être situées sur un continuum selon qu'elles abordent l'activité individuelle en tant que condition de l'activité collective, ou l'activité collective en tant que condition de l'activité individuelle qui se déroule à l'intérieur du collectif (Leplat, 1997, 2000). Cette catégorisation est proche de la distinction entre collectivisme et individualisme, mais elle paraît plus précise. Elle peut être complétée par la distinction entre l'activité collective, qui est l'ensemble des actions et interactions, et le collectif de travail, qui est le groupe de travail (Vaxevanoglou et al., 1993). Implicitement ou explicitement, les approches les plus récentes semblent distinguer de plus en plus souvent le collectif de travail et l'activité collective. Un continuum entre prescrit et consenti (Pène, 2001) peut également aider à comprendre la dialectique entre organisation prescrite et organisation réelle (Dejours, 2005) : cette dialectique s'élabore en fonction du travail collectif, ce dernier permet plus ou moins de réélaborer les prescriptions. Les approches ergonomiques peuvent se centrer sur l'un ou l'autre des composants de ces binômes, mais elles semblent de plus en plus enclines à tenir les deux bouts de chacun. De plus, à l'image de l'opposition entre collectiviste et individualiste, ces étiquettes sont principalement une grille de lecture utilisable a posteriori.

1.1.2. **Coopérations et dépendance mutuelle, coordinations et synchronisation, activité et intégration**

La distinction entre différents niveaux de travail collectif regroupe dans la littérature des terminologies multiples et les mêmes termes revêtent des sens distincts. Mais différents niveaux de travail collectif peuvent et doivent être distingués. En première approximation, le dictionnaire Larousse permet la distinction entre **coopération et coordination**. Coopérer consiste à « agir conjointement avec quelqu'un ». Coordonner consiste à « agencer les éléments pour constituer un ensemble cohérent ».

La coopération ferait donc davantage référence aux interactions interindividuelles. En effet, différentes formes de collectifs de travail complexes, organisées en réseau, permettent d'insister sur les actions et les interactions et ainsi sur la coopération qui serait davantage liée à la notion de **dépendance mutuelle** (De la Garza, 1995). Les diverses formes et les diverses modalités d'activités coopératives, les rôles et les fonctions des activités collectives tiennent à l'équilibration entre productivité, santé et sécurité (Weill-Fassin & Bencheikroun, 2000). De plus, les formes de coopération suggèrent de distinguer la coopération sur une même tâche, la coopération distribuée avec partage de tâches, la médiatisation avec délégation de tâche (Rogalski, 1994). Une revue de la littérature permet également d'envisager la coopération à travers un continuum allant (Trognon, Dessagne, Hoch, Dammerey & Meyer, 2004) :

- Des formes élémentaires du travail collectif impliquant une certaine dépendance : partage d'espace de travail ou de ressources matérielles, coaction, coprésence, co-activité pour des activités sans point commun en parallèle
- A l'activité collective et à la coopération au sens fort : les participants ont un objectif commun qui induit une dépendance mutuelle, une articulation des activités respectives les unes aux autres pour que le travail puisse être fait. La coopération peut porter sur un même objet ou sur des objets différents et les opérations et actions des agents effectuées sur cet objet peuvent être identiques ou différentes (coopération simple versus distribuée).

Les niveaux de « coopération » moins directs sont moins évidents à appréhender (Weill-Fassin & Bencheikroun, 2000). La coordination peut être envisagée comme le fait de **synchroniser** des comportements, des actions et des décisions, dans une exigence de compatibilité et de temporalité entre les différentes actions et interventions des acteurs concernés (De la Garza, 1995). La coopération est ainsi une forme spécifique et précise de

coordination.

Les notions de **coopération** et de **coordination** permettent d'insister sur les notions de **processus**, de plus ou moins grande **dépendance**, d'**actions** et d'**interactions**. La notion d'**activité collective** permet d'insister sur les mêmes caractéristiques puisque l'activité collective peut être coopérative ou simplement coordinatrice. Mais « le terme de coopération [...] n'est pas synonyme de travail collectif (De la Garza & Weill-Fassina, 2000). Les activités collectives prennent différentes formes selon les buts des opérateurs et leurs coordinations dans le temps et l'espace. » (Caroly & Weill-Fassina, 2007, p.89). L'activité collective, et éventuellement le collectif, permettent d'insister davantage sur **l'intégration dynamique des multiples dimensions** de l'environnement, des individus et des groupes de travail qui se structurent. La coopération correspond davantage à l'activité collective dans un sens strict, la coordination correspond davantage à l'activité collective dans un sens large, mais un recouvrement rigoureux n'est pas nécessaire voire peu réaliste. L'opposition entre opérateur collectif et collectif (Rabardel et al., 1996) semble rejoindre l'opposition entre **collectifs aux sens strict et large** –cette opposition est étayée par la suite. Surtout, les différentes approches suggèrent l'idée de **niveaux de travail collectif**, de degrés de coopérations et de coordination, de régulations et de compromis, des plus directs et spontanés aux plus complexes, des plus explicites aux plus implicites. Enfin, il paraît utile et plus clair de **réserver le terme d'équipe de travail en référence au groupe de travail prescrit**.

1.2. Multiples déterminants de l'activité : choix des niveaux d'analyses

Un repère essentiel en Ergonomie est la notion d'activité. L'activité en tant que « totalité complexe organisée » (Leplat, cité par Salembier & Pavard, 2003) permet d'insister sur « le caractère non décomposable de l'activité » : le « choix d'ignorer une dimension de l'activité ne peut être motivé que par des considérations pratiques et en aucune façon (...) par une hypothèse de caractère ontologique portant sur la nature de cet objet » (Salembier & Pavard, 2003, p.88). La prise en compte de la complexité « renvoie à la multiplicité de ses déterminants qui interagissent de manière dynamique » (Salembier & Pavard, 2003, p.88). Cette multiplicité des déterminants de l'activité interroge sur les niveaux d'analyses auxquels elle est perçue.

Parler d'activité c'est, avant tout, définir une unité d'analyse pour appréhender les

pratiques professionnelles (Béguin, 2007). Les déterminants analysés peuvent concerner de l'interface jusqu'aux facteurs sociaux, juridiques, culturels, du pays ou de la civilisation. Mais plus les déterminants envisagés sont larges, plus difficile est le lien aux comportements des opérateurs, ainsi que l'unité de l'Ergonomie.

L'organisation est généralement le niveau d'analyse le plus large directement envisagé par l'Ergonomie : elle résout partiellement le paradoxe entre des déterminants multiples et la nécessité de faire le lien avec l'activité. En effet, l'organisation permet en son sein la réinterprétation des déterminants sociaux, juridiques, culturels, voire les déterminants nationaux et civilisationnels. Ces déterminants expliquent pour partie les activités gestionnaires et plus largement prescriptives. A travers ces activités prescriptives, l'organisation développe des situations plus ou moins solubles pour les opérateurs, aux conséquences plus ou moins positives et au bénéfice plus ou moins élevé. Une fois les prescriptions émises, elles sont reçues, retravaillées, réélaborées par les individus et les collectifs, qui se positionnent également en fonction des autres déterminants des situations. Les collectifs permettent des situations plus ou moins acceptables, en négociant avec les prescripteurs ou au sein des collectifs, avant, pendant ou après le déroulement de l'activité collective. Le continuum prescrit / consenti (Pène, 2001) permet de percevoir que les individus insérés dans ces collectifs sont situables entre une prescription subie et un consentement plus volontaire, une adhésion plus forte. A travers l'organisation réelle qu'il met en place, le travail collectif permet ainsi la jonction entre l'organisation et l'individu et son travail réel, en fonction des multiples déterminants de la situation.

Dans ce cadre et comme noté précédemment, les approches de l'activité collective peuvent être situées sur un continuum de modèles, selon qu'elles abordent l'activité individuelle en tant que condition de l'activité collective, ou l'activité collective en tant que condition de l'activité individuelle qui se déroule à l'intérieur du collectif (Leplat, 1997, 2000). **Cette recherche réfère plutôt au premier cas de figure, en étudiant l'activité collective essentiellement pour elle-même : l'individu est considéré comme un déterminant parmi d'autres. Mais l'individu a une importance particulière : il est un déterminant *parmi* d'autres, mais sans doute pas *comme* les autres. En effet, au-delà des nécessités méthodologiques, ce continuum peut être modulé sur deux points.**

Premièrement, l'activité individuelle n'est pas simplement « une » condition de

l'activité collective. Activité individuelle et activité collective se co-structurent. La dimension humaine ne peut pas être reléguée au rang de condition parmi d'autres, par exemple avec un statut similaire à l'environnement ou aux objectifs. En particulier, parler d'activité collective ne doit pas oblitérer le fait que la santé est une donnée et une construction essentiellement individuelle, bien qu'elle soit partiellement construite collectivement. De plus, ce sont les liens entre le collectif et les individus qui qualifient les collectifs. Les activités collectives et les activités individuelles peuvent être considérées comme conditions l'une de l'autre. Même si cela peut rester implicite, elles peuvent être considérées ainsi dans le même temps, ce qui permet d'envisager deux types d'analyses, deux niveaux d'analyse des activités collectives –au sens strict et au sens large. C'est dans cette optique qu'il paraît possible de parler d'un ensemble d'activités individuelles sociales à coordonner pour qu'elles soient collectives (Theureau, 2006), ou d'une activité individuelle - collective (Vaxevanoglou, 2002c).

Deuxièmement et par conséquent, parler d'activité collective ne doit pas laisser supposer qu'il est question d'un modèle idéal. Une supposition naïve, et également souvent implicite, est de considérer que les collectifs sont unilatéralement ou très principalement positifs. L'Ergonomie s'est en effet développée en défendant les compétences des opérateurs, notamment les compétences collectives, car les enjeux sociétaux et scientifiques se situaient essentiellement dans cette défense. Ainsi les recherches sur l'activité des services peuvent être « suscitées par des demandes faisant état de difficultés dans la réalisation » mais insister sur « les possibilités et les modalités de régulation des situations par les « prestataires de service » » et donc sur les aspects positifs de « l'adaptation aux contraintes de situation ou du milieu » (Caroly & Weill-Fassina, 2007, p.94). Néanmoins « tous les opérateurs ne trouvent pas la voie pour compenser les perturbations ressenties. (...) Il serait nécessaire de mieux comprendre les sources de ces différences » (*ibid.*). Les collectifs évalués positivement permettent certes de gérer et de « re- prescrire » les différents aspects du travail pour eux-mêmes et en lien avec l'environnement. Concernant l'analyse des différentes activités de service, les activités collectives se caractérisent par leur possibilité de construction et d'évolution (Caroly & Weill-Fassina, 2007). Mais il ne s'agit que d'une possibilité : le collectif peut également être problématique, peu constructif, défensif... Les activités individuelles peuvent ne pas abonder dans le même sens. Les collectifs peuvent re- prescrire de plusieurs façons, parfois de façon problématique, ou ne pas re- prescrire.

Dès lors, puisque le groupe est envisageable comme un système auto actif ou auto organisé (Leplat, 1997, 2000), **l'absence de re- prescription, c'est-à-dire de prescription du groupe à lui-même, est envisagée comme un signal fort du collectif, à l'image de toute re- prescription.** De façon proche, la linguistique interprète l'absence de signal apparent comme un message interprétable, l'absence de communication comme un signal de communication : l'impact des collectifs est d'autant plus inévitable que les collègues se croisent presque inmanquablement. Approcher cette diversité des situations locales d'activité collective peut permettre dans un second temps de généraliser les modèles d'activité collective, que l'activité collective soit ou non constructive. Les outils d'analyses *activité collective* et *collectif* s'enrichissent grâce à la prise en compte de la diversité.

Dans ce but, les précisions terminologiques doivent permettre **d'englober les écueils essentiels du travail collectif, c'est-à-dire la prise en compte de propriétés multiples individuelles et collectives et son corollaire qu'est la diversité des configurations du réel. Une approche suffisamment générale prend en compte la richesse du réel, mais une approche suffisamment précise présente en son sein des alternatives en fonction de l'analyse de ce réel et des approches locales.**

Compte tenu de l'absence de consensus sur le travail collectif, la terminologie s'inspire d'approches existantes mais ne les utilise pas en l'état. Cette terminologie présente inmanquablement des libertés par rapport aux auteurs cités, mais il ne paraît ni possible ni utile de revenir en détail sur toutes les approches utilisées. Aussi des approches sont partiellement détournées de certaines de leurs spécificités initiales, évidemment sans être en opposition avec ces spécificités initiales, sauf si cela est précisé. Par exemple, l'articulation a été amplement approfondie au sein du réseau Langage et Travail (voir par exemple Lacoste, 2000), mais les interactions entre langage et travail ne sont pas au cœur de cette recherche.

2. Equipe, activités collectives, collectifs

2.1. Ecart prescrit / réel et équipe de travail

La littérature sur le travail collectif et la fécondité de la thématique suggèrent la nécessité d'une approche riche et complexe. Par exemple, l'« activité des équipes de travail » a permis de souligner (Savoyant, 1985) :

- les analyses des processus de répartition des tâches, d'affectation des membres de l'équipe à ces tâches et de transformation d'un objet par les membres de l'équipe
- cette répartition et cette affectation (généralement imposées aux opérateurs) ne sont qu'une des conditions d'exécution de l'activité collective
- cette condition nécessite la coordination interindividuelle des activités des opérateurs, qui est une caractéristique spécifique essentielle de l'activité collective des équipes de travail
- une analyse plus précise de cette coordination interindividuelle implique de :
 - Caractériser la situation d'activité collective : action collective pour des opérations d'exécution à coordonner, coaction pour des actions à coordonner
 - Caractériser la coordination sous trois aspects : ses formes (les relations entre les éléments coordonnés), ses conditions (représentations chez chaque opérateur des éléments des activités des autres opérateurs) et ses moyens (comment est effectivement assurée la coordination).

La répartition et l'affectation des tâches dans un but, l'importance de la situation, les modalités de coordination... sont autant de pistes qui soulignent la richesse des analyses envisageables concernant le travail collectif. Mais cette approche est également précieuse parce qu'elle ne dit pas explicitement : elle n'aborde que de façon implicite voire incidente **la séparation entre la prescription et le réel**. Par exemple, dire simplement que la répartition et l'affectation sont « généralement imposées aux opérateurs » ne permet pas de prendre la mesure de la séparation entre la prescription et le réel. La dynamique réelle du groupe de travail est systématiquement différente de la prescription, même si le groupe réel de travail peut correspondre au groupe de travail prescrit et que sa dynamique en est presque systématiquement empreinte. De même, le mélange des notions d'équipe, de collectif et d'activité paraît problématique. « Tout est dans tout », ce qui peut correspondre en un sens au réel, mais est d'un intérêt scientifique limité. En amont, ces problèmes nécessitent une terminologie claire, malgré la conscience des problèmes subséquents.

Dans ce but, il paraît utile de repartir de deux catégories univoques qui circonscrivent le sens de la coopération : l'organisation des activités professionnelles et les échanges spontanés entre des partenaires engagés dans ces mêmes actions (Gheorgiu & Moatty, 2005). La prescription ne doit pas être négligée par l'analyste qui s'intéresse au travail collectif réel : « la tâche surdétermine les formes de la coopération » (Trognon et al. 2004, p.423). Distinguer ces deux catégories permet d'en suggérer les liens : le lien entre le travail collectif

prescrit et le travail collectif réel est fondateur pour chacun. Premièrement, l'organisation formelle entrave les coopérations réelles, donc elle entraîne des négociations, le partage des savoirs, la résolution des aléas (Gheorgiu & Moatty, 2003). Deuxièmement, « les frontières qui séparent l'organisationnel « formalisé » de l'entraide « informelle » (...) ne sont ni fixes, ni établies selon les mêmes critères dans les différents collectifs de travail. Cette observation peut paraître banale, mais elle soulève des problèmes d'ordre empirique qui peuvent s'avérer redoutables dans l'interprétation des données. » (Gheorgiu & Moatty, 2005, p.16). Dans ce cadre, les problèmes soulevés par la séparation ni fixe ni établie entre l'organisationnel « formalisé » et l'entraide « informelle » (Gheorgiu & Moatty, 2005) peuvent être considérés essentiellement comme des problèmes empiriques et d'interprétation en fonction d'un secteur et d'un métier, plutôt que des problèmes conceptuels fondamentaux.

Envisager le travail collectif comme étant celui mené par un ensemble d'opérateurs, travaillant dans un même but, qui se sont concertés à cet effet, qui coordonnent la réalisation de leur tâche et dont les coopérations sont finalisées par l'objectif commun (Leplat & Savoyant, 1983), paraît insuffisant. En effet, la signification psychologique, nécessaire à un travail collectif substrat de l'activité collective, est inhérente à une représentation commune du but à atteindre (Vaxevanoglou et al., 1993). Se limiter au but commun circonscrit l'activité collective à l'activité de l'équipe, qui a en charge telle ou telle tâche. Il en résulte une confusion regrettable entre activité collective, collectif et équipe.

Les critiques ci-dessus semblent révélatrices des approches développées il y a une vingtaine d'années et auparavant. L'intérêt de l'Ergonomie pour le travail collectif existait mais semblait peu formalisé. Plus l'intérêt pour le travail collectif a été formalisé, plus la différence fondamentale entre la prescription et le réel a fondé et permis de développer les définitions. Par exemple, à propos de la fiabilité, l'approche de l'activité collective (Leplat, 1997) a été enrichie en lien avec la notion de groupe : « une notion fondamentale pour l'étude de l'activité collective est celle de couplage entre les caractéristiques de la tâche et celles du groupe de travail » (Leplat, 1997, p.188). L'activité collective peut être envisagée comme « mise en jeu conjointement par les membres du groupe en réponse aux exigences de la tâche affectée au groupe. (...) L'activité collective implique l'intervention coordonnée des membres qui y participent : les individus exécutent de manière conjointe la même tâche. (...) Le groupe défini par l'organigramme officiel ne correspond pas nécessairement au groupe de travail. » (Leplat, 1997, p.187).

La séparation prescrit / réel traverse l'Ergonomie et peut servir de point de départ à l'analyse du travail collectif. La séparation entre la prescription et le réel rejoint dès lors la distinction entre l'équipe de travail et le collectif de travail. **L'équipe de travail** est plus aisée à définir, à savoir un groupe formel constitué de deux individus ou plus qui est perçu en tant que groupe par ses membres et ses non membres et qui est démarqué de son environnement par l'existence de frontières qui le délimitent administrativement (Bourdon & Weill-Fassina, 1994).

2.2. Activités collectives et collectifs

L'activité collective peut être envisagée comme l'ensemble des actions / interactions des membres du collectif, en vue d'atteindre un but commun (ce qui n'empêche pas des buts et tâches différenciés). Comprendre l'activité collective en situation de travail nécessite également l'analyse des représentations (Vaxevanoglou et al., 1993). En particulier, comprendre la structuration et le fonctionnement des collectifs nécessite l'analyse des **représentations sociales du but** à atteindre : cette analyse fournit la signification collective de l'activité. Autrement dit, la dynamique sociale et psychologique sont les deux faces du travail coopératif (Cahour & Pemberton, 2001). Par exemple, concernant les métiers de service aux personnes, l'élaboration et/ou la re-élaboration des représentations des situations, des plans d'action et des règles constitue une part essentielle des activités individuelles et collectives des « prestataires de service » pour adapter leurs actions aux circonstances et assurer la qualité de service attendue (Caroly & Weill-Fassina, 2007).

Pourtant, les processus représentationnels ont été souvent négligés. En effet, « la plupart des études sur le travail coopératif sont centrées sur la partie « claire » de l'activité et analysent les mécanismes observables et explicites de la coordination, ceux qui peuvent être perçus et modélisés relativement aisément. » (Cahour & Pentimalli, 2005, p.50). Mais à l'inverse, l'analyse des **représentations** n'exclut pas l'analyse des **actions** et même implique cette analyse des **actions**. Les représentations en partie communes permettent des actions collectives. Par le biais des communications et des dynamiques de groupe, les actions et les représentations interagissent, ce qui permet une coordination interindividuelle des actions.

La notion de représentations communes a connu un certain succès à travers différentes

appellations : référentiels communs, connaissances communes, awareness... Par exemple, en s'inspirant du courant Computer Supported Cooperative Work, l'awareness^{1 2} de l'activité des collègues, a été définie comme le fait de rendre l'activité des autres explicite et visible dans des collectifs de sorte à savoir ce que les autres sont en train de faire (Cahour & Pentimalli, 2005). Mise en place à la marge de l'activité principale, l'awareness n'inclut pas seulement les activités explicites et visibles, mais également les compétences implicites et subtiles des acteurs qui font attention à ce qui se passe autour d'eux via les différentes modalités sensorielles. De façon comparable, les travaux relevant des modèles de l'action située, inspirés par l'ethnométhodologie et en rupture avec les conceptions cognitives et psychologiques traditionnelles qui utilisent les notions de représentation partagée et de but commun pour rendre compte du travail collectif, ont cherché à rendre compte du travail collectif par la mise à jour des processus interactionnels et communicationnels variés (Grosjean, 2005) (voir par exemple Pavard, Benchekroun, & Salembier, 1990 ; Heath, & Luff, 1994 ; Joseph, 1994 ; Goodwin, & Goodwin, 1997 ; Heath, Svensson, Hindmarsh, Luff, & Vom Lehn, 2002 ; Grosjean, 2004, cités par Grosjean, 2005).

Ainsi, envisager le plan des **représentations** ne doit pas conduire à négliger les **actions**, les **interactions** et l'**émergence de propriétés dynamiques collectives** :

« L'analyse de l'émergence sociale des arrangements collectifs, et de la gestion cognitive individuelle de la situation de travail sont des points de vue différents et complémentaires sur une même situation (...) La façon opportuniste et flexible dont les acteurs adaptent leurs actions aux contingences de la situation immédiate a été soulignée par Suchman (1987) et par Lave (1988) ; cet auteur critique l'approche cognitive traditionnelle qui surestime selon lui le rôle des plans et des représentations mentales comme déterminant la conduite individuelle. (...) l'organisation de l'action située est une propriété émergente de l'interaction qui se déploie dynamiquement entre les acteurs, et entre les acteurs et l'environnement de leurs actions (Suchman, 1987 ; Lave, 1988 ; Nardi, 1996). (...) la conscience périphérique de l'environnement humain et artefactuel a une fonction opérationnelle mais aussi interpersonnelle : elle est utile pour une allocation flexible des tâches et pour l'articulation efficace du travail mais elle est également nécessaire pour les relations sociales du groupe de collègues et pour la cohésion interne de ce groupe. » (Cahour

¹ Malaisément traduit par Cahour et Pentimalli par « conscience périphérique ». Le terme d'awareness est ici préféré.

² Cahour et Pentimalli notent que l'awareness peut se comprendre en référence aux notions de canaux d'activité secondaire (Goffman), aux variations d'attention, d'active à passive, et des foyers simultanés (Husserl), ou à l'idée en psychologie cognitive de ce qui est potentiellement accessible par les sujets (notion d'activité pré-réflexive de Piaget, notion de manifesteté de Sperber et Wilson (1986))

& Pentimalli, 2005, p.72).

L'activité collective est en « premier » lieu **opérationnelle**, mais elle est multidimensionnelle : **cognitive, sociale, intersubjective, opérationnelle, technique, physique**. Concernant l'ensemble de ces dimensions, une activité collective au sens strict peut être distinguée d'une activité collective au sens large.

Concernant **l'activité collective au sens large**, les individus coopèrent ou se coordonnent de façon plus ou moins cohérente, pour décupler leurs performances. Pour distinguer l'activité collective et le collectif, le collectif de travail peut être défini comme un groupe fonctionnel et social ayant une dynamique propre, des normes de fonctionnement, des règles de régulations communes à l'ensemble de ses membres (Vaxevanoglou et al., 1993). Défini ainsi, le **collectif** revêt un **sens large**. De façon complémentaire, ce collectif au sens large peut être défini comme un système fonctionnel, cognitif et opérationnel complexe non soumis a priori à un déterminisme fort, de décomposition fonctionnelle limitée compte tenu de ses interactions dynamiques avec l'environnement : les informations et les représentations sont distribuées et les qualités émergent et s'auto organisent (inspiré de Pavard, 2000). Le collectif de travail au sens large n'est pas restreint à l'équipe (produit de la prescription organisationnelle). L'auto organisation et l'absence de déterminisme fort sont essentielles. Par exemple, le travail collectif des infirmières émerge des interactions des différents acteurs devant la nécessité de résoudre un problème (Caroly & Weill-Fassina, 2007).

A travers des interactions plastiques entre les éléments du système, l'environnement au sens large (objets, personnes, situations) lie les buts et les moyens, en propageant les informations, en organisant l'action à venir... Au sein de cet environnement, les actions, les représentations et les buts permettent de qualifier les collectifs. Plus précisément, au sein du collectif au sens large, un degré de structuration supplémentaire peut être distingué. **L'activité collective** peut revêtir un **sens strict**, à travers des coopérations au sens d'actions dans un même but. Les individus et les collectifs s'ajustent et s'opposent : plus ils s'ajustent, plus l'activité collective revêt un sens fort. Plus l'activité collective revêt un sens fort, plus **un collectif au sens strict, un opérateur collectif** peut être distingué, en tant que noyau dur, ensemble commun prépondérant, irrépressible, irréductible aux individualités dont les performances sont ainsi décuplées. C'est au sein de ce collectif au sens strict que les représentations sont les plus proches. En référence à l'opérateur collectif, un substrat de

l'activité collective au sens fort est la signification psychologique du travail collectif, qui est inhérente à une représentation commune des buts à atteindre et circonscrite par un ensemble de tâches. Pour obtenir cette représentation commune, l'opérateur collectif fait généralement référence à un même métier. Il correspond rarement à l'équipe prescrite, notamment parce que cette dernière est de plus en plus conçue comme pluridisciplinaire. La définition du collectif au sens large s'applique également au collectif au sens strict : il est simplement un collectif spécifique, autrement dit un collectif plus précis et plus objectivable au sein de multiples collectifs. **En un sens, la définition du collectif au sens large s'applique même *davantage* au collectif au sens strict, plus homogène et cohérent.** Les caractéristiques énumérées pour le collectif au sens large se vérifient dans le collectif au sens strict avec un degré supplémentaire : le collectif au sens strict est un système *davantage* fonctionnel, *davantage* social, *davantage* opérationnel, sa décomposition fonctionnelle est *davantage* limitée...

La distinction entre l'opérateur collectif et le collectif au sens large, peut également être appréhendée à travers « l'opérateur collectif [qui] est déterminé par l'interdépendance des acteurs par rapport au but à atteindre dans une tâche commune : il diffère donc du collectif au sens de l'entité que composent des opérateurs dans un système sociotechnique, c'est à dire un collectif de travail qui a une identité sociale et une certaine pérennité (cf. de Terssac & Chabaud 1990). Les acteurs peuvent avoir des positions tout à fait différentes par rapport à la tâche, voire appartenir à des organisations (institutions) différentes et être rassemblées de manière tout à fait circonstancielle pour un but particulier ; on peut parler dans ce cas de réseau d'acteurs. (Bourdon et Fassina, 1994) » (Rabardel et al., 1996, p.297).

Il n'y a pas inévitablement d'opérateur collectif, alors qu'il y a inévitablement un collectif au sens large et une activité collective au sens large. Mais les métiers et les secteurs se prêtent plus ou moins à l'activité collective au sens strict et c'est l'analyste qui choisit de modéliser telle ou telle activité et tel ou tel collectif, en fonction du secteur et des situations. Le collectif n'est pas une entité vivante se déplaçant et agissant mais est représentable et modélisable, à fortiori le collectif au sens strict. Le collectif est actualisé par les individus et l'activité collective est en pratique actualisée par les activités individuelles. Envisagées dans des sens stricts, différencier une activité individuelle et une activité collective revient à se demander quelle est la partie de l'activité réalisée par un individu, qui serait réalisée de façon similaire par un autre individu de ce collectif au sens strict. Le critère essentiel pour distinguer les individus et les collectifs au sens strict est donc **l'interchangeabilité** des activités

individuelles / des individus pour une activité donnée.

Ce critère n'a rien d'une appréciation de qualité. Il permet essentiellement de distinguer les opérateurs collectifs, c'est-à-dire les collectifs premiers, centraux, des collectifs secondaires. Dans ce but, ce critère permet de distinguer des **niveaux** de coopération et de coordination. La notion de dépendance mutuelle, abordée précédemment en référence à la notion de coopération, gagne un degré supplémentaire à travers l'interchangeabilité. Au sein du collectif au sens strict, la dépendance mutuelle est à son paroxysme lorsque, dans l'absolu, deux individus qui effectuent une activité individuelle, similaire ou non, peuvent échanger leurs activités mutuelles pour les effectuer de façon très comparable, très analogue. **Ce critère d'interchangeabilité se superpose partiellement à la distinction entre l'activité collective au sens fort, dans laquelle par définition les individus coopèrent surtout dans le même sens, et l'activité collective au sens faible, dans laquelle pour l'essentiel les individus coordonnent leurs activités avec plus ou moins d'interférences.** Les interférences sont en effet plus courantes entre les individus issus de collectifs secondaires : les individus de métiers différents ont des priorités différentes, des déroulements d'activités différents...

Ainsi l'activité collective n'est pas exclusivement étudiée sous l'angle naïf d'une « coopération positive ». La coopération n'a pas qu'un sens positif et peut présenter des aspects conflictuels. Généralement, dans un métier relationnel, le service à la personne est une dimension essentielle de l'activité, son principal motif (Caroly & Weill-Fassina, 2007). Les buts communs ne sont pas l'ensemble des buts des individus et des organisations, et ne sont que partiellement compatibles avec eux. Dit de façon lapidaire, la coopération ne résume pas l'activité collective, l'activité collective ne résume pas le travail collectif. Ce dernier se développe également à travers l'interférence entre les activités collectives et entre les activités collectives et individuelles. A l'extrême, le collectif pris dans le sens le plus large correspond à l'organisation, même si l'analyse scinde les deux. Enfin, le collectif au sens fort fonctionne également plus ou moins bien, mais sa modélisation plus aisée signe une activité collective au sens strict relativement efficace.

La terminologie adoptée différencie l'équipe, les collectifs et les activités collectives, en superposant les distinctions entre le prescrit et le réel, les actions et les représentations, la coordination, la coopération et la dépendance mutuelle / l'interchangeabilité. Ce sont les actions et les représentations qui distinguent l'activité de la

prescription, même si elles s'inspirent partiellement de cette prescription. Par exemple, deux plans peuvent être distingués concernant la « coordination » (Royer, 1994) : le plan de l'action commune (coordination des actions individuelles) et le plan de la représentation globale (coordination des perceptions individuelles). La « coordination » dépend fortement du cadre organisationnel dans laquelle elle se développe (Royer, 1994) ; cette coordination est effectivement à lire en référence aux distinctions prescrit / réel et action / représentation. Néanmoins, le développement des représentations dépend davantage de la coordination réelle que de la coordination prescrite –on ne prescrit pas les représentations.

Les notions sont rarement formalisées explicitement comme ci-dessus, mais cette formalisation semble souvent implicitement présente dans la littérature. Par exemple, souligner l'importance du travail collectif dans l'écart entre le travail prescrit et le travail réel (abordé ci-dessous en tant qu'aspect informel du travail), tout en différenciant les représentations (abordées ci-dessous en tant que points de vue) et la répartition des tâches, peut permettre d'envisager que :

« Au sens large, on peut considérer qu'il y a activité collective lorsqu'il existe, à un moment donné, partage des buts ou des interférences entre les buts de plusieurs employés (Barthe & Queinnec, 1999). Comme le montrent les études centrées sur la régulation collective en lien avec l'âge, la préservation de la santé et la recherche de fiabilité sont deux dimensions complémentaires de l'activité collective. On peut ainsi distinguer dans la régulation collective (Barthe, 2000) :

(1) Un processus qui vise à équilibrer la charge de travail, lequel peut se traduire par une répartition des tâches en début de poste ou par des aides ponctuelles au cours de la période de travail et qui nécessite la connaissance du besoin des autres membres de l'équipe

(2) Et un processus de confrontation et d'intégration des différents points de vue afin d'arriver à des prises de décision plus fiables

Un autre aspect de la régulation collective concerne son aspect informel. Cela renvoie à l'idée d'une gestion horizontale de cette régulation, qui est plutôt informelle, et qui concerne les régulations développées dans l'exécution du travail (à l'inverse d'une gestion verticale, formelle) (De la Garza & Weill-Fassina, 2000), c'est à dire à l'idée d'une organisation « clandestine » du travail, résultat de négociations collectives informelles (Terssac, 1992). Ainsi nous proposons de considérer la régulation collective sur le plan de la redéfinition des tâches, sans que celle-ci soit formalisée par l'organisation. On peut distinguer au moins deux types de régulations collectives : la répartition des tâches et l'aide ponctuelle. » (Gonon, 2003,

p.6).

Afin d'éviter les excès du collectivisme (Theureau, 1992, 2006 ; Salembier et Pavard, 2003), mais également les excès de l'individualisme, et afin de préciser les liens entre les individus et les organisations, il est nécessaire de discriminer conjointement, dans un même « mouvement », les niveaux individuels et collectifs. Dans ce but, **la distinction entre les collectifs au sens large et les collectifs au sens strict doit être précisée en fonction des situations réelles locales**. En effet, les dimensions collectives du travail et la littérature pluridisciplinaire invitent à dépasser une tension entre holisme et individualisme qui va de pair avec des approches décontextualisées. Dépasser cette tension entre holisme (ici collectivisme) et individualisme, à travers une approche systémique, complexe et située, a pour objectif de fournir de justes marges de manœuvre à l'analyste. Dans cette optique « ni collectiviste ni individualiste », parler d'activité collective incorporant les activités « individuelles sociales » (Theureau, 2006) ou d'activité « individuelle - collective » (Vaxevanoglou, 2002c) permet de souligner les liens structurants entre les individus et les collectifs. De plus, parler d'activité collective – individuelle ou d'activité individuelle – collective permet d'insister sur le premier terme. Cette recherche se centre davantage sur l'activité collective – individuelle puisque l'activité collective au sens fort est abordée en priorité.

Une autre façon de présenter cette approche systémique est de considérer qu'elle se fait en deux temps : au sein des collectifs au sens fort puis au sein d'un deuxième système plus lâche que sont les niveaux individuel / collectifs/ organisationnel.

Pour résumer cette approche, l'analyse de l'activité collective regroupe, de façon non exclusive :

- Les différences entre les processus opérationnels, communicationnels et représentationnels en fonction des buts communs et de la gestion de l'écart prescrit / réel.

Plus largement, l'activité collective est intégratrice des dimensions opérationnelles, représentationnelle, sociale, intersubjective, technique et physique. L'activité collective et le collectif sont distingués, surtout pour ne pas circonscrire l'activité collective au but commun donc à l'activité de l'équipe qui a en charge telle ou telle tâche.

- Les différents niveaux d'interdépendance et de collectifs, la distinction et les relations entre les éléments et les moyens des collectifs.

Dans ce but, l'analyse de l'écart prescrit / réel dans un collectif au sens strict permet d'étudier la gestion de cet écart essentiellement à travers les actions et les représentations, pour l'élargir peu à peu aux collectifs pluridisciplinaires, éventuellement verticaux...

- Les divers déterminants des situations, de l'environnement, du contexte, plus ou moins directs (opérationnel, social...)
- La fluctuation temporelle de l'activité
- Les liens comme les tensions entre les activités individuelles et les activités collectives et entre les niveaux collectifs et organisationnels.

La dialectique entre l'organisation prescrite et l'organisation réelle (Dejours, 2005) est centrale. L'organisation réelle peut être envisagée comme une propriété de l'activité collective, en référence à la coopération et à la coordination des actions. En lien avec les représentations, l'organisation réelle est l'autre indice principal de l'activité collective. L'organisation prescrite est essentiellement une composante de la prescription, en référence à la coopération et à la coordination des actions. La notion d'organisation est davantage précisée dans la partie épistémologique et thématique, de même que le modèle de l'homme.

3. Enrichissement de la notion d'écart prescrit / réel : prescriptions multiples et gestion collective

La productivité, la santé, les critères de métier... sont autant de critères envisageables qu'il faudrait définir de façon systématique, mais surtout partiellement incompatibles. La pluralité des rationalités s'opposent ou / et se coordonnent au sein des collectifs si on fait référence à l'opposition individu / collectif, mais également à l'extérieur des collectifs si on fait référence à l'opposition collectif / organisation. Ces rationalités se situent aux niveaux micro, méso ou macro : individus, demandes spécifiques des métiers, encadrement des collectifs, organisations, société, « clients ». Ces lignes de forces soulignent que les collectifs sont essentiellement une modélisation réductrice, mais également que cette réduction est nécessaire car elle est le point principal de convergence et d'articulation de ces lignes de forces. **Par conséquent, les écueils de la notion de prescription concordent avec les écueils du travail collectif.** Cette concordance fait du travail collectif un objet métathéorique, à fortiori compte tenu de l'importance intrinsèque du travail collectif pour le travail dans son ensemble et de la négligence des modèles de l'Ergonomie pour le travail collectif.

Néanmoins, au niveau théorique, la notion d'écart entre prescrit et réel est plus

polémique que la littérature paraît parfois le suggérer. Les lacunes d'une Ergonomie jeune de quelques dizaines d'années n'enlèvent rien à la force du constat qu'il existe des écarts entre prescrit et réel – constat dont d'autres champs disciplinaires se sont emparés. Mais la nature de ce constat est à interroger. L'écart entre le prescrit et le réel peut être « perçu » comme un fait, mais il paraît plus instructif d'interroger la limite du constat et surtout du concept correspondant. A minima, il s'agit de questionner les sources de réflexion pouvant enrichir ce constat. Plusieurs raisons suggèrent l'ambiguïté de ce qui est souligné par l'écart entre prescrit et réel.

Premièrement, la notion de « travail prescrit » peut paraître un abus de langage : le rapport de prescription recoupe la distinction entre conception et exécution ; et dans le cadre de la conception, la coopération aboutit à la génération de prescriptions à partir des points de vue de A et de B (Hatchuel, 1996).

De plus, une critique plus conjoncturelle considère que l'opposition entre tâche prescrite et travail réel a été longtemps heuristique mais a peut-être épuisé une partie de sa fécondité épistémologique (Clot, 2002). Aussi la reconception du concept d'activité peut permettre d'en penser les dimensions subjectives et collectives (Clot, 2002).

Enfin, au-delà de la mise en évidence de l'écart entre prescrit et réel, de ses conséquences et de ses limites, une question centrale est de savoir comment on en arrive à proposer aux opérateurs des situations insolubles, alors que les conséquences peuvent être catastrophiques et que le bénéfice est faible ou inexistant. La simple méconnaissance du travail des opérateurs par les prescripteurs n'explique pas tout.

Néanmoins, plutôt que d'abandonner ou de critiquer de façon décisive la notion d'écart entre prescrit et réel, une autre option, plus réaliste, est d'enrichir cette notion grâce aux réflexions de l'ergonomie sur la transformation des représentations (voir par exemple Garrigou, 1992), en considérant qu'il y a des prescriptions et des logiques différentes et qu'il y a confrontation entre ces différents points de vues, d'ordres « socio-cognitives » (Garrigou, 1992).

En particulier, la prescription gestionnaire n'est pas exclusive, comme presque tous les secteurs le suggèrent. Par exemple, les prescriptions médicales et administratives se

superposent dans le secteur psychiatrique (Vaxevanoglou, 2002c). Plus largement les infirmières sont insérées dans les systèmes socio sanitaires (Couturier & Daviau, 2003). De façon similaire, les cadres de directions de crèches sont aux prises avec des exigences multiples parfois incompatibles, plus ou moins urgentes, aux origines différentes (González, 2004). Cinq types d'attentes, cinq types de prescription viennent de cinq centres de décisions à trois niveaux (national, municipal, local) : le secteur professionnel de la Petite Enfance, la municipalité (administration et élus), la structure d'accueil, la famille et les enfants (González, 2004). Les contraintes, les ressources et les logiques sont multiples, les compromis complexes, les solutions et les priorités réévaluées constamment en fonction des moyens variables. Des tensions voire des incompatibilités naissent souvent entre les règles des instances, par exemple à travers l'opposition entre les horaires et les normes d'encadrement, ou entre les règles de Petite Enfance, de l'administration territoriale et de la municipalité. Les dimensions multiples doivent être reconnues pour être intégrées : organisationnelles, relationnelles, administratives, psycho socio sanitaire (González, 2004).

Et pourtant, les organisations « tournent ». La Psychodynamique se demande comment les individus « tiennent » : la question vaut également pour les organisations. Comment, malgré les problèmes de prescription et l'opposition qui en découle entre les individus et les organisations, les organisations fonctionnent malgré tout et les individus travaillent malgré tout ? L'organisation a pu être rapprochée de toutes les prescriptions plus ou moins formelles (Montmollin, 1997). Au-delà de la nécessité de préciser les données situation par situation, secteur par secteur, corps de métier par corps de métier, ce n'est plus tant l'écart entre prescrit et réel qui importe. Cet écart est inévitable et peut être bénéfique ou non. Ce qui importe est surtout la nature problématique de cet écart par rapport aux multiples prescriptions, en fonction du tout que forme l'individu, le collectif et l'organisation. Ce ne sont pas les prescriptions qui permettent aux organisations de fonctionner. En un sens, les différences entre différents points de vue sont gérées plus activement par les individus et par les collectifs que par les organisations. Il s'agit toujours d'activités gestionnaires gérant une certaine réalité et soumises à des prescriptions en décalage avec cette réalité. Les relations inter métiers et intra métier re- prescrivent au niveau collectif et élaborent ainsi un « continuum prescrit / consenti » (Pène, 2001), c'est-à-dire entre imposition et adhésion.

Disséquer les écarts entre le prescrit et le réel nécessite d'intégrer les versants individuels et collectifs des prescriptions et du réel. Les conséquences des écarts entre prescrit

et réel en tant qu'« amputation de l'activité » (Clot, 2002) ou à travers les « impasses de l'activité » (Davezies, 2007) font référence à une activité individuelle et collective. Par exemple, « faute d'un collectif qui permette d'en saisir les ressorts organisationnels, les difficultés et le sentiment d'y faire un mauvais travail sont vécus en terme de défaillance personnelle » (Davezies, 2007). Dans ce but, c'est la dynamique individu / collectif / organisation qui est interrogée. Ce qui est envisagé ci après à propos de l'individu est réutilisable à propos des collectifs :

« Si le travail réel n'est pas conforme au travail prescrit c'est que la femme ou l'homme ne sont pas seulement des producteurs mais des acteurs engagés dans plusieurs mondes et plusieurs temps vécus à la fois, mondes et temps qu'ils cherchent à rendre compatibles entre eux, dont ils espèrent surmonter les contradictions en les pliant à leur propre exigence d'unité, même s'il ne s'agit là que d'un idéal. Cette personnalisation des conduites de travail s'oppose donc aux efforts inverses et systématiques d'unification de l'organisation du travail » (Clot, 2002, p.56).

4. Confrontation des logiques, régulation de la confrontation et articulation

Le triptyque individu / collectif / organisation peut être abordé en termes de confrontation et d'articulation, c'est-à-dire en référence tant à ce qui oppose qu'à ce qui lie. Aux conflits de logiques correspondent des régulations multiples. Les liens entre les niveaux individuel, collectif et organisationnel doivent être considérés dans leur richesse et dans leur ambiguïté. Autant le niveau individuel a donné lieu à d'innombrables recherches au sein de l'Ergonomie et de la Psychologie, autant les niveaux collectifs et organisationnels ont été abordés de façon plus parcellaire. Alors que les praticiens ont besoin des trois et des liens entre les trois, le niveau individuel a donné lieu à des modélisations d'une complexité au moins suffisante. Cette complexité n'enlève rien à l'intérêt scientifique de ces modèles et parfois à leur intérêt pratique, mais souligne l'utilité de les dépasser. L'interdépendance des individus et des collectifs au sein des organisations, nécessite une répartition qui renvoie aux notions de confrontation, d'articulation, de régulations individuelles, collectives et organisationnelles.

La **confrontation** réfère à la rencontre entre différents critères et différentes logiques: au sein des individus, entre des individus, entre des individus et des collectifs, au sein des collectifs, entre des collectifs, entre des individus ou des collectifs avec des organisations. Par

le choc qu'elle entraîne, la confrontation permet les dynamiques entre les individus, les collectifs et les organisations. Cette confrontation n'est a priori ni positive ni négative : elle insiste sur ce qui lie comme sur ce qui oppose, certains liens et certaines oppositions étant difficilement dépassables, d'autres plus aisément. Par exemple, les personnels médicaux et administratifs n'ont pas les mêmes critères de réussite pour eux et pour l'organisation, les psychiatres envisagent différents critères de réussite selon qu'ils réfèrent à telle théorie et à telle pratique... Cette approche en termes de confrontation se base sur le constat des liens entre la diversité des prescriptions, le réel et l'activité individuelle – collective. Ces liens sont aisément interprétables dans divers secteurs professionnels. Par exemple, concernant la gestion des incidents et des accidents sur le réseau autoroutier, « l'ensemble de ces savoirs collectifs et individuels garantissent la réalisation des interventions ainsi que la gestion de la variabilité et de la sécurité dans un environnement dynamique et sous contraintes de temps fortes [...] La fragilité de cet équilibre est nourrie par des incohérences et des inadéquations des différentes sphères organisationnelles, des inadaptations des moyens matériels mis à la disposition, et des carences en effectif et formation. » (Christophe & Germain, 2001, pp.89-90).

Il y a **régulation** de cette confrontation, en ce sens qu'il y a adaptation des modes opératoires en fonction des objectifs et des moyens (voir par exemple Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg & Kerguelen, 1997). Par conséquent, une bonne connaissance de la notion de régulation et de sa modélisation est bénéfique pour l'analyse de l'activité en situation de travail (Leplat, 2006). A partir de la théorie du contrôle qui a développé un formalisme pour l'analyse des modèles de régulation, un système asservi ou à régulation peut être défini comme « un système dont le fonctionnement est régi par les écarts de son comportement effectif ou instantané par rapport à son comportement assigné » (Naslin, 1958, cité par Leplat, 2006). La régulation vise à assurer le fonctionnement souhaité d'un dispositif, qui se caractérise également par ses entrées, les perturbations qu'il peut subir et les actions qui peuvent être exercées sur lui. Un comparateur évalue l'écart entre le but à atteindre et le comportement effectif ; un régulateur traduit cet écart en actions sur le dispositif pour l'élimination de cet écart. La boucle de régulation ou feedbacks transmet au comparateur les informations sur les résultats du fonctionnement du dispositif. Les possibilités restent ouvertes concernant les manières de remplir les grands types de fonction à l'œuvre dans une action de contrôle d'un dispositif : la fixation de but, la caractérisation des écarts au but, la génération de réponse du régulateur, feedback sous une certaine forme et manière, les fonctions du

système considéré... (Leplat, 2006).

Plusieurs types de régulations ont été distinguées : chaudes ou froides (Daniellou, 2002), en boucles longues ou courtes (Falzon, 2004)... La distinction entre régulation rétroactive et proactive (Leplat, 2006) ou anticipatrice et réactive (Piaget, 1967) permet d'envisager les régulations comme des « stratégies », des « tactiques » ou des actions plus ou moins conscientes et évolutives, développées en fonction des critères de réussite envisagés et de modes opératoires possibles. Cette distinction trouve un écho en Psychologie Cognitive à travers la distinction entre trois niveaux de contrôle : le contrôle par les automatismes à court terme, le contrôle par la représentation occurrente de la situation à moyen terme et le contrôle par les connaissances à long terme (Van Daele & Carpinelli, 2001), ou encore le contrôle relatif aux connaissances conceptuelles conscientes pour problèmes et situations neufs, le contrôle relatif aux règles pour problèmes familiers ou procédures, et le contrôle relatif aux automatismes (Rasmussen, 1986, révisé par Hoc & Amalberti, 1994, 1999).

L'intérêt de ce modèle de la régulation a été souligné dans le cadre de l'analyse de l'activité individuelle et de l'activité collective (Leplat, 2006), mais la définition de la régulation s'applique aisément aux organisations dans leur ensemble. De façon générale, la régulation sociale (Reynaud, 1989) est nécessaire compte tenu de l'aspect inadapté, incomplet, contradictoire, dangereux... des règles par rapport à l'imprévisibilité des situations (Reynaud & Reynaud, 1994). La régulation, en tant que « capacité d'élaborer des règles » (Reynaud, 2003), est la réalité sociale correspondant à l'énoncé explicite d'une règle (Reynaud, 1993) et constitutive du caractère « rationnel » de l'action sociale (Reynaud, 1993). La régulation « prend sa source dans le message normatif qu'émet toute action sociale, dans l'offre d'engagement et de réciprocité que comporte toute interaction qui cherche à s'établir » (Reynaud, 1993). Cette notion permet de montrer la continuité de l'analyse des organisations (de l'action organisée) et de celle de l'action collective (Reynaud, 1993).

Les régulations peuvent être de trois types (Gonon, 2003 ; Toupin, 2005) : individuelles, collectives et organisationnelles (par exemple les variations des horaires (Toupin, 2005)). Les régulations privilégient tel ou tel aspect individuel, collectif ou organisationnel. Mais ces trois types de régulations gagnent à être envisagées conjointement pour comprendre la dynamique individu / collectif / organisation, puisqu'elles sont les processus permettant de retrouver un équilibre, plus ou moins acceptable, entre les demandes

de l'organisation et les caractéristiques des salariés. Dès lors, il est utile de distinguer (Lang, 2000) la régulation autonome grâce aux espaces de liberté permis par les règles, et la régulation conjointe par la négociation d'un accord entre les parties

La régulation est envisageable à travers l'élaboration et la fixation du but, l'identification et la coordination des différents buts, l'évaluation des résultats de l'action par rapport au but (Leplat, 2006). Les régulations doivent fonctionner non plus séquentiellement mais en parallèle pour plusieurs raisons : multiplicité des boucles de régulation exploitables dans l'exécution d'une tâche, rôle de la métarégulation dans l'organisation de l'activité, contrôles de processus dynamique, coordinations plus ou moins difficiles sur des durées plus ou moins longues, hiérarchie de priorités évolutive, hiérarchie entre les systèmes (Leplat, 2006). Dans ce cadre, « Le problème fondamental pour l'usage du modèle de régulation est toujours de déterminer les contours du système régulé, ou des systèmes régulés quand il en existe plusieurs. Ceux-ci peuvent évoluer à la fois en fonction des compétences des opérateurs et des variations de la situation contrôlée » (Leplat, 2006, p.22). Dans ce but, différencier plusieurs niveaux de régulation est donc d'un certain secours pour améliorer l'analyse.

Le modèle de régulation éclaire l'analyse de l'activité, en même temps que celle-ci amène à enrichir ce modèle (Leplat, 2006). Les régulations individuelles, collectives et organisationnelles (Gonon, 2003 ; Toupin, 2005) approfondissent l'analyse des écarts entre prescrit et réel. Compte tenu du lien entre la notion de régulation et les activités collectives (Leplat, 2006), les différents niveaux de régulation permettent d'explicitier les activités « individuelles sociales » à coordonner pour permettre les activités collectives (Theureau, 2006), ou les activités « individuelles - collectives » (Vaxevanoglou, 2002c). Préciser la connaissance de la notion d'activité en tant que confrontation (versus résultante directe) des caractéristiques organisationnelles ou individuelles (Vaxevanoglou, 2002a ; Vaxevanoglou, 2002b) nécessite la compréhension de la dynamique de la confrontation « individu – collectif – organisation ». Cette dynamique rappelle l'actualité scientifique de l'écart entre prescrit et réel, et suggère que la notion ergonomique d'activité (individuelle ou collective) peut être envisagée comme une modalité spécifique de la régulation (individuelle, collective ou organisationnelle, dans le cadre de l'Ergonomie).

L'articulation réfère au processus opérationnel (événements prévus ou imprévus à gérer directement...) et trans- opérationnel (circulation d'information et communication plus

ou moins directe et plus ou moins prévue...) d'ajustement permettant, au sein des régulations, la jonction entre plusieurs activités individuelles ou collectives, l'assemblage et la cohérence de ces activités. Par exemple, toute modélisation de l'activité collective doit appréhender l'articulation entre l'activité individuelle d'un opérateur et l'activité collective (Karsenty & Falzon, 1992). De plus, l'articulation réfère aux activités, souvent invisibles qui produisent les nécessaires fonctionnements transversaux (Lacoste, 2000) : il s'agit ici de transversalité entre les activités individuelles ou collectives. Par exemple, l'articulation infirmière correspond à la responsabilité organisationnelle (inter métiers), opérationnelle, pratique, temporelle, des processus de soins et administratifs (Kostulski, 2000).

Cette articulation permet l'ajustement des pratiques de l'équipe soignante au sein de l'environnement organisationnel, médical et humain. Ainsi l'articulation est une spécificité parmi d'autres du travail soignant : articulation entre les soignants mais également entre les différentes spécialités. Deux types d'articulation sont envisagés : **la coopération et la coordination**, définies précédemment.

La coopération concerne essentiellement un objectif précis commun à plusieurs individus. A l'extrême, « la coopération caractérise une activité collective dans laquelle les opérateurs travaillent ensemble sur le même objet visant au même but proximal (De la Garza, 1995). L'infirmière et l'aide-soignante refont ensemble le lit d'une personne dépendante. » (Caroly & Weill-Fassina, 2007, p.89). La coordination concerne essentiellement un cours d'activité : il y a coordination entre des individus, des collectifs, des organisations ou des sous organisations. Ces deux aspects aident à distinguer les équipes, les collectifs, les activités collectives et le continuum allant des formes élémentaires aux formes évoluées du travail collectif. Comme il a été noté précédemment, la coopération, directe ou non, se déroule entre deux individus, alors que la coordination se déroule entre les individus et les collectifs. La coopération est plus courante entre les membres d'un collectif primaire et de visu, mais ceci n'a rien de systématique. De plus, si l'activité de deux individus est envisagée non pour ces individus en eux-mêmes mais en tant qu'ils représentent chacun un collectif primaire différent, on peut parler de coordination. Si c'est leur articulation interindividuelle qui est interrogée pour elle-même, on peut parler de coopération. Ces critères sont des critères d'analyses qui n'ont pour vocation que d'être comparables au réel, et non d'être le réel lui-même.

Concernant la coordination entre les différentes activités, coopératives ou non, au sein des organisations complexes :

« il ne s'agit plus, comme dans la coopération, de cerner les principes du « faire ensemble » propre à une équipe, si dispersée soit-elle (...). Il s'agit, cette fois, de l'agencement des multiples chaînes d'activités, systèmes coopératifs, réseaux d'acteurs, ayant chacun une autonomie partielle, mais dont la cohérence est nécessaire à l'efficacité d'ensemble d'une organisation. (...) Or, autant la coopération de travail, directe ou médiée, est souvent bien maîtrisée, autant la coordination reste problématique : supposant des médiations nombreuses entre des logiques variées et des temporalités distinctes, elle reste un impensé des organisations. Le plus souvent laissé aux bons soins de chacun mais de personne en particulier, le travail d'articulation supplémentaire qu'elle requiert révèle sa faiblesse ou sa robustesse lors du surgissement d'aléas et d'incidents, mais c'est dans les routines quotidiennes qu'il lui faut s'ancrer » (Lacoste, 2001, p.324).

5. Problématique fondamentale, modèle théorique général, hypothèses de niveau1

Les angles d'analyses potentiels du travail collectif sont multiples : interactions, représentations, dynamiques de groupe, communications... L'étude des conditions de travail sous l'angle des écarts entre le prescrit et le réel et de la gestion de ces écarts permet de modéliser le travail collectif, d'en circonscrire l'analyse des différentes formes et des différentes propriétés. Appréhender le travail collectif nécessite de repartir des écarts prescrit / réel pour n'« élargir » l'analyse que peu à peu. Ce sont les écarts prescrit / réel et surtout leur gestion qui lient les niveaux individuels et collectifs de façon plus ou moins constructive ou négative. Compte tenu des prescriptions multiples et des incompatibilités entre les prescriptions et le réel, c'est le travail collectif qui permet de gérer et de réélaborer ces écarts prescrit / réel. Ces incompatibilités sont gérées, régulées au niveau collectif dans un cadre disciplinaire voire pluridisciplinaire. Les notions définies doivent donc permettre **d'étudier l'écart et la dialectique entre le prescrit et le réel, le passage des problèmes prescriptifs aux différents niveaux de travail collectif, ainsi que l'insistance concomitante sur les actions, les représentations, les buts communs, en fonction des situations.**

Afin d'étudier cette problématique, l'importance du travail collectif est à resituer dans une perspective transactionnelle individu / collectif / organisation. Les limites acceptables, ou

inversement l'atteinte de « points de ruptures », dépendent de l'équilibre que les écarts entre les prescriptions et le réel entretiennent avec la gestion individuelle et collective et avec l'organisation au sens large. La notion d'écart entre le prescrit et le réel et la notion d'activité peuvent ainsi être enrichies et précisées à travers les dynamiques collectives et à travers les dynamiques individu / collectif / organisation. Les écueils des prescriptions multiples nécessitent des régulations individuelles, collectives, organisationnelles.

L'objectif de préciser la notion d'activité, en tant que confrontation (versus résultantes directe) des caractéristiques organisationnelles ou individuelles (Vaxevanoglou, 2002a ; Vaxevanoglou, 2002b), vise la compréhension de la dynamique de la confrontation « individu – collectif – organisation » et de ses conséquences sur le travail et la santé. A minima, l'activité est envisagée comme un ensemble d'activités individuelles sociales à coordonner pour qu'elles soient collectives (Theureau, 2006), ou d'activités individuelles – collectives (Vaxevanoglou, 2002c). A l'extrême, on peut se demander si il est illusoire de parler de régulations individuelles – collectives – organisationnelles – sociétales.

La confrontation entre les critères organisationnels, collectifs et individuels implique des écarts entre les prescriptions et le réel et entre les prescriptions. Dans le cadre de cette confrontation, deux temps permettent de penser le travail collectif à partir de la notion d'écarts entre le prescrit et le réel.

- **Les écarts sont régulés par les collectifs de travail, c'est-à-dire que la prescription est réévaluée et gérée par les collectifs de travail. Les collectifs régulent à plusieurs niveaux : ces divers niveaux de régulations permettent d'analyser l'activité collective.**

Autrement dit, l'activité collective et le fonctionnement des collectifs sont analysables et modélisables en termes de niveaux de régulations. Cette optique a pour objectif de penser le travail collectif à partir de l'écart prescrit / réel et de la gestion de cet écart au niveau collectif.

C'est essentiellement l'activité collective du collectif au sens strict, l'activité collective de l'opérateur collectif, qui est ainsi analysée, c'est-à-dire l'articulation entre les activités d'individus « interchangeable ». Cette analyse permet d'expliquer l'activité collective des opérateurs collectifs à partir de leur confrontation à l'organisation.

C'est à ce niveau collectif que les représentations, les buts communs, les activités, les situations sont les plus proches.

- **De plus, les écarts entre les prescriptions et le réel ne sont pas régulés exclusivement au niveau des collectifs au sens strict. Les divers niveaux de régulations ne se limitent pas à l'activité collective au sens strict ou large. Analyser l'écart prescrit / réel et la gestion de cet écart renvoie aux régulations individuelles, collectives et organisationnelles.**

Analyser et comprendre tous les niveaux de régulation permet de comprendre et de resituer l'activité collective du point de vue de ces niveaux de régulation. Cette optique a pour objectif de penser le travail collectif à partir de l'écart entre le prescrit et le réel et de la gestion de cet écart en général.




A ce niveau sont ainsi analysées l'activité des opérateurs collectifs, l'activité des collectifs au sens large, l'articulation entre les activités individuelles et collectives et les régulations organisationnelles. Ces analyses permettent d'expliquer l'activité collective au sens large, à partir de la manière dont se construisent les compromis entre l'efficacité collective et organisationnelle et la construction collective et individuelle de la santé individuelle.


De façon synthétique, les objectifs de la recherche se résument donc en trois temps :

- **Montrer les écarts entre les prescriptions et le réel et plus largement les confrontations entre les logiques.**
- **Montrer que ces écarts et ces confrontations induisent des régulations strictement collectives et la nature et la variété de ces régulations. L'activité collective au sens strict est la principale forme de régulation envisagée. Cette activité collective au sens strict permet d'insister sur les représentations et les buts communs.**
- **Montrer que ces confrontations induisent des régulations plus larges et la nature et la variété de ces régulations.**

Les régulations strictement collectives constituent néanmoins le cœur de cette recherche, notamment à cause de leur aspect fondateur par rapport aux régulations plus larges, au moins pour l'analyse. De plus, les situations les plus dégradées ou inversement les plus constructives sont les plus malléables à analyser, mais un objectif reste l'étude de la diversité des situations réelles pour s'approcher tant que possible de ce réel, donc les situations plus ambiguës peuvent également être exploitées.

Schéma 1 : origine des questionnements et approche fondamentale

Questionnement initial « naïf »	Comment et pourquoi analyser et modéliser le travail collectif ? Comment et pourquoi analyser et modéliser le travail soignant, en particulier sous l'angle du travail collectif et dans le cadre des restructurations du secteur psychiatrique ? Quelles possibilités de généralisation à partir du travail soignant et quelles spécificités ? Quelles implications pour le chercheur et pour le praticien ?
<u>Enjeux et arguments scientifiques et sociétaux</u>	<p>Travail collectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polymorphe, divers (secteurs, postes...) • Complexe <ul style="list-style-type: none"> ➢ Eléments multiples en interactions : taille, espaces, natures et modalités des relations inter individuelles... • En évolution • Echappe aux définitions normatives • Liens équivoques et multilatéraux entre travail collectif et travail individuel <ul style="list-style-type: none"> ➢ Centration excessive des études sur les niveaux individuels implique une méconnaissance des niveaux collectifs... qui invalident également partiellement les approches des niveaux individuels ➢ Ambiguïté d'autant plus forte que les niveaux individuels se co-structurent mais sont de natures différentes • Impacts sur la santé et l'efficacité : ampleur univoque mais nature à préciser <ul style="list-style-type: none"> ➢ Travail soignant hospitalier, notamment psychiatrique : écho à et opérationnalisation de ces questionnements <p>Donc objectif / point de vue général :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La centration sur les dimensions individuelles du travail doit peu à peu laisser la place à une réflexion conjointe sur les dimensions individuelles et collectives • Dans ce but : élargissement de la notion d'écart entre prescriptions et réel, en termes de niveaux de régulations • Par conséquent : possibilité de repenser l'organisation et les liens entre les niveaux macro et micro
<u>Modèle général, théorie générale, problématique centrale</u>	<p>Etude de l'activité en tant que totalité complexe organisée Etude de l'activité collective d'abord pour elle-même, dont les individus sont un déterminant parmi d'autres mais au statut spécifique. Cette étude de l'activité se situe au sein d'une étude plus générale en termes de niveaux de régulations :</p> <ul style="list-style-type: none"> •  Ecarts prescrit / réel et prescrit / prescrit, et plus largement confrontations des logiques [individu, collectif, organisation] •  Entraînent / permettent des régulations collectives strictes plus ou moins constructives (<i>critères d'efficacité collective</i>) <ul style="list-style-type: none"> ➢ Dont l'activité collective au sens strict, en lien étroit avec les représentations et les buts communs (<i>Collectifs au sens strict : au-delà des caractéristiques du collectif au sens large : interchangeabilité, dépendance mutuelle</i>) ➢ Interactions avec les écarts et les confrontations ➢ Impacts sur les conditions de travail et la santé •  Entraînent / permettent des régulations collectives larges plus ou moins constructives (<i>critères d'efficacité organisationnelle</i>) <ul style="list-style-type: none"> ➢ Qui interagissent de façon positive/ neutre/négative avec ces écarts et les confrontations et avec les régulations collectives strictes <p>(<i>Collectifs au sens large : faibles déterminisme et décomposition fonctionnelle, dynamique propre, normes de fonctionnement, règles de régulations, auto organisation, qualités émergentes, informations et représentations distribuées, interactions dynamiques avec l'environnement, pas restreint à l'équipe produit de la prescription</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Impacts sur les conditions de travail et la santé

Légende :  Impacts et interactions entre les écarts et prescriptions et les régulations

PARTIE2 CADRE ET DEMARCHE D'ANALYSE DE LA PROBLEMATIQUE FONDAMENTALE

Chapitre 1 Cadre épistémologique et thématique de la problématique fondamentale : du modèle théorique général au modèle particulier de la recherche

1. Introduction

Afin de traiter la problématique fondamentale, le modèle général, les hypothèses théoriques dites de niveau 1, ce chapitre a pour objectif d'explicitier plusieurs éléments. Ces éléments, qui constituent le modèle particulier de la recherche, sont souvent sous-jacents, implicites ou incidents dans d'autres recherches. Mais il a paru essentiel de les expliciter pour deux types de raisons.

Premièrement, la raison principale concerne les liens entre ces éléments et la problématique fondamentale. Cette dernière ne gagne pas à être opérationnalisée en l' « état ». Dès lors, ces éléments peuvent être considérés comme des outils d'analyse, des clés de lecture, des vecteurs de compréhension. Ces éléments ne sont pas le cœur des analyses théoriques, ils ne structurent pas directement la démarche théorique : ce sont des éléments de discussion et de compréhension plus ou moins directs de la problématique fondamentale. Hétérogènes, les importances respectives de ces éléments par rapport à la problématique fondamentale sont parfois suggérées par le modèle théorique fondamental lui-même. Les natures et les importances respectives de ces éléments sont synthétisées à la fin de ce chapitre. Ces éléments sont présentés dans le même chapitre pour insister sur la structuration cohérente de la démarche scientifique adoptée.

De plus, ces éléments sont également interrogés en partie pour eux même. En ce sens, c'est la problématique fondamentale qui devient leur vecteur de compréhension, une sorte de prétexte pour aborder :

- Les processus de modélisation et de systématisation
- De façon plus spécifique, l'analyse du changement social et de la complexité, les possibilités de modèles issus du terrain et les généralisations envisageables
- L'organisation, le changement organisationnel et les restructurations
- Le secteur hospitalier, le travail soignant et l'importance qu'y revêt le travail collectif

- Les modèles de l'homme et de la santé

2. Modélisation et systématisation

La recherche est définissable comme un effort de lucidité dont un sous produit peut parfois être l'efficacité, mais qui veut en première instance remplacer le chaos perçu par des modèles explicatifs (Jacquard, 1988, cité par Curie, 1996). Dépassant la science dite « normale » (au sens de Kuhn, 1970), cet effort de lucidité revêt plusieurs formes. Les modélisations systémiques (Weiner, 1948) ont aidé au passage de concepts analytiques d'objets, de structure, de logique disjonctive, d'explication causale, à des concepts de processus, d'organisation, de logique conjonctive, de compréhension « téléologique », c'est-à-dire établie en fonction de la finalité du système (Lohisse, 2001). Dans la première approche, le passage d'un modèle à l'autre englobe le précédent qui est un cas particulier du nouveau modèle (Curie, 1996). Le nouveau modèle rend compte de nouvelles relations empiriques (Thuillier, 1971, cité par Curie, 1996). La seconde approche semble plus propice à la coexistence scientifique d'approches fondamentalement différentes. On ne cherche pas systématiquement à montrer que telle théorie est plus correcte et plus exacte, mais plutôt que les théories abordent différentes situations, peuvent convenir à certaines situations plus qu'à d'autres (Logan, 1988, cité par Leplat, 2005). Paradoxalement, l'approche systémique permet donc, par définition, les approches conventionnelles et réductionnistes. De plus, ne pas scinder des systèmes permet d'éviter d'en perdre des spécificités essentielles, mais permet également d'éviter un nombre exponentiel d'hypothèses pour envisager ces systèmes, et les discussions subséquentes que l'on pourrait qualifier de borgnes.

Les multiples systèmes envisageables par l'Ergonomie suggèrent qu'une approche systémique et complexe est de moins en moins évitable. Par exemple, des systèmes ouverts tels que l'« homme total » ou la pluralité des rationalités habitent l'activité de travail (Leplat, 1997). L'Ergonomie veut regarder le travail autrement, avec des connaissances différentes ou reliées différemment (Curie, 1996) : dans ce but, modéliser ces systèmes ouverts peut paraître un objectif inaccessible mais fécond, heuristique. Aussi le « déclin des théories normatives » (Reason, 1994) permet d'envisager l'enrichissement des modèles d'analyse.

Cet outillage est composé de modèles pour lesquels il n'y a pas de définition qui fasse autorité (Montmollin, 1997). Le « modèle du modèle » (Montmollin, 1997) peut être défini

comme une représentation des comportements des opérateurs dans une situation de travail, et permettant d'agir sur cette situation. (Montmollin, 1997). Cette mise en forme, ce discours sur les éléments jugés pertinents en fonction des actions visées sur l'objet, est réduit en fonction de langages plus ou moins précis, formalisés et structurés. La précision des concepts permet la solidité des modèles (et non le formalisme), leur finition, leur fermeture, leur aspect univoque.

Conjointement à la signification de ce qu'est une modélisation, la question qui se pose est celle de ce qui est modélisée. Les modèles incontournables pour qualifier une étude d'ergonomique ne concernent pas exclusivement les liens travail - santé. Compte tenu de l'étendue des déterminants de l'activité, on peut dire qu'une étude est ergonomique en fonction des modèles utilisés : modèles de santé, modèles de changement social et modèles de l'homme (Daniellou, 1996). Elaborer ces connaissances scientifiques passe par des positions épistémologiques et paradigmatiques claires (Daniellou, 1996). Mais les cadres théoriques sous-jacents sont souvent non explicités (Montmollin, 1997). La reconnaissance de divergences théoriques qui se distinguent par des postulats sur le travail, l'homme, la technique, ou mieux encore par leurs doctrines, paraît essentielle (Dejours, 1996). Les critères de cohérence font référence à l'intérieur de chaque école et l'ergonome théoricien devrait s'en réclamer par avance.

La clarification des positions épistémologiques et paradigmatiques est d'autant plus difficile que les approches du travail collectif sont souvent en phase d'élaboration ou de développement, sans un recul pleinement satisfaisant. Afin d'étudier le travail collectif, cette approche s'appuie donc sur certains éléments débordant le travail collectif voire l'Ergonomie.

Suite aux enjeux présentés dans la première partie, l'objectif est de commencer à en préciser les processus que les données doivent mettre davantage en lumière, concernant :

- L'analyse de la complexité en lien avec les approches du changement social,
- L'organisation et ses changements,
- Le travail soignant, dans le secteur hospitalier, qui permet d'opérationnaliser l'approche du travail collectif.
- L'homme et la santé

3. Analyse du changement social et de la complexité à partir du terrain

Au sein d'une Ergonomie qui insiste sur la variabilité et la recherche de terrain, les modèles aux prédictions trop pauvres, aux classes de situations trop générales, sont modulés en fonction des secteurs et des métiers. Néanmoins, explorer et analyser les ordres locaux dans leurs spécificités et dans leurs dynamiques propres, en adoptant une méthodologie et des objectifs théoriques qui reconnaissent pleinement leur autonomie (Friedberg, 1997), ne doit pas conduire à rester exclusivement au niveau des ordres locaux. L'équilibre entre généralité et capacité prédictive s'établit à partir de validations concernant les modèles et non les résultats. L'objectif est de « « disposer d'éléments d'appréciation du rôle de certains mécanismes sur un phénomène plus global » (Dugdale & Pavard, 2000, cités par Salembier & Pavard, 2003). La validation ne se fait pas sur les comportements locaux des agents mais sur la capacité du modèle à faire émerger des propriétés globales du système intéressantes qui pourront contribuer à enrichir le processus de conception. » (Salembier & Pavard, 2003, p.96). Cette démarche s'applique spécifiquement à la problématique travail - homme – santé psychique, pour laquelle ce qui est généralisable ce sont « les modèles explicatifs et non les résultats spécifiques à une population et pour que cela soit valide il est méthodologiquement nécessaire de combiner une approche analytique, inductive centrée sur l'activité et une approche hypothético-déductive, quantifiant, centrée sur les représentations. C'est leur articulation qui permet de proposer un modèle explicatif des liens entre activité et santé psychique. La référence explicite à l'activité de travail est (...) nécessaire pour valider la pertinence du modèle et la compréhension de son évolution indispensable pour cerner les conséquences sur la santé psychique. » (Vaxevanoglou, 2002b, p.127).

L'Analyse Ergonomique du Travail (AET) est une approche ascendante, bottom up, une méthode d'examen de la complexité sans modèle à priori (Wisner, 1996). Dans un cadre constructiviste et systémique, cette approche permet de ne pas délimiter excessivement à priori l'objet d'étude, afin de faire discuter divers approches, méthodes, critères, situations. La combinaison est possible entre les approches inductives et hypothético-déductives, bottom up et top down. Mais cette combinaison privilégie l'approche bottom up, qui minore le choix à priori du modèle au profit de la discussion sur le modèle. Le cadrage des principales caractéristiques de la complexité³ est facilité par l'objectif de solutions opératoires en réponse

³ La complexité est celle des modèles, de leurs variables et de leurs relations (Leplat, 1996).

à une question précise. Les objectifs théoriques et la méthodologie sont d'autant plus liés qu'il ne paraît pas justifié de privilégier une approche de façon générale. Il vaut mieux préconiser l'adaptation de la méthodologie au problème (Wisner, 1991). La résistance des données construit peu à peu l'intervention et empêche des modèles « fourre-tout » ou exponentiels.

La recherche fondamentale de terrain n'est pas spécifique à l'AET et à l'Ergonomie. Une psychologie élaborée sur le terrain peut être aussi fondamentale qu'une psychologie conduite en laboratoire – qui n'est pas fondamentale par le seul fait qu'elle s'élabore en ce lieu (Leplat, 1982). La simplicité d'une situation peut empêcher celle-ci de devenir un paradigme, en empêchant les va-et-vient entre son caractère générique et un fonctionnement habituel. Mais la question de l'équilibre entre laboratoire et terrain est désormais plutôt de savoir ce que les recherches très réductionnistes en laboratoires peuvent apporter à l'Ergonomie ; en effet les thèmes centraux ne peuvent plus être approfondis au laboratoire : santé, social, cognition au sens large, compromis (surtout en fonction de la santé), régulations, conséquences et limites du décalage entre prescrit et réel... Ce n'est pas tant une question épistémologique fondamentale qu'une question d'« actualité » scientifique : la pertinence intrinsèque de l'approche artificielle est indéniable mais actuellement limitée, compte tenu des spécificités des secteurs ou des métiers, des évolutions de l'Ergonomie, du travail en général, **du travail collectif en particulier**. Plusieurs activités, cours d'actions, groupes professionnels s'entrecroisent systématiquement, avec des significations particulières pour chaque individu en fonction de sa vie professionnelle, personnelle, actuelle ou passée... Ces entrelacs du travail collectif ont été négligés, souvent par nécessité -par exemple à cause de la pénibilité du travail. Enfin, dépasser l'optimisation de la satisfaction des acteurs, pour envisager la négociation de contrainte (voir par exemple Terssac, 1992 ; Terssac, Lompré, Erschler, Huguet, 1993) ou la gestion des compromis (Hubault, 1996), est permis par le dialogue entre les modèles d'activité des opérateurs et d'action de l'ergonome, entre l'analyse d'une situation réelle et du changement de cette situation en termes de structure et de relations construites par les acteurs, donc à partir du terrain.

Les approches de laboratoire sont donc surtout des compléments aux recherches de terrain, **à fortiori concernant le travail collectif**. Elles clarifient des écueils inévitables, en particulier les problèmes de généralisation et de tensions sociales, mais ces écueils sont fondateurs de problématiques centrales. La diversité des configurations réelles du travail collectif, superposée à la diversité des individus, doit être prise en compte par des modèles qui

ne sont qu'une représentation du monde réel, élaborés à partir de l'observation de ce monde réel pour ne pas en négliger les aspects essentiels. Les typologies se basent donc sur des situations réelles pouvant contenir plusieurs axes d'analyses pertinents : le réel n'est pas malléable à souhait. La notion de situation d'action caractéristique (Daniellou, 1992 ; Maline, 1994) s'enrichit en fonction des dynamiques et invariants pertinents d'un point de vue scientifique et sociétal, qui ne se modulent pas en fonction du bon vouloir des chercheurs, mais réfèrent à de multiples axes individuels et collectifs diversement généralisables. Par exemple, la généralisation des modélisations à partir du secteur psychiatrique renvoie au travail soignant en général et à d'autres activités partiellement comparables (travail des cadres aux superpositions fréquentes d'activités...) mais on ignore à priori précisément en quoi.

Les aspects essentiels sont cadrés par l'AET, en tant que méthode de recherche et d'intervention. Dès lors, les critères de modélisation sont étroitement liés aux types de modèles envisagés et aux interactions entre les recherches et les interventions. Une alternance entre les positions de chercheur et d'intervenant (Curie, 1996) permet de superposer la recherche et l'intervention. Certes les transformations réelles ou symboliques des recherches sont très spécifiques et il subsiste une certaine discontinuité entre la validation de connaissances scientifiques en général et la validation de connaissances issues de l'action. Cette discontinuité présente probablement un aspect « ontologique », irréductible. Mais penser la recherche en Ergonomie nécessite que cette discontinuité soit *suffisamment* résolue, surtout en termes de complémentarité entre les critères de recherche et d'intervention. Elle se résorbe partiellement en considérant que l'AET valide des connaissances doublement : par une construction technique et par une construction sociale (Daniellou, 1996). La recherche scientifique s'élabore en fonction des modèles de l'activité des opérateurs et des modèles de l'action de l'ergonome (Daniellou, 1996). Ces deux types de modèles et de connaissances diffèrent mais sont mis en correspondance. Leur existence suggère la complémentarité entre les critères spécifiques au chercheur et à l'opérateur. Deux tribunaux sont envisagés : celui de la connaissance et celui de l'action (Dejours, 1996). On peut également parler de critères de validité (ou vérité) (Ricœur, 1986, cité par Dejours, 1996) : la vérification empirique des sciences de la nature et la validation qualitative des sciences humaines. La **validation est double : scientifique / protagonistes de l'intervention** (Daniellou, 1996). La validation scientifique (tribunal de la connaissance) réfère à la validation de modèles –par opposition à la validation de résultats. La validation par les protagonistes (tribunal de l'action) réfère à l'action en général et à l'intervention ergonomique en particulier.

Au-delà de la thématique santé – travail, la validation scientifique du modèle de l'action est la seconde grande spécificité de la recherche en Ergonomie. La discussion du modèle de l'action et de l'intervention s'effectue quels que soient la réussite ou l'échec d'une intervention, et ne doit pas être simplifiée en ne considérant que l'intervention formelle et non réelle. Par comparaison, la discussion d'hypothèses expérimentales peut s'appuyer sur l'existence de résultats significatifs ou sur leur absence, même si le premier cas facilite la démarche et les communications scientifiques. De même, la réussite ou l'échec de l'action et de l'intervention, et plus généralement quelque chose entre les deux, permettent de discuter premièrement l'impact et le modèle de l'intervention, deuxièmement l'impact et le modèle de l'intervention sous l'angle de la thématique principale (ici le travail collectif), troisièmement la possibilité et la portée d'une pratique commune recherche / intervention.

Le point de vue défendu est donc celui de la portée de recherches fondamentales grâce aux terrains et aux interventions, sans négliger la limite de la concordance des critères de recherche et d'intervention. La science et le terrain / l'action ont leurs exigences respectives, qui ne se recouvrent que partiellement. Les recherches sur les interventions gagnent à être réactualisées tant que possible, d'autant qu'elles sont d'une portée forcément limitée puisque les interventions qui permettent ces recherches sont aussi et surtout des recherches. Cette disjonction explique en grande partie un point apparemment sous estimé dans la littérature : la disjonction apparente entre les pratiques et l'enseignement de l'Ergonomie, quel que soit le courant considéré et au-delà de la disjonction entre les prescriptions aux ergonomes (ce qui leur est enseigné) et leurs pratiques réelles. **De réelles « recherches - actions », considérant inutile et même néfaste scientifiquement et socialement de privilégier la recherche au détriment de la pratique et des interventions (et inversement), sont donc simultanément limitées et nécessaires.** Sauvegarder la spécificité ergonomique passe par l'oscillation entre d'une part les connaissances, d'autre part la validation par l'évaluation des actions et des interventions -en termes d'influences, de synergies provoquées, plutôt que d'efficacité propre (Hubault, 1996). C'est cette spécificité, au sein de la thématique santé – travail, qui sauvegarde les enjeux et une certaine unité de la discipline. Elle permet une dialectique entre l'objectivité et la subjectivité du chercheur, des méthodes et des opérateurs.

4. Organisation, changement organisationnel et restructurations

4.1. Introduction

Les organisations et les théories des organisations sont convoquées et questionnées par les situations réelles, surtout par le constat des décalages entre le prescrit et le réel. Ce constat dépasse les frontières de l'Ergonomie, mais est à la base de l'Ergonomie de l'activité et a fourni de solides critiques des approches théoriques des organisations. Mais l'Ergonomie a néanmoins trop souvent paru se limiter au stade de la critique sans proposer d'alternative décisive. De plus, ces approches ont évolué, ainsi que les organisations elles-mêmes. Les sciences des organisations discutent avec d'autres champs disciplinaires, et se superposent à d'autres champs disciplinaires dont elles ne sont pas clairement distinctes. Concernant l'organisation et ses changements, différents points de vue paraissent complémentaires au point de vue de l'Ergonomie : Sciences des Organisations et Sciences Sociales surtout anglo-saxonnes, Psychologie du Travail et des Organisations, Psychologie Appliquée, Psychologie Sociale, Sociologie... En effet, « afin de comprendre les diverses modalités de réélaboration des règles par les opérateurs et leur encadrement, il semble nécessaire de faire évoluer l'orientation de l'analyse de l'activité vers une approche multidisciplinaire qui reposerait sur une ouverture de l'ergonomie aux théories développementales, de l'organisation et du management et qui chercherait à coordonner des connaissances en psychologie, en sociologie et en gestion. » (Caroly & Weill-Fassina, 2007, pp.94-95).

Aussi quatre bases sont envisagées pour étudier les organisations : le point de vue de l'Ergonomie, le point de vue complémentaire des sciences des organisations et sociales, l'approche du changement et l'importance d'une approche locale en fonction d'un secteur et éventuellement d'un métier (en l'occurrence le secteur hospitalier et le travail soignant, abordés dans la sous partie 4.5). Ces quatre points soulignent **l'importance d'envisager une approche suffisamment explicite des organisations et de leurs changements, pour préciser le traitement de la problématique fondamentale sur le travail collectif**. La problématique souligne d'ailleurs d'elle-même l'importance d'une approche des organisations et de leurs changements.

4.2. Organisation et Ergonomie

L'organisation est à rapprocher de toutes les prescriptions plus ou moins formelles

(Montmollin, 1997). La prescription accrue, mais souvent d'autant plus floue, est un corollaire à l'évolution des organisations et impacte le travail collectif :

« Les nouvelles formes d'organisation (moins hiérarchiques, plus horizontales, en étoile, en réseau) appelées souvent non tayloriennes, appellent des exigences nouvelles en matière de coordination, supposent des modalités inédites de concertation et créent des espaces nouveaux –des vides à combler dans le tissu interstitiel- pour la communication. (...) La division du travail et le découpage antérieur des postes et des activités (...) céderait tendanciellement –restons prudents- la place à des principes inverses : la recherche de la transversalité, de l'interaction et de la réactivité dont les « structures projet » (...) sont un bon exemple. « L'agir ensemble » serait une nouvelle exigence pour bien produire » (Borzeix, 2001, pp.82-83).

Les organisations et la prescription sont indissociables de la question du travail collectif. D'ailleurs, l'activité de prescription est une activité à part entière (Leplat, 2000). Il faut savoir pourquoi les prescripteurs en arrivent à prescrire des objectifs et des procédures irréalisables. Interroger les organisations revient à interroger l'activité collective au sens large, ainsi que l'activité des concepteurs et des organisateurs en lien avec les autres opérateurs. Autrement dit, la prescription n'importe pas tant pour elle-même que pour son écart au réel des opérateurs. L'organisation du point de vue de l'Ergonomie, dans les termes de l'Ergonomie, sert de point de départ à travers les écarts entre le prescrit et le réel à souligner puis expliciter.

Dans ce but, la dialectique et la confrontation entre les organisations prescrite et réelle permet d'étudier les conflits de logiques et l'activité collective au sens large. Cette séparation est essentielle entre l'organisation du travail prescrite et l'organisation du travail réelle (Dejours, 2005) : l'évolution des règles de travail est permise par un rapport dialectique entre l'organisation du travail prescrite (subvertie pour être améliorée) et l'organisation du travail réelle. Cette dialectique et le triptyque individu / collectif / organisation permettent de dépasser l'opposition que la notion de résistance au changement des individus entretient avec les notions de récalcitrance des organisations (Friedberg, 1997), d'organisation débordée et d'amputation de l'activité (Clot, 2002). Nulle remise en cause fondamentale de la notion de résistance au changement n'est nécessaire : la résistance au changement et la récalcitrance des organisations peuvent être envisagées comme des concepts complémentaires. En effet, si « les conditions de réalisation du travail s'imposent souvent comme conditions d'apprentissage »

(Chatigny, 2001, p.1), trop souvent au cynisme des uns répond la victimisation des autres (Molinier, 1993). Cette complémentarité permet de ne pas négliger d'une part que « depuis les cinquante dernières années et la parution des textes de Coch et French (1947) et de Lawrence (1969), le concept de « résistance au changement » s'est imposé comme un thème récurrent », (Bareil, 2004, p.12), et d'autre part le constat de « ses nombreuses limites » (*ibid.*, 2004).

Le conflit entre différentes logiques et l'approche de l'activité collective au sens large (organiseurs et concepteurs compris) définissent en grande partie les organisations. Dans ce cadre, les organisations sont définissables grâce aux collectifs et aux activités collectives en termes d'organisations locales réelles, de sous organisations, de gestion des organisations par ces collectifs. Autrement dit, afin d'analyser le **travail collectif**, l'analyse gagne à envisager plusieurs « **sous organisations** » (services, unités...). Distinguer des sous organisations permet de préciser une organisation réelle de travail dans un secteur précis, de distinguer les organisations réelles et prescrites au sein d'une grande organisation en fonction de son secteur. Chaque sous organisation est un modèle potentiel d'organisation et permet **d'approcher davantage le réel et le local**.

La visibilité de l'organisation et du travail, par le biais des restructurations et la place de l'Ergonomie, renvoie à une approche critique des organisations et des changements, et en particulier une approche critique de la place de l'Ergonomie au sein de processus de conception et de changement des situations de travail. La place de l'Ergonomie au sein de processus de conception et de changement des situations de travail est particulièrement étudiée depuis une dizaine d'années (voir par exemple Daniellou, 1992 ; Garrigou, 1992; Béguin, 2004, ou plus spécifiquement à propos de la conduite de projet en hôpital Barrau et Wallet, 2000). Dans cette optique générale de discussion, une hypothèse spécifique est celle de **l'impact différentiel des réorganisations sur le travail, surtout sur les activités individuelles et collectives et sur les conséquences de l'activité** (santé, production, développement...) -c'est-à-dire les critères classiques des interventions. Le contexte des réorganisations, le type de changement et les processus d'implantation de la nouvelle organisation permettent de distinguer schématiquement **trois modèles de transformations** en cours dans les EPSM (Fabi, Lescarbeau & Blondel, 2001) :

- Les délocalisations : fermeture d'unités intra muros, déplacements des lits d'hospitalisation vers des cliniques (à transformer ou à concevoir) de la zone géographique couverte par l'établissement

- Les fusions : regroupements de services et / ou d'unités de soins sous une même entité (existante ou nouvelle)
- La délocalisation intersectorielle : combinaison des deux modèles précédents, pour laquelle deux ou plusieurs services fusionnent sur le plan organisationnel

Cet impact différentiel est donc perçu essentiellement à travers les modèles de réorganisations, mais est également interprété en fonction des situations initiales, des conduites de projet et de la possibilité d'interroger l'organisation en général à partir de la situation spécifique de changement.

4.3. Définition de l'organisation et des liens micro / macro

La variété des organisations a été étudiée à travers différentes traditions, qui se sont plus ou moins enrichies mutuellement. Afin d'enrichir le cadre d'analyse, les organisations sont analysées en termes de structures, dimensions et typologies, en évitant de rester trop mécaniste et exclusivement au niveau de l'organisation générale et formelle. Des définitions trop étroites se limiteraient aux structures organisationnelles, divisions du travail et hiérarchies (Child, 1997, cité par Livian, 2004), des définitions trop larges aux éléments stabilisant le fonctionnement des organisations (communications, contrôles, normes) qui seraient « tout ce qui modèle le comportement des membres de l'organisation » (Child, 1997, cité par Livian, 2004). En revanche, il est possible de distinguer les composantes des organisations tout en insistant sur leurs liens (Livian, 1998, 2004) :

- la structure est ce qui concerne la configuration relationnelle stable de l'entité étudiée ;
- l'interaction entre cette composante structurelle et la réalité humaine et sociale (caractéristiques socio démographiques du personnel, compétences, attitudes au travail...), la composante physique (localisation, flux, équipements, bâtiments et installations...), l'appareil gestionnaire (objectifs, contrôle, information, communication, évaluation et récompenses).

La structure décrit l'agencement entre des éléments organisationnels, alors qu'un système implique des flux entre ces éléments et des transformations de ce qu'ils véhiculent (matière, information) (Livian, 2004). L'organisation et les changements sont intriqués. Plusieurs confusions doivent être évitées : la notion et les supports pour l'étudier (par exemple la structure et l'organigramme) ; les grandes mailles de la structure (unités de l'organisation : départements, fonctions...) et une approche plus fine (tâches ou rôles) ; ce qui est voulu ou

non par les dirigeants ; ce qui est formalisé et écrit ou pas (Livian, 2004). Concernant cette dernière distinction, le maillage entre formel et informel (Livian, 2004, s'inspirant de Crozier & Friedberg, 1977) permet la jonction avec l'Ergonomie, les différences entre prescrit et réel et groupes prescrit et réel. Une organisation se structure en fonction de la double distinction division du travail / coordination et formel / informel (Livian, 2004, s'inspirant de Mintzberg, 1982). Au sein de l'organisation peuvent aussi être distingués les macro- et micro- structures (Livian, 2004), ce qui rejoint l'importance des sous organisations évoquées précédemment.

Les situations de travail sont tributaires de logiques de niveaux asymétriques. L'organisation est le média entre les situations de travail locales et les déterminants macro, ce qui implique des conflits de logique entre opérateurs et concepteurs -qui digèrent aussi les prescriptions d'instances supérieures, de la société.... Les impacts des déterminants macro sur les individus et les collectifs sont diversement envisagés à travers la littérature pluridisciplinaire (voir par exemple Barus-Michel, Enriquez & Levy (2002), Buunk & Gibbons, 1997 dans le cadre de la Psychologie Sociale ; Barbusse & Glaymann, 2004 ; Ferréol, Cauche, Duprez, Gadrey & Simon, 2002 dans le cadre de la Sociologie ; Erbès-Séguin, 1999; De Coser & Pichault, 1998; Durand, 2000 dans le cadre de la Sociologie du travail). Envisager une dialectique entre macro et micro et entre différents niveaux d'organisations améliore la visibilité conjointe de l'organisation et du travail collectif, de leur structuration des situations de travail. Par exemple, la Sociologie du Travail s'est développé en référence à l'articulation des niveaux micro et macro (voir entre autre Erbès-Séguin, 1999; De Coser & Pichault, 1998; Durand, 2000). Les conflits sociaux au travail cristallisent les tensions sociétales : le négociable au niveau local varie en fonction des conjonctures générales (Durand, 2000). La Sociologie du Travail a aussi insisté sur l'identité collective, telle que l'identité professionnelle. Elle insiste désormais sur l'identité collective et individuelle, où sont articulés des éléments macro et micro en dépassant certaines oppositions entre courants. Les structures sociales, les catégories objectives macro sociales, les groupes socioprofessionnels (Durkheim ; Bourdieu) d'une part, la sociologie compréhensive, les interactions présentes et passées, les jeux de masques et de miroirs entre les individus (Weber; Sainsaulieu) d'autre part, peuvent être complémentaires. Enfin, l'étude de la santé au travail suggère aussi la possibilité d'articuler des niveaux d'analyse individuels, collectifs et organisationnels. Plusieurs facteurs de harcèlement psychologiques sont articulables, d'ordre organisationnels (intensification du travail, faiblesse de l'autorité hiérarchique, précarisation du lien d'emploi) et culturels (banalisation ou négation du harcèlement psychologique,

tolérance aux incivilités, iniquité ou injustice) (Vézina & Dussault, 2005). Les ancrages organisationnels, individuels et sociaux aident à expliquer les violences hiérarchique et organisationnelle (Aurousseau, 2000).

Néanmoins, les articulations de l'individuel et du collectif et surtout des niveaux d'explication micro et macro restent ambigus en sciences sociales. Le passage d'un niveau macro (politique, économique, sociale, institutionnelle, sociétale...) à un niveau micro ne fonctionne ni parfaitement ni de façon purement mécaniste. « Ramener des effets macroscopiques à leurs causes microscopiques n'a (...) rien d'évident dans des situations où la multiplicité des déterminants rend quasi impossible un traçage causal entre comportements individuels et émergence de phénomènes globaux. » (Salembier & Pavard, 2003, p.88). Mais la non prise en compte de l'articulation micro / macro est davantage suspecte et ambiguë. L'articulation des niveaux micro et macro est ambiguë mais nécessaire pour comprendre les structurations des situations de travail dont elle est fondatrice, en particulier leurs dynamiques collectives. Par exemple, des éléments de réflexion peuvent s'inspirer de l'application de la théorie de la complexité aux sciences humaines et sociales (Salembier & Pavard, 2003). Le niveau organisationnel et le travail collectif, de plus en plus omniprésents en Ergonomie, ne peuvent pas faire l'économie de la question de l'articulation entre micro et macro.

4.4. Organisation et changements

Il est possible de distinguer les typologies des structures, c'est-à-dire une approche descriptive, et les facteurs explicatifs des différentes configurations, c'est-à-dire une approche analytique (Livian, 2004). Si il est nécessaire de distinguer les deux, la partie descriptive n'acquiert pleinement son sens qu'en référence à la partie analytique. Cette importance de l'approche analytique explique en grande partie que les modèles des organisations se soient développés en fonction des possibilités de changements et d'évolutions des organisations. Les possibilités d'évolutions organisationnelles, leurs formes, leurs dynamiques, leurs processus et leurs enjeux signeraient significativement l'organisation et sa structure. Autrement dit, les évolutions organisationnelles permettraient de percevoir l'organisation et le travail, notamment le travail collectif. Il s'agit au pire d'un biais ou d'un miroir grossissant, mais vraisemblablement d'une nécessité, surtout compte tenu des évolutions constantes des organisations. Les changements et leurs mises en œuvre n'évoluent pas à partir de « rien » : les facteurs explicatifs sont situés en grande partie au sein des situations initiales.

En revanche, interroger l'impact des processus de changement ne peut pas signifier au sens strict interroger l'organisation en tant que telle. La rigueur théorique et opérationnelle nécessite la distinction entre les impacts de l'organisation en changement et les impacts de l'organisation en tant que telle, mais cette distinction peut être de faible portée. Le cadre sur l'organisation est donc amendé par l'hypothèse que **les changements montrent** les principales lignes de forces des **organisations** telles qu'elles sont en période stable : **les situations initiales structurent les changements**. Par conséquent, les interrogations sur le travail collectif et l'organisation aident à questionner les modèles de changement. Des exemples issus d'une littérature pléthorique précisent quelques pistes concernant ces liens entre l'organisation et ses changements. Ces pistes n'ont aucune vocation à l'exhaustivité, qui est inaccessible. Par exemple, le changement social est envisageable en fonction des tendances, des lois conditionnelles / lois structurelles, des formes et des causes du changement. (Ferréol et al., 2002). Mais les pistes qui suivent ont paru essentielles pour analyser le secteur hospitalier.

- En période de changement organisationnel, les **relations de pouvoir** entre les agents du changement et les cibles du changement sont centrales : l'agent évalue les bénéfices et les coûts en fonction de son pouvoir informationnel (Munduate & Bennebroek Gravenhorst, 2003). Le changement épisodique, discontinu, **radical** des organisations inertes est créé par le manager, alors que le changement évolutif, continu, **progressif**, émergent, allant de soi, nécessite simplement d'être dirigé, ajusté par le manager : les processus d'influence et de pouvoir social sont à la base de ce changement continu (Munduate & Bennebroek Gravenhorst, 2003). Les axes du pouvoir des agents du changement sont l'influence tacite, le pouvoir social, la « public compliance » par opposition à l'acceptation privée, l'identification, l'internalisation, le pouvoir de récompense ou coercition, la légitimité du pouvoir (pouvoir du référent identifié à la cible avec le référent, pouvoir expert, pouvoir informationnel) (Munduate & Bennebroek Gravenhorst, 2003).

- Les modèles de changement sont lisibles en fonction de la théorie de **l'engagement** : l'engagement, davantage que la persuasion, favorise le changement dans le court terme (Louche & Lanneau, 2004). La persistance à long terme dépend de l'heuristique comportementale, de la saillance des cognitions en rapport avec le comportement engageant, de l'identification de l'action... (Louche & Lanneau, 2004). Contrairement à des

changements d'attitudes sur de grandes causes telles que le sida, les fausses notes sont inévitables dans les organisations : une adhésion nette ne provoque pas une adhésion aveugle négligeant les contraintes d'exécution des tâches (Louche & Lanneau, 2004). C'est pourquoi les modèles d'intervention en organisation opposent les orientations processus et « expertale » (Louche & Lanneau, 2004).

- Le lien entre le processus de changement organisationnel et la **politique de gestion des ressources humaines**, suggère les **limites d'une approche contingente** (facteurs environnementaux, stratégie d'organisation...) (Pichault & Schoenaers, 2003). Une approche politique, des jeux d'acteurs, des tensions impliquées par la gestion des ressources humaines... permet d'éviter d'être trop mécanique et partial (Pichault & Schoenaers, 2003).
- De plus, le changement organisationnel et les dimensions collectives interfèrent, aussi la littérature pluridisciplinaire insiste sur la nécessité de **représentations communes** concernant les objectifs et les modalités pour les atteindre.

Pour coordonner leurs activités individuelles au sein d'un groupe, les membres d'un groupe élaborent une représentation commune de la tâche à réaliser par le groupe (Leplat, 1997). Cette partie de la représentation de chacun qui est commune à celle des autres membres du groupe a des appellations diverses dans la littérature : référentiel (opératif) commun, vue partagée, environnement cognitif mutuel, espace commun d'information, domaine consensuel... Les représentations lacunaires de chacun des opérateurs s'ajustent et se complètent pour permettre des actions individuelles pertinentes (Terssac & Chabaud, 1990). Pour être efficace, les règles formelles et les règles informelles de l'action commune doivent se marier subtilement au sein du référentiel commun (Clot, 2002).

Mais les **sources de dissonance provenant du travail** sont multiples. Les buts, les ressources, les procédures..., peuvent entraîner des interférences positives mais également négatives entre les agents coopérants (Hoc, 1996, 2001). Les organisations sont parcourues de logiques contradictoires entraînant les interférences. Les objectifs de l'organisation ne sont pas toujours compatibles avec ceux des individus qui la composent (Toniolo, 2005). Les fausses notes sont inévitables dans les organisations compte tenu des contraintes d'exécution des tâches (Louche & Lanneau, 2004). Ces fausses notes ont trait en grande partie aux

différences entre les métiers et aux différences entre les situations locales réelles des services, des départements, des unités...

Pourtant, la littérature insiste principalement sur les aspects partagés des représentations et semble relativement négliger l'absence éventuelle de représentation homogène. Trois raisons complémentaires, non exhaustives, sont envisagées.

➤ Premièrement, cette question peut se poser en terme de largeur de cadrage des populations et des situations pour lesquelles les représentations sont plus ou moins communes. Le contenu du référentiel commun peut se diviser en deux grandes catégories : l'environnement externe à l'activité et l'activité des opérateurs (Carlier & Hoc, 1999). Que les représentations communes renvoient à l'environnement ou à l'activité, elles ne peuvent pas concerner l'ensemble d'une grande organisation, mais renvoient à un nombre relativement restreint d'individus, limités par exemple à un service ou à une unité. L'environnement et l'activité y sont similaires et les corps de métier sont identiques, proches ou soumis à des contraintes comparables. Les cultures organisationnelles peuvent ainsi être envisagées en fonction des unités, des équipes qui renvoient aux pratiques de travail, et non en fonction des grandes organisations (Van den Berg & Wilderom, 2004). Le cadrage des populations peut se faire en deux temps, en renvoyant de façon large à une organisation, mais de façon plus située à un collectif de travail ou à une petite organisation, à une sous organisation de type service.

➤ Deuxièmement, l'importance des représentations dans l'adaptation des individus aux situations est consensuelle, mais les représentations doivent être pensées en relation avec les actions et les activités, donc en lien avec les métiers. Les individus s'adaptent aux contraintes de la situation, à la fois à partir de leurs interactions et de la représentation qu'ils se font de cette situation (Toniolo, 2005). A un niveau individuel et à plus forte raison à un niveau collectif, l'étude des activités humaines nécessite de joindre l'étude des (inter) actions et des représentations (Grosjean, 2005 ; Cahour & Pentimalli, 2005 ; Royer, 1994 ; Vaxevanoglou et al., 1993). Les dynamiques de métiers, aux activités spécifiques, se superposent aux dynamiques locales.

➤ Troisièmement, faute de représentation homogène sur l'ensemble d'une organisation, une approche en termes d'enjeux est également envisageable : institutionnels, équipe, rapport au travail... (Dumond, 2005). De façon similaire, contrecarrer les limites d'une approche contingente (facteurs environnementaux, stratégie d'organisation...), ne pas rester trop mécanique et partial, peut nécessiter une approche en termes politiques, de jeux d'acteurs, de tensions dues à la gestion des ressources humaines (Pichault & Schoenaers, 2003). Permettre

le dialogue au sein de l'organisation peut rendre cohérent les différents objectifs organisationnels (Haas, Algera, Van Tuijl & Meulman, 2000). Ce point insiste sur la nécessité d'envisager les représentations pour étudier de façon réaliste l'activité de travail (Vaxevanoglou, 2002b).

Les **changements organisationnels** représentent une **source de dissonance** interindividuelle essentielle souvent inévitable et compliquent la construction d'une vision commune. Un axe fort de séparation concerne les personnels d'**organisations fusionnantes**. Les fusions entre plusieurs entreprises sont propices aux problèmes de cultures organisationnelles différentes, qui peuvent être abordées en termes de représentations sociales (Barbery, Louche & Moliner, 2006). Les éléments du noyau central des représentations sont théoriquement non négociables (Abric, 1987) mais ils sont éventuellement influencés par les relations de pouvoir (Barbery, Louche & Moliner, 2006). Plus largement, **les représentations homogènes sont difficiles à obtenir dans les organisations en restructurations** (Dumond, 2005).

Dès lors, un cadre ouvert de discussion sur les organisations et les changements concerne le point de vue des employés, qui permet de distinguer quatre dimensions composantes aux restructurations hospitalières (Dumond, 2005) : institutionnelle (emploi et conditions de travail dans leurs grandes lignes), existentielles (questions liées aux engagements affectifs dans l'activité professionnelle et du sens au travail), normative (compétences et régulations autonomes), culturelle (construction de la légitimation et acceptation des opérations envisagées). Les quatre rythmes d'évolution sont spécifiques. De plus, il n'y a pas de représentation homogène des restructurations (Dumond, 2005). L'âge et la profession sont deux variables à effet structurant, mais les écarts inter individuels sont beaucoup plus nets, d'où **l'intérêt d'une approche en termes d'enjeux** : institutionnels, équipe, rapport au travail... (Dumond, 2005). Ainsi, à partir de restructurations hospitalières sans licenciements ni remise en cause de salaire ou fonction mais avec une certaine brutalité, l'analyse des perceptions et des enjeux vécus par le personnel peut utiliser la complémentarité entre une étude qualitative et quantitative et une étude de la confrontation des logiques clinique et gestionnaire. Les restructurations représentent des événements majeurs des vies professionnelles entraînant des sentiments forts de séparation et de perte liés à la transformation du cadre et de l'activité de travail (Dumond, 2005) : perte du métier, du rôle propre souvent réduit à néant car tâches administratives ou déléguées, lignes hiérarchiques

réduites limitent un encadrement centré sur le rôle infirmier... Enfin, les psycho sociologues insistent soit sur des facteurs constitutifs de l'épreuve⁴, soit sur des processus d'affrontement qui les composent⁵. Alors que les études multi factorielles négligent les processus, les études dynamiques se centrent sur un seul problème ; or les restructurations et le champ du travail sont fortement composites et hétérogènes : les dynamiques sont sociales, politiques et psychologiques (Dumond, 2005).

Dans le but d'interroger les écarts prescrit / réel et le travail collectif, cette approche a pour but de concilier, en évitant le syncrétisme mou, les apports de traditions différentes : rationalisations (modèles classiques), facteur humain ((néo) relations humaines), système ouvert social et techno économique (Travistock Institute), anomalies non identifiables par la gestion sur lesquelles a insisté la socio économie, interdépendance des parties agencées en fonction d'un but (école systémique), causes sociales hétéroclites (approche wébérienne et structure informelle de Roethlisberger & Dickson, 1939)... Par exemple, le changement a pu être étudié (Picard, 2007) à travers trois axes : un axe politique fortement développé dans les sciences de gestion ; un axe rationnel concernant le point de vue de l'acteur qui calcule (voir en particulier Crozier & Friedberg, 1997) ; un axe pratique, qui permet de rapprocher les sciences de gestion, l'ergonomie et la psychologie, à travers l'étude des mécanismes de transformation du travail par l'expérimentation partagée et la négociation de l'interprétation des faits.

Cette recherche incorpore des théories internes et extérieures à l'Ergonomie. Ces apports et interrogations concernent notamment les organisations et les théories des organisations par le biais de modèles locaux, en fonction d'un secteur et d'un métier.

5. Secteur hospitalier, travail soignant et travail collectif

5.1. Multiplicité des logiques dans l'organisation hospitalière

En effet, un secteur permet de préciser et éventuellement de valider ou invalider en partie les approches du travail collectif et des organisations, simultanément spécifiques et

⁴ Emploi – rémunération – poste à redéfinir selon restructuration: fusion, aménagement..., conditions matérielles – localisation – horaires, rôles – fonctions – normes de travail – compétences requises, relations de proximité et d'équipe, sentiments moraux liés au travail, notamment au sens de l'équité et au sens du travail, engagement affectif envers équipe, profession ou organisation souvent remises en cause par restructuration avec conséquences sur engagement

⁵ Préoccupation des acteurs, attitudes, stress / coping par interactions

généralisables. L'organisation hospitalière, notamment psychiatrique, fournit un modèle, un support adéquat à l'analyse du travail collectif et des organisations. Au-delà de difficultés spécifiques, cette organisation illustre la difficulté, typique des grandes organisations, de travailler ensemble compte tenu de problèmes variés : prescriptions, moyens, temps, changements organisationnels, dissonances et variétés des logiques et points de vue...

Par exemple, il n'y a pas de définition unique de la **qualité** dans les établissements de santé (Claveranne et al., 2003). Trois acceptions de la qualité à l'hôpital sont distinguables : **gestionnaire, médicale et soignante** (Fraisie & Robelet, 2004). La multiplicité des prescriptions implique leur incompatibilité. La diversité des perceptions de la qualité et des outils (*ibid.*) permet de distinguer premièrement la qualité organisationnelle en tant que (*ibid.*) représentation « gestionnaire ». L'hôpital est une entreprise de service comme les autres. Plutôt que d'agir sur les actes médicaux et soignants, la qualité des soins nécessite de formaliser, homogénéiser, prévoir, organiser les processus de soins, à partir d'outils importés de l'industrie. Certains établissements ont expérimenté les « cercles de qualité » dans les années quatre vingt et certifient leurs circuits logistiques (blanchisserie, service hôtelier, laboratoires de biologie) en fonction des normes de l'International Standards Organisation. La qualité médicale (*ibid.*) concerne l'activité de soins à travers une conception individuelle et médico - technique. Les pratiques médicales sont évaluées de leurs propres points de vue, afin de rapprocher les pratiques réelles de pratiques à l'efficacité thérapeutique scientifiquement prouvée. A proximité de la qualité médicale, la qualité soignante (*ibid.*) insiste sur une conception du soin articulé et formalisé en fonction du patient d'un point de vue individuel, de critères médico – techniques, de collaborations et pratiques réelles, de compétences professionnelles et humaines. Cette conception soignante, son décalage avec les qualités gestionnaire et même médicale, prend toute son importance en envisageant l'activité soignante comme une activité de service, comme une « activité de coopération « guidée » par la construction d'une représentation de l'autre » (Cerf, Valléry & Boucheix, 2004, p.576).

L'absence d'une définition unique de la qualité (Douguet, Muñoz & Leboul, 2005) est univoque : « Les soignants se centrent plus souvent que les autres catégories sur les patients (accueil, confort, bien être, soins, hygiène et écoute du malade). La logique des soignants est marquée par les aspects relationnels de la qualité des soins accordés au patient et inscrite dans une pratique collective professionnelle. La logique médicale s'appuie essentiellement sur un référentiel technique, tandis que la logique des responsables administratifs reprend les formes

discursives proches des textes officiels. » (Douguet et al., 2005, p.55-56). Ainsi les « **représentations de ce qu'est la qualité** pour les promoteurs des démarches qualité et pour les professionnels censés animer et mettre en œuvre ces démarches sont diverses et les contradictions sont possibles [...] les conflits d'intérêts et les démarches de pouvoir ne sont pas absents de ces démarches, malgré les discours annonçant une harmonie retrouvée à l'**hôpital public** » (Fraisie & Robelet, 2004, p.147). Ce type d'opposition reflète celles de la **société**, surtout avec l'explosion des dépenses, et rappelle les liens entre les niveaux micro et macro :

« L'hôpital est de fait écartelé entre des contraintes contradictoires car, comme le formule E. Minvielle, il doit assurer la prise en charge à grande échelle tout en assurant une singularité de celle-ci [...] une égalité de traitement tout en différenciant les réponses [...] maintenir en vie à tout prix tout en réduisant ses coûts. [...] Malgré ces réformes, la modernisation de l'hôpital ne se fait pas sentir, et l'hôpital se trouve toujours confronté aux mêmes difficultés [...] sur lesquelles l'ensemble des acteurs du secteur hospitalier est d'accord : « cloisonnement et segmentation trop forte des activités, hiérarchie trop lourde, manque de cohérence dans les paramètres de l'organisation hospitalière, démotivation des personnels, fonctions de production non optimales, problèmes de circulation de l'information. » [Pascal C., 2000, cité par Teil, 2004]. [...] Or, aujourd'hui, si la santé n'a pas de prix, l'hôpital a un coût et ce coût mis en perspective avec la nature de l'offre de soins hospitaliers est [...] remis en cause. [...] le défi fondamental [...] est de **faire certains choix que la société ne fait pas**, [...] de gérer lui-même les attentes contradictoires de ses parties prenantes [...] qui englobent la société dans son ensemble. » (Teil, 2004, p.106-107).

La **performance** symbolise aussi la diversité des logiques. Quantifier la performance est toujours difficile (Levy-Leboyer & Pineau, 2004 ; Den Hartog, Boselie & Paauwe, 2004). Mais le concept est très ambivalent à l'hôpital, même à travers des modèles gestionnaires pouvant faire référence à des objectifs rationnels, ressources, satisfactions des parties prenantes ou processus internes (Teil, 2004). La performance est envisageable en tant que « construit social » entre acteurs afin « d'articuler efficacité économique et rentabilité politique, non comme un optimum [...] mais comme un compromis sans cesse interpellé, remis en cause régulièrement, toujours en chantier parce que toujours en devenir. » (Teil, 2004, p.108).

Un corollaire à ces ambivalences de la qualité ou de la performance concerne la

multiplicité des buts et des acteurs de toute organisation (Steudler, 2004). Compte tenu de sa spécificité et de ses groupes internes, l'hôpital est déclinable en six points : coalition interne, pouvoirs, organisation (ou bureaucratie) professionnelle, coexistence de logiques de service public et d'entreprise, évaluation et accréditation, gestion prévisionnelle des ressources humaines, système très hiérarchisé et cloisonné (Steudler, 2004).

Même au sein du corps médical, la **pratique médicale** est sujette à débat. La santé et la maladie sont individuelles, aussi cette pratique réfère à l'art et à la science. Ce constat s'applique parfaitement à la Psychiatrie, d'autant que les influences de l'activité médicale y sont diverses : « formation initiale et continue du médecin (Lachaux *et al.* 1998 ; Ray-Coquard, Chauvin, Lurkin, Ducimetière, Jacquin, Agostini *et al.*, 2006 ; code de déontologie médicale) [...] expérience acquise lors de l'exercice professionnel (Prosser, & Walley, 2006) [...] côtoiement des visiteurs médicaux [...] (La Revue Prescrire, 2006) [...] collègues exerçant dans l'institution, dans les hôpitaux voisins, en libéral (Pasi-Delay, & Lachaux, 1998 ; Sauvagnac, Beckendorf, Lesur, Luporsi, Stines, Falzon, *et al.*, 1999 ; Gury *et al.*, 2003) [...] conditions matérielles locales lors de l'exercice de l'activité (Ray-Coquard *et al.*, 2006) [...] exigences législatives et réglementaires encadrant la profession. » (Grass, Grangeat & Allenet, 2007, p.33). Enfin, les conceptions théoriques psychiatriques sont multiples, souvent peu compatibles et conflictuelles. Les errements inévitables entre les aspects médical et social obscurcissent le tableau, d'autant que la santé et le social sont institutionnellement fortement disjoints.

A l'hôpital, **la multiplicité des points de vue est en tension avec la prédiction et l'aléa**, a fortiori compte tenu de la crise financière et prescriptive. La procéduralisation et l'aléa sont en tension (Lacoste, 2000), d'autant que l'évènement imprévisible, l'aléa sont omniprésents (Zarifian, 1995 ; Vaxevanoglou, 2002c ; Lacoste, 2000). Les problèmes spécifiques aux conditions de travail du secteur hospitalier (Martin & Gadbois, 2004) se superposent aux limites des démarches gestionnaires pour comprendre le travail réel dans tous les secteurs. Enfin, les **évolutions** gestionnaires et techniques, simultanées, ont aggravé les écarts prescrit / réel -à travers une technologisation de la gestion des activités qui dépasse de loin le cadre de l'hôpital (Lacoste, 2000). Une gamme considérable de supports écrits s'est ainsi constituée au cours des quinze dernières années : dans un contexte de contrôle économique, cette multiplication est liée à la technicisation des soins, à la complexification des traitements, à la diversification des intervenants et des services mobilisés pour un même

malade, à la recherche de l'efficacité et de la sécurité, au désir de se prémunir contre les poursuites pénales (Lacoste, 2000).

5.2. Travail collectif et travail soignant dans l'organisation hospitalière

Plusieurs oppositions se superposent : hôpital / environnement sociétal et institutionnel, corps de métier, pratiques et conceptions gestionnaires, soignantes, médicales et à fortiori psychiatriques, soin du plus grand nombre / approches individuelles... Au milieu de ces polarités, les dynamiques collectives sont essentielles pour l'efficacité et la santé du personnel hospitalier (Amourous, 2004 ; Kostulski, 2000 ; Sainsaulieu, 2006 ; Vaxevanoglou, 2002c). Les relations sociales s'avèrent d'ailleurs un problème central des interventions sur les conditions de travail à l'hôpital (Forissier, Volckmann, Pugnet & Davezies, 1991). En terme de construction sociale, c'est-à-dire d'ensemble et suite de résultats d'interventions que la société a exercé sur elle-même (Brangier & Valléry, 2004), la crise hospitalière semble liée à la « construction d'une vision partagée et d'un apprentissage organisationnel » (Pascal, 2004, p.74). En amont de multiples causes, cette crise « apparaît surtout comme la conséquence de la difficulté de faire ensemble à l'intérieur des établissements, entre services et à l'intérieur des services, mais aussi entre les professions et au sein même de chaque profession. » (Pascal, 2004, p.74). **Construire socialement la performance** nécessite un objectif de **compromis** et non d'optimum (Teil, 2004), d'autant que les représentations communes sont difficiles à obtenir dans les organisations, notamment en restructuration. L'étude de plusieurs restructurations hospitalières suggère ainsi l'absence de représentation homogène (Dumond, 2005).

Le travail est appréhendable comme terrain de médiation entre l'économie psychique et le champ social, entre les ordres singulier et collectif (Lhuilier, 2006). L'activité est le produit de la confrontation entre individu et organisation (Vaxevanoglou, 2002a ; Vaxevanoglou, 2002b), médiatisée par les collectifs et les représentations. A l'hôpital, les intervenants partagent le champ des soins (Amourous, 2004), dont l'organisation a pour pierre de touche les collectifs et activités collectives et individuelles soignants. Le travail infirmier illustre donc différentes formes de travail collectif (Caroly & Weill-Fassina, 2007) :

- La co-action concerne des situations où les différents buts des opérateurs sont intégrés dans une activité commune à long terme (Savoyant, 1977). C'est le cas des soignants lorsque l'un s'occupe du pansement et l'autre de la toilette pour préparer le patient à sortir.

- La collaboration correspond à une situation où les buts identiques à court terme nécessitent des actions différentes pour chaque opérateur (Rogalski, 1994). Pour installer le patient dans son lit pour manger, un soignant rehausse le lit et l'autre rapproche la table.
- La coopération caractérise une activité collective dans laquelle les opérateurs travaillent ensemble sur le même objet visant au même but proximal (De la Garza, 1995). L'infirmière et l'aide-soignante refont ensemble le lit d'une personne dépendante.
- L' (entr) aide correspond à une situation où un professionnel en aide un autre qui ne le lui a pas demandé (Assunçao, 1998). Une aide-soignante voit les difficultés pour déplacer un chariot dans un couloir encombré donc vient aider, souvent à charge de revanche.

Ainsi les activités collectives prennent différentes formes selon les buts des opérateurs et leurs coordinations dans le temps et l'espace (Caroly & Weill-Fassina, 2007). Au-delà de ces formes de travail collectif infirmier, le réseau de santé permet une problématique commune et une réponse globale cohérente des **professionnels médico- psycho- sociaux** (Bénard, Lewkowicz & Zacklad, 2005, 2006). Divers compétences, connaissances, savoirs faire, permettent des interactions d'où émergent de nouvelles significations et des résolutions communes. Ce réseau a plusieurs utilités : prise en charge globale, partage de données sur des patients, prises de décision collectives, apprentissage, compréhension des autres, de leurs attentes, besoins, communication, coordination, bonnes pratiques organisationnelles...

Le réseau d'une équipe de soin multidisciplinaire instaure des relations spécifiques, mais une **première équipe infirmière** peut néanmoins être distinguée d'une seconde équipe multi professionnelle (Cott, 1997). L'équipe infirmière est impliquée dans les tâches de travail, alors que l'équipe multi professionnelle est impliquée dans la prise de décision et la résolution de problème et implique davantage les plus hauts gradés (Cott, 1997). L'articulation des spécialités et la gestion du travail collectif dans un cadre organisationnel évolutif reste une spécificité soignante. En effet, les mutations hospitalières ont augmenté l'importance des communications et impacté le traitement de l'information dans l'activité de travail des soignants : le rôle de ces derniers, leur charge, les notions de collectifs de travail et de travail en équipe ont fortement évolué (Lapeyrière, 2000). Cet aspect central du travail soignant à l'hôpital est de mieux en mieux cerné. Une spécificité de l'**articulation infirmière** correspond donc à la responsabilité organisationnelle (inter métiers), opérationnelle, pratique, temporelle des processus de soins et administratifs (Kostulski, 2000).

C'est pourquoi « les études se sont déplacées des interactions avec le patient à l'organisation du travail collectif. L'interaction se partage entre les membres d'une équipe (Borzeix, 1992 ; Dartevelle, 1992 ; Grosjean & Lacoste, 1999). » (Caroly & Weill-Fassina, 2007, p.89). L'articulation infirmière permet l'ajustement des pratiques de l'équipe soignante **dans l'environnement** organisationnel, médical et humain. Les infirmiers sont insérés dans les systèmes socio sanitaires (Couturier & Daviau, 2003). L'environnement hospitalier nécessite qu'ils gèrent de multiples logiques, dont de fortes prescriptions éloignées du terrain. Les prescriptions **médicales** et administratives semblent les principales (Vaxevanoglou, 2002c).

Dans ce cadre organisationnel et prescriptif, les régulations peuvent être définies comme « tout processus qui permet de retrouver un équilibre entre les demandes de l'organisation et les caractéristiques des salariés, ces dernières résultant elles-mêmes, en partie, de l'interaction entre les avancées en âge et les conditions de travail. » (Gonon, 2003, p.2). Trois types de **régulations** peuvent être mises en évidence (Gonon, 2003) : **organisationnelle, collective et individuelle**, à considérer conjointement, notamment pour étudier le travail soignant. Prendre leur mesure nécessite d'insister sur l'importance de l'environnement pour analyser le travail dans une unité hospitalière, dans une perspective de transformation (Gonon, 2003). Mais la **délimitation de l'environnement** analysé reste polémique : l'activité a d'innombrables déterminants. Le lien avec les comportements des opérateurs est d'autant plus difficile que la situation envisagée est large (de l'interface aux facteurs sociaux, juridiques, culturels, nationaux voire civilisationnels) -et plus utopique est l'unité même relative de l'Ergonomie. Aussi **l'organisation peut être** la largeur maximum souhaitable pour l'Ergonomie, mais également minimum. En effet, les régulations organisationnelle, collective et individuelle sont intriquées. Il est donc pertinent d'insister sur les multiples régulations du collectif soignant intra unité, puis élargir cette approche aux transactions avec les individus, puis avec les organisations.

Envisager des trois types de régulations n'est pas (encore) systématique mais semble se développer. Par exemple, concernant le travail infirmier de nuit à l'hôpital, les objectifs, priorités et stratégies sont redéfinies en lien avec le patient (sommeil, angoisses) ou avec le service désert : responsabilité, déontologie, nécessité de se débrouiller avec des actes peu maîtrisés, lien relationnel et soutien des malades (Toupin, 2005). Les régulations unité par unité varient en fonction des individus et les politiques locales et générales (Vaxevanoglou,

2002c). Les régulations quotidiennes soignantes intra et inter unité diffèrent sur la re-socialisation des patients : suppression versus redéploiement des effectifs, régulations collectives pour l'agressivité des patients surtout en arriérologie (pas de femme avec tel patient, hommes « vigiles » déqualifiés, patients attachés...) (*ibid.*). Deux modes de confrontation se dégagent : dégradation versus maintien de la santé psychique (*ibid.*). La confrontation du système de travail avec l'agent opérateur et sujet détermine l'activité (représentations, actions, stratégies d'ajustements et défenses) (*ibid.*). L'activité impacte l'agent par le développement de soi et la santé, et le système de travail par la performance et l'efficacité (*ibid.*).

5.3. Travail soignant : déterminants, spécificités, accointances

Les enjeux du secteur hospitalier sont multiples et hétérogènes : fonctionnement organisationnel, conditions de travail, facteurs de risques, tensions entre conditions de travail et prescription, tensions entre demande psychologique et latitude décisionnelle, impacts des transformations... Les sciences dites humaines, sociales voire infirmières fournissent donc plusieurs approches du travail soignant. Même non exhaustives, certaines références permettent d'en comprendre les spécificités et les structurations collectives et pluridisciplinaires. Au-delà des caractéristiques du travail infirmier et du champ sémantique des sciences infirmières articulé autour du **soin** (Lauzon & Pépin, 2000), **l'environnement** et le **processus** sont essentiels (Lauzon & Pépin, 2000). La répartition de la charge de travail s'effectue en fonction de la complexité des soins (caractéristiques du patient : évolution de sa santé...) et de l'environnement (interdépendance des métiers) (Tummers et al., 2002).

Les **liens entre les aspects politico organisationnels et locaux** sont multiples. En particulier, la qualité d'emploi impacte la dimension relationnelle donc la qualité des soins (Seifert & Messing, 2004). Les décisions politiques (déficit zéro, ambulatoire, statut de l'emploi) influent sur le temps, la présence et la variabilité des heures et des équipes, donc sur les communications et la dimension relationnelle de l'activité (soins de base tels que le bain...) (Seifert & Messing, 2004). Ces aspects relationnels impactent le recueil d'informations et les liens entre les infirmiers et les autres professions, les patients et les familles (Seifert & Messing, 2004). Vraisemblablement, ces aspects impactent l'organisation donc les accidents. Par exemple, les cercles vicieux entre affectations temporaires et absences aggravent la gestion des ressources humaines –et l'énergie supplémentaire et la perte de sens.

Relativement négligé dans la littérature, le secteur psychiatrique est davantage investi depuis quelques années (Lawoko et al., 2004 ; Vaxevanoglou, 2002c ; Winstanley et Whittington, 2002). La professionnalisation des méthodes d'interventions en fonction des secteurs (Montmollin, 2003), la mise à l'épreuve des méthodes d'interventions et de recherche, s'y actualisent. Dans ce secteur, les aspects politiques, organisationnels, administratifs influent de façon variable en fonction de l'unité de soin, l'activité de travail des soignants, la santé, la prise en charge des patients (Vaxevanoglou, 2002c). La politique de diminution intra muros du nombre de patients et de leur durée d'hospitalisation impacte les soignants sous 3 aspects dichotomiques (*ibid.*) :

- Organisationnels (horaires de jour voire libre versus postés ; lieu dispersé versus unique et stable ; charge de travail à répartir, relations interpersonnelles, cohésion) ;
- Contenu du travail (apprentissages techniques et relationnels versus incompréhension, incommunicabilité, nursing, cris, sentiment de déqualification et d'inutilité) ;
- Dégradation des conditions de travail intra muros (moyens, problèmes architecturaux).

L'activité de travail, le vécu et la santé du personnel, la prise en charge des patients dépendent donc de la politique administrative, du projet d'établissement (sectorisation, rénovation, redéploiement, extra hospitalier, affectations) et de la politique médicale, du projet médical (extra hospitalier, sorties, redéploiement, spécialisation) (*ibid.*). Ces projets impactent l'organisation (objectifs clairs versus flous, planification flexible versus rigide, tâches riches versus répétitives, stratégies offensives versus défensives) et les patients (autonomie versus dépendance, incertitude versus prévisibilité, communication versus mutisme, évolutivité versus chronicité). Les objectifs « médicaux » généraux intra muros de re-socialisation, quelle que soit la pathologie, impliquent si possible de reclasser, si nécessaire de prendre en charge mais en insistant sur la resocialisation. Malgré un travail d'équipe et une formation théoriquement renforcés, ces objectifs sont irréalistes, surtout compte tenu des différences entre les unités dans la réalité (*ibid.*). Cette impossibilité de faire quelque chose avec certains patients faute de moyens, et le manque de considération pour leur activité, entraîne la souffrance du personnel soignant.

Un **idéal** mythique **personnalisé** et une réalité de travail **groupe** globalisante structurent une **tension** infirmière (Amourous, 2004). Les **actions et les relations infirmières** médiatisent cette tension : relation avec l'homme dans sa nudité et sa dépendance physiologiques à métaphysiques, souffrance (mort) quotidienne, permanence de l'espace

(chevet du patient et unité de soin) et de l'équipe, discerner le bénin à ne pas dramatiser et le grave à ne pas banaliser (Amourous, 2004). Le travail soignant permet le passage entre les sciences médicales **biologiques et la culture**, les fonctionnements de l'homme nature et le patient en situation, l'homme sain **biopsychosocial** (versus l'instrumentalisation des infirmiers et le pathologisme). Ce passage passe par un don épuisant, surtout si il n'y a pas de retour. Le risque pour la santé est donc intégré à l'activité, ce que doivent gérer les « aides institutionnelles » : pauses, point, groupes de paroles et soutien, envisager la qualité des interventions personnelles et l'organisation des soins... Dès lors, le travail infirmier suggère de dépasser les notions d'individu roi et de fusion dans la communauté (Sainsaulieu, 2006). L'interaction **intersubjective à échelle humaine, locale et professionnelle** prédomine, en deçà du service et au-delà de la répartition des tâches (Sainsaulieu, 2006). C'est souvent dans l'unité qu'il est possible de développer l'esprit d'équipe, l'autogestion, l'entraide, la proximité de l'encadrement... De plus, les services se différencient en fonction d'un continuum, allant des services techniques (chirurgie, soins intensifs, réanimation) à relationnels (pédiatrie, gériatrie, psychologie, urgences) (Sainsaulieu, 2006). Les services techniques permettent plus de stabilité dans une communauté endogène aux interactions techniques. Les services relationnels éprouvent davantage les individus et la communauté soignante (risque plus aléatoire). Au-delà des unités, les appartenances globales importent moins (Sainsaulieu, 2006) : adéquation entre filière de soins et philanthropie, dimension sectorielle (pédiatrie, psychiatrie, gériatrie). A un niveau encore plus général, les sentiments globaux paraissent fragiles, négatifs (ethnie, classe, genre) ou sporadiques (service public).

Les analyses du travail de métiers relationnels dans le service public montrent la diversité des buts, tâches, organisations avec le « client », conditions de travail (Caroly & Weill-Fassina, 2007). Mais dans un métier **relationnel**, le service à la personne est le principal motif de l'activité (Caroly & Weill-Fassina, 2007), ce qui relativise l'« essence » infirmière. Les métiers relationnels (surtout socio sanitaires) tel que le travail infirmier se rapprochent également à travers la notion d'**intervention** (Couturier & Daviau, 2003). Enfin, les conditions de travail (horaires, charges, pressions temporelles, tâches interférentes... (Caroly & Weill-Fassina, 2007)) relativisent également l'« essence » infirmière compte tenu des accointances avec le travail de **cadre** : tâches administratives, gestion des plannings des personnels et des patients, multiples activités à gérer et prioriser, incompatibilité de plusieurs dimensions (organisation, relation, administratif, psycho socio sanitaire...) et prescripteurs, journées plutôt ou semaines plus ou moins structurées... (Concernant le travail des cadres,

voir par exemple González, 2006 ; Guilbert & Lancry, 2005).

Outre la dimension **technique**, il est vraisemblable que c'est la **multiplicité des références** (relationnelle, encadrement, technique, médico- psycho- sociale...) qui fait l'essence du travail infirmier. L'approche des collectifs soignants peut être envisagée à travers leur activité propre qui doit gérer les multiples aspects de l'activité soignante : pour l'essentiel **le relationnel, l'encadrement, le technique, le médico- psycho- sociale, voire l'administratif, le juridique, le politique.**

Enfin, la **formation** a une importance particulière (Amourous, 2004). La complexité croissante du travail infirmier a légitimé l'allongement de la formation, mais celle-ci se développe en dépendance à l'institution. L'employeur a le monopole (plutôt que l'Education Nationale et les Universités). La confusion entre les champs de formation et professionnel présente un risque de « reproduction ». L'intérêt potentiel du modèle compagnonnique se fait ressentir par rapport à la partition entre école et services, formation et soins (Amourous, 2004). La jonction entre la théorie et la pratique permettrait la défense du métier sans confinement (Amourous, 2004). Il est néanmoins possible de suggérer qu'en un sens, ce modèle se développe à travers les nombreux stages d'infirmiers encore en formation. De plus, si l'école de cadres nécessite au préalable cinq ans de pratique, une unique année d'école suit, malgré la complexité hospitalière... et l'apprentissage d'un nouveau métier.

5.4. Conclusion

Montrer les écarts prescrit / réel pour un secteur (psychiatrie) et un métier (le travail soignant dans le secteur psychiatrique) permet de comprendre le travail collectif et les régulations. L'objectif est de montrer que le travail soignant dans le secteur psychiatrique est un bon modèle pour étudier le travail collectif. L'analyse du travail soignant, en insistant sur les écarts entre prescrit et réel et le travail collectif, suggère une vision du travail soignant dans le secteur psychiatrique partiellement comparable au travail soignant en général. Cette analyse n'épuise peut-être pas les caractéristiques du travail soignant dans ce secteur, mais en suggère plusieurs : multiplicité des références (relationnelle, encadrement, technique, médico- psycho- sociale...), articulation des spécialités malgré le partage des soins, pluralité des appartenances collectives (les appartenances locales, surtout l'unité, étant les plus fortes grâce aux interactions intersubjectives), impact à travers l'organisation des dynamiques macro

(sociétales, politiques...) sur les situations locales, régulations individuelles, collectives et organisationnelles, prescriptions multiples et conflits de logiques.

L'organisation hospitalière est marquée par des pratiques, des visions, des logiques divergentes. Ces logiques sont portées par des professionnels dont l'entente est nécessaire mais difficile. Les soignants centralisent et gèrent ces incompatibilités en fonction de leurs objectifs, valeurs, moyens, aussi l'analyse du travail soignant permet de comprendre le travail collectif en fonction de son cadre organisationnel. La confrontation entre l'individu et l'organisation est filtrée par plusieurs niveaux de coopération et de régulation mais le collectif soignant reste central. Les limites acceptables, ou inversement l'atteinte de « points de ruptures », dépendent des interactions que la gestion soignante individuelle et collective entretient avec les écarts prescrit / réel et l'organisation, notamment avec une multiplicité de prescriptions, allant de l'administratif au médical, du politique et du sociétal (macro) à l'organisation et aux collectifs locaux (méso) voire à l'individuel (micro).

6. Modèles de l'homme et de la santé

6.1. Conception générale de l'homme

L'homme n'est pas l'objet d'étude direct. De plus, il n'y a pas de consensus concernant les modèles de l'homme (voir par exemple Freyssenet, 1994 ; Desmarez & Freyssenet, 1994). Mais le modèle de l'homme a son importance dans l'analyse de l'activité. En particulier, « la place de la personne dans le processus dynamique de l'activité a orienté l'analyse ergonomique de l'activité du « prestataire de service » pour cerner les aspects et les difficultés spécifiques aux différents métiers. Cette évolution des focales d'analyse repose principalement sur trois approches théoriques : l'approche behavioriste (...) l'approche interactionniste (...) l'approche « dialogique » » (Caroly & Weill-Fassina, 2007, p.86). Envisager l'« étude des effets des variables de situations sur les comportements observables », « l'analyse des interactions entre les membres du groupe de travail dont l'organisation émerge de ces interactions », ou « l'utilisateur comme acteur d'une situation de co-production » (*ibid.*), impacte les possibilités d'appréhension de l'activité individuelle et collective. La recevabilité scientifique de ces trois approches paraît peu discutable, ou du moins pas dans cette recherche. Au-delà de cette recevabilité, il est en revanche nécessaire de situer cette recherche. Cette dernière suppose la relative coexistence, voire la nécessité d'une

forme de « gradation » dans l'analyse, en accord avec l'évolution apparente de l'Ergonomie.

Dans ce cadre, l'analyse du travail collectif dépend fortement des options envisagées pour analyser les caractéristiques de l'opérateur. L'homme est appréhendé dans ses dimensions biologique, psychologique, sociologique et psychique. Ces dimensions correspondent aux caractéristiques générales des êtres humains, aux caractéristiques biologiques permanentes de l'individu, aux variations à court et long terme de ces dernières, aux traces de l'histoire particulière du sujet -ses savoirs, sa personnalité, son « habitus » social, les empreintes physiques du travail (Daniellou, 1992). Dans cette optique, l'homme peut être envisagé comme le produit des structures biologiques, cognitives, psychologiques, sociales (mais ces coupes font perdre de l'information à l'analyste), ou (plus vraisemblablement) comme le coauteur de son devenir grâce aux délibérations multidimensionnelles. Ces délibérations sont peut-être d'études plus difficiles. Néanmoins, sans être inévitablement davantage heuristique et opérationnelle, cette deuxième proposition semble fondamentalement plus défendable. En effet, concernant la « correspondance entre ces différents systèmes qui sont étudiés par des chercheurs de traditions différentes » (Hoc, cité par Clot, 2002), « les difficultés commencent lorsqu'on définit d'abord des systèmes homogènes qu'on cherche ensuite à mettre en correspondance externe. Les vies physiologiques, affectives ou sociales ne sont pas des contextes extérieurs pour le fonctionnement cognitif ou plutôt elles le deviennent malheureusement quand on s'intéresse à un *fonctionnement* cognitif trop séparé du *développement* cognitif. » (Clot, 2002, p.19).

6.2. Conception générale de la santé et lien avec l'Ergonomie

Cette approche de l'homme impacte directement la conception de la santé, dont l'étude est peu dissociable d'une recherche en Ergonomie. De même que l'homme, la santé n'est pas non plus le cœur des investigations, elle ne constitue pas un point fondamental de la problématique, au sens où elle serait étudiée essentiellement pour elle-même. Il est d'ailleurs postulé que la santé ne doit pas constituer le cœur de l'Ergonomie. Cette assertion peut, selon les chercheurs ou / et praticiens, aller de soi ou prêter à polémique. Mais le cœur de l'Ergonomie concerne plus vraisemblablement les conditions de travail dans leur ensemble, ainsi que les compromis entre la santé et l'efficacité en fonction de l'écart entre le prescrit et le réel, de la gestion de cet écart et des marges de manœuvre. La santé au sens strict doit être laissée aux professionnels de la santé –médecins, infirmiers... C'est pourquoi les modèles

ergonomiques concernent le lien entre le travail et la santé et non la santé stricto sensu.

Mais le lien entre le travail et la santé nécessite une conception de la santé, même sommaire, notamment parce que l'objet santé évolue ces dernières années, et parce que la santé est directement fonction de l'écart et de la gestion de l'écart entre le prescrit et le réel, et plus largement fonction du travail. En ce sens, l'impact de l'écart et de la gestion de l'écart entre le prescrit et le réel sur la santé relève simultanément du postulat et du point à souligner plutôt qu'à démontrer. En effet, premièrement, il n'est pas possible d'embrasser de façon exhaustive des données sur la santé comme pourraient le faire les corps médical ou soignant. De plus, d'autres points sont interrogés au préalable: l'importance de l'écart entre le prescrit et le réel, les spécificités du travail collectif, du travail soignant, des organisations et des réorganisations.

En résumé, l'étude de la santé est certes nécessaire, mais son étude très approfondie est impossible compte tenu des spécificités de l'Ergonomie, des compromis entre santé et efficacité, et de l'analyse suffisamment nuancée de la problématique fondamentale.

Si l'objet de l'Ergonomie paraît plus difficilement circonscrit que ne peut l'être la santé en première approximation, la conception de la santé ne peut néanmoins pas être perçue comme allant de soi, ne peut pas être « naturalisée ». Les apports théoriques potentiels sont inépuisables, donc les axes d'analyses n'échappent pas à une forme de partialité –ou plutôt de choix. Les théories **constructivistes, offensives et transactionnistes de la santé** apparaissent néanmoins comme le point central. Elles semblent les plus prometteuses, et **s'accordent davantage avec l'Ergonomie.**

La **santé** est envisagée comme le résultat d'un processus de construction (Dejours, 2005) : cette perspective « développementale » réfère à de nombreux facteurs intégrés de façon active par les individus, dont cet élément essentiel qu'est le travail, qui donne du sens à la vie, de l'équilibre... Cette conception s'est développée en opposition à la conception de la santé que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose : un état de bien être complet physique, psychique et social et l'absence de maladie. Cette approche préconisée par l'OMS est également sous jacente à de nombreuses études sur la santé, où la santé correspond simplement à l'absence de maladie, en tant qu'absence d'agents pathologiques décisifs, externes (traumatismes, virus, agents toxiques...) et internes (déséquilibres, agents toxiques).

Le constat s'impose peu à peu que la santé parfaite est un mythe (Hours, 2001) sans renier les progrès immenses de la médecine contemporaine. L'approche plus offensive de la santé ne se contente pas de cette absence apparente de maladie et de la vision statique de la santé qui en découle. Elle réintroduit le dynamisme, la construction. La santé pour chaque homme, femme et enfant, c'est d'avoir les moyens de tracer un cheminement personnel et original vers le bien-être physique, psychique et social (Dejours, 1993).

u sein de l'Ergonomie, cette approche constructive permet de prendre en compte l'absence de souffrance mais aussi le bien être et l'efficacité. Elle réintroduit l'importance de la compétence et de son amélioration, l'importance de la construction et du développement d'une identité professionnelle. La confrontation entre l'individu et l'organisation via les dimensions collectives structure la santé des individus. L'individu est envisagé à travers son activité (résultats, modes opératoires et représentations) et sa santé, en fonction des transactions entre lui et son environnement. De plus, le compromis entre l'efficacité et la santé ne se fait pas au niveau individuel ou collectif de façon similaire : le critère santé est prépondérant au niveau individuel, alors que le critère efficacité est prépondérant au niveau collectif. Dès lors, les notions de régulation et de transaction individu – environnement permettent de faire les liens entre les impacts sur l'efficacité et les impacts sur la santé. L'utilisation de la notion de transaction, l'insistance sur ses similitudes avec la notion de régulation, permettent de rapprocher (6.3, 6.4, 6.5) les approches dites du stress, les approches cliniques, les approches ergonomiques, et la problématique fondamentale sur le travail collectif.

6.3. Conception générale transactionniste de la santé et liens pluridisciplinaires

Cette approche constructive de la santé n'a nul besoin de se cantonner à des apports francophones, comme c'est souvent le cas au sein de l'Ergonomie encore parfois appelée « francophone ». Cela n'est pas toujours univoque dans la littérature, mais il est vraisemblable que, au-delà des approches cliniques, les modèles de santé tant « anglo-saxons » que « francophones » permettent le passage du réductionnisme à l'interactionnisme puis au transactionnisme. Ce passage est à entendre en lien direct avec l'approche développementale et offensive de la santé.

Au sein des théories du stress, les approches causalistes cèdent peu à peu la place aux approches interactionnistes généralement transactionnistes et développementales (voir par exemple Lazarus, 1991, 1993 ; Lazarus & Folkman, 1984 ; Aldwin, 1994, 2000). Plus ou moins explicitement, ce passage est sous-tendu par une approche constructive de la santé, et des débats sur le déterminisme et le libre arbitre (Aldwin, 1994, 2000), qui semble pouvoir faire écho à la notion de marges de manœuvre en Ergonomie. Au sein des théories du stress, Aldwin (1994, 2000) insiste sur le passage d'un modèle réductionniste (ici nommé causaliste ou défensif) dans lequel l'environnement influe sur l'individu qui influe sur le coping, à un modèle interactionniste dans lequel l'environnement et l'individu influent sur le coping, puis à un modèle transactionniste dans lequel l'environnement, l'individu et le coping interagissent. Dans ce dernier cas, le stress ne dépend ni d'un événement ni de l'individu mais de la transaction entre l'individu et l'environnement. Cette transaction correspond à un équilibre ou à un déséquilibre entre les exigences de la situation et les ressources de l'individu pour y faire face (Lazarus & Folkman, 1984). Les stressseurs de l'approche causaliste sont filtrés par les mécanismes perceptifs et les mécanismes de défense. Mais le concept d'interaction peut ne pas suffisamment prendre en compte la dimension psychologique. Assurément, « ce n'est pas seulement un organisme biologique qui subit et réagit, mais c'est aussi un être psychique pour lequel les agressions de l'environnement mais aussi les réponses qu'il donne à ces agressions et les conséquences de cette dernière peuvent relever de la sphère psychique » (Lancry & Ponnelle, 2004, p.300).

Même si ce point n'est pas (encore ?) univoque dans la littérature, les approches du stress semblent intégrer de plus en plus une approche transactionniste. Le stress y est envisagé comme un mécanisme d'adaptation aux agressions de l'environnement (Selye, 1976). En tant que « syndrome général d'adaptation », le stress se révèle positif ou négatif en fonction des situations. Alors que cette approche semble parfois suggérer une vision relativement négative de l'environnement, celui-ci peut également être perçu à travers les ressources qu'il fournit, par exemple avec le soutien social (Karasek, 1990) ou la reconnaissance (Siegrist, 1996). De plus, parmi la multiplicité des facteurs et des déterminants du stress, le travail est un des champs les plus investis, et suggère cette double valence du stress et de l'environnement. En effet, parmi les composantes professionnelles ou individuelles susceptibles d'atteindre la santé mentale, une Psychologie de la Santé au travail doit envisager les facteurs de risques mais également les facteurs de protection (Neboit & Vézina, 2002). Le travail est simultanément un ensemble de contraintes et de facteurs de développement pour la santé,

même à travers les facteurs de stress. La problématique du stress se rencontre à travers tous les secteurs, qu'il soit géré efficacement ou non. Par exemple, le burnout présente des prédicteurs à long terme pour le personnel industriel (Kalimo, Pahkin, Mutanen & Toppinenter, 2003) : les caractéristiques du travail et les ressources personnelles. Les changements dans le travail et les ressources personnelles auraient évolué de façon positive lorsqu'il n'y a pas de burnout, de façon négative lorsqu'il y a burnout. Parmi les prédicteurs, les processus sociaux au travail et l'impression de cohérence révèlent une importance particulière.

Le concept de transaction était donc le fait que les individus ne sont pas passifs mais actifs lors de leurs interactions avec leur milieu, ce qui permet le lien avec la notion de marges de manœuvre. Dans le cadre de l'Ergonomie de l'activité, dépasser l'interactionnisme pour accéder à une approche transactionniste est parfois explicite (voir par exemple Vaxevanoglou, 2002b). Ce concept semble également compatible au sein des approches cliniques, voire inévitable –en particulier au sein de la Psychodynamique et la Psychologie Sociale Clinique.

De même, certes les approches épidémiologiques, parmi lesquels les modèles multifactoriels et interactionnistes explicatifs en Psychologie de la Santé (voir par exemple Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1998), reconnaissent les déterminants classiques de la maladie qu'ils considèrent comme « antécédents » (caractéristiques biographiques, sociales et biologiques antérieurs d'une part, caractéristiques psychosociales d'autre part) et comme déclencheurs (événements de vie aversifs d'autre part) ; mais outre cet aspect additif, l'activité des individus est prise en compte. Loin de subir passivement certains déterminismes (biologiques, psychologiques, sociaux), les individus adoptent vis-à-vis des situations stressantes certaines stratégies perceptivo - cognitives, affectives, comportementales, psychosociales pour « faire face ». Un même stressor n'a pas le même impact sur différents individus. Ce sont les interactions entre l'individu et le contexte aversif (passé et / ou présent) qui importent, ainsi que les « *modérateurs* » ou les facteurs qui peuvent moduler l'apparition (ou l'évolution) d'un processus morbide. Les processus et les stratégies adoptées par les individus face aux divers antécédents et déclencheurs potentiellement pathogènes peuvent en effet modérer l'impact de ceux-ci et freiner ou accélérer le développement d'un processus morbide.

Le concept de transaction se situe donc dans un cadre pluridisciplinaire qui permet d'embrasser les dynamiques opérationnelles et intersubjectives, notamment dans le champ du

travail, en référence à plusieurs courants de la Psychologie et de la Sociologie (voir par exemple De Coser & Pichault, 1998). Particulièrement utilisée en Sociologie du Travail, la notion de transaction exprime à la fois les interactions et les réciprocity des relations de travail, l'incertitude et l'intériorisation de plus en plus grande des trajectoires professionnelles, la possibilité d'impliquer dans l'analyse les faits macro (transformations majeures des politiques économiques et des rapports de force entre classes) et les processus micro sociaux (appartenances de plus en plus diversifiées pour se définir soi et les autres). Cette notion articule des données biographiques individuelles longitudinales ou rétrospectives, pour saisir les cheminements, les constructions individuelles de l'existence, de la vision du monde et de soi même, et des éléments et évolutions structurels et institutionnels : pratiques et politiques d'emploi, travail, formation...

Multidimensionnels et de natures épistémiques différentes, le travail et la santé, notamment la santé psychique, sont peu propices à une réduction modélisatrice, surtout conjointe. Les liens entre la santé et le travail sont ambigus, compte tenu de situations dissemblables et d'une étude nécessairement partielle. Certes une approche qualitative et quantitative peut s'avérer utile, même au sein de l'Analyse Ergonomique du Travail (Volkoff, 2005). Mais un concept tel que celui de transaction est nécessaire pour aider à structurer conceptuellement l'approche des liens entre santé et travail.

6.4. Santé, travail collectif et organisation

La dimension collective en lien avec la santé est un objet d'étude inépuisable. Les références disciplinaires et pluridisciplinaires sont multiples. Il est néanmoins intéressant de préciser la nature des liens entre les points abordés concernant la santé (approche constructive, transactionniste et lien avec l'activité) et le média collectif tel qu'il a été situé précédemment. Ce point de vue est conforme à de multiples apports, qui montrent l'intérêt d'une approche transactionniste et constructive de la santé et par rapport aux dimensions collectives (voir par exemple Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1998, pour la Psychologie de la santé, Buunk & Gibbons, 1997, dans le cadre de la Psychologie Sociale appliquée à la Psychologie de la santé, les notions de qualité de vie et de bien être, la Psychodynamique, la Santé Perçue ; le modèle de Karasek...)

A l'interface du collectif et de l'organisation, le soutien social (Karasek & Theorell,

1990) permet d'envisager le lien entre la santé et le travail. En effet, les stratégies pour faire face aux situations, trouvent leurs ressources certes dans l'individu mais également dans les situations elles-mêmes (Armstrong-Stassen, 2006 ; Vaxevanoglou, 2002a ; Vaxevanoglou, 2002b). Dans un contexte de travail, cette situation renvoie en particulier à l'organisation et au collectif. La construction de la santé est permise par les interactions et les transactions qu'entretiennent l'environnement et ses ressources avec l'individu – considéré comme un acteur à travers ses possibilités de faire face et son psychisme (Aldwin, 1994, 2000 ; Lancry & Ponnelle, 2004 ; Lazarus & Folkman, 1984 ; Vézina, 2002). Dans cette optique, les collectifs de travail sont une ressource essentielle pour permettre la dialectique entre l'organisation prescrite du travail et l'organisation réelle du travail (Dejours, 2005). Selon les approches cliniques du travail, « défendre leur santé mentale implique, pour les salariés, de saisir ce qui, dans leurs souffrances individuelles, fait potentiellement cause commune », afin de « reconquérir la capacité à penser l'expérience du travail, à en discuter avec les collègues, à en soutenir les enjeux dans le nécessaire débat avec le management. Il s'agit de ramener dans le registre de la conflictualité sociale les dilemmes que les agents vivent chacun comme un drame personnel » (Davezies, 2004, p.9).

6.5. Santé, activité, travail collectif, organisation, transaction et modèles des liens entre la santé et le travail en Ergonomie

Si l'existence du lien entre l'activité et la santé n'est intrinsèquement plus polémique, sa précision dans des contextes neufs d'intervention et de recherche est toujours essentielle. De plus, cette précision passe ici par la suggestion d'un pouvoir explicatif croissant des modèles contrainte / astreinte, de régulation et de confrontation. Les modèles prennent de plus en plus la mesure d'une approche constructive de la santé. Trois modèles se dégagent :

- **Le (méta) modèle contrainte – astreinte** (voir par exemple Monod & Kapitaniak, 2003) (annexe 1a) : la santé est fonction de facteurs de risques, de seuils : les sur-sollicitations atteignent la santé. En effet, l'activité de travail, la santé et l'efficacité dépendent des ressources et contraintes. On peut décrire les conséquences biologiques, cognitives, psychiques, sociales.
- **Le modèle de régulation** (voir par exemple Guérin et al., 1997) (annexe 1b) : la régulation consiste à adapter les modes opératoires en fonction des objectifs et des moyens. En fonction de ces modes opératoires, différentes conséquences peuvent subvenir sur les résultats et sur l'état interne

- **Le modèle de confrontation** (Vaxevanoglou, 1997, 2002a, 2002b) (annexe 1c) : la santé est fonction des actions, des ajustements, des défenses, des stratégies, donc est fonction du système
 - Les déterminants organisationnels et individuels se confrontent,
 - Donc l'activité est fonction de représentations, actions, défenses, stratégies, et qui agit en retour sur la confrontation individu / organisation
 - Ce qui implique des conséquences sur la santé et l'efficacité, qui influent en retour sur l'activité

Les divergences entre ces modèles existent. De façon lapidaire, on peut considérer que le troisième englobe le second, le second englobe le premier. De plus, le modèle de régulation et surtout le modèle de confrontation intègrent la problématique organisationnelle. Surtout, cette gradation dans les modèles permet de passer de plus en plus de la description à l'explication. L'objectif est de considérer d'une part les facteurs de risques, d'autre part les interactions et les transactions entre l'activité, le fonctionnement de l'individu et les facteurs contextuels. Il s'agit de souligner un certain nombre d'indices d'impacts sur la santé :

- du travail soignant envisagé à travers les écarts prescrit / réel et leur gestion, en insistant sur l'angle de la confrontation individu / collectif / organisation. Cette confrontation permet plus ou moins à l'opérateur de jouer un rôle actif, de réguler, et donc de développer ou de mettre en péril sa santé.
- des organisations et des restructurations, envisagées sous l'angle de l'écart prescrit / réel, des modèles de restructuration et d'organisation, des situations initiales, des conduites de projet

7. Du modèle théorique général au modèle particulier de la recherche : synthèse du cadre d'analyse épistémologique et thématique de la problématique fondamentale

La problématique fondamentale sur le travail collectif (modèle général) est analysé par le biais d'un ensemble notionnel spécifique (modèle particulier). Entre théorie et opérationnel, cette grille de lecture est mise en cohérence avec le modèle général dont elle permet l'opérationnalisation (schéma 2 a, page 97). Des modèles de la santé, de l'homme et du changement social permettent de considérer qu'une étude est ergonomique (Daniellou, 1996), mais d'autres éléments complètent le modèle particulier. Envisageables par ailleurs comme fondamentaux, ils sont ici considérés surtout comme un cadre d'analyse du modèle général.

De façon impropre mais relativement explicite, ils pourraient donc être présentés en termes d'hypothèses de niveau 2, surtout le cœur du modèle particulier : **le travail soignant en EPSM** (schéma 2 b, page 98). Plusieurs indices suggèrent qu'il est approprié pour spécifier la problématique générale :

- Problèmes de prescriptions, moyens, temps, aléa *versus* procéduralisation, évolutions organisationnelles, gestionnaires et techniques
- Variété des logiques, buts, acteurs, suggérée par plusieurs thématiques, et synthétisée par l'opposition entre métiers et pratiques soignants, médicaux– psychiatriques, gestionnaires
- Nécessité et difficulté de travailler ensemble
- L'activité soignante en elle-même, ses risques et difficultés : dimension relationnelle, dépendance, souffrance, don épuisant, tensions entre idéal individuel et situations réelles vécues en groupe, quasi permanence des espaces et des équipes, complexité des soins, des processus, de l'environnement, formation (aspect compagnonnique ; reproduction ; difficile évolution professionnelle), diversité des responsabilités soignantes (organisationnelles inter métiers, opérationnelle, temporelle, administratives, relationnelle, techniques / processus de soins, réponse médico psycho socio sanitaire à rendre cohérente). Un continuum concernant les services techniques et relationnels est à confirmer et préciser dans le secteur psychiatrique.

Les effectifs et responsabilités font de l'activité et du collectif soignants la pierre de touche de l'articulation et des régulations hospitalières en psychiatrie (organisationnelles, collectives et individuelles). L'activité (actions, représentations, stratégies d'ajustements et défenses ; diagnostic / exécution / évaluation) soignante est le produit de la confrontation entre individus et organisation / système de travail, mais cette confrontation est médiatisée par les collectifs. Les interactions locales professionnelles, en particulier soignantes, développent le sentiment d'appartenance central. De plus, les aspects politiques, organisationnels et administratifs impactent les unités de soins donc le travail soignant, la santé et la prise en charge. Par exemple, les objectifs irréalistes impactent les conditions, le contenu et les aspects organisationnels du travail ; les moyens (effectifs, matériel, architecture...) impactent le sens du travail et les soins via la dimension relationnelle... Ces impacts ne résultent pas de processus mécaniques, mais sont médiatisés par l'équipe pluridisciplinaire superposée au collectif soignant, en particulier par les décisions et influences médicales voire managériales.

Le système organisationnel est conçu comme un média, non parfaitement mécaniste, entre les objets macro (décisions politiques, société...) et micro (situation réelle locale). On y distingue le prescrit et le réel, la division du travail et la coordination, les aspects statiques et dynamiques. Des vecteurs de son étude en sont donc **les situations initiales et les changements (impacts et mises en œuvre)**. Plusieurs points suggèrent les **limites d'une approche contingente** au profit d'une approche en termes d'enjeux, pour prendre en compte les dynamiques politiques, sociales et psychologiques. *De façon générale*, l'organisation est envisageable à travers sa structure et ses interactions avec les facteurs humains, sociaux, physiques, gestionnaires ; le changement est envisageable à travers les structures sociales ainsi que les relations sociales construites par l'activité. L'organisation et ses changements sont donc étroitement liés. *Plus précisément*, les relations de pouvoir dans les organisations suggèrent de distinguer les changements radical créé (mode expert) et progressif dirigé (mode processus). L'engagement et de l'identification au changement favorisent ce dernier, sans adhésion nette compte tenu des contraintes des tâches et du lien entre gestion des ressources humaines et changement. Aussi l'étude de l'homogénéité des représentations communes à coordonner, en particulier lors de changements, est modulable en fonction d'une approche en termes d'enjeux et de situations réelles locales, ce qui restreint la largeur de la population envisagée. Les approches quantitatives et qualitatives et bottom up et top down sont donc complémentaires (ce que suggèrent aussi les approches du travail collectif et de la santé).

Concernant la **santé**, l'objectif est de dépasser les approches causalistes, déterministes, défensives, behaviouristes, et même interactionnistes, pour tendre vers une approche transactionniste, dialogique, constructive, développementale. Le sujet est acteur, co producteur des situations et de son devenir à travers des délibérations multidimensionnelles (biologiques, psychologiques, sociologiques, psychiques). Les individus intègrent activement plusieurs facteurs, dont ceux structurant le travail, grâce à un processus dynamique de construction. La complémentarité d'une part entre les notions de transactions et de marges de manoeuvre (tension mais équilibre entre le libre arbitre et le déterminisme), d'autre part entre celles de transaction et de régulation (co développement des individus et de l'environnement, en l'occurrence collectif et organisationnel), permet d'insister sur deux éléments :

- Le rapprochement des approches du stress, épidémiologiques et cliniques au sein des approches ergonomiques


- Le passage du descriptif à l'explicatif et l'intégration des dimensions collectives et des notions de transaction et régulation, grâce à une gradation qui concerne les modèles suivants : modèle contraintes / astreintes, modèle de régulation, modèle de confrontation.

Enfin, les acquis empiriques et théoriques sont valorisés par le biais d'une **approche systémique**, qui intègre mais dépasse les explications causales et analytiques : une continuité entre les approches systémique et analytique est supposée. Contrairement à certaines suppositions extrêmes de l'approche systémique, la science reste réductionniste, n'est pas identique au réel, et la démarche analytique ne s'intéresse pas exclusivement aux éléments isolés. L'approche systémique inclut l'approche analytique qu'elle enrichit et dépasse. Le paradigme expérimentaliste est d'une importance moindre, n'initie ni n'épuise la démarche scientifique et la représentation du réel, a fortiori compte tenu de la diversité épistémologique des objets étudiés : individu, collectif, organisation, santé, activité... Alors que l'approche analytique causale a pour objectif d'expliquer un système compliqué, de découvrir son intelligibilité en le simplifiant, l'approche systémique a pour objectif de comprendre un système complexe, de construire son intelligibilité en le modélisant sans la mutiler (Lemoigne, 1999). Dans le but d'étayer les propriétés et processus globaux des systèmes en fonction de leurs finalités, un modèle généralisable est développé à travers la combinaison des approches inductive et hypothético déductive, bottom up et top down. Dès lors analyser la problématique fondamentale concernant le travail collectif nécessite une double validation, d'une part technique, scientifique, des modèles, d'autre part sociale, des protagonistes, des interventions, ainsi qu'un secteur et un métier pertinents par rapport à la problématique.

Ces éléments sont pris en compte grâce à l'AET, considérée comme une démarche d'intervention mais également comme une démarche scientifique pour cadrer et étudier les systèmes complexes, y relier des propriétés et des éléments de natures différentes, en fonction d'une méthodologie adaptée au cadre spatiotemporel, au terrain, aux transformations. L'objectif n'est pas d'ausculter de façon exhaustive mais de caractériser les éléments et leurs relations, d'autant que des limites dans la prise en compte des différents systèmes s'imposent d'elles mêmes : tout l'individu n'est pas mis en lien avec toute l'organisation, l'ensemble des paramètres de la santé n'est pas relié à toutes les spécificités des collectifs ... De plus, la (re) problématisation théorique a été effectuée avant, en parallèle et après les interventions. Ce ne sont donc pas ces dernières qui sont présentées mais les développements théoriques, même si la démarche est elle même questionnée. Dans ce cadre, ce sont les modèles qui sont

généralisables, et non les résultats d'un échantillon spécifique voire limité. Par exemple, le passage des échantillons et des situations locales aux populations générales ne s'effectue pas par le biais d'un échantillonnage probabiliste qui permette d'extrapoler la statistique éventuelle d'un échantillon au paramètre d'une population, mais en interrogeant un (des) modèle (s) local (aux) pour lui (leur) permettre de devenir un modèle général.

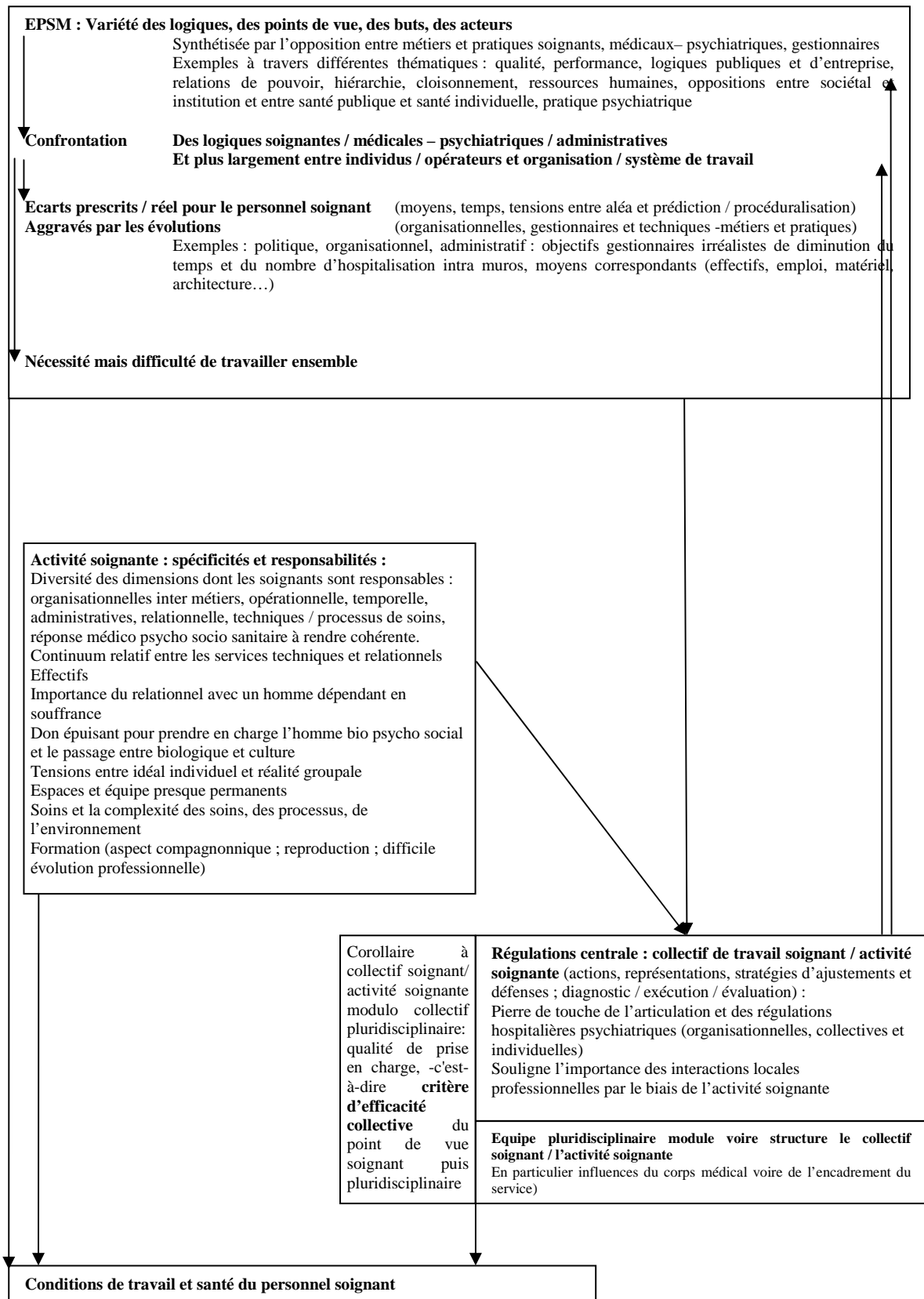
Schéma 2 a : représentation schématique du passage du modèle théorique général au modèle particulier de la recherche : synthèse du cadre d'analyse épistémologique et thématique de la problématique fondamentale, « hypothèses » de niveau 1 à 2

Modèle général, théorie générale, problématique centrale	Modèle particulier Approche systémique intégrant mais dépassant l'approche analytique, causale. Combinaison des approches compréhensive inductive et hypothético déductive. Double validation : scientifique / sociale dans le cadre de l'AET modulé par la démarche de conception et d'accompagnement / conduite de projet de restructuration	
<ul style="list-style-type: none"> • Ecarts prescrit / réel et prescrit / prescrit, et plus largement confrontations des logiques [individu, collectif, organisation] • Entraînent / permettent des régulations collectives strictes plus ou moins constructives (<i>critères d'efficacité collective</i>) <ul style="list-style-type: none"> ➢ Dont l'activité collective au sens strict, en lien étroit avec les représentations et buts communs (<i>collectif au sens strict</i>) ➢ Interactions avec les écarts et confrontations ➢ Impacts sur conditions de travail et santé • Entraînent / permettent des régulations collectives larges plus ou moins constructives (<i>critères d'efficacité organisationnelle</i>) <ul style="list-style-type: none"> ➢ Qui interagissent de façon +/- avec ces écarts et confrontations et avec les régulations collectives strictes (<i>collectif au sens large</i>) ➢ Impacts sur conditions de travail et santé 	Dimensions thématiques, exemple sectoriel du modèle général : en lien opérationnel direct avec le modèle général <ul style="list-style-type: none"> • Ecarts et confrontations concernant le travail soignant en EPSM • Régulations collectives strictement soignantes, en lien avec représentations communes <ul style="list-style-type: none"> ➢ Impacts sur conditions de travail et santé du personnel soignant • Régulations collectives pluridisciplinaires voire organisationnelles <ul style="list-style-type: none"> ➢ Impacts sur conditions de travail et santé du personnel soignant 	Eléments théoriques du modèle particulier destinés à préciser certains éléments du modèle général pour en améliorer le pouvoir explicatif et la cohérence : complémentaires au modèle général . « Problématiques périphériques », grilles de lecture <ul style="list-style-type: none"> • Organisation Point de vue : <ol style="list-style-type: none"> 1. Média entre macro (politique, société...) et micro (situation réelle locale) non parfaitement mécaniste et tri dimensionnel : politique, social, psychologique. Ces trois dimensions structurent les écarts prescrit / réel et les régulations 2. Statique (division du travail, prescription...) et dynamique (coordination, situations réelles...) : importance des changements pour caractériser l'organisation et pour eux-mêmes • Santé Point de vue : <ol style="list-style-type: none"> 1. Dépasser les approches déterministes / défensives, et même interactionnistes, pour tendre vers une approche transactionniste, constructive, développementale, dialogique. Le sujet est acteur, co- auteur de son devenir via une construction dynamique multidimensionnelle (biologique, psychologique, sociologique, psychique), notamment au travail 2. Proximité de la notion de transaction avec les notions de : <ul style="list-style-type: none"> • Marges de manœuvre (tension mais équilibre entre le libre arbitre et le déterminisme) • Régulation (co développement des individus et de l'environnement, en l'occurrence collectif et organisationnel)
Légende : 	Lien d'opérationnalisation des variables théoriques fondamentales vers les variables sectorielles hospitalières Impacts et interactions entre les écarts et prescriptions et les régulations Implications opérationnelles sur la démarche, les hypothèses, les variables	

6

Modèle spécifique. Ne pas confondre avec la notion de régulation de la confrontation, centrale dans la problématique

Schéma 2 b : Représentation schématique du modèle particulier de la recherche concernant le travail soignant en EPSM



Légende : A —> B : A influe sur B

Des conditions quasi expérimentales sont approchées pour certains éléments, mais des interventions sur le réel rendent souvent utopiques des conditions quasi expérimentales et hypothèses fortes sur des systèmes suffisamment précis et connus. L'approche hypothético déductive, analytique est intégrée mais n'épuise ni ne guide la modélisation systémique de la complexité. L'approche descriptive, inductive, compréhensive guide la connaissance des systèmes dans la clinique du travail. La description de dynamiques collectives à partir du travail soignant est donc le premier des trois temps d'analyse présentés suite à la problématique fondamentale, qui consistent à montrer :

- les écarts prescrit / réel et plus largement les confrontations entre les logiques. L'ensemble du système prescriptif et des écarts prescrit / réel est d'abord abordé.
- que ces écarts et ces confrontations induisent des régulations strictement collectives, et la nature et la variété de ces régulations. L'activité collective au sens strict est la principale forme, et permet d'insister sur les représentations et les buts communs.
- que ces confrontations induisent des régulations plus larges et leur nature et variété

Les liens entre ces trois étapes permettent la progression de la compréhension. Par exemple, les confrontations entre les logiques aident à comprendre les régulations aux sens larges. Compte tenu de son lien à la problématique fondamentale, l'étude de l'organisation est intégrée et précisée à chacune de ces étapes. Enfin, l'étude de la santé s'effectue via l'étude des représentations et des observations. La connaissance progressive de la confrontation à l'organisation et du travail collectif améliore peu à peu la compréhension des processus de santé, à travers la gradation envisagée des modèles de santé (contraintes / astreintes, régulation, confrontation). C'est pourquoi l'étude des représentations et de la santé n'est présentée que suite à la majeure partie des autres éléments.

Chapitre 2 Démarche et méthodologie, variété et périmètres des interventions

1. Introduction

Suite à l'exposé du contexte et de la variété des interventions et aux liens généraux avec les objectifs de la recherche (2), la démarche générale peut être présentée (3). Puis, au sein de cette démarche, les objectifs opérationnels, ainsi que la nécessité et la variété de données quantitatives et qualitatives qui découlent de cette démarche et de ces objectifs, sont soulignés (4). Les natures de ces données sont ensuite explicitées (5, 6). Enfin, la cohérence interne de la méthodologie (7) et la cohérence entre la méthodologie et le modèle (8) sont mises en avant.

2. Variété et périmètres des interventions, liens généraux avec la recherche

Le contexte des transformations organisationnelles du Nord de la France fournit un terrain d'étude propice à travers deux EPSM partenaires du Centre De Recherches en Santé, Travail, Ergonomie (Cereste). Le SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire-partie psychiatrie) oriente ces EPSM vers des transformations structurelles importantes. Compte tenu des demandes du SROS, le calendrier des projets hospitaliers et de la finalisation des transformations se déroule sur la période 2004 / 2006, en ce qui concerne cette recherche. Globalement, ces transformations sont planifiées jusqu'en 2010, mais leurs mises en place se dérouleront vraisemblablement au-delà de 2010 (notamment dans le cadre national du plan Hôpital 2012 qui succède à plan Hôpital 2007). Au cours de ces projets d'interventions et de recherches, les collaborations ont concerné l'université de Picardie et des ergonomes consultant et interne des hôpitaux.

L'EPSM1 était entièrement situé sur un site unique 1A. Ses unités ont été déplacées pour se rapprocher des secteurs d'appartenance de leurs patients respectifs. Certaines unités ont déjà été délocalisées quelques années auparavant dans leurs secteurs spécifiques.

Concernant **l'EPSM2**, l'expérience de restructurations est en revanche une nouveauté. L'EPSM2 était situé sur deux sites d'une même ville. Le site2A appartient à l'EPSM, alors que le site2B est une possession du département auquel il devrait être restitué. Ces sites sont séparés de quelques kilomètres. Selon les unités, il a été prévu :

- un déplacement du site2B vers le site2A,
- un statut quo temporaire (c'est-à-dire quelques années) sur le site2B avant de pouvoir intégrer le site2A,
- un déplacement du site 2A vers le site2C d'une clinique construite pour l'occasion, dans une grande ville à une dizaine de kilomètres d'où sont issus les patients,
- un déplacement temporaire (c'est-à-dire quelques années) du site2A sur le site2B, pour être ensuite réinsérées sur le site2A. Mais ces unités sont finalement restées sur le site2A.
- une réorientation sur un site2D indéterminé à quelques kilomètres, sur la ville principale de la métropole. A la fin des interventions, ce site et son utilisation restent très hypothétiques, sont à peine une ébauche de proposition. A l'extrême, ce site encore inconnu pourrait accueillir à très long terme tout l'EPSM2 à l'exception de T5, T6, T7 et de l'UAIR.

Les projets ont évolué régulièrement et parfois radicalement. Plusieurs interrogations en ont découlé concernant le travail réel, le travail collectif, l'organisation intra et inter unités, les conditions de travail et la santé du personnel. Instruire ces questionnements a permis d'instruire les déménagements éventuels et leurs modalités.

Les besoins des interventions ont varié en fonction des unités et des services, ainsi que des processus de maturation des projets. Ces besoins guident en grande partie les données disponibles et discutées, même si toutes les données n'ont pas vocation à être présentées et discutées. Dans chaque EPSM, les **principales structures (tableaux 1, pages 104, 105, 106)** analysées dans le cadre de leurs (re) conceptions sont les suivantes :

- **EPSM1** service T1 : deux services issus du site1A central fusionnent et délocalisent sur le site1B d'une clinique restructurée. Cette clinique ouvre quelques mois après le début de cette recherche. Tous les patients sont regroupés dans cette structure sans distinction de statut.
- **EPSM1** service T2 : quelques mois après le début de cette recherche, un service (troisième service) issu du site1A central délocalise sur le site 1C d'une clinique neuve. Il élabore une nouvelle organisation ouvert / fermé, séparant partiellement les patients. Ce service est particulièrement instructif en tant que **situation positivement perçue voire idéale.**
- **EPSM1** Unité d'Admission et d'Orientation (UAO) des patients : afin de permettre un fonctionnement efficace des admissions sur l'ensemble de l'EPSM1, cette UAO

est mise en place pour centraliser les admissions des services volontaires pendant une durée indéterminée, sur le site1A. Cette unité a pour fonction de **réguler l'ensemble de l'EPSM**, car les admissions monopolisent le personnel des services.

- **EPSM2** un département composé de cinq unités, qui peut être perçu comme composé de deux services distincts compte tenu des dynamiques de chaque unité et des liens entre toutes ces unités.

- Le déménagement prévu, du site2A vers le site2B pour quelques années, avant de revenir sur le site2A, aurait du concerner trois unités pendant l'intervention : T3a, T3b, T3c, qui accueillent des patients dits chroniques. T3c accueille les patients chroniques fortement dépendants, alors que T3a et T3b sont davantage considérés comme de simples alternatives spécialisées dans l'accueil de patients chroniques mais moins dépendants. Mais le projet a été particulièrement interrogé : le projet de service et les moyens qu'il nécessite, le fonctionnement en trois ou quatre unités dans les locaux éventuellement réinvestis, ce qui aurait pu ou dû être gardé / changé, les liens avec l'EPSM et notamment avec le Centre Social (présenté par la suite) qui arrive sur le siteA... Les mises en débat n'écartaient pas de celui-ci la phase suivante –le retour sur le site2A. Le « compromis » final a été de ne pas bouger, compte tenu des modalités instruites.

- Deux unités de ce département n'ont jamais dû déménager (T4a et T4b). Elles accueillent essentiellement des patients autistes pour lesquels le psychiatre considère qu'ils ne doivent pas connaître de changements dans leur environnement. Ces unités servent en partie de situation contrôle.

- Ce département régule l'ensemble de l'hôpital en hospitalisant les patients d'autres services, présents souvent depuis plus d'une décennie dans l'institution, et qui monopolisent les personnels des services. Sa mission officielle est de permettre aux patients de sortir de l'institution peu à peu, de les « réhabiliter », mais il se transforme pour partie en unité d'accompagnement de fin de vie, en particulier T3c. T3 est également particulièrement instructif en tant que **situations dégradées**, notamment en comparaison avec le service T2.

- **EPSM2 Centre Social** : cette entité s'occupe de la restauration et d'activités pour les patients qui peuvent sortir seuls des services. Sa relocalisation est prévue sur le site2A mais des questionnements constants ont concerné ce qui doit et peut être gardé, en fonction de ce que désirent les services d'hospitalisation. **Le Centre Social et surtout T3**

régulent donc l'ensemble de l'EPSM en allégeant les autres services soit en hospitalisant les patients, soit en les prenant en charge pendant quelques heures lors des repas, des activités... C'est pourquoi le Centre Social et surtout T3 ont concentré l'essentiel des efforts des interventions des ergonomes à l'EPSM2.

- **EPSM2** service T8, unités de psychiatrie générale T8a et de toxicomanie T8b : son déplacement a été prévu du site2B vers le site2A, dans des bâtiments existants pour quelques années, puis dans de nouveaux bâtiments. Les modalités de déménagement du premier site vers le second ont été particulièrement discutées, mais la phase suivante n'a pas été écartée des débats.
- **EPSM2** service T12 : les deux unités de psychiatrie générale déménagent du site2B vers le site2A, dans des bâtiments existants pour quelques années, puis dans de nouveaux bâtiments. Ce service est accompagné dans le cadre des bâtiments existants, mais la phase suivante n'a pas été écartée des débats.
- **EPSM2** service T9 : les deux unités de psychiatrie générale restent sur le site2A, mais les interactions avec les unités qui arrivent sur ce site ont du être abordées.
- **EPSM2** services T10 et T11: ces services de psychiatrie générale restent seuls sur le site2B en attendant d'être re- localisés quelques années plus tard sur le site2A. Leur fonctionnement à deux services sur ce site est interrogé, par opposition au fonctionnement précédent avec quatre services : moins de ressources, moins d'aides éventuelles des autres services...
- **EPSM2** services T5, T6, T7, et l'Unité d'Admission intersectorielle (UAIR) délocalisent du site2A vers le site2C. Initialement, ces services ne devaient pas être investis par les ergonomes, officiellement parce qu'il n'y aurait aucun problème important. Mais les ergonomes et les personnels de ces services ont souligné les problèmes potentiels mais probables. Les relevés de données ont davantage été guidés par les ergonomes que réalisés par eux, puis ont été mis en débat. Ces services ont fourni des éléments d'analyse notamment pour confirmer l'intérêt de la méthodologie de recueil de données sur l'activité, l'importance de la mise en débat, l'importance d'envisager l'organisation dans son ensemble, voire l'importance de ne pas surestimer les a priori positifs de certains membres de directions concernant l'évolution probable des projets.

T10, T11, T12 ne seront plus abordées par la suite car leur étude a été plus superficielle. Seules certaines analyses ont concerné T8 et plus marginalement T9, aussi il y

est parfois fait référence. Les natures et les ampleurs des interventions dans les services ont en effet été très différentes. La variété des situations réelles de l'ensemble des entités sera soulignée, dans le but de faciliter des comparaisons, des interprétations et des généralisations réalistes. De plus, dans une optique comparative quasi expérimentale permettant de préciser les remarques qualitatives, les entités suivantes ont pu être comparées (essentiellement du point de vue des analyses quantitatives des représentations et de la santé, en fonction des types de transformation, et interprétables grâce aux analyses qualitatives de l'activité) : EPSM 1 service T1 ; EPSM 1 service T2 ; EPSM2 T3a - T3b - T3c ; EPSM 2 T4a - T4b.

Tableaux 1 : Synthèse de la variété des structures, des transformations étudiées et des recueils de données

Tableau 1a : Synthèse générale des transformations

		Départs	Arrivées	Statut quo
EPSM1	Site1A (EPSM central)	Délocalisation et fusion en 1B Délocalisation en 1C	Création d'une UAO (Unité d'Admission et d'Orientation)	
	Site1B (clinique restructurée)		Délocalisation et fusion de 1A	
	Site1C (clinique neuve)		Délocalisation de 1A	
EPSM2	Site2A (EPSM central)	Délocalisation en 2C <i>Des services devaient délocaliser et fusionner en 2B quelques années avant de revenir, mais finalement restent, notamment sous l'impulsion des ergonomes.</i>	Dé/Re localisation de 2B : • dans bâtiments anciens avant de nouvelles constructions • ou directement dans de nouvelles constructions	2ventuellement avant des constructions neuves, c'est-à-dire de 2A vers 2A <i>Des services devaient délocaliser et fusionner en 2B quelques années avant de revenir, mais finalement restent, notamment sous l'impulsion des ergonomes.</i>
	Site2B (site qui devra être rendu au département)	Dé/Re- localisation en 2A : • dans bâtiments anciens avant de nouvelles constructions • ou dans de nouvelles constructions après stagnation plus longue	<i>Des services devaient délocaliser et fusionner de 2A quelques années avant de revenir, mais finalement restent, notamment sous l'impulsion des ergonomes.</i>	Avant dé/re- localisation en 2A dans de nouvelles constructions
	Site2C (clinique neuve)		Délocalisation de 2A	
	Site2D pour constructions neuves : indéfini et très hypothétique en fin d'intervention.			

Légende : les flèches représentent les mouvements des services, qui ont été effectifs ou potentiels

Tableau 1b : synthèse des transformations et du recueil à l'EPSM1 (le site principal de l'EPSM est 1A)

		T1	T2	UAO
Type de service		2 services de Psychiatrie générale	Psychiatrie générale	Unité d'Admission et d'Orientation
Transformation prévue		Délocalisation et fusion	Délocalisation	(création)
Transformation finale		Délocalisation et fusion	Délocalisation	(création)
Sites	Initiaux	1A	1A	
	Finaux	1B (Clinique restructurée)	1C (Clinique neuve)	1A
	Temporairement			
	Etudiés	1A, 1B (Clinique restructurée) (initial et final)	1A, 1C (Clinique neuve) (initial et final)	1A (final)
Données recueillies		Observations, questionnaires, verbalisations	Observations, questionnaires, verbalisations	Observations, verbalisations

Tableau 1c : synthèse des transformations et du recueil à l'EPSM2 (le site principal de l'EPSM est 2A)

		T3	T4	Centre Social
Type de service		Patients chroniques	Patients chroniques autistes	Restauration et Activités à Visées Educatives
Sites	Initiaux	2A	2A	2B
	Finaux	2A	2A	2A
	Temporairement	(2B prévu non effectué)		
	Etudiés	2A (initial)	2A (initial)	2B (initial)
Transformation prévue		Délocalisation fusion (puis théoriquement relocalisation après quelques années)	Statut quo	Dé/Re localisation et « redimensionnement »
Transformation finale		Statut quo avant bâtiments neufs éventuels	Statut quo	Dé/Re localisation et « redimensionnement »
Données recueillies		Observations, questionnaires, verbalisations	Observations, questionnaires, verbalisations	Observations, verbalisations

Tableau 1d : synthèse des transformations et du recueil à l'EPSM2 (suite) (le site principal de l'EPSM est 2A)

		T8	T9	T10, T11	T12	T5, T6, T7, UAIR
Type de service		Psychiatrie générale et toxicomanie	Psychiatrie générale	Psychiatrie générale	Psychiatrie générale	Psychiatrie générale, Admission Inter Sectorielle
Sites	<i>Initiaux</i>	2B	<u>2A</u>	2B	2B	2B
	<i>Finiaux</i>	<u>2A</u> (bâtiments neufs)	<u>2A</u> (bâtiments neufs)	<u>2A</u> (bâtiments neufs)	<u>2A</u>	<u>2A</u> (bâtiments neufs)
	<i>Temporaires</i>	<u>2A</u> (bâtiments temporaires)		2B (Seuls pendant quelques années)	<u>2A</u> (bâtiments temporaires)	<u>2A</u> (bâtiments temporaires)
	<i>Etudiés</i>	2B (initial)	<u>2A</u> (initial)	2B (initial)	<u>2A</u> (initial)	2B (initial)
Transformation prévue		Délocalisation	Statut quo avant bâtiments neufs	Délocalisation	Délocalisation	Délocalisation dans une clinique neuve
Transformation finale		Délocalisation	Statut quo avant bâtiments neufs	Délocalisation	Délocalisation	Délocalisation dans une clinique neuve
Données recueillies		Observations, verbalisations	Observations, verbalisations	Observations, verbalisations	Observations, verbalisations	Recueil d'observations par le personnel, verbalisations

3. Démarche d'interventions et de recherche : AET, conception et accompagnement / conduite de projet de restructuration

La variété des situations et des services à analyser est d'autant plus importante à prendre en compte, dans le but d'interroger la pratique réelle correspondant à une « démarche ergonomique [des manuels de référence] (de l'analyse de la demande à la recherche de solutions) qui est une sorte de standardisation (on pourrait dire une prescription) qui ne constitue pas pour autant une méthode clé en main. Parce qu'elle est référence, elle est aussi écart avec une pratique réelle. ». (Richard, 2002, p.21). Ainsi la méthodologie incorpore deux types d'éléments : la méthodologie de recueil des données en lien avec la problématique fondamentale et sectorielle, et la méthodologie et la démarche des interventions questionnée pour elle-même et en lien avec la problématique fondamentale et sectorielle. Cette recherche ergonomique de terrain peut donc être pensée comme une forme recherche – action, où

alternent d'une part les questionnements purement théoriques relatifs au travail collectif et les questionnements davantage méthodologiques, d'autre part les positions de chercheur et d'intervenant –c'est à dire un temps de recherche nettement différencié du temps des interventions, la prise en compte différente des données dans le cadre de la recherche ou des interventions. Néanmoins, il paraît plus explicite de parler de recherche « théorico - méthodologique », afin de distinguer les deux types de questionnements et leurs interactions. Premièrement, les méthodologies sont directement questionnées pour elles-mêmes : en ce sens il s'agit d'une recherche théorique sur la méthodologie. De plus, les interrogations spécifiques concernant la problématique fondamentale sont partiellement différenciables des objectifs de transformation : en ce sens il s'agit d'une recherche strictement théorique.

Au carrefour de l'Ergonomie, de la Psychologie, des Sciences Sociales et des Organisations, de la Santé Publique, des Sciences Humaines et des Sciences du Travail, cette recherche et plus largement les recherches ergonomiques de terrain utilisent la démarche de **l'Analyse Ergonomique du Travail** (AET) (annexe 2) pour proposer et dimensionner les interventions et par conséquent la recherche elle-même. Ce mode d'interrogation habituel de l'Ergonomie de l'activité est envisagé comme un « garde-fou » éprouvé.

Le cœur de l'AET correspond à l'analyse de l'activité, qui est envisagée comme une méthode essentiellement clinique d'analyse de la complexité. En effet, la focalisation de l'analyse de l'activité sur une situation singulière la rapproche de la méthode clinique (Clot & Leplat, 2005). Des traits essentiels de la méthode clinique exploitables dans l'étude de l'activité sont le fait de considérer son objet d'étude dans sa globalité, son caractère approfondi et son examen de l'objet dans toute sa complexité, et l'importance particulière au rôle du (ou des) sujet(s), voire une interaction avec l'objet étudié (Clot & Leplat, 2005). De plus, les caractéristiques de la méthode clinique mettent en lumière les liens entre recherche et interventions au sein de l'AET. D'une part, l'analyse de l'activité sous l'angle de la méthode clinique est fondatrice des interventions, puisque « On peut supposer que la démarche clinique est toujours présente, au moins au début de toute intervention, car on conçoit mal que celle-ci puisse s'organiser sans une investigation, au moins sommaire, de la situation objet de cette intervention » (Clot & Leplat, 2005, p.296). D'autre part, l'analyse de l'activité sous l'angle de la méthode clinique est fondatrice des recherches. En effet, si une distinction est envisageable entre la méthode clinique à visée épistémique et la méthode clinique à visée d'action, il ne s'agit pas de deux catégories disjointes, mais plutôt de deux pôles : une

dialectique sera toujours importante à instaurer entre comprendre pour transformer et transformer pour comprendre (Clot & Leplat, 2005).

Au-delà des spécificités de l'AET et de la méthode clinique, et compte tenu des spécificités de cette recherche et de ces interventions, ce « garde-fou » doit être affiné. La construction et l'élaboration des données et des compromis des différents acteurs sont également structurées dans le cadre de la démarche de **conception architecturale** (annexe 3), et plus précisément dans le cadre de la démarche **d'accompagnement / de conduite de projet de restructurations hospitalières** (annexe 4) à travers l'exemple du secteur psychiatrique.

En effet, aux niveaux opérationnel et fondamental, la conception de situations neuves, et notamment dans le cadre de restructurations, entraîne des questions supplémentaires et permet des apports spécifiques. Au niveau opérationnel, pour concevoir des systèmes de travail plus favorables, l'analyse ergonomique du travail n'est pas une méthode suffisante (Béguin, 2007). De plus, la littérature suggère que la démarche de conception et de conduite de projet permet de qualifier plus précisément les dynamiques essentiellement collectives et organisationnelles. Par exemple, par rapport à la problématique fondamentale, les travaux sur la conception (Daniellou, 1992 ; Garrigou, 1992), et de façon proche en Ergonomie participative (Noro & Imada, 1991), ont développé une méthodologie de l'intervention envisageable comme une méthodologie de la gestion des groupes et de la régulation collective (Leplat, 1997). En effet, « la coopération dans un projet de conception peut être qualifiée avec Zarifian (1998) de « *forte coopération* » dans le sens où il s'agit de travailler ensemble et pas seulement de coordonner des travaux séparés, qui ne présentent qu'une « *version faible* » de la coopération » (Vacherand-Revel, 2007, p.4). En tant qu'exemples paradigmatiques, les recherches concernant les processus de conception soulignent :

- le lien entre recherches et interventions
- l'importance des approches locales des dimensions collectives
- diverses pistes à envisager en fonction de ces deux points, notamment l'importance de l'évolution de l'activité, des représentations, des connaissances, des échanges et des communications.

Par exemple, diverses formes de travail collectif ont pu être montrées en travaillant dès la conception et en omettant les préconceptions sur le travail collectif (Dequaire & Theureau,

2000). Concernant la coordination et la coopération, « l'intégration de l'activité de l'autre ou des autres, les ouvertures à des possibilités de travail collectif (regroupements), les moments d'apprentissage - formation sur le tas peuvent déboucher sur des moments privilégiés de coopération ou de coordination qui, bien entendu, ne se réduisent pas à leur définition fonctionnelle. » (Dequaire & Theureau, 2000, p.446). Une démarche de conception globale peut d'ailleurs être caractérisée comme « interdisciplinaire, participative et ergonomique » (Estryn-Béhar, 1996, p.531).

Plus largement, il semble admis que « l'action sur les relations est un des principaux moyens par lesquels l'ergonomie contribue à la transformation des situations de travail. » (Baril-Gingras, Bellemare & Brun, 2004, p.20). C'est pourquoi « l'ergonome est amené à privilégier la recherche collective d'émergence des conditions à prendre en compte pour permettre la transformation du travail : analyses du travail confrontées à différentes logiques, accompagnement des projets d'action, construction des conditions du changement sont les outils de travail de l'ergonome » (Richard, 2002, p.23).

A travers les spécificités hospitalières, la variété des situations implique que l'AET structure la démarche « davantage » que la démarche de conception. En effet, l'intérêt intrinsèque des transformations a été interrogé, aussi les projets ont pu osciller entre une conception complète, une restructuration, ou la conclusion d'un statut quo préférable. Ainsi les démarches ne sont pas comparables en tous points dans les diverses interventions : il s'agit d'un ensemble de repères, de leviers et d'étapes. A partir de l'étude de deux EPSM et de plusieurs unités et services, la pertinence méthodologique et les modalités de la démarche ont pu être comparées, en se demandant quel était l'apport d'une démarche de conception par rapport à l'AET. **En tant que modalité de conduite de projet et de recherche pour l'AET, la démarche de conception peut être perçue comme un modèle idéal vers lequel il est souhaitable de tendre, ou comme un modèle utopique, peu écologique, à l'apport limité.** Il est postulé que cette interrogation trouve un début de réponse à travers la **comparaison entre les types de changements** : une conception radicale est vraisemblablement plus aisée à mettre en œuvre qu'une restructuration ou / et une fusion, mais le modèle de la conception radicale n'est pas forcément instructif quant au modèle de la restructuration / fusion. Ces interrogations sont **l'écho opérationnel des questionnements concernant le travail collectif, à travers leur application au travail soignant dans le secteur psychiatrique.**

4. Objectifs généraux et variété des données quantitatives et qualitatives

Ces interrogations ont pu être traitées suite à la demande d'accompagnement de transformations structurelles et fonctionnelles d'EPSM. Après discussion avec les médecins du travail, les partenaires sociaux et les directions, et dans l'optique de permettre des transformations favorisant au mieux tant la santé des soignants que la prise en charge des patients, **deux objectifs opérationnels** correspondent à l'instruction de la demande et de ses enjeux. Ils sont présentés aux acteurs des EPSM et acceptés par ceux-ci. Ils opérationnalisent les objectifs théoriques :

- Identifier les ressources organisationnelles mises en place et les stratégies individuelles et collectives élaborées pour faire face aux transformations et préserver la qualité de la prise en charge des patients
- Evaluer les impacts des transformations des structures de soins sur l'organisation, les conditions, le contenu du travail et la santé des soignants

Les besoins, les temporalités et les méthodologies varient en fonction du temps et du lieu. Les données varient donc en fonction des besoins et des périmètres réels des interventions : observations d'anciennes et / ou de nouvelles situations, chroniques d'activités avant et / ou après, proposition ergonomique pour les soignants et éventuellement en lien avec le corps médical, analyse de projets à plus ou moins long terme, réunions de pilotage... Néanmoins cette variété des besoins est cadrée par l'AET et par les objectifs d'interventions et de recherche correspondant, qui permettent **trois types d'analyses en interactions : l'analyse et l'accompagnement des projets de restructuration, l'analyse de l'activité en situation de travail, et l'analyse des représentations.**

A leurs niveaux d'analyses respectifs, **ces trois types de données** permettent d'étudier diversement les confrontations entre les individus, les collectifs et les organisations, et les régulations subséquentes. De plus, le travail et la santé notamment psychique sont multidimensionnels, protéiformes et de natures épistémiques différentes : ils sont peu propices à une réduction modélisatrice, surtout conjointe. Des situations dissemblables et une étude nécessairement partielle rendent ambigus les liens entre santé et travail. C'est pourquoi une **approche qualitative et quantitative au sein de l'Analyse Ergonomique du Travail** (Volkoff, 2005) trouve son utilité et sa cohérence. A un niveau plus spécifique, la nécessité

d'envisager les représentations pour étudier de façon réaliste l'activité de travail (Vaxevanoglou, 2002b) est permise par une approche quantitative et qualitative.

La compatibilité entre les approches quantitatives et qualitatives dépasse le cadre de l'Ergonomie, en particulier les liens entre santé et travail et l'analyse de l'activité. En effet, les approches qualitatives et quantitatives ne sont pas opérationnellement (quant à leurs paradigmes) incompatibles (Cook & Reichardt, 1979, cités par Huberman & Miles, 1991). Aussi « de plus en plus de chercheurs pour lesquels le quantitatif est traditionnellement prépondérant (psychologie, sociologie, linguistique, fonction publique, étude des organisations, urbanisme, recherche pédagogique, évaluation de projets, analyse de stratégies) se sont orientés vers un paradigme plus qualitatif. (...) les investigations qualitatives continuent à se multiplier, considérablement favorisées par les reformulations des méthodologues (voir par exemple Snow, 1974 ; Cronbach, 1975 ; Campbell, 1975 ; Cook & Campbell, 1979) ; ceux-ci, qui pratiquaient à l'origine des approches « pures et dures » basées sur le quantitatif pour générer des connaissances fiables, reconnaissent aujourd'hui de plus en plus la valeur de l'analyse qualitative ancrée dans le contexte. » (Huberman & Miles, 1991, pp.21-22). C'est pourquoi « il devient de plus en plus difficile de trouver un *quelconque* méthodologue solidement installé dans une épistémologie particulière. (...) peu de positivistes logiques contestent aujourd'hui la validité et la puissance explicative des données subjectives, peu de phénoménologues pratiquent encore l'herméneutique pure » (Huberman & Miles, 1991, p.85).

La question méthodologique centrale devient celle de la tension entre la validité interne et la validité externe. Ces deux validités s'améliorent à travers l'utilisation d'une approche qualitative et quantitative, structurée en fonction des objets d'étude de la recherche et des interventions, donc en fonction des trois types de données qui y correspondent - analyses et accompagnement des projets de restructuration, de l'activité en situation de travail, et des représentations.

Ces trois types de données peuvent également être entendues en termes de validité des analyses de l'activité, statistiques et psychologiques. La dialectique entre les données doit être pensée en référence à l'analyse du réel et des réalités. Au réel correspondent plusieurs réalités, élaborées en fonction des connaissances disponibles : une fois élaborée, chaque réalité est « soumise à l'épreuve de l'adéquation au réel. » (Falzon, 1993). Puisque chaque réalité est

essentiellement assimilable à une représentation, les écarts entre les réalités et le réel sont inévitables. Par exemple, dans la situation réelle, il n'y a pas un problème donné, et il y a toujours plusieurs solutions possibles : la construction même du problème peut être enrichie avec l'incorporation de nouveaux aspects, de nouveaux points de vue (Sznelwar & Le Doaré, 2006). Autrement dit, aucune représentation objectivée, aucune situation simulée n'épuise le réel : il existe différentes versions possibles et acceptables d'un même réel, différents mondes possibles (Goodman, 1987, cité par Béguin & Pastré, 2002). Concernant les écarts entre réalités et réel, « il faut en fait se garder de deux pièges : celui qui voudrait que la réalité s'impose au sujet sans que celui-ci n'ait une part dans sa modélisation, et celui qui poserait le modèle de la réalité comme le résultat d'une activité du sujet non soumise à l'épreuve du réel. » (Falzon, 1993, p.5). Le réel est donc étudié par le biais des observations, et la réalité (qui ne réfère qu'à une partie du réel) par le biais des représentations et des projets : l'analyse de l'activité doit donc mettre en correspondance ces analyses des observations, des représentations et des projets.

5. Analyse, accompagnement et (re) conception des projets en fonction du travail réel : questionnements et débats de terrain

Le fil rouge de la recherche et des interventions concerne l'analyse et l'accompagnement des projets du point de vue du réel, du terrain, spécifiés par l'analyse de l'activité, et du point de vue de la réalité perçue, spécifiée par l'analyse des représentations. Ce fil rouge se structure autour de la démarche de l'AET modulée par les spécificités de la conception et de l'accompagnement / la conduite de projet. **Cette démarche doit permettre d'alimenter les objectifs fondamentaux à travers les objectifs opérationnels.**

Les objectifs opérationnels, précédemment exprimés en termes généraux et qui se déclinent en fonction des besoins, peuvent être synthétisés en termes de **conditions, de marges de manœuvre et d'options des changements**. La définition de ces conditions, de ces marges et de ces options s'effectue à travers la prise en compte des contraintes d'un maximum d'acteurs. La démarche doit notamment permettre les va-et-vient entre les acteurs de terrain et les décideurs, notamment les acteurs administratifs des administrations centrales chargées d'appliquer les directives du SROS. Sous l'impulsion des ergonomes et éventuellement peu à peu d'autres acteurs ergonomiques, ces interactions entre acteurs, la

prise en compte de leurs contraintes, l'analyse de la vision globale du contenu et des enjeux des projets en fonction du terrain, influencent l'évolution des projets initiaux. Ainsi les changements prévus ne sont pas effectués systématiquement, lorsqu'ils ne correspondent pas à des compromis acceptables. Selon leurs natures, les questionnements ont été arbitrés par les Comités de Pilotages, au sein des services, voire par les Comités d'Hygiène, Sécurité, Conditions de Travail (CHSCT).

Les comités de pilotage permettent de débattre des interrelations entre le projet et les conditions de travail des salariés, d'élaborer et de négocier les priorités d'action, d'évaluer la faisabilité des actions. Dans un premier temps, les analyses de l'activité et des représentations permettent d'élaborer une analyse diagnostique de l'activité et plus largement des situations existantes. Dans un second temps, cette analyse diagnostique permet d'élaborer des scénarios d'interactions entre l'activité future des agents et la configuration du cadre futur, architectural et organisationnel. Dans un troisième temps, au sein des comités de pilotage et des autres groupes de travail, les pronostics sont discutés et affinés, concernant les reconstitutions de l'activité futures et les simulations du travail futur, l'organisation, l'architecture, les conditions de travail, la sécurité et la santé, en fonction des spécificités des établissements, de la nature, des objectifs et des contraintes des projets, de la population, et de la qualité des soins et de la prise en charge.

Les interventions alimentent donc les données pour dire les **modalités du possible et l'impossible**. Montrer le faisable en l'argumentant par rapport aux besoins réels, aux contraintes, entraîne des propositions de transformations représentables sous cette forme : « voilà ce qui se passera si tel choix est envisagé, voilà ce qui se fera encore et ce qui ne se fera plus... En quels termes le fonctionnement est-il réellement acceptable ? ». Construire les nouveaux projets de fonctionnement nécessite **de poser et d'instruire des questions souvent conflictuelles**, rarement et difficilement posées explicitement : moyens en adéquation avec les types de patients, charges de travail réelles, situations types de coopérations et communications et activité collective intra et inter service... Poser ces questions, instruire ces questions par l'élaboration et la mise en débat des argumentaires, est nécessaire pour approcher et prendre rigoureusement en compte les contraintes des différents acteurs. De plus, concernant l'analyse et la transformation du travail soignant, du point de vue de la coordination des activités des soignants, il a pu être notifié (Carolly & Weill-Fassina, 2007) la pertinence d'une méthodologie qui repose sur l'identification des

dysfonctionnements et de leurs causes, et sur une discussion de groupe entre professionnels leur permettant de se concerter et de se coordonner -c'est-à-dire une activité méta-fonctionnelle qui vise une réélaboration de la planification de leur travail autour d'un référentiel commun.

Dans ce but d'élaboration et de mise en discussion des projets, l'analyse du travail, des projets et des enjeux des restructurations, ainsi que l'analyse de l'activité, mettent au centre du débat des **données de nature hétérogène**. Cette hétérogénéité est inévitable pour analyser ce qui se déroule effectivement sur le terrain : traces de fonctionnement des unités, des services et des établissements, et aux caractéristiques des populations, conditions de travail, santé, absentéisme / maladie, effectifs réels, trajets des patients et des soignants au cours du temps, incidents et accidents, réglementation, activité et fonctionnement réel, résultats réels des services, empêchements et interruptions multiples, représentations... Ces données de nature hétérogènes relèvent en effet de **plusieurs thématiques en interaction**, qu'il convient de préciser au fil des données : architecture, matériel, organisation et fonctionnement global et local, qualité des soins, conditions de travail et santé, contexte psychosocial et historique... Par exemple, l'organisation hospitalière se traduit à travers la conception architecturale en termes de flux (liés aux soins, à la logistique, aux visiteurs...) et donc en termes de proximités plus ou moins nécessaires entre les différents locaux et secteurs, et à travers l'humanisation et l'ouverture sur la ville. Concevoir l'hôpital comme un « équipement dans la cité » permet d'insister sur « un lieu ouvert et protégé », « un projet urbain » dont le but est de « relier, accueillir, orienter » à travers une « urbanité intérieure et extérieure » (Ferland, 2000, pp.80-81). Autrement dit, « l'espace ne se limite pas à un ensemble de caractéristiques physiques. La connaissance des circuits de relations existants et du niveau d'appropriation des différents lieux, sont essentiels pour comprendre les rapports entre le fonctionnement du bâtiment et l'activité exercée. Ainsi il est nécessaire de connaître : l'organisation générale des fonctions, les principes de circulation, les trajets des matériels et des personnels, les moyens de circulation des informations, l'existence et la localisation des espaces annexes indispensables à l'activité, enfin la répartition des équipes dans l'espace. » (Estryn-Béhar, 1996, p.549).

L'analyse de ces thématiques service par service, et souvent unité par unité, permet de mettre à plat, synthétiser, projeter pour les phases futures, dans un contexte souvent conflictuel lorsque les individus n'adhèrent pas. L'interrogation de ces thématiques se structure cependant autour d'une forme de balancier entre **organisation** et **architecture**,

balancier sur lequel oscille le **projet**. De façon temporaire, l'interrogation de ces thématiques et de ce balancier s'effectue parfois à rebours de l'idéal :

- L'architecture peut influencer en quelque sorte davantage l'organisation que l'inverse, dans les bâtiments dits temporaires, et dans des services où les compromis se font à minima lorsque les bâtiments sont restructurés ;
- Alors que certaines unités déménagent directement, d'autres unités déménagent une première fois dans une afin de permettre à d'autres unités d'emménager dans leurs locaux, puis déménagent une seconde fois dans leurs locaux définitifs...

Néanmoins, les intervenants ont systématiquement insisté sur l'importance de **repartir d'un projet idéal et d'une organisation idéale**. Ce point de départ permet de construire les compromis au plus juste, d'acter tant que possible les objectifs pour les étapes futures, voire de ne pas écarter des phases ultérieures non encore planifiées compte tenu des nombreuses évolutions potentielles des projets. C'est pourquoi, malgré le pessimisme courant du personnel sur le faisable, par exemple au niveau architectural, il a été envisagé qu'à l'extrême tout est faisable -sauf d'abattre les murs porteurs. Si des compromis spécifiques aux phases intermédiaires ont été effectués, les intervenants ont eu vocation à prévenir de la nécessité de reprendre le projet de service idéal en réévaluant les compromis qui ont suivi. Cette dynamique nettement plus lointaine intéresse plus spécifiquement le chercheur, mais également l'intervenant en tant que levier opérationnel dès les premières phases des interventions. C'est ainsi que les **repères d'organisation** peuvent être relevés et proposés. Par exemple, le nombre d'infirmiers, et leur déploiement en fonction des heures et des jours, est une condition pour effectuer certaines tâches, les ascenseurs sont nécessaires dans certaines unités compte tenu du nombre de patients très dépendants physiquement... En résumé, les interventions ont permis de raisonner avec le personnel sur les **modes idéaux et dégradés** en évitant de banaliser ces derniers.

Même si ils varient en fonction des interactions entre projet, organisation et architecture, trois points de vue non dissociables synthétisent les questionnements des interventions :

- **Point de vue général :**
 - Qu'est-ce que l'idéal ? Comment construire un nouveau collectif ? Comment construire collectivement ce qui n'est pas fait actuellement et sauvegarder ce qui est fait ? En se servant notamment de l'ancien projet médical et soignant, comment argumenter sur le possible (*en*

quoi et comment s'arranger ? quelles conséquences ?) et l'impossible (pourquoi ? quelles conséquences ?) ?

- **Point de vue des soins :**

➤ Par service : quel projet est voulu pour le service ? Quelles sont les possibilités ou impossibilités d'une réflexion générale de service ?

➤ Par unité, lorsque les unités d'un même service sont distinctes : quelle organisation est désirée concernant les tâches des soignants (*activités, médicaments, repas, sécurité...*) ?

La distinction entre unité et service ou département n'est cependant précisée que si nécessaire. Il s'agit d'une distinction qui n'a souvent que peu d'intérêt par rapport au travail réel. Selon le moment de l'analyse, soit le point de vue de l'unité (ou de deux ou trois unités comme en T3/T4) doit être pris en compte, soit le point de vue du service. Par exemple, soit les unités fonctionnent ensemble, dans le même lieu, avec la même organisation et les mêmes ressources, soit elles fonctionnent séparément. Soit les unités géographiquement distinctes ont des fonctionnements comparables en certains points, soit ils sont fort distincts. Parler de fusion de service ou d'unité est ici indifférent : la précision par rapport au travail réel s'effectue au cas par cas.

- **Point de vue de l'environnement « technico - organisationnel » du travail :**

➤ En fonction des projets de service et d'unités, quelles sont les possibilités d'affectation des unités ?

➤ En fonction de chaque possibilité d'affectation, quelles sont les modifications nécessaires ou utiles ?

➤ Quels liens entre l'organisation du travail intra unité et inter unités et l'environnement architectural (*par exemple, la proximité des unités peut améliorer la sécurité*) ?

➤ Quels effectifs nécessaires pour chaque option ? Quels patients (*qualitativement et quantitativement*) pour chaque option ?

➤ Qu'est ce qui aurait été souhaitable au niveau des soins mais qui doit être abandonné si les bâtiments ont telle ou telle spécificité ?

Dès lors les écarts entre prescrit et réel et entre prescriptions, ainsi que les dynamiques collectives et organisationnelles, peuvent être soulignés de multiples façons. **Les principaux indices sont les modalités des décalages entre prescrit et réel et entre prescriptions, ainsi que les régulations suite à ces écarts. De plus, cette multiplicité est regrettable d'un point de vue scientifique « dur », par exemple pour comparer des données qui varieraient en fonction d'une variable. Mais cette multiplicité est pertinente du point de vue également**

scientifique de l'Ergonomie puisqu'il s'agit d'analyser le travail réel. En effet, au-delà de conflits éventuels mais limités entre une recherche et une intervention, cette dernière ne permet pas de comparaison « parfaite » entre les situations, ou plus précisément ce sont les situations qui ne permettent pas de comparaison « parfaite » entre elles. Dans un cadre systémique, cette impossibilité n'est pas problématique, ou du moins elle est presque indépassable du point de vue de l'Ergonomie. L'objectif premier ne peut pas être de trancher strictement une question à travers l'impact d'une première variable sur une seconde, mais d'approcher suffisamment le réel. Or celui-ci est fondamentalement composé de nombreuses « variables » qui se superposent, donc structurer une recherche essentiellement sur la distinction de ces « variables » sous une forme quasi expérimentale supprimerait paradoxalement une des caractéristiques fondamentale du réel. Ce constat se retrouve dans d'autres disciplines, mais il est central pour une discipline qui par définition étudie le travail réel.

6. Analyse de l'activité et des représentations

6.1. Observations, verbalisations et questionnaires

L'activité est étudiée sous l'angle des traces spontanées de l'activité (observations libres des actions et des modifications de l'environnement suite à une action : tâche, activité, régulations, filières, flux, conditions, risques...) et des traces provoquées de l'activité (représentations par le biais des verbalisations et des questionnaires sur le travail, la perception des restructurations, le stress, la santé perçue ; réunions pour mettre les analyses en discussion). Il peut être plus précis et plus opérationnel de considérer que l'analyse de l'activité, dans les services actuels et futurs, et l'analyse des représentations, se mettent mutuellement en perspective. Elles sont effectuées à partir d'observations de l'activité, de verbalisations et d'entretiens en situations de travail, et de questionnaires.

Les grilles **d'observation** (annexes 5 et 6) ont été remplies par les chercheurs et les intervenants ou par l'encadrement, en fonction des dynamiques des interventions. Les observations se sont déroulées pendant plusieurs postes, afin d'obtenir une vision suffisante des journées de travail : « l'observation ergonomique de journées complètes de soignants permet l'identification précise du travail accompli, sous ces différents angles de vue » (Estryn-Béhar, 1996). Afin de suivre le même rythme de travail de la personne observée

(Estryn-Béhar, 1996), les observations sont ouvertes mais systématiques car elles couvrent l'ensemble des activités en réaction aux contraintes officielles ou plus générales. Ces observations systématiques mais ouvertes sont justifiées par l'auto organisation et l'absence de déterminisme fort du travail collectif, et par les spécificités du travail soignant dans le secteur psychiatrique. Les observations révèlent l'organisation réelle de travail collectif dans les services en relevant les tâches réalisées par les équipes en conditions normales et dégradées. Il a ainsi paru pertinent d'extrapoler à l'activité collective soignante une « démarche de type ethnologique [qui] peut se donner pour objet l'observation empirique et directe des échanges entre acteurs des sites retenus. Le lien que l'intervenant garde entre l'évènement observé et le contexte est un argument en faveur d'une approche ethnographique « au service de l'étude de la relation de service » » (Valléry & Sassier, 1999, p.154).

Mais les observations seules n'ont que peu de valeur, contrairement à leur interprétation. Par exemple, « un traitement spécifique de chaque type de données afin de mettre en perspective les résultats obtenus avec chacune des méthodes utilisées » peut permettre « une exploration de différentes dimensions de travail » (Valléry & Leduc, 2005, p.161). Ainsi le « vécu opérationnel » (*ibid.*), saisi en situation à travers les activités observées, peut être mis en perspective avec le « réel perçu » » (*ibid.*), même si « chacune des méthodes est porteuse de résultats spécifiques exploitables dans l'analyse de certains aspects du travail » (*ibid.*).

Sous réserve de rappeler que l'étude des représentations sociales ne peut se satisfaire d'une seule méthode (Apostolidis, 2003), analyser la perception du réel nécessite également des choix méthodologiques. L'interprétation des observations s'effectue premièrement en fonction des **verbalisations** du personnel. Ces verbalisations éprouvent et enrichissent les résultats, en premier lieu au moment des observations, mais également lors de la mise en débat des analyses, et lors des entretiens suite aux questionnaires. De plus, « la dimension collective / sociale du travail et plus spécifiquement l'accès aux déterminants psychosociaux et relationnels (par essence subjectifs) ne peut pas se faire par l'analyse de l'activité « observable ». Les verbalisations spontanées et / ou provoquées en cours d'action ne sont qu'un indicateur des représentations de ces déterminants [...]. Le **questionnaire** [...] s'impose dans l'analyse de l'activité, non pas comme un substitut de l'analyse ergonomique du travail ou de l'analyse psychologique du travail, mais comme un outil complémentaire aux observations et verbalisations. » (Vaxevanoglou, 1997, p.85). Plus précisément, en amont

l'observation fournit les éléments constitutifs du questionnaire, et en aval elle permet l'intégration des données du questionnaire dans un modèle compréhensif de l'activité (Prunier & Gadbois, 1996).

6.2. Construction, passation et sujets des questionnaires

Outre la partie signalétique et des questions ouvertes, les **questionnaires** (annexe 7) sont constitués de deux ou trois parties selon les services étudiés : la perception du travail actuel à travers les déterminants organisationnels et psychosociaux du stress, la perception des transformations et des conduites de projet, et la santé perçue.

Le **questionnaire d'évaluation des représentations des déterminants organisationnels et psychosociaux** (Qerdops) (Vaxevanoglou, 1997) (annexe 7) évalue les principaux déterminants du stress. Les facteurs et les items évaluent la réalité perçue du travail en tant que déterminant du stress. Ce questionnaire a été construit pour être appliquée aux soignants dans le secteur psychiatrique, mais en fonction de la littérature et des outils existants. Les perspectives théoriques exploitées sont très différentes, d'autant qu'elles regroupent les études sur le stress au travail en général (Karasek & Theorell, 1990 ; Arsenault & Dolan, 1983 ; Hackman & Oldman, 1975 ; Moors, 1994 ; Boitel, Demogeot & Rebstock, 1991 ; Dubruque, 1992...), et sur le travail, le stress et la souffrance des personnels soignants (Gadbois, 1980, 1981 ; Theureau, 1981 ; Estryn-Béhar, 1991, 1996 ; Anderson, Cooper & Willmott, 1996 ; Dewe, 1988, Aubert & Pagès, 1989 ; Jones, 1987 ; Villatte, Gadbois, Bourne & Visier, 1993...). Néanmoins, une synthèse de cette littérature (Vaxevanoglou, 1997) met en évidence deux catégories générales de facteurs de stress des équipes soignantes en hôpital psychiatrique : la première est relative à l'organisation, au contenu, aux conditions de travail ; la deuxième est relative aux aspects psychosociologiques, relationnels et personnels du travail. Plus précisément, **trois solutions factorielles** ont été validées dans la version originelle du Qerdops.

La solution factorielle à deux facteurs concerne donc l'organisation (F9) et l'aspect psychosociologique / relationnel (F10). L'organisation renvoie aux contraintes temporelles, à la charge de travail, aux conditions d'exécution des tâches, aux risques et aux relations avec les patients. L'aspect psychosociologique / relationnel renvoie aux relations avec la hiérarchie, aux relations avec les collègues, au rapport entre soi et la situation de travail.

La solution factorielle à trois facteurs concerne l'organisation (F7), le rapport au travail du point de vue psychologique (F6), le rapport au travail du point de vue opérationnel (F8).

Dans la solution factorielle à cinq facteurs, les facteurs concernent les relations et interactions avec la hiérarchie (F1), les contraintes organisationnelles pesant sur les individus (F2), le rapport de l'individu avec la situation du point de vue opérationnel (c'est-à-dire sa représentation de sa capacité individuelle à faire face à la situation de travail) (F3), le support social (soutien social, relations et interactions entre l'opérateur et ses collègues, du point de vue social et opérationnel) (F4), le rapport entre l'individu et la situation du point de vue du sens du travail et du rôle de l'opérateur (F5).

Parmi les représentations, il est utile de différencier les représentations permanentes qui correspondent à des structures de connaissances stabilisées en mémoire à long terme, qui dans certains contextes pourront fournir des structures d'interprétation, et les représentations circonstancielles qui désignent des constructions réalisées dans un contexte particulier et à des fins spécifiques (Garrigou, 1992). Dans ce cadre, une **partie exploratoire** a été ajoutée dans le but d'obtenir une solution factorielle complémentaire au Qerdops. Les **changements** sont un facteur de stress évident, mais on peut se demander si il s'agit de perceptions clairement distinctes des perceptions des situations initiales, et en quoi elles s'en distinguent. Autrement dit, il est supposé une distinction entre les perceptions des situations de travail « statiques » et les perceptions des transformations des situations de travail. La littérature extrêmement vaste dans des perspectives disciplinaires et pluridisciplinaires très variées n'est guère résumable (voir par exemple Le Duff, 1999 ; Helfer, Kalika & Orsoni, 1998 ; Mintzberg, 1986, 1999 ; Fabi et al., 2001 ; Crozier & Friedberg, 1977...). Cette littérature suggère néanmoins une solution bi factorielle potentielle, dans le but de renforcer l'interprétation du Qerdops en évaluant séparément les perceptions des changements, à travers leurs impacts d'une part, leurs mises en œuvre d'autre part.

Des items ont donc été ajoutés en fonction de la littérature sur les changements organisationnels, qui concernent d'abord les impacts des changements sur : le contenu du travail, la charge de travail, les compétences exigées pour effectuer le travail, l'autonomie dans l'organisation quotidienne, les moyens pour réaliser le travail, l'efficacité des équipes, la

qualité de la prise en charge des patients, l'environnement de travail, les relations avec les patients, les relations avec les collègues les relations avec la hiérarchie, la qualité de vie hors travail, l'accomplissement personnel, la santé physique des soignants, la santé psychique des soignants, la sécurité des soignants. Des items ajoutés concernent également la mise en place des changements : prise en compte des difficultés dans le travail quotidien, implication dans les transformations, implication de la hiérarchie dans les transformations, participation au projet de transformation du service, prise en compte de son avis.

La version française du Nottingham Health Profile, sur la **santé perçue**, interroge le personnel sur la façon dont il perçoit sa santé. Il a été administré uniquement à trente deux soignants de l'EPSM2. Il concerne quatre dimensions : sommeil, tonus / énergie, réactions émotionnelles / épuisement émotionnel, isolement social (Bucquet, Concom & Ritchie, 1990). Cet outil a été utilisé en partie pour affiner les premiers résultats obtenus à l'EPSM1, en partie afin de vérifier la valeur d'un outil standard de santé pour le personnel dans le secteur psychiatrique, puisqu'on peut douter de l'intérêt d'un outil standard pour une telle population. La santé perçue est cotée en deux points (oui / non).

De même quelques items ont été ajoutés à l'EPSM2 concernant la perception des restructurations. En effet, les questionnaires ont été administrés en passation directe dans les services en fonction des besoins de l'intervention. Ils se sont néanmoins révélés d'un intérêt statistique limité.

Enfin, les questions ouvertes sur les différents points abordés, un débriefing de quelques minutes suite à la passation, ainsi que les réunions pour mettre en débat les analyses, ajoutent aux éléments quantitatifs des éléments qualitatifs.

Les questionnaires ont été administrés en **passation directe**, en présence des chercheurs / intervenants.

Les passations et les traitements statistiques concernent presque exclusivement le personnel soignant, notamment pour trois raisons théoriques et méthodologiques complémentaires : le personnel soignant est le cœur de la recherche et des interventions, les liens entre représentations et activité structurent la démarche, le Qerdops (Vaxevanoglou,

1997) a été validé auprès du personnel soignant, et les représentations pour un même métier, un collectif au sens strict, sont plus proches et plus objectivables.

Quarante deux personnes de l'EPSM2 ont répondu aux questionnaires : vingt et un infirmiers, onze aides soignants, deux ASH, deux cadres, une assistante sociale, une secrétaire médicale, quatre AMP. Ils sont répartis ainsi dans les unités : huit en T4a, huit en T4b, huit en T3c, six en T3a, onze en T3b, une personne rattachée à toutes ces unités. Les projets des unités et personnels sont souvent encore en débat et très polémiques.

Cinquante cinq sujets de l'EPSM1 ont été interrogés : quarante deux infirmiers, sept cadres et six secrétaires médicales, dont dix huit personnes du quatrième service, quatorze du deuxième service, vingt trois du troisième service. Presque tous les projets personnels et de service sont connus au moment où ils sont interrogés.

Le personnel soignant représente la majeure partie de l'étude donc des traitements statistiques, d'autant que le Qerdops a été validé auprès de soignants. **Soixante treize soignants** ont été interrogés, officiellement dans le cadre des interventions sur les conditions de travail et la santé du personnel soignant dans le secteur psychiatrique en restructuration. Un soixante quatorzième soignant a été supprimé des traitements statistiques à cause de nombreuses données manquantes. Soixante-trois infirmiers et dix aides soignants ont répondu, dont quarante-sept femmes et vingt-six hommes. Vingt-et-un infirmiers et onze aides soignants de l'EPSM2 ont été interrogés, issus de cinq unités mais fonctionnant comme deux voire trois services fortement distincts. Quarante-deux infirmiers de l'EPSM1, issus de trois services différents, ont été interrogés.

En référence à la validité écologique de l'étude des transformations, et compte tenu des modèles de réorganisations, une précision a son importance méthodologique concernant la partition de la population soignante par rapport aux transformations. **La population se distingue en fonction du modèle de transformation**, et cette distinction rejoint le fonctionnement réel des services suggérée par les observations : délocalisation éloignée - fusion de deux services (n : 14 ; T1 EPSM1), la délocalisation d'un service (n : 28 ; T2 EPSM1), délocalisation proche - fusion de trois unités mais projet en débat pouvant aller de la délocalisation à la délocalisation - fusion (n : 18 ; T3 EPSM2), absence de transformations organisationnelles mais modification de l'environnement / groupe contrôle (n : 13 ; T4a -

T4b EPSM2). Cette partition adapte la distinction entre fusions et délocalisations (Fabi et al., 2001) aux restructurations hospitalières des Etablissements Publics de Santé Mentale.

7. Robustesse de la méthodologie et du de recueil de données

7.1. Tensions entre données quantitatives et qualitatives

Les différences entre les unités et entre les services, regroupés en modèles de restructurations, rappellent la tension et la complémentarité entre les approches qualitatives et quantitatives. En effet, les effectifs des unités ou des services sont trop limités pour permettre des statistiques paramétriques, alors que les approches qualitatives et le cadre théorique suggèrent la nécessité du niveau d'analyse « service / unité » ou « modèle de restructuration ». Ce type de remarque rappelle la complémentarité des approches, mais rappelle également une limite des approches qui ne permettent pas tous les niveaux d'analyse avec la même rigueur. De plus, les données qualitatives et quantitatives doivent être maniées conjointement avec précaution. Aussi la robustesse des données est essentielle.

Ce sont l'analyse et l'interprétation des résultats qui permettent pleinement la validation des données, de la méthodologie et de la démarche, pour elles-mêmes et pour fournir des éléments de modélisation concernant le travail collectif, l'activité, les régulations, les perceptions, l'organisation, le changement et la santé. Cette analyse et cette interprétation des résultats sont d'autant plus essentielles que ce sont les modèles qui sont considérés comme généralisables, et non les données. Aussi la validation des données, de la méthodologie et de la démarche n'est présentée de façon suffisamment exhaustive qu'à travers la présentation des résultats. Mais il paraît utile de préciser au préalable en quoi la méthodologie et les données fournissent une grille de lecture satisfaisante des résultats.

7.2. Robustesse des données quantitatives

Concernant le Qerdops, des données nouvelles et indépendantes des premières peuvent réserver des surprises (Reuchlin, 1992). De plus, une seule étude dans un contexte spatiotemporel précis ne suffit pas à établir la validité et la fidélité d'un instrument psychométrique, à fortiori compte tenu de l'évolution du travail soignant et plus généralement de la Psychiatrie et du secteur psychiatrique, notamment en France. Dans cette optique, une validation plus sûre du Qerdops est permise par deux Etablissements Publics de Santé

Mentale (EPSM), d'autant que les services étudiés présentent des fonctionnements et des populations de patients nettement différenciés.

La communauté des items montre qu'une partie significative de la variance de chaque variable peut être expliquée par l'ensemble des autres variables utilisées comme prédictrices. Les fiabilités des facteurs de chaque solution factorielle sont évaluées par les alphas de Cronbach. Les validités divergentes entre les facteurs du Qerdops doivent permettre des corrélations suffisamment basses.

Le questionnaire exploratoire nécessite davantage de précautions que le Qerdops pour être utilisé. L'analyse factorielle exploratoire doit être davantage précisée. Afin d'explorer la validité hypothético déductive (ou de construit) du questionnaire sur les perceptions des changements, des Analyses en Composantes Principales après rotation varimax normalisée ont été effectuées sur l'ensemble des items concernés, puis respectivement sur les perceptions des impacts des changements et sur les perceptions des mises en œuvre des changements. Les pourcentages de variance expliquée montrent l'importance des facteurs choisis. Les poids factoriels, qui peuvent s'interpréter comme des corrélations entre les variables respectives et les facteurs, permettent d'interpréter les facteurs. Les consistances internes des structures factorielles élaborées sont également satisfaisantes. De plus, les communautés des items montrent l'importance de l'analyse factorielle. Enfin, les validités divergentes entre ces facteurs élaborés, et entre ces facteurs élaborés et les facteurs du Qerdops, soulignent la spécificité de ce questionnaire exploratoire.

7.3. Robustesse des données qualitatives

Au-delà de sa nécessité, l'intérêt de la méthodologie qualitative et la robustesse des données qualitatives peuvent s'évaluer principalement à travers en quatre points :

- La multiplicité des sites / cas a permis de vérifier la reproductibilité du recueil de données d'observations. Cette reproductibilité a également été mise en évidence à travers le recueil des dynamiques collectives soignantes par l'encadrement de T13, T14, T15, UAIR, à partir de grilles fournies par les ergonomes. Concernant les observations ouvertes, celles-ci se révèlent en effet fructueuses puisque même en l'absence de chercheurs dans les structures

T13, T14, T15, UAIR, les résultats sont suffisamment structurés pour observer des fonctionnements spécifiques aux services et les interactions avec d'autres services.

- Mais cette reproductibilité n'a de valeur que sous réserve d'une analyse et d'une interprétation collégiales par les intervenants ergonomes. Les chercheurs et les intervenants ont obtenu relativement facilement des consensus sur leurs données et sur leurs significations. En particulier, les dynamiques collectives relevées signalent aisément les séquences des différents services.

- De plus, cette reproductibilité est également fonction de la mise en débat auprès du personnel et surtout du personnel soignant. Les réunions et les verbalisations précisent et enrichissent les interprétations des données quantitatives et qualitatives, et sont des gardes fous essentiels contre d'éventuels consensus erronés de la part des intervenants et des chercheurs.

- Enfin, le point focal qui valide la méthodologie est la cohérence, la **validité convergente entre les données qualitatives et quantitatives** sous réserve que ces dernières soient également consistantes, et la **cohérence entre ces deux types de données et le cadre conceptuel**. Ce point a donné satisfaction mais cette remarque doit être évidemment précisée et modulée dans le cadre de la discussion. En effet, les données quantitatives approuvent les hypothèses permises par le cadre théorique et les données qualitatives, et les données quantitatives se révèlent elles mêmes suffisamment robustes.

8. Synthèse des liens entre problématique, cadre d'analyse et méthodologie : du modèle général à la méthodologie

Dans l'approche analytique classique, les paramètres de la population sont étudiés par le biais des indices (statistiques...) des échantillons, pour permettre la généralisation des données aux paramètres de la population, et permettre ainsi la généralisation des modèles en correspondance directe avec ces paramètres. En revanche, dans l'approche systémique choisie, les indices permettent d'élaborer les modèles explicatifs dont la généralisation peut être ensuite interrogée, mais en insistant sur les dynamiques locales. Autrement dit l'adéquation entre modèle, paramètre et indice est moins mécanique. En un sens, la généralisation en l'état des indices de l'échantillon est une possibilité parmi d'autres, mais

cette possibilité est généralement nettement trop restrictive. Cette nuance peut parfois être précieuse, mais est généralement fondamentale, surtout compte tenu de la diversité des indices des « échantillons » (qui par conséquent ne sont pas considérés strictement comme des échantillons d'une population générale).

Dans ce cadre, l'approche systémique adoptée est conçue comme étant plus large que l'approche analytique : elle dépasse mais englobe l'approche causaliste strictement hypothético – déductive. Cette approche systémique est opérationnalisée à travers la démarche de l'AET en conception et conduite de projet. Cette démarche permet si nécessaire une approche hypothético déductive, mais de façon plus générale elle permet une approche systémique à travers l'analyse de la complexité du réel. La notion de variables revêt l'acception générale d'ensemble d'éléments d'analyse, d'informations et d'indices qui ont pour but de valider ou d'invalidier tant que possible les niveaux théoriques fondamentaux. Mais à l'extrême, compte tenu des objectifs et de la démarche de cette recherche, il est impropre, limité, caricatural, excessivement réductionniste, d'exprimer cette approche en termes de variables, de paramètres... Néanmoins, dans le but de communiquer et de retranscrire une démarche scientifique, de théorique à opérationnelle puis méthodologique, l'approche hypothético déductive reste d'une puissance inégalée. Aussi compte tenu des réserves et limites émises, les liens entre l'approche théorique et la méthodologie peuvent être synthétisés comme ceci.

Les variables les plus générales sont les critères / logiques individuels, collectifs et organisationnels, leurs confrontations et les régulations que ces confrontations entraînent, dont l'activité et les impacts sur la santé. Ces variables générales sont opérationnalisées à travers leur application au travail soignant dans le secteur psychiatrique.

Les **différentes logiques** diffèrent : les écarts entre les prescriptions faites au corps soignant et entre ces prescriptions et les situations réelles soignantes (et donc les perceptions de ces situations par les soignants) centralisent ces différences. Les différences entre ces logiques importent surtout compte tenu de leurs **confrontations**.

- Les prescriptions sont essentiellement administratives et médicales voire soignantes, et peuvent être analysées à travers les aspects contraignants et flous des objectifs, moyens et évaluations. Elles sont analysées de façon générale à travers le contexte institutionnel et organisationnel, et de façon située à travers

les projets d'établissement, médicaux, soignants ainsi qu'un répertoire des tâches soignantes.

- Les proximités ou oppositions entre ces prescriptions et entre ces prescriptions et les situations réelles soignantes sont précisées à travers les principales thématiques sous l'angle des objectifs et des moyens (prise en charge de la maladie mentale, effectifs...).

En permettant ou non certaines marges de manœuvres, ces confrontations entraînent des **régulations**. Les **régulations collectives soignantes** sont considérées comme centrales, plus précisément les **activités collectives soignantes au sens strict**, c'est-à-dire la structuration des activités individuelles pour des individus plus ou moins interchangeables. De plus cette activité collective au sens strict permet de préciser davantage le travail réel soignant.

- Ces régulations collectives strictes sont analysées par le biais d'observations (des manifestations de l'activité : essentiellement les « comportement collectifs » que sont les journées types par unités), des verbalisations, des capacités collectives d'auto prescriptions.

Cette activité collective au sens strict est en interaction étroite avec les **logiques collectives soignantes**, envisagées sous l'angle des **représentations communes**.

- Ces représentations communes sont analysées par le biais des verbalisations et des questionnaires. L'étude des représentations sur l'ensemble de la population est modulée en fonction des situations réelles locales, donc restreint aux unités ou aux services la largeur de la population envisagée. Ces représentations sont donc interprétées en fonction de l'activité collective au sens strict avec lesquelles elles interagissent.

Les différentes logiques entraînent également des **régulations / activités collectives au sens large, et des régulations organisationnelles** de plus en plus générales.

- Les activités collectives au sens large sont analysées sous l'angle des activités collectives pluridisciplinaires comparables à des organisations locales, en particulier sous l'angle des coordinations et compromis pluridisciplinaires entre le corps soignant et le corps médical (voire le corps administratif de proximité).

- Les régulations organisationnelles plus générales sont analysées sous l'angle de la prise en compte des différentes logiques, à travers les compromis concernant les structures organisationnelles et les projets, en fonction des contraintes des différents acteurs.

A travers l'élaboration de compromis plus ou moins acceptables par les acteurs, prenant plus ou moins en compte les différentes logiques, ces régulations impactent les activités collectives au sens strict. Les régulations collectives au sens large et organisationnelles concernent donc directement la prise en compte (voire la modification) des différentes logiques, donc structurent les marges de manœuvre qui permettent plus ou moins une activité collective au sens strict. Ces dynamiques supposent une **approche non strictement mécaniste de l'organisation pour insister également sur les contingences les plus locales** : activités réelles, média entre micro (les opérateurs de terrain, l'activité) et macro (la société, portée par les décideurs et prescripteurs), enjeux et dynamiques politiques / gestionnaires, sociales, psychologiques voire physiques. Cette approche de l'organisation suppose également de dissocier les **aspects statiques et dynamiques** de l'organisation, notamment à travers **les situations initiales et les changements**. Cette approche appliquée dans le cadre de transformations organisationnelles module les points précédents en permettant leur interprétation.

- Les dynamiques macro et micro sont explicitées à travers les analyses des contenus et enjeux des projets, des constructions de compromis et des transformations, en lien avec les activités réelles et les représentations.
- Les situations initiales sont analysées par le biais des observations, des questionnaires sur les situations initiales de travail, des verbalisations sur le lieu de travail ou en réunion.
- Les transformations sont analysées par le biais des représentations des transformations. Les représentations des transformations conduisent à dissocier les représentations des impacts des transformations et des mises en œuvre des transformations. Les modèles de transformations modulent ces représentations (fusion / délocalisation / statut quo). L'importance des représentations communes et des activités collectives au sens strict permet de supposer de plus grandes difficultés lors des fusions que lors des délocalisations. Enfin, ces représentations et ces modèles sont également interprétés par le biais des

compromis qui signent l'évolution des projets et la nature des modes de transformation (mode processus / mode expert).

Enfin, ces régulations impactent la **santé**, notamment la santé mentale et le stress.

- La santé mentale et plus précisément le stress sont analysés par le biais de questionnaires Qerdops. Dans une acception transactionniste et développementale de la santé, ces données sont interprétées en fonction de l'environnement : travail collectif, organisation, conditions de travail, situations réelles locales.
- De façon plus marginale, la version française du questionnaire Nottingham Health Profile a été utilisée pour évaluer la santé perçue.

Trois entonnoirs permettent de résumer ce cheminement du plus général au plus spécifique. Le premier, central, concerne le travail collectif, le travail soignant, le travail soignant dans le secteur psychiatrique, et les situations réelles locales. Le second entonnoir module le premier entonnoir et concerne l'organisation, les changements organisationnels, les changements organisationnels dans le secteur hospitalier psychiatrique, les changements organisationnels en fonction des situations réelles des unités. Enfin, au niveau méthodologique, un troisième entonnoir concerne l'Analyse Ergonomique du Travail, la conception, l'accompagnement / la conduite de projet de restructuration, la diversité des données en fonction des situations réelles locales.

Ces différents entonnoirs sont analysés à travers les écarts entre le prescrit et le réel et entre les prescriptions. Les analyses se centrent donc souvent sur les dysfonctionnements et les modes dégradés / pathologiques, mais les modes plus positifs permettent également des comparaisons à ces modes dégradés. De plus, ce sont les modélisations et non les données qui peuvent être généralisées. Enfin, en un sens, des indicateurs comparables peuvent interroger plusieurs éléments théoriques de façons différentes. Aussi les éléments d'analyse sont présentés afin de respecter le cheminement théorique, les étapes de la modélisation centrale sur le travail collectif et plus précisément sur le travail soignant, plutôt que la nature ou le recueil de données :

- Prescriptions et écarts aux situations réelles : grands facteurs et variété
- Régulations collectives strictes, d'opérationnelles à organisationnelles

- Représentations permettant d'interpréter ces activités collectives au sens strict, c'est-à-dire à travers une approche générale de la population puis ciblée pour chaque unité et pour chaque modèle de transformation, sa mise en œuvre et ses impacts. L'analyse de ces représentations fournit également les éléments d'analyse concernant la santé en fonction de l'environnement.
- Régulations collectives larges jusqu'aux régulations organisationnelles

Schéma 3 : correspondance schématique entre le modèle théorique général et particulier sur le travail soignant, et les indicateurs et outils

Modèle général	Modèle particulier	Démarche : AET – conception – accompagnement et conduite de projet. Permet les analyses fondamentales et opérationnelles	
Travail collectif	Travail soignant	« Variables »	Données
<ul style="list-style-type: none"> • Ecart prescrit / réel et prescrit / prescrit, et plus largement confrontations des logiques [individu, collectif, organisation] • Entraînement / permettent des régulations collectives strictes plus ou moins constructives (<i>critères d'efficacité collective</i>) ➢ Dont l'activité collective au sens strict, en lien étroit avec les représentations et buts communs ➢ Interactions avec les écarts et confrontations ➢ Impacts sur conditions de travail et santé • Entraînement / permettent des régulations collectives larges plus ou moins constructives (<i>critères d'efficacité organisationnelle</i>) ➢ Qui interagissent de façon +/- avec ces écarts et confrontations et avec les régulations collectives strictes ➢ Impacts sur conditions de travail et santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Ecart et confrontations concernant le travail soignant en EPSM • Régulations collectives strictement soignantes, en lien avec représentations communes ➢ Impacts sur le personnel soignant : conditions de travail et Santé • Régulations collectives pluridisciplinaires voire organisationnelles ➢ Impacts sur conditions de travail et santé du personnel soignant 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Prescriptions</i> : contexte institutionnel et organisationnel des EPSM, projets d'établissement, médicaux, soignants, répertoire des tâches soignantes <i>Écarts et confrontations</i> : principales thématiques sous l'angle des objectifs et des moyens (prise en charge de la maladie mentale, effectifs...) • <i>Régulations collectives strictement soignantes</i> : Journées types par unités, capacités collectives d'auto prescriptions. <i>Représentations communes</i> : sur l'ensemble de la population puis en fonction des situations réelles locales / unités ou services / activités collectives au sens strict <i>Conditions de travail</i> : principales thématiques sous l'angle des objectifs et des moyens <i>Santé du personnel soignant</i> : déterminants organisationnels du stress • <i>Régulations collectives pluridisciplinaires</i> : Activités collectives au sens large, pluridisciplinaires, organisations locales (en particulier coordinations et compromis pluridisciplinaires entre le corps soignant et le corps médical, voire le corps administratif de proximité). • <i>Régulations organisationnelles plus générales</i> : compromis concernant les structures organisationnelles et les projets, en fonction des contraintes des différents acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Etude documentaire ; Contenus, enjeux et évolutions des projets et des compromis ; Observations ; Verbalisations • Observations ; Verbalisations ; Questionnaires • Observations ; Verbalisations ; Evolutions des projets et des compromis
	<p>Organisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Média entre macro (politique, société...) et micro (situation locale) non parfaitement mécaniste et tri dimensionnel : politique, social, psychologique. Ces trois dimensions structurent les écarts prescrit / réel et les régulations • Statique (division du travail, prescription...) et dynamique (coordination, situations réelles...) : importance des changements pour caractériser l'organisation et pour eux-mêmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte de 2 types d'éléments et de leurs liens : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Enjeux et organisation / prescription générale en EPSM ➢ Situations réelles et organisations locales soignantes et pluridisciplinaires, sous l'angle de la confrontation, de l'activité et des représentations (surtout les représentations communes à coordonner et en particulier en période de changement : insistance sur les situations réelles locales donc restreignant la largeur de la population envisagée) dans les services / unités • Caractériser les changements à travers quatre distinctions : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Situation initiale / situation finale des services / unités et des EPSM ➢ Impacts / mise en œuvre des changements dans les services / unités et dans l'ensemble des EPSM ➢ Modèles des transformations (fusion / délocalisation / statut quo) ➢ Mise en œuvre des transformations en mode expert (changement radical créé) ou processus (changement progressif dirigé) Mode processus supposé plus favorable par engagement et identification au changement mais sans adhésion nette, surtout compte tenu des contraintes des tâches et des politiques de gestion des ressources humaines 	<ul style="list-style-type: none"> • Observations ; Questionnaires ; Verbalisations ; Contenus, Enjeux et évolutions des projets et des compromis • Observations ; Questionnaires ; Verbalisations ; Contenus, Enjeux et évolutions des projets et des compromis

Légende :

- ↕ ↕ : Lien d'opérationnalisation des variables théoriques fondamentales vers les variables sectorielles hospitalières
- : Impacts et interactions entre les écarts et prescriptions et les régulations
- ↓ : Implications opérationnelles sur la démarche, les hypothèses, les variables

PARTIE3 DONNEES : PRESCRIPTIONS, ACTIVITES, REGULATIONS

Chapitre 1 Prescriptions, écarts entre prescriptions et réel et entre prescriptions

1. Objectif

L'objectif de ce chapitre est de montrer l'élaboration, la structuration, la nature et l'hétérogénéité des écarts entre les prescriptions et les situations soignantes réelles et entre les prescriptions. La description de ces prescriptions et de ces écarts suggère la confrontation entre les organisations, les collectifs et les individus.

Dans ce but, dans un premier temps, le contexte organisationnel et institutionnel (2) est présenté, puis les tâches soignantes (3). Ces deux ensembles d'éléments suggèrent un cadre prescriptif global en termes organisationnel et professionnel. Les descriptions cheminent des éléments macro vers les éléments micro, afin d'entamer l'analyse du modèle proposé, de commencer à en suggérer la cohérence. Le cadre prescriptif global permet de situer les écarts entre prescriptions et réel, mais également entre différentes prescriptions. Aussi, dans un deuxième temps, la diversité des écarts entre le réel et les prescriptions, ainsi qu'entre les prescriptions, peut être relevée et décrite (4). Cette étude des situations réelles étaye les liens complexes entre réel et prescriptions, et par conséquent précise les multiples prescriptions et prescripteurs.

Ces écarts et prescriptions n'ont pas prétention à l'exhaustivité mais davantage à être des éléments fondateurs des modélisations empiriques. C'est dans ce but que ces écarts et prescriptions sont décrits suite au cadre institutionnel et organisationnel et aux tâches soignantes. Le cadre prescriptif global / macro, qui reprend des éléments déjà rapidement abordés, est ainsi de plus en plus localisé / micro, donc de plus en plus précis par rapport au travail réel. Le lien doit être suffisamment explicite afin de préciser peu à peu ce à quoi sont confrontés les individus et les collectifs soignants, ce cadre dans lequel et à cause duquel les régulations doivent se développer. Les régulations commencent à être abordées au niveau strictement collectif dans le chapitre suivant.

Afin de suggérer les écarts au réel, les prescriptions sont décrites en fonction de la littérature et plus marginalement de la législation, en cohérence avec les observations et les verbalisations. Puis l'analyse des situations réelles et de ses écarts aux prescriptions est approfondie en se recentrant sur les données qualitatives et quantitatives (Encart1).

Encart1 : objectif et démarche du chapitre 1 de la partie 3

Objectif

Expliciter la variété :

- Des prescriptions organisationnelles (corps médicaux, administratifs, soignants, environnements institutionnels et sociétaux)
- Des prescriptions professionnelles (corps soignant)
- Des écarts entre prescriptions
- Des écarts entre prescriptions et réel

Développer la cohérence interne du système (en général et en lien avec les transformations), les spécificités « idiographiques » du secteur, permet d'insister sur l'aspect « nomothétique » des écarts entre prescriptions et entre prescriptions et réel

Démarche

Mise en cohérence de l'étude bibliographique, des observations et des verbalisations, afin de « descendre » l'analyse des éléments macro à micro : société → organisation → situations de travail

2. Cadre prescriptif général : un ensemble contraignant... en théorie

2.1. Environnement prescriptif sociétal et organisationnel

Le contexte hospitalier et ses transformations sont lourds d'enjeux et d'enseignements pour l'individu et pour la société en général. « Les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple. » (Tenon, cité par Teil, 2004). Dit autrement, une société a l'hôpital qu'elle mérite. Cette « mesure de la civilisation » révèle les priorités et les problèmes sociétaux qui se répercutent à l'hôpital. Comme les cadres d'analyses l'ont précisé, à l'hôpital, les problèmes internes à toute organisation se superposent aux problèmes de la société en général :

« Il semble bien, à partir des études menées tant sur les budgets que sur les populations et la vie quotidienne, que l'histoire de l'hôpital ne puisse se résumer à la seule médicalisation et que l'institution relève toujours de **logiques variées** largement tributaires des jeux subtils auxquels se livrent les différents « protagonistes » de l'hôpital (administrateurs, médecins, personnel, malades, autorités publiques). Ce dernier constat plaide pour une symbiose totale entre histoire de l'hôpital et histoire générale. Il n'est en effet plus possible de faire une histoire de l'hôpital qui ne tienne pas compte des phénomènes extérieurs ni une histoire sociale qui ignore l'hôpital. Celui-ci est bien loin d'être institution spécialisée et isolée de la société qui l'entoure. » (Faure, 2004, p.151).

Plus précisément, « la conception des hôpitaux dans l'histoire **reflète l'image sociale** dans laquelle elle s'inscrit. Tour à tour, vitrine du pouvoir de l'Eglise et de l'Etat, outil de maintien d'un ordre social, lieu d'hébergement, d'enfermement puis de soins, l'hôpital a évolué vers un **hôpital - entreprise** qui se doit d'être productif. L'analyse de l'évolution des hôpitaux permet de comprendre les traces d'une histoire, et de débattre des contradictions que porte l'hôpital aujourd'hui. » (Wallet, 1997).

Dans le cadre de leurs évolutions actuelles, la gestion des hôpitaux s'inspire de plus en plus directement de la gestion des entreprises, et devient donc représentative du travail dans son ensemble. **Malgré et parmi les logiques variées, le management se veut uniformisateur.** Un institut tel que l'AFNOR (Association Française de Normalisation) est devenu un intermédiaire sur le marché de la santé (Robelet, 2002). Les soins dans les hôpitaux s'adressent à des individus vivants, dans des espaces et temporalités divers et changeantes (organisations, fonctions, techniques) qui nécessitent à priori l'adaptabilité des individus et des moyens. Mais le cadre budgétaire donné, les prescriptions, les réglementations pointues, les moyens sont souvent d'autant moins appropriés, qu'ils sont pensés sans lien avec le travail réel. Ainsi la part normée pour les hôpitaux en général, et notamment pour les EPSM, est de plus en plus évidente.

Surdéterminé par ces liens complexes entre société et hôpital, l'environnement hospitalier dans son ensemble a connu de nombreux changements, notamment technologiques et organisationnels / managériaux, mais la lisibilité diminue. L'évolution historique montre une constante diversification et une multiplication des fonctions des hôpitaux qui se sont traduits par une complexité croissante des structures et des bâtiments. (Le Mandat, 1989). **Cette complexité des fonctions et des structures (annexe 8) induit une diversité de situations réelles dans les services et les unités.** De plus, alors que l'évolution technologique fait débat à travers les pratiques médicamenteuses, **le secteur psychiatrique est marqué par la simultanéité des évolutions juridique, organisationnelle et managériale, l'évolution architecturale voire le développement de nouveaux médicaments.** Outre le « désordre » apparent qui règne dans les hôpitaux et peut à lui seul intriguer l'Ergonomie, ces mutations accentuent le trait et sont à rapprocher des mutations actuelles générales du travail. L'augmentation de la prescription concerne la plupart des corps de métiers, et la prescription

est d'autant plus floue qu'il faut généralement plusieurs années pour que les spécificités du secteur psychiatrique soient plus ou moins prises en considération.

Par exemple, les normes d'accréditation restent largement semblables aux normes des hôpitaux généraux, alors que la nécessité de les adapter au secteur psychiatrique ne paraît pas prêter à discussion. « Certes, toute norme est d'abord expérimentale, mais l'expérience montre la difficultés de sa modification » (Germain et al., 2004, p.120). Mais les normes définies par l'organisation occupent une place ambiguë, voire contradictoire (Leduc & Valléry, 2004). Cette rigidité, cette uniformisation est d'autant plus problématique compte tenu du fait que l'accréditation n'est pas un simple ensemble de normes, mais a un impact sur les nouveaux modes de gestion et d'organisation (Douguet et al., 2005). C'est pourquoi « la démarche d'accréditation (ou de toute autre forme de démarche d'évaluation et/ou d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé) ne va pas sans susciter des réticences, voire une franche hostilité de la part des professionnels concernés. Ceux-ci peuvent pressentir une certaine remise en cause de leurs capacités professionnelles ou bien redouter une immixtion de l'administration dans le domaine des soins. En outre, les personnels hospitaliers, et les médecins en particulier, n'appréhendent pas toujours la qualité comme la résultante de l'activité de l'hôpital pris dans sa globalité. » (*ibid.*, p.54).

Quelques rappels des impératifs légaux dans le secteur psychiatrique donnent également un rapide aperçu de ces contraintes normatives. Le fonctionnement des services et leur gestion se modifient, mais une partie significative de la législation reste également inchangée. L'objectif central est d'assurer les meilleures qualités et sécurité des soins tout en maîtrisant les dépenses de santé. Les hôpitaux en général ont notamment été marqués par la loi du 31 décembre 1970, la loi du 31 juillet 1991, l'ordonnance du 24 avril 1996, la loi du 2 janvier 2002, la loi du 4 mars 2002, l'ordonnance du 4 septembre 2003 ou la loi du 9 août 2004, l'ordonnance du 2 mai 2005. Dans la loi du 31 décembre 1970, les cinq fonctions de l'hôpital sont définies comme l'accueil et les soins, la technique médicale, l'hébergement, l'enseignement et la recherche. La loi du 31 juillet 1991 a permis de cadrer l'ensemble des principes et missions des établissements de santé, et certaines contraintes essentielles à prendre en compte, concernant par exemple l'organisation sanitaire, coopérations, séparation public / privé, les expérimentations. L'ordonnance du 24 avril 1996 a réformé l'hospitalisation publique et privée à travers la création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), et l'association de l'Etat et de l'assurance maladie au sein

des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) en tant que Groupements d'Intérêt Publics (GIP). Elle définit et met en œuvre la politique régionale d'offres de soins hospitaliers, analyse et coordonne l'activité des établissements publics et privés, établit avec l'établissement de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Gonzales, 2006). La loi du 2 janvier 2002 réforme l'organisation des établissements et des services sociaux et médicosociaux. La loi du 4 mars 2002 reconnaît les droits du malade et met en place un nouveau système d'indemnisation de l'accident médical. L'ordonnance du 4 septembre 2003 modifie le régime de planification et d'autorisation des activités de soins, augmente l'autonomie, la responsabilité et les procédures de contrôle. La loi du 9 août 2004 concernant la santé publique doit être prise en compte notamment compte tenu de sa définition du champ de la santé publique, des instruments d'intervention, ou des systèmes de veille, d'alertes, d'urgences. Enfin, l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifie le régime juridique des établissements de santé.

De façon générale, les réformes dans le système hospitalier concernent la réforme de l'assurance maladie, les schémas régionaux d'organisation sanitaires (SROS), la nouvelle gouvernance intra hospitalière (conseil exécutif, pôles d'activité, contractualisation interne, tarification à l'activité, recentrage du conseil d'administration sur ses missions stratégiques d'évaluation et de contrôle), la réforme du mode de financement des hôpitaux, les plans hôpital 2007 puis hôpital 2012, le management stratégique à travers le regroupement la graduation des plateaux techniques, le management des activités à travers le regroupement des disciplines par filières de prises en charge, le management du personnel et la permanence des soins, et les rapprochements et partenariats entre établissements publics et / ou privés (Gonzales, 2006). Les EPSM ont été spécifiquement impactés par la loi du 27 juin 1990, l'ordonnance du 15 juin 2000, la loi du 4 mars 2002.

Du point de vue gestionnaire et organisationnel, diverses lois telle que celle du 31 juillet 1991 marquent un tournant, tant elles colorent « l'hôpital d'une empreinte plus administrative et plus économique que jamais auparavant » (Autret, 2004, p.216). Le curseur semble évoluer, en ce qui concerne l'objectif central d'assurer de meilleures qualité et sécurité des soins tout en maîtrisant les dépenses de santé. Cette loi du 31 juillet 1991 aurait eu pour but notamment la rééquilibrage des forces en présence, en donnant plus de pouvoir aux infirmières en instaurant la commission de soins infirmiers et le conseil de service (*ibid.*, 2004). Mais finalement même l'avènement de l'infirmière générale en directrice des soins

infirmiers, n'a **pas permis au corps soignant de rivaliser avec les pouvoirs médicaux et administratif**, essentiellement à cause du « capital culturel administratif de l'infirmière générale » (*ibid.*, p.216, 2004), dont la formation est plus simple et plus courte que la formation des autres directeurs (*ibid.*, 2004). De plus, il paraît difficile de passer d'un métier soignant à un métier managérial. Cependant, à un niveau local, le pouvoir soignant semble pouvoir trouver sa légitimité si au moins il n'est pas en porte à faux avec le pouvoir médical. Ainsi les services les moins problématiques se sont révélés ceux où les soignants et le cadre supérieur (ancien soignant) sont en accord avec le médecin chef.

Concernant les EPSM strictement, une synthèse relativement exhaustive (Mathis, 2002) des contraintes législatives confirme la diversité des lois, décret, arrêtés, ordonnances et codes à respecter.

Enfin, le management par projet réfère à quatre pôles d'attraction du projet : technique, sociétal, existentiel, individualiste (Vinot, 2004). **Très peu de projets d'établissements rempliraient les critères standard du management par projet** (Vinot, 2004) :

- Définition claire de la politique de l'établissement : expression de priorités économiques et sociales, formulation émise par le Conseil d'Administration ou la direction, construction à partir d'un diagnostic interne et d'un diagnostic externe portant sur l'offre générale de soins,
- Intégration dans la démarche stratégique de ces différents points : réflexions de la commission médicale d'établissement ou des autres instances représentatives, rappel de la vocation de l'établissement, de ses missions, axes de la politique de santé nationale et régionale à travers les priorités de l'Etat et du SROS,
- Méthode de conduite de projet explicitée et justifiée : structure projet adaptée, démarche itérative avec critères quantitatifs et qualitatifs, diagnostic global prenant en compte l'environnement (notamment recensement de l'offre de soins concurrente), diagnostic interne (compétences des personnels et de l'établissement, typologie professionnelle, équipement structurants, moyens financiers, mode de gestion, modalité de choix, priorisation des allocations de ressources, systèmes d'information et utilisation dans l'élaboration du projet), un volet prospectif, une structure d'évaluation

L'absence de ces critères standard paraît univoque au niveau des EPSM dans leur ensemble, mais ce constat est à moduler en fonction de chaque service. L'administration centrale semble fournir les ressources aux services qui lui paraissent les plus constructifs, et délaisser inévitablement les autres. Le critère central d'évaluation des services réfère aux différents projets de l'hôpital. En effet, dans le cadre de cette gestion par projets, un hôpital se dote de trois projets pour permettre une gestion qui ne soit pas réactive, qui ne soit pas "à vue". **Cet ensemble de projets dessine l'omniprésence de plusieurs prescriptions apparemment contraignantes et hétérogènes.**

2.2. Le projet d'établissement

Le projet d'établissement est adopté par le CA (Conseil d'Administration) et soumis à l'approbation du directeur de l'ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation) qui est l'instance répondant au ministère de la santé. Le projet d'établissement a vocation officielle à permettre la responsabilisation et l'autonomie des hôpitaux en impliquant un **maximum de parties concernées** : la maire dirige le CA, le personnel médical et paramédical doivent y être représentés, les partenariats public – privé doivent être encouragés... Ce projet définit les objectifs généraux de l'établissement dans les domaines médical, des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la politique sociale (notamment sur la convention Fasmio (Fonds d'Accompagnement Social pour la Modernisation des Hôpitaux)), des plans de formation, de la gestion et du système d'information. En théorie, il repose principalement sur le projet médical, les objectifs du SROS (Schéma Régional d'Orientation des Soins – partie psychiatrie), le plan directeur du site de l'hôpital, le plan pluriannuel d'investissement. Etabli au plus pour cinq ans mais pouvant être révisé auparavant, il se traduit dans un contrat d'objectifs et de moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipements. Son élaboration est inévitablement conflictuelle.

L'ARH et l'hôpital signent un Contrat d'Objectif et de Moyens (COM) sur plusieurs années, mais « dans les faits, **l'ARH a un rôle fortement incitatif**. Elle amène certains hôpitaux à fusionner. Les hôpitaux, plus que les cliniques, doivent adopter de nouvelles stratégies montrant plus d'imagination, de participation, de responsabilisation. (...) Ce contrat d'objectifs et de moyens est élaboré par les personnels avec une procédure d'accréditation qui garantit la qualité des soins. La direction envisage des centres de responsabilité qui fonctionnent au sein des établissements avec un budget et une gestion propres. ». (Autret,

2004, p.218). Il est effectivement univoque que ce contrat est une incitation et non une négociation, ce que déplore souvent l'encadrement. Néanmoins, le COM peut aussi être perçu et utilisé comme **outil de persuasion à géométrie variable**, pour faciliter le travail des directions qui n'auraient qu'à l'appliquer. Il a ainsi pu être observé au cours de la même réunion, que les membres de direction l'utilisent comme allant de soi, ou rappellent que celui-ci n'est plus valable lors de cette réunion.

L'ARH envisage le COM en fonction d'indicateurs gestionnaires généraux pour répartir les moyens au niveau général. L'Ergonomie se méfie spontanément de ces indicateurs à cause du décalage méconnu avec les besoins réels. D'ailleurs, « Après l'acceptation de nombreuses restrictions économiques, la fièvre monte dans les hôpitaux touchés par les restrictions budgétaires, comme nous le montrent les divers mouvements de grève dans le secteur de la santé en 2002 et en 2003 » (Autret, 2004, p.218). Ce COM est source de conflits entre les personnels des services qui en déplorent les résultats et la logique, et les administrations centrales qui doivent l'appliquer mais également en déplorent les résultats, au moins officieusement.

Une modification majeure a concerné les procédures d'évaluation et d'accréditation, mises en place par l'ordonnance du 24 avril 1996 à travers la création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Son importance est révélatrice de l'importance des critères d'évaluation calqués sur le management, et des perceptions problématiques du personnel qui en découlent :

« L'essor de l'évaluation nous paraît être un véritable fait social qui reflète le souci de nos sociétés développées de programmer et de contrôler ce qu'elles font en assurant la maîtrise des dépenses de santé, en offrant une aide pour faire face à l'inflation des connaissances médicales et en éclairant les choix pour répondre aux aspirations démocratiques et à la transparence. Il est certain que l'introduction de l'évaluation et de l'accréditation dans une organisation comme l'hôpital risque de susciter des craintes de la part des professionnels qui peuvent redouter de voir remise en question leur indépendance professionnelle, bien qu'il ne s'agisse pas d'un contrôle ou d'une inspection. D'où certaines réactions d'humeur face à l'ampleur d'une accréditation qui est obligatoire pour tous les établissements hospitaliers et qui peut apparaître comme un processus étatique ou paraétatique (...) Cette démarche qui, rappelons le, est spécifique au monde hospitalier, qui introduit l'autoévaluation dans le processus et qui se distingue de la certification en ce qu'elle

n'est pas une validation de procédures mais une évaluation de la qualité d'une prestation conduite par une profession qui fixe les objectifs, apporte incontestablement dans le monde de l'hôpital une nouveauté dans la perception de son activité et est une source potentielle de modifications des comportements intéressants à mesurer par des études d'impacts.» (Steudler, 2004, pp.282-283).

Les évolutions plus récentes, telle que l'ordonnance du 4 septembre 2003 dans le cadre de l'« hôpital 2007 », vont dans le même sens : davantage d'autonomie et de responsabilité pour l'hôpital dans son ensemble (régime financier souple et motivant), davantage de procédures de contrôle (évaluation de la qualité...), rendre l'environnement de l'hôpital moins contraignant, améliorer l'organisation interne... (Voir par exemple Clément, Clément & Dupuy, 2004). Mais à l'image des plans d'urgence très médiatisés dans le cadre de drames dans le secteur psychiatrique, l'aide prévue n'est pas perceptible sur le terrain, ce qui semble une cause essentielle des « réactions d'humeur » du personnel hospitalier.

2.3. Le projet médical d'établissement

Le projet médical d'établissement est préparé par le CME (Commission médicale d'établissement) et le directeur, et adopté par le conseil d'administration, définissant pour cinq ans les objectifs médicaux compatibles avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire. Son élaboration conflictuelle nécessite de réélaborer le projet d'établissement, en particulier dans le cadre des restructurations. De plus, dans plusieurs unités, le personnel soignant ne le connaît pas.

2.4. Le projet de service ou de département

Du point de vue médical et soignant, les établissements sont essentiellement découpés en services : diagnostics, soins, enseignements, recherche... Un médecin chef de service est nommé par le ministre de la santé pour cinq années renouvelables. Chaque médecin s'occupe d'un nombre précis de lits correspondant à autant de patients lorsque le service est plein. Cette gestion s'avère d'autant plus difficile que les services ne se situent pas dans les mêmes enceintes, comme c'est de plus en plus le cas avec les délocalisations et les restructurations. A un service sont généralement rattachés le corps médical généraliste et psychiatrique, les infirmiers, les aides soignants, les ASH (aides soignantes d'hospitalisation), les personnels

administratifs (secrétaire médicale, cadre et cadre supérieur de santé), et éventuellement les personnels paramédicaux. Les patients d'un service correspondent le plus souvent à un secteur géographique, et à trois catégories administratives : Hospitalisés Libres, Hospitalisés d'Office et Hospitalisés à la Demande d'un Tiers (HDT). L'architecture et le projet du service doivent généralement permettre de laisser à part les Hospitalisés Libres (HL), qui ont plus de liberté. En pratique ça ne peut pas être systématiquement le cas. Les services ne pouvant pas moduler facilement les lieux et les entrées et sorties semblent les plus problématiques.

La confusion est entretenue entre service et département dans la loi du 31 juillet 1991 (Autret, 2004). Si la tendance est au remplacement des services ou départements en « pôles gestionnaires » (Clément et al., 2004), ce vœu reste en grande partie pieux, surtout dans le secteur psychiatrique. Le cas du département composé des unités T3 et T4 étudié est instructif : en tant que département, il dispose d'un statut dont le personnel soignant ignore la teneur et regrette le manque de moyens, d'un psychiatre pour une centaine de patients, d'un interne à quelques années de la retraite, et la direction dit ne toujours pas avoir le projet de service – que les intervenants et chercheurs se sont procurés facilement. Le flou est regretté par tous mais ce département semble utile aux corps administratifs et médicaux pour réguler l'ensemble de l'EPSM en y installant les patients chroniques, très monopolisant pour le personnel et les structures puisque les lits bloqués empêchent de nouvelles entrées.

3. Tâches soignantes : du niveau abstrait au niveau expert

Le niveau le plus abstrait de formulation de la tâche, le but à atteindre, peut être présenté comme double : accompagner les patients dans le service essentiellement pour les aider à suivre leurs traitements, à y vivre, et éventuellement à en sortir, et permettre les coopérations intra unité entre collègues (répartitions des tâches, des plannings...) et plus marginalement les coordinations avec l'extra unité (autres unités, services, organisations...). Ces points sont évidemment très liés.

Afin de faire comprendre le travail réel soignant dans le secteur psychiatrique, il est utile de répertorier les **tâches quotidiennes** des soignants. La majorité des tâches soignantes peut être cataloguée, mais ce type de classification reste très formel. Les catégories sont imparfaites, et l'unique prétention est d'aider à y voir clair. Le grain de l'analyse n'est pas inférieur au **niveau expert**, c'est-à-dire aux sous tâches spécifiques du contexte, et aux

procédures spécifiques d'un domaine précis (Voir par exemple Leplat, 2000, en référence à l'analyse hiérarchique de la tâche, même si il s'agit ici de données à posteriori et d'une hiérarchisation relativement simpliste). A un niveau plus opérationnel, le double but général correspond donc aux tâches suivantes (tableau 2). Les observations relevant l'ensemble de ces tâches semblent suffisamment exhaustives.

Tableau 2 : répertoire des tâches soignantes dans le secteur psychiatrique

CATEGORIES GENERALES	TACHES INFIRMIERES
Actes « purement » médicaux avec les patients dans les services ou dans un lieu spécifique à l'activité	<ol style="list-style-type: none"> 1) Soins du matin 2) Soins infirmiers 3) Toilettes assistées et accompagnées 4) Admissions prévues ou non 5) Entretiens infirmiers 6) Entretiens médecins 7) Distribution de médicaments / traitements 8) Prélèvements / Prélèvements sanguins 9) Animation des activités
Encadrements généraux des patients à leur contact dans les services : surveillance, accompagnement, stimulation, gestion. Forte dimension médicale	<ol style="list-style-type: none"> 1) Surveiller les actes des patients en rapport direct avec leur internement (activités, régimes, traitements, siestes...) 2) Surveiller des patients en général (surveillances plus ou moins diffuse, tour...) et dans des cas particulier (agitation, tensions, patients prêts, réveil, repas, activité...) 3) Encadrer et convaincre les patients (activités à visée éducatives (AVE), tâches ménagères, traitements, régimes, mouvements dans le service...) 4) Stimuler les patients, leur faire faire des activités, des tâches ménagères. 5) Ecouter et discuter avec les patients 6) Accompagner des patients en activités ou en consultation 7) Ouverture et fermeture de porte (salles, salle de bains, chambres, entrées sorties du service...) et accompagnement en conséquence 8) Encadrement de patient isolé 9) Réveiller les patients 10) Porter les patients (pour sortir du lit, mettre dans un fauteuil, laver...) 11) Gestion de cigarettes 12) Transferts et mouvements des patients 13) Visites 14) Temps téléphoniques des patients 15) Permanence téléphonique des patients
Actes durant les repas Ces actes renvoient à la catégorie précédente mais la temporalité et la dynamique sont particulièrement spécifiques	<ol style="list-style-type: none"> 1) Encadrement des repas : servir, surveiller, ranger 2) Gestion des repas supplémentaires 3) Nourrir les patients non suffisamment autonomes
Actes d'accompagnements des patients à l'extérieur	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sorties accompagnées ou non 2) Sorties thérapeutiques extérieures 3) Sorties internes à l'établissement 4) Accompagnement des patients dehors / au parc 5) Accompagnement des patients en activités
Actes en lien avec les repas mais en dehors de ceux-ci, sans les patients	<ol style="list-style-type: none"> 1) Réception des repas 2) Rangement des repas 3) Préparation de repas 4) Rangement salle à manger - vaisselle 5) Redescendre chariot repas
Actes en lien avec l'hygiène, l'environnement, le rangement, sans les patients	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hygiène - environnement 2) Entretiens / rangement des chambres 3) Préparation de linge 4) Rangement du linge propre / sale
Actes en lien direct avec les traitements, sans les patients	<ol style="list-style-type: none"> 1) Logistique pharmacie 2) Réception des nouveaux traitements 3) Rangement commande pharmacie 4) Préparation de médicaments 5) Résultats des analyses et prescriptions 6) Dépôts des prélèvements
Activités de préparations et d'information médicales ou / et administratives, sans les patients	<ol style="list-style-type: none"> 1) Préparation des transmissions 2) Transmissions orales 3) Transmissions écrites, diagrammes... 4) Lecture dossiers 5) Relève 6) Réunions et points patients 7) Préparation d'entretiens 8) Préparation des activités 9) Gestion des visites + inventaires 10) Faire le planning 11) Téléphone
Autres	<ol style="list-style-type: none"> 1) Renforts dans les autres services 2) Ambulatoire 3) Encadrement des étudiants et intérimaires 4) Pause

Ces tâches donnent un aperçu de la multiplicité et de l'enchevêtrement des tâches prescrites. Mais la perception de ces prescriptions générales est modulée en fonction des points de vue privilégiés, plus ou moins proches des situations soignantes réelles.

4. Prescriptions et écarts prescrits / réel pour les soignants

4.1. Introduction

Les écarts prescrit / réel peuvent être soulignés de multiples façons. Les situations se révèlent inépuisables, chaque acte est susceptible d'être analysé. La présentation des analyses est principalement guidée par le souci de clarté et d'interprétation. D'ailleurs, même si les différentes thématiques sont présentées séparément dans un souci de clarté, elles sont très liées les unes aux autres. Elles doivent être abordées conjointement pour permettre des améliorations. Un exemple trivial concerne les problèmes de matériel ou de sécurité, qui font naître des craintes d'autant plus légitimes sur le projet, que les problèmes de communication entre les niveaux de l'hôpital obscurcissent encore davantage la visibilité en période de changement. Et les craintes pour la sécurité sont particulièrement susceptibles de faire naître ou décupler des problèmes de santé. Aussi un même exemple peut être exploité dans différentes sections, qui permettent des éclairages différents correspondant à un réel multidimensionnel.

Plutôt que ce qui fonctionne –qui souvent cache plutôt qu'il ne montre- les points les plus problématiques « affrontés » de front par le personnel sont préférentiellement présentés. Les événements non souhaités, c'est-à-dire « tout ce qui, dans l'activité, se produit de manière non attendue, non planifiée et qui entraîne, de ce fait, des conséquences négatives : erreurs, incidents, accidents, etc. », sont des « cas privilégiés dans l'analyse de l'activité » (Leplat, 2002, p.24). Ce qui est apprécié constitue donc inévitablement moins le propos. Par exemple, les problèmes d'effectifs ne peuvent être analysés, expliqués et résolus en insistant sur le fait que le personnel se débrouille puisqu'il aime son travail. Dans cette optique, l'étude des **disfonctionnements** est sous tendue et conclue par l'étude des **points de vue et prescriptions contradictoires**, qui mènent à des injonctions d'autant plus contradictoires que les moyens et les ressources manquent. Mais ces manques s'expliquent eux-mêmes par les prescriptions qui répartissent les moyens et les objectifs.

Les pistes envisagées ont vocation à souligner les impacts collectifs pour gérer les écarts prescrit / réel, et leur négligence par les systèmes prescriptifs. Mais sur ce point également, différents niveaux d'analyse peuvent être exploités en référence à un même exemple, tant l'intrication des dynamiques individuelles, collectives et organisationnelles est centrale. Des exemples peuvent être repris dans diverses thématiques, mais ils sont généralement présentés dans la thématique semblant les colorer le plus spécifiquement.

4.2. Visions de la maladie mentale et du patient, impacts sur la prise en charge et la sécurité

La vision de la médecine en tant qu'art atteint un archétype à travers la Psychiatrie. La notion de maladie mentale, les traitements et les classifications qui en découlent, sont fondamentalement sujets à débat. Le corps psychiatrique –et ceci n'est évidemment en rien une critique mais un impondérable- est parcouru de tendances, d'écoles, de courants difficilement compatibles, malgré quelques efforts plus ou moins soutenus. Les approches biologiques, cognitives, comportementales, psychanalytique, familiales... sont peu conciliables. Différentes psychiatries sont dissociables, que l'on peut caricaturalement placer sur un double continuum allant du tout intérieur (par exemple la Psychiatrie Institutionnelle) au tout extérieur (les hospitalisations sont réduites au minimum), et du tout biologique (médicamentation très forte) au tout psychologique (médicamentation évitée au maximum).

Ces dissonances expliquent en grande partie les différences perçues par le corps soignant dans les modalités de traitements envisagées selon le psychiatre dont tel ou tel patient dépend. Dans plusieurs unités, à pathologie similaire voire à patient identique, le personnel soignant perçoit qu'un premier psychiatre peut médicamenter rapidement, tant pour protéger le patient que le personnel, alors qu'un second psychiatre peut estimer qu'un tel traitement est contre productif, par exemple pour des raisons d'accoutumance et pour traiter les causes psychologiques profondes plutôt que physiologiques superficielles.

Les patients sont intégrés dans une unité en fonction de leur secteur géographique de vie précédant leur internement. Des patients aux pathologies différentes se retrouvent ensemble, à fortiori si les unités acceptent de mélanger les patients hospitalisés d'Office (HO), à la Demande d'un Tiers (HDT), et Libres (HL). Le personnel soignant se retrouve en face d'un ensemble de patients qu'il faut gérer globalement, mais dont certains nécessitent

plus d'attention, de surveillance... Le personnel soignant compare les prises en charge par différents psychiatres et en note les différences, puisqu'à une unité sont généralement attachés plusieurs psychiatres. Malgré un statut institutionnel défini (Hospitalisé Libre HL, d'Office HO ou à la Demande d'un Tiers HDT), les libertés laissées diffèrent fortement du fait des injonctions psychiatriques, mais également des régulations des soignants qui gardent éventuellement une marge de manoeuvre. Même indépendamment des menaces physiques extrêmes que représentent éventuellement certains patients, les HL jouissent parfois de très peu de liberté, les HO en jouissent davantage... La médication paraît éventuellement insuffisante aux soignants, par rapport aux risques physiques qu'ils encourent. Certains patients leur semblent ne plus devoir être acceptés car non prioritaires par rapport à d'autres...

Même si différents psychiatres peuvent travailler dans un même service, **les questions sur la maladie mentale et surtout sur sa prise en charge, s'actualisent différemment en fonction des services et des unités**, essentiellement du fait de la **différence inter psychiatres**. En décrire quelques exemples fournit une grille de lecture aux écarts prescrit / réel, et des éléments sur les activités collectives et les collectifs qui peuvent en découler.

Le **département composé de T3 et T4** a particulièrement attiré l'attention, tant il interroge la vision de la maladie mentale et la gestion du malade mental –essentiellement T3.

Composé de cinq unités en vertu d'un projet initial de resocialisation des patients qui doivent y être acceptés, une unité se révèle composée de patients dont le plus grand nombre décède et décédera à l'hôpital, où ces patients sont internés depuis plusieurs décennies. Si un cadre note qu'accompagner des patients tout au long de leur vie est une mission noble, la majorité des soignants mutés dans cette unité est extrêmement surpris de la population qu'ils y trouvent. Une infirmière dit qu'elle est en T3 parce qu'elle n'avait le choix qu'entre un petit nombre de services, mais qu'elle ne s'attendait pas à ça avant d'arriver, et qu'elle trouve « ridicule » le terme « Psychiatrie active ». Ce type d'idée est presque systématiquement repris.

La réflexion est en quelque sorte perpétuellement en cours mais au point mort en T3, tant de la part du personnel de T3 que des autres services qui sont sensés l'utiliser. Même deux unités aux moyens, objectifs et patients semblables, fournissent des fonctionnements parfois assez différents. En T3a, les patients font les « corvées » (vaisselle, fumoir, laver). Un

infirmier dit que contrairement à T3b ils préfèrent parler ici d'activité et que « ce n'est pas le même fonctionnement qu'au dessus » -les patients font effectivement beaucoup moins de « corvées ». Il ajoute que c'est évidemment beaucoup plus long que s'ils le faisaient eux-mêmes, mais qu'ils sont là pour ça. Par exemple, un patient s'enfuit de la vaisselle plusieurs fois, il doit être à chaque fois ramené, il s'énerve et frappe légèrement un autre patient. Il est privé d'argent, et ils continuent à essayer de lui faire faire les corvées. Le patient menace aussi de frapper une infirmière qui ne se laisse pas intimider. Un troisième patient insiste un peu pour avoir encore du café, mais ils refusent. Ce procédé s'avère plus long qu'en T3b où les patients ne font pas les corvées, mais les questions de la perte de temps et de la nécessité font donc débat.

La liberté est d'autant plus grande dans l'élaboration et le fonctionnement de T3/T4, qu'il n'y a pas de référentiels pour ce type d'unité (au début de ces recherches, ce type de structure en France se situe uniquement dans le Nord-Pas-De-Calais ; cinq sont prévus dans la région dans les prochaines années). Par exemple, un infirmier propose de revoir éventuellement les chambres ouvertes pour la sieste (13h30 - 14h30) pour ne pas stagner dans les chambres. A contrario, tout ouvrir le soir nécessite de couvrir trop de terrain. Les questions qui font débat et reviennent régulièrement sont nombreuses, tant le flou sur les objectifs et les modalités pour les atteindre est patent.

Les **structures T13, T14, T15, UAIR** sont structurées très différemment, à partir de patients directement issus de secteurs géographiques où la violence est un mode d'expression courant. Les équipes jeunes qui y sont mutées semblent rapidement surprises par les événements : agressions, problèmes matériels... L'intégration d'une clinique au sein du secteur géographique conduit quelques soignants à changer d'unités et les ergonomes à plusieurs mises en garde, et cette intégration dans le secteur provoque effectivement de nombreux problèmes. Faute de couper certains liens avec la société, le risque hautement probable de transposer à l'hôpital les problèmes sociétaux s'est en effet rapidement exprimé, à travers diverses dégradations et violences –jusqu'à l'incendie.

Ce problème montre si nécessaire que **dans toutes les restructurations, le problème de la sécurité est presque systématiquement le premier soulevé** par le personnel. Pour tous les services, les problèmes de sécurité des agents restent la principale préoccupation et s'amoncellent rapidement. Les départs sont régulièrement différés principalement pour cette

raison. Un cadre note à propos de la sécurité que le déménagement est daté, mais qu'ils ne partiront pas à n'importe quel prix. Ce problème sécuritaire est d'autant plus inévitable, si on considère les propos de cet infirmier selon lequel un patient a davantage intérêt à agresser franchement un autre patient que d'être dans l'entre deux, car souvent il n'y a pas de sanction réelle possible dans le premier cas.

Concernant la clinique nouvellement créée sur le site 2C, l'intérêt d'une petite structure située au cœur du secteur concerné, est officiellement argumenté par la possibilité de ne pas éloigner les patients de leurs familles et de leurs proches, et par la possibilité de gestions d'une gestion plus flexible de la structure. Mais l'intérêt médical de la proximité des familles et des proches n'a rien d'univoque. Cet exemple illustre **l'entremêlement et la superposition des enjeux médicaux (pragmatiques et épistémiques) avec les enjeux institutionnels**, lorsqu'on parle de classification des patients et surtout de leur prise en charge. L'institution ne se structure pas directement et exclusivement en fonction des besoins médicaux. De même, le statut HO/HL/HDT dépend du caractère médical qu'il ne retranscrit pourtant pas. Des patients HO peuvent être beaucoup plus faciles à gérer par le personnel soignant : la prise en charge technique dépend énormément de l'environnement de l'hôpital, à proximité de celui-ci, et en lien avec d'autres structures. Mais ces ressources sont plus ou moins utilisées par les divers personnels en fonction des volontés médicales et administratives.

Un autre exemple de l'enchevêtrement des dimensions médicales et administratives, et de ses résultats sur la prise en charge, concerne la sectorisation. Les services par secteur géographique sont appelés à disparaître au moins partiellement, au profit de services par pathologies. A priori, cette approche paraît plus cohérente d'un point de vue médical. Pourtant, il est vraisemblable que mettre des anxio - dépressifs, ou diverses psychopathologies lourdes, exclusivement ensemble, n'est pas une réponse particulièrement adaptée. Cette dynamique ne semble pas issue du corps médical en premier lieu -une telle approche y fait énormément débat- mais des structures administratives. Concernant le personnel soignant, celui-ci se représente souvent la lourdeur d'un service en fonction du nombre de cas lourds : à son niveau, cette réponse n'a donc que peu d'intérêt mais présente beaucoup de risques. Mais la réponse sectorielle ne présente elle-même que peu d'intérêt, tant les secteurs géographiques paraissent au personnel soignant très différemment touchés par les maladies mentales. La sectorisation, et les structures intersectorielles qui vont avec, sont reproposées par le corps médical et soignant et les cadres supérieurs... puis abandonnées quelques mois plus tard pour

des pools de pathologies sur un tout autre site, toujours par le corps médical et soignant, et les cadres supérieurs. La mise en débat explicite de cette question est difficilement pratiquée.

Même s'il a revu sa position, le psychiatre de T3/T4 explique qu'il a de meilleurs résultats avec des éducateurs, prétend vouloir être rattaché au médicosocial. Mais ses incohérences apparentes empêchent des déductions précises. Surtout, le personnel refuse de devenir une structure médicosociale, car il considère qu'il perdrait des moyens. Et il refuse qu'on parle de son fonctionnement comme d'un fonctionnement médicosocial. Pourtant, pendant quelques temps, le nouveau projet interne de l'EPSM2 privilégie l'intersectoriel : le « médicosocial » est alors au centre des fonctionnements donc peut permettre d'envisager des moyens. Et le statut du personnel ne peut pas se modifier. Le personnel exprime surtout la crainte d'être trompé comme il pense l'avoir été jusqu'alors, concernant ses conditions de travail et de prise en charge des patients.

Plus qu'ailleurs, l'ambivalence de leur propre positionnement est regrettée par le personnel soignant de T3. Une infirmière de T3 explique que la maltraitance telle qu'on l'entend habituellement est inévitable dans leurs unités : patients ni habillés ni lavés, patients attachés pour les empêcher de se mutiler... Par exemple, une patiente voudrait surtout les inciter à l'attacher, et serait ravie de les toucher affectivement, ce qu'ils ne doivent pas lui montrer. Dans ce cadre, plusieurs soignants répéteront que c'est mettre les patients ensemble qui relève de la maltraitance. Les élèves infirmiers semblent initialement un peu gênés par cette relative maltraitance, mais considèrent finalement que c'est compréhensible et se demandent comment les infirmiers font pour tenir. Dans la même optique, durant une année de canicule et le plan anti-canicule qui a suivi, les patients n'auraient eu droit qu'à des glaçons et de l'eau sans ventilateur ni aération, « les patients pissaient tous partout »...

Une infirmière de T9 se dit inquiète pour T3, qui est « la dernière maison pour beaucoup de patients » : il y aurait eu beaucoup de morts lors de la fermeture d'unités pour élaborer T3/T4. Et les unités doivent effectuer en théorie plusieurs déménagements pour permettre le plan directeur de l'EPSM2. Donc le psychiatre a par exemple refusé très rapidement que T4 déménage, afin de lui éviter tout problème. Les trois autres unités T3 de ce même département semblent un temps devoir se résigner –ce que les ergonomes contre argumenteront en partie, en se basant sur les situations réelles soignantes.

La gestion des compromis est très ambiguë. Un cadre et son personnel soignant d'une **unité de toxicomanie du service T8** regrettent que les ressources soient distribuées de la même façon à tous les services. L'exemple du téléphone pour les patients leur paraît significatif. Alors que le personnel l'a argumenté à partir du projet médical et soignant, l'administration centrale répond que si ils le donnent à cette unité, ils devront en donner aux autres unités et services. Le personnel réagit vivement en notant que les autres services doivent aussi l'argumenter à partir de leurs projets respectifs. La maladie mentale et le malade mental, du point de vue soignant et médical, ne peuvent se traiter avec homogénéité. **L'unité de psychiatrie générale du service T8**, est d'ailleurs structurée de façon très spécifique : le personnel travaille avec les patients chroniques en les internant très rarement, à l'inverse des patients accueillis en T3 voire T4. Mais cette unité est dès lors considérée comme ayant trop d'effectifs.

Le cadre supérieur de **T9** explique qu'en fonction de la vision qu'on a de la Psychiatrie, on a plus ou moins de lits. Lorsque les ergonomes lui demandent ce qu'est un cas psychiatrique, il prétend pourtant que c'est relativement clair. Il ajoute –approuvé par l'infirmière- que c'est discréditer la Psychiatrie de considérer le psychiatre comme un assistant du juge, ce qu'il n'est pas, alors qu'un suivi entre deux viols est censé rassurer. L'infirmier ajoute qu'on laisse sortir des violeurs... et qu'« on en est à des services tiroirs, comme au Japon ». Les infirmiers de ce service ne sont d'ailleurs pas du tout en accord avec la vision univoque de la maladie mentale défendue par leur cadre supérieur. Mais ils sont tous d'accord pour regretter les compromis organisationnels et sociétaux. Le secteur privé prend uniquement les « gentils patients », les moins lourds à prendre en charge, alors que le public prend tout. Public, ils doivent accepter tous les patients, aussi certains patients sont changés de services plusieurs fois. Certains patients qui auraient d'ailleurs des exigences particulières n'iraient pas dans le public. Le personnel soignant approuve que le déterminant premier est le **type de patient**, qui influe sur la structure, le risque... Leur « clientèle » relève de plus en plus de la gestion de crise, de la décompensation, de la maladie au long cours handicapante. « On risquerait de voir arriver le privé non lucratif, et on a entendu dire que l'accréditation serait faite pour cela ». Les soignants rappellent que la tarification à l'activité, dont dépend le financement de l'hôpital, fonctionne en fonction du nombre de jours : le mieux serait de ne rester qu'entre trois et cinq jours, avec une tarification différente pour les maladies longue durée : « tout va plus vite que nous », « on va les achever »... Quelques plaisanteries sur les pilules terminent de souligner l'inadéquation définitive entre ce type de prise en charge et une

prise en charge soignante et médicale.

En T9, tous les patients sont mélangés. Les personnels avaient essayé de faire une structure « fermable » comme la loi l'oblige, mais ils se sont heurtés à des problèmes d'architecture et d'effectifs. Les Hospitalisés d'Office HO ne peuvent sortir qu'avec deux soignants. Le cadre insiste sur l'importance de ne pas tout cloisonner, de ne pas abuser, comme pour les enfants que l'on met ensemble parce qu'ils sont tous d'un même niveau. Les ergonomes rappellent que c'est une nécessité légale, mais surtout qu'on peut toujours interroger la faisabilité d'une structure fermé / ouvert, que le mélange est bien lorsqu'il est pensé, qu'il ne se fait pas par défaut. Il est surtout instructif de noter que cette question du mélange des pathologies n'est jamais traitée de façon systématique et explicite, et que c'est l'ergonome qui est obligé d'interroger ce point.

Concernant le **Centre Social**, il est question de le supprimer en grande partie, pour mettre des distributeurs, supprimer l'accueil... Cette dynamique semble un recul, une perte de chaleur d'autant plus regrettable que les services sont allégés par l'existence du Centre Social, surtout durant le repas et avec les organisations d'activités. Le cadre du T8 approuve lorsque les ergonomes signifient que le Centre Social est actuellement sous-estimé par la direction, de même que T3/T4 et son self. D'ailleurs, présenté ainsi, les divers personnels et un membre de direction considèrent effectivement que le Centre Social et T3/T4 allègent le fonctionnement de l'hôpital, la charge des autres services, les tensions, permettent une sorte de sas avec le monde ouvert et les familles. Mais cette question n'est jamais instruite globalement et dans la durée, donc les incompréhensions sur les objectifs et les fonctionnements du Centre Social et de T3 perdurent. Concernant T3 voire T4, le cadre supérieur du T8 emploie spontanément le terme médicosocial : les ergonomes signifient qu'il y a beaucoup de cas psychiatriques, de problèmes intellectuels très problématiques et très sollicitants : il approuve et considère qu'on en a peut être une mauvaise image, qu'il faut y travailler, qu'il a d'ailleurs travaillé dans un « truc comme ça ». Mais après quelques réunions en T3, il devient clair que personne ne sait précisément ce qu'est le médicosocial : à la rigueur le personnel pourrait n'avoir rien contre. En ce qui concerne le Centre Social, le cadre du T8 dit qu'il ne faut pas retomber dans l'excès inverse : occuper, demander des salles pour des salles... à l'image du psychiatre de T3/T4 qui demande 20 salles d'activités, même si cela pouvait avoir de l'intérêt. La nécessité du Centre Social se fait également ressentir lorsque les patients se font « jeter du centre commercial, surtout les HO » –les services envoyant régulièrement des lettres pour demander de les traiter

comme des êtres humains. Les ergonomes conseillent donc au Centre Social de clarifier ses missions, en séparant ses missions de restaurations de ses missions d'activité, pour ne plus être un vaste ensemble dont le reste de l'EPSM ignore l'utilité.

Le même type d'écueils se retrouve à l'EPSM1, avec des services apparemment plus classiques. La prise en charge des patients (médicamentation, prise en charge, statut Hospitalisé d'Office, Demande d'un Tiers ou Libre et les comportements qui en découlent...), permet d'opposer en particulier le quatrième service, perçu très négativement par le personnel soignant, et le troisième, perçu positivement par le personnel soignant qui désire le suivre lorsqu'il délocalise. **La sécurité est exemplaire de la prise en charge globale** : alors que les agressions semblent plus systématiques au quatrième service, ce sont le personnel soignant et l'encadrement du troisième service qui affirment qu'ils ne déménageront pas tant que la sécurité ne sera pas satisfaisante. Et effectivement ils ont effectué leur délocalisation lorsqu'ils ont estimé qu'elle était acceptable, contrairement au quatrième service.

4.3. Expérience et formation

De façon générale, les soins infirmiers seraient sensés se développer relativement indépendamment des débats médicaux, sans être suspendus aux aléas médicaux. Les sciences infirmières développeraient une sorte d'essence propre. Leur plus grande formalisation leur conférerait une crédibilité supplémentaire d'année en année. Il paraît vraisemblable qu'en phase d'apprentissage, le développement des connaissances et des réflexions sur ce qu'est la maladie mentale est d'autant plus essentiel qu'analyser et prendre en charge la maladie mentale est polémique. Mais l'essence infirmière ne concernerait pas la Psychiatrie, ou n'aurait qu'un impact très relatif en Psychiatrie. Le flou relatif qui entoure la Psychiatrie, et le manque de moyens dont elle dispose, empêchent son développement. Les enseignements sur la Psychiatrie dans les formations soignantes sont insuffisants, de l'avis du corps soignant. L'augmentation et la densification de la formation générale infirmière ces dernières années, ont donné lieu à un mouvement perçu comme contraire pour la Psychiatrie, alors qu'un domaine aussi flou pourrait nécessiter davantage. Un soignant rapporte une idée répandue parmi les soignants : « la formation est bâclée en psychiatrie, qu'on n'apprend pas grand-chose : il n'y a que quelques modules et c'est inapplicable ».

Dans ce cadre, les cas difficilement classables et les conditions générales de prise en

charge (vétusté des locaux et du matériel, impossibilité de maintenir de nombreuses activités...) laissent une place particulière aux savoirs empiriques, notamment sur la violence. L'apprentissage sur le terrain à partir de la pratique avec les patients, et des liens avec les collègues, paraît plus formateur. Cet apprentissage permet de gérer en partie les flous apparents dans les débats psychiatriques, qui rejaillissent sur le personnel soignant. Cette gestion est différente selon les unités, en particulier à cause de la tension entre formation et expérience diversement perçue et pratiquée.

Les soignants insistent sur la violence en tant qu'incident critique ou presque accident, d'autant que les accidents eux même sont récurrents. Le discours le plus courant semble celui de l'expérience permettant de réguler les incidents critiques. Pourtant, les soignants les plus âgés regrettent ce qu'ils perçoivent des plus jeunes comme un déni de leur expérience au profit des diplômes supplémentaires de ces derniers. Ce déni peut se rencontrer mais reste rare. Surtout, la problématique de la violence semble un point relativement univoque pour lequel l'expérience paraît appréciée, si tant est que quelqu'un, éventuellement d'extérieur, permette de le verbaliser en équipe.

Les formations initiales et continues sont donc considérées comme insuffisantes et inadaptées. Un exemple parmi d'autres concerne le suivi du grand nombre d'élèves et d'intérimaires à suivre -parfois jusqu'à six élèves en T3b, pour deux infirmiers. Les élèves servent de « bras », selon les soignants, même si ils leur font faire le cahier infirmier, parler des patients... Les incompréhensions sont inévitables. Par exemple, une élève explique que les portes sont ouvertes totalement à 7h et qu'ils sont totalement autonomes : ces deux points se révèlent faux. De même, le grand nombre d'intérimaires pose problème car il faut leur faire connaître le service, mais il n'y en aurait pas assez, pas assez longtemps, et ils s'en vont alors qu'ils commencent à connaître le service. Ils sont à « former », comme les élèves. Par exemple un soignant passe deux heures avec intérimaire pour lui montrer l'EPSM, mais cet intérimaire n'est là que pour deux semaines.

Dans le cadre de cette formation fragile, l'intérêt est souvent manifeste, de la part des soignants, pour les enseignements et les justifications en situation du corps médical. Au-delà des injonctions, les explications et les conseils sont souvent perçus comme utiles voire nécessaire, pour appréhender des attitudes à développer devant les patients, pour savoir quelles informations faire remonter au corps médical... Cet intérêt est vraisemblablement plus

développé pour le personnel jeune, à l'instar de cette infirmière en dernière année de formation, « captivé » par les digressions psychanalytiques du psychiatre de T3/T4, qui est extrêmement peu apprécié par les autres soignants -qui lui reprochent son absence dans les unités, ses doubles discours, sa très grande réticence à la médication, l'approche psychanalytique qui semble éloigné le cœur de métier du personnel soignant...

La tension entre formation et expérience se superpose à la diversité des profils infirmiers, voire à la coordination avec les aides-soignants. Une soignante du T8 explique que les infirmières en Psychiatrie ont l'équivalence du diplôme d'état mais pas l'inverse, qu'il n'y a pas de problèmes dans l'équipe avec cela mais que des problèmes peuvent survenir ailleurs. En T3 en revanche, les cadres insistent sur les conflits que cette différence peut entraîner. En interne, T3 présente effectivement des formes de clans. Par exemple, en T3c, qui est l'unité la plus problématique, le cadre note que les deux formations différentes d'infirmiers s'opposent particulièrement. Cet écueil semble symptomatique de la tension entre formation et expérience.

Enfin, au-delà du stéréotype de moins en moins vrai de soignants masculins imposants, un exemple prégnant de la tension entre formation et expérience, réfère aux équipes entières de soignants peu expérimentées dans une période de forte évolution du travail infirmier et dans de nouvelles structures : délocalisations et restructurations, nouveauté et évolution des accréditations...

4.4. Effectifs

Les transformations organisationnelles peuvent de façon conjoncturelle aggraver l'état d'incertitude et les écarts entre prescrit et réel. Elles sont surtout le signe structurel de la non prise en compte du travail réel donc de l'éloignement quasi inéluctable des prescriptions. C'est pourquoi malgré quelque utilité perçue (« homogénéiser les pratiques des psychiatres »...), l'accréditation laisse perplexe. En général et à fortiori lors de restructurations, elle exacerbe les tensions parce qu'elle remet insidieusement en cause les pratiques collectives et monopolise l'encadrement. Pourtant, ces procédures sont tellement éloignées des procédures de prises en charges spécifiques des patients et des problèmes de sécurité dans les unités, et ces problèmes sont tellement visibles pour les soignants, qu'elles finissent paradoxalement par favoriser parfois le débat sur le travail réel.

Par exemple, suite à l'accréditation en plein projet de restructuration, la direction contraint au respect « minimum » de sécurité en poste de nuit (deux soignants par unité). Les unités de T3 n'avaient qu'un unique soignant de nuit, ce qui est interdit. Mais l'obligation par une direction de mettre deux soignants de nuit, empêche d'autant plus en journée de concilier activités et sécurité. L'effectif des équipes de journée diminue, ce qui rend encore plus complexe la régulation Activités à Visée Educative (AVE) – Entretien – Sécurité, et ramène au premier plan les incohérences des prescriptions et le déni du travail réel. Cet exemple spécifique des liens entre travail de nuit et de jour est symptomatique de la question des effectifs, et de l'intrication des problématiques dans les situations réelles. Le manque de personnel empêche de concilier sécurité et AVE qui sont elles mêmes obligatoires. Les unités doivent choisir leurs priorités, essentiellement collectivement, l'équilibrage entre effectifs de nuit et de jour. Certaines unités comme T3c régulent les manques d'effectifs de jour en ne mettant parfois qu'un seul soignant de nuit.

En T3, lorsque les effectifs réels et les activités annulées sont abordés, une infirmière explique que l'année précédente les soignants ont boycotté les activités et l'encadrement par manque d'effectifs, parce qu'ils ne pouvaient pas. Pourtant, l'administration centrale considère que les effectifs sont suffisants et même excessifs compte tenu des missions. C'est pourquoi les directions affectent des personnels par défaut à T3, alors que le personnel qui y travaille estime avoir des patients extrêmement lourds.

Les activités en T3b pendant les jours d'observation, sont au nombre de deux activités sur cinq dans la semaine d'observation, à cause de problèmes d'effectifs. En T3c, l'unique activité ayant lieu lors de cette semaine d'observation, est celle monopolisant un soignant extérieur à l'unité prenant deux patients de T3c en plus. Le cadre du T3b et les soignants regrettent que « ce sont toujours les mêmes en arrêt maladie, et toujours les mêmes qui remplacent ». Il est étonnamment approuvé par les soignants présents, pourtant en mauvais termes avec lui, mais évidemment pas en arrêt maladie. Plus généralement, il y aurait de plus en plus d'arrêts maladie. Et certains personnels n'ont « pas été vus depuis deux ans » mais sont comptabilisés par la direction pour prétendre que T3 voire T4 auraient trop d'effectifs, surtout en T3c... l'unité la plus problématique du point de vue du travail réel et des conditions de travail.

En T3c, les problèmes d'effectifs se font particulièrement ressentir de 7h et 12h, pour habiller et nourrir les personnes très dépendantes. Parfois des patients ne sont habillés et lavés que le soir car le personnel n'a pas eu le temps de le faire avant, surtout quand il n'y a que deux soignants. Beaucoup de patients ne sont pas autonomes, d'autres refusent de se laver et de s'habiller... Même les patients un peu autonomes sont à surveiller. Par exemple, à 9h30, les soignants sortent un patient à deux et la troisième soignante présente ce jour là est avec un autre patient, donc il n'y a plus personne pour les 16 autres patients, majoritairement très dépendants. Puis une des deux premières infirmière rejoint celle seule car la patiente s'énerve, est agressive, crie : ils la changent nécessairement à deux. A 10h, l'ASH fait la communication entre les deux infirmières de chaque bout de couloir qui ne s'entendent pas : l'infirmière appelle sa patiente pour qu'elle l'aide à laver la patiente agressive. En T3c, la planification est considérée comme insuffisante, notamment par le cadre. Par exemple, pour ne pas laisser son collègue seul, celui-ci effectue parfois seize heures successives, ce qui est illégal. Mais surtout, la question des effectifs est instruite très différemment selon les jours et les personnes. Alors qu'il considère être en sous effectifs, le cadre de T3c propose par exemple d'augmenter un peu les patients : les soignants ne sont pas du tout d'accord.

Au delà du type de patients, le nerf des dynamiques organisationnelles concerne les effectifs. Le cadre du T3b essaie d'évaluer avec les patients la charge de travail des équipes, pour avoir du personnel. En quelque sorte, il essaie de re- prescrire à sa direction... qui ne veut pas l'entendre. A l'inverse, une unique structure a une liste d'attente de personnels soignants désirant y travailler. Ce troisième service délocalisé à une cinquantaine de kilomètres est aussi l'unique structure pour laquelle les dynamiques organisationnelles semblent toutes suffisamment réglées : personnel médical qui planifie sa présence, missions claires, négociation acceptable avec la direction... Les effectifs sont une conséquence de cet ensemble.

Concernant T8a, il y a manifestement des problèmes d'effectifs, mais les soignants disent parfois ne pas savoir pourquoi. Les problèmes d'effectifs se superposeraient à des problèmes « d'intendance » -la cadre étant en arrêt maladie depuis plusieurs semaines. Par exemple, ils sont à deux pendant cinq après-midi d'affilée, alors que l'une est enceinte de quatre mois. Le personnel le regrette d'autant plus que le relationnel est essentiel. Mais quand la cadre revient d'arrêt maladie, elle considère que le service tourne très bien sans cadre, que ce sont les infirmiers et les médecins qui font tourner l'hôpital.

Dans les services T13, T14, T15, UAIR, quatre vingt dix huit pour cents des effectifs sont volontaires mais tous les effectifs nécessaires ne peuvent être pourvus. Une représentante syndicale explique qu'ils ont des effectifs très élevés dans les services T13, T14, T15, UAIR, mais que c'est trompeur car ceux embauchés partent rapidement, même en perdant leur prime d'installation. De plus, ils utilisent finalement les ASH et T3 alors que ce n'était pas prévu initialement.

Enfin, alors que le personnel du troisième service de l'EPSM1 veut suivre son service, les problèmes d'effectifs dans le quatrième service s'amoncellent car les soignants ne veulent pas forcément le suivre, les risques d'arrêt de travail s'amoncellent... **Ces différents exemples illustrent donc que les problèmes d'effectifs n'existent qu'en fonction des problèmes d'organisation et de conditions de travail.**

Les problèmes d'effectifs médiatisent d'ailleurs toutes les problématiques infirmières, et les actualiser les rend moins tolérables. Par exemple, le travail de nuit doit être expérimenté pour le site2C mais risque d'être étendu à tout l'EPSM2. Le personnel n'est dans l'ensemble pas d'accord. Des cadres n'y sont pas opposés mais refusent le système en trois / huit. Tous insistent sur l'importance du volontariat. Les problèmes spécifiques à l'équipe de nuit sont multiples –aussi expriment ils parfois la volonté spontanée de rencontrer les ergonomes, par exemple au T8 ou en CHSCT. Mais ces problèmes sont insolubles sans envisager une remise à plat de l'ensemble de l'organisation.

Les problèmes humains vont particulièrement de pair avec les problèmes matériels et architecturaux, pour poser particulièrement problème dans les unités où d'autres écueils s'accumulent. Ils permettent ou non une prise en charge cohérente des soins des patients. Ces écueils systématiquement ambigus doivent être localisés, dans leur manière d'affecter tant le travail du personnel que les conditions de vie des patients. Quelques exemples de problèmes architecturaux et matériels gagnent à être envisagés pour comme symptômes des écarts entre prescrit et réel.

4.5. Ecueils des moyens architecturaux et matériels

Dans tous les services se pose la question du **nombre de patients et de chambres.**

La limite des lits disponibles est souvent atteinte à peu près partout (sauf parfois en T8 qui effectue « beaucoup de travail en amont et en aval »). Les patients sont souvent mis dans telle ou telle unité simplement par défaut. Le manque de lit et le transfert de patient vers des services inadaptés est d'ailleurs un constat courant dans les hôpitaux, en France ou ailleurs (voir par exemple Van Daele et Ait Ameer, 2003), même si il est toujours utile de le redire.

Une élève a « presque été violée » en T3 : le patient n'a pas été pris ailleurs tout de suite par manque de place.

Les chambres d'isolement servent très souvent de chambres à temps plein, alors qu'elles ne sont pas du tout conçues dans ce but. En T8, les personnels insistent pour que les isolements restent des isolements, et soient proches des soignants. Le système de caméra leur paraît ambiguë à cause du risque de moins passer dans l'isolement, d'où la nécessité de se mettre bien d'accord avant, selon les cadres et les soignants. Mais la pratique les conduit à douter fortement du maintien des isolements en tant que tels.

Le débat sur les chambres à lit unique est récurrent, mais reste parfois équivoque. Par exemple, lorsqu'un patient demande une chambre seule au T8a, les soignants s'y opposent en disant qu'il ne doit pas être seul. Alors qu'ils désapprouvent souvent sur ce point lorsqu'ils l'expriment explicitement, les soignants confirment un avis de leur cadre exprimé principalement par leur cadre supérieur : les chambres doubles ont leur intérêt. Mais sur ce point également, cela dépend des patients et des unités, ce qui explique que le cadre de l'unité T8b ne veuille pas de chambre double. En revanche, personne ne souhaite des chambres triples, qui réapparaissent dans le cadre des déménagements « provisoires ».

Les **salles d'activités** sont un problème courant, mais qu'il ne faut jamais envisager indépendamment d'autres écueils. Depuis quelques années dans l'ensemble de l'EPSM2, des moyens d'activités sont supprimés : atelier, piscine, cinéma ferment malgré les investissements consentis. La salle de gymnastique n'est chauffée ni en hiver ni en été. Ils disposent encore d'une ferme que les patients et personnels apprécient, mais qui fermera vraisemblablement rapidement. Par exemple, les infirmiers de T3 notent qu'ils n'ont certes pas tellement de patients appropriés, les plus dépendants psychiquement et physiquement : deux ou trois vont à la ferme sur les dix-neuf de T3c, parfois un ou deux font de la peinture...

Mais ils disent également ne pas avoir de formation appropriée. Dans ce cas se superposent le manque de personnel présent, de moyen, de temps, de formation. En revanche, il arrive dans d'autres services que les soignants aient suivi des formations mais n'aient pas les patients appropriés...

Compte tenu des activités supprimées, le **manque d'espaces fonctionnels dans les services** est encore plus évident, notamment dans les services fermés. Le partage des espaces se pose donc constamment : recoins, problèmes de surveillance dans le service ou dans les chambres, salles polyvalentes par défaut, accessibilité et organisation d'un jardin pour trois services sur trois étages avec de nombreux patients ne pouvant pas descendre seuls...

Les patients tournent dans certains services en rond durant plusieurs heures, regardant la télévision, fumant, raquetant...Le personnel ne peut pas les surveiller, compte tenu du nombre de recoins, par exemple en T3 et au service T1. Les agressions à l'égard des patients ou du personnel peuvent se démultiplier.

Les salles pour rencontrer les familles n'existent pas toujours, ou sont indignes selon le personnel, à l'instar d'une minuscule pièce en T3 appelée « point rencontre », dans lequel les patients sont censés se détendre, se retrouver et accueillir leur famille... La configuration de la pièce rend la surveillance impossible, l'endroit est délabré et désagréable.

Dans les futurs locaux « provisoires » de T8, la chaleur empêche souvent les personnes âgées pas d'aller dans la salle détente : c'est le personnel qui leur interdit.

Le problème d'un fumoir de neuf mètres carré en T8b, est exemplaire de la difficulté de penser les espaces en fonction des contraintes locales. Cette unité ne peut pas se plier aux règles habituelles de l'absence de fumée à l'hôpital puisque les toxicomanes sont tous fumeurs, mais aucune solution n'est trouvée dans un premier temps : les hottes ou extracteurs seraient selon la direction trop chers, alors que le personnel insiste sur le fait qu'ils seront dans ces locaux pour longtemps.

Une autre règle de l'hôpital général est sensée être appliquée à l'EPSM2 : des vestiaires centraux, mais ceux-ci sont éloignés et petits. Il est rapidement clair que les affaires seront mises dans les services pour des raisons de fonctionnalité et de sécurité. Le personnel

entre et sort du service plusieurs fois par poste, et aucune réponse ne lui est faite lorsqu'il demande si ces vestiaires seront fermés.

Les structures à étages sont souvent problématiques, puisque tous les patients ne peuvent prendre les escaliers, les ascenseurs peuvent être encombrés... Par exemple, T3 ne déménagera pas dans certaines cliniques notamment parce qu'il dispose de trop nombreux patients ne pouvant s'y déplacer, mais ce point a du être argumenté plusieurs fois du point de vue des ergonomes.

Le problème des **repas** est également exemplaire de compromis qui sont souvent effectués par défaut.

Le partage du self de T3 avec le Centre Social a donné lieu à de nombreuses réunions et suggère la difficulté de compromis qu'on pourrait croire évidents. Dans un premier temps, le compromis entre un ou deux services au self du Centre Social et de T3, est tranché en un seul au Centre Social pour des raisons d'effectifs, avec des plateaux pour réussir à réguler et une séparation des patients de T3 et des autres. Les soignants de T3 accompagnent leurs patients mais ne veulent ni ne peuvent surveiller les autres. Mais le manque d'effectif conduira à devoir choisir entre un Self sur le site2B et un self sur le site2A : la direction des soins infirmiers (DSI) le veut sur le site2B, mais les services y restant disent ne pas en avoir besoin. Aussi le DSI finit par trouver des effectifs supplémentaires en supprimant des navettes de transport, en réintégrant des personnels... Mais devant la réticence du personnel de T3 de surveiller une centaine de patients, la direction envisage de supprimer tous les selfs. Le psychiatre de T3/T4 menace dès lors de démissionner si il n'y a pas de self car cette suppression signifierait l'absence de projet en T3.

Le même type de compromis se répercute et doit être géré dans les services. Par exemple, en T8, une soignante qui a travaillé dans les futurs locaux, ainsi que les soignants qui y travaillent actuellement (par opposition à leur cadre supérieur) disent que le Self qui leur est destiné est invivable, notamment beaucoup trop chaud en été avec sa grande baie vitrée. La psychiatre reprend également le cadre supérieur en disant que les soignants gèrent la tension, l'agressivité, donc l'absence de jardin nécessite au moins un self. Le cadre supérieur plaide pour deux salles différentes : les ergonomes appuient cette solution qui finalement est acceptée car les soignants réticents initialement finissent par considérer cela nécessaire, alors

qu'ils disaient vouloir simplement réguler dans l'office avec une paillasse. Mais ils réguleront malgré tout avant la prise de repas dans une petite salle pour donner les médicaments. Ce service fournit d'ailleurs diverses régulations avec les salles : la salle de détente des patients de T8 est trop petite donc ils décident de laisser la salle de réunion ouverte, la continuité entre le bureau de soins et la salle de détente du personnel empêche le bureau du cadre à proximité, la salle à manger libre en dehors des repas devient salle polyvalente pour les soignants...

Les **problèmes matériels** vont de pair avec les problèmes d'espaces. Le manque d'entretien et la vétusté sont souvent soulignés. Les chambres des patients peuvent être plus ou moins bricolées, comme cette chambre avec du contre-plaqué à défaut de pouvoir lui installer une vitre sécurisée trop onéreuse. Les rideaux aux fenêtres ne sont pas systématiques, surtout en T3. Pendant les jours de forte chaleur, les patients y font la sieste dans une chaleur étouffante, ce qui ajoute à leur mal-être et leur agressivité. Un cadre parle malgré lui de « dortoir ».

T3 est encore une fois un exemple extrême. Il semble l'unique service qui ne soit pas équipé de téléphones ou de bipers internes portables, qui doit récupérer le mobilier... Ce serait plus largement le système informatique qui ne permettrait pas de donner ou recevoir d'appels du standard... Ce type d'indice signale selon le personnel le peu de cas que l'on fait d'eux. Le manque de chaises, de fauteuils, de bouteilles d'eau et de sacs est très surprenant pour l'observateur extérieur. Le personnel de T3 a des difficultés à obtenir des pantoufles et des chaises, donc en récupère dans les bâtiments désaffectés. Le personnel se plaint du manque de chaises pour la prise des repas des patients. L'équipe soignante doit déplacer les chaises du « local soignant » vers la salle de vie qui fait également office de réfectoire. Certains patients restent toute la journée dans cette même salle car ils sont trop nombreux à ne pas pouvoir se déplacer. Il n'y a pas suffisamment de fauteuils compte tenu du nombre de patients, les fauteuils disponibles sont souvent délabrés et très inconfortables... Le personnel de T3 utilise des sachets poubelles pour y mettre les habits des patients au moment des visites au sein de leurs familles, ce qui participe chez les soignants d'un sentiment intense de rejet et d'indignité. Suite au manque d'eau, et compte tenu de la présence d'un grand nombre de patients atteints de potomanie, une fontaine d'eau a été placée en cuisine : pour servir les patients dans l'unité cela ne pose pas trop de problème, mais lorsqu'il s'agit d'effectuer des sorties ou activités extérieures, « vous comprendrez bien qu'il est difficile de transporter une fontaine d'eau ». L'équipe soignante a donc demandé des bouteilles d'eau en plus, ce qui n'a

été possible que grâce à l'ordonnance du médecin spécifiant la nécessité de l'eau pour « certains » patients. Mais ces bouteilles d'eau sont en quantité réduite (un à deux packs d'eau par semaine) pour une dizaine de patients et il arrive de devoir acheter des bouteilles d'eau avec l'argent des patients pour leur sortie.

Si T3 est un exemple extrême, la plupart des services rencontrent des problèmes logistiques. Les problèmes de repas sont multiples en quantité et qualité, dans tous les services. Les soignants donnent souvent leurs repas. Dans plusieurs services (T9 et T3 en particulier), le personnel demande pendant plusieurs mois des fenêtres non démontables mais ouvrables pour aérer, qu'il n'y ait pas de quoi se mutiler, des rideaux, des volets, une climatisation... Ils cachent les radiateurs, les coins dangereux... Le personnel de T8a construit rapidement des oreillers pour les admissions en pleine nuit. Les problèmes informatiques sont multiples : manque de prises, retard...

Alors qu'en T3c, les toilettes des patients posent problème pour des raisons d'effectifs, l'étalement des levers en T3b est provoqué par le manque de douches. La conséquence est identique : parfois les patients ne se lavent pas, même si ce n'est pas aussi systématique qu'en T3c. Alors que les tâches quotidiennes sont une des tâches les plus importantes de T3, peut être la plus centrale, les patients se lavent rarement et de façon variable et à heures changeantes, ils ne font pas systématiquement les autres tâches quotidiennes...

Les problèmes de différents ordres se superposent –effectifs, moyens matériels, architecture... Les patients doivent être installés en priorité dans les bâtiments avec un avis de sécurité acceptable. Mais le matériel et l'architecture actuels ne sont pas toujours acceptables. La sécurité dans toutes ses modalités pose problème : surveiller les recoins, gérer la violence, des effectifs insuffisants pour faire face, fermer des armoires qui ne ferment pas... De même, les problèmes matériels se superposent à des problèmes d'organisation. Par exemple, le personnel n'a rien contre les outils permettant de signaler leur présence et éventuellement la nécessité d'une aide, notamment la nuit, mais veut surtout des effectifs suffisants. De même, la régie de T13, T14, T15, UAIR devait permettre l'ouverture des coffres par les soignants : cette solution a été rejetée par la résolution des soignants, des problèmes de sécurité ayant eu lieu par le passé.

4.6. Conclusion : multiples prescriptions et prescripteurs, diversité des logiques métiers / qualités et liens inter métiers

En résumé (tableau 3), les principales prescriptions renvoient à la maladie et sa prise en charge, à la formation, aux effectifs, aux moyens matériels et architecturaux. Comme toute prescription, celles-ci sont en décalage avec les situations réelles. Ce décalage est d'autant plus élevé que les prescriptions et les points de vue sont multiples : médical, managérial, managérial – soignant, soignant. Le personnel d'entretien (ASH) et le personnel paramédical véhiculent également d'autres points de vue.

Les disjonctions à l'hôpital, mettent donc souvent en opposition sinon en conflit l'hôpital et son environnement sociétal et institutionnel, les différents corps de métier, les différentes pratiques et conceptions gestionnaires, les différentes pratiques et conceptions médicales et a fortiori psychiatriques (pour sa mollesse scientifique, ses querelles d'école, et ses errements inévitables entre médical et social, alors que la santé et le social sont institutionnellement fortement disjoints), et la nécessité de soigner le plus grand nombre à partir d'approches généralement individuelles. Le corps soignant, imbriqué dans ces cadres, n'est pas en reste, notamment pour des raisons historiques puisque la formation a beaucoup évolué ces dernières années, mais aussi pour des raisons plus fondamentales. Qu'on parle d'intrication des activités ou d'organisation ou collectif au sens large, que l'on se situe à un niveau local ou global, l'organisation hospitalière est marquée par des pratiques, des visions, des logiques fondamentalement divergentes. Elles sont portées par des professionnels dont l'entente est plus ou moins nécessaire mais pour le moins difficile, qu'il s'agisse de la pratique ou de son évaluation. C'est au niveau soignant que se fait l'essentiel de l'articulation entre les logiques. C'est pourquoi le conflit de logiques se révèle peut être l'entrée d'analyse la plus fondamentale pour saisir les écarts prescrit / réel et leurs gestions, en quelque sorte la dernière cause significative d'un arbre des causes.

Par exemple, le cas extrême facilement lisible de T3 est instructif. Alors que le psychiatre qui en est chargé parle de Psychiatrie Institutionnelle, les cadres et l'administration parlent souvent de médicosocial, et le personnel soignant de T3 a un avis hétérogène mais guère en accord avec le psychiatre ou l'administration centrale. Cette orientation sur le terme de médicosocial ou de Psychiatrie Institutionnelle reflète une valeur que l'on peut rapprocher de la culture d'entreprise, qui varie en fonction des spécialités et des unités. Les soignants

extérieurs à T3 parlent également de médicosocial, ce qu'aucun soignant de T3 ne fait : tous disent craindre de devenir un service officiellement médicosocial et de voir ainsi leurs moyens et leurs statuts professionnels changer -alors que leur statut professionnel individuel ne peut très vraisemblablement pas changer. Dans cet environnement d'incompréhension, même les résultats chiffrables ne permettent pas de clarifier les approches. Selon un soignant de T3 il n'y aurait eu que deux sorties depuis sa création : ceci s'avère faux puisqu'il y en aurait eu plus d'une vingtaine. Mais la polémique subsiste pour savoir comment compter les décès naturels, puisqu'une fonction très officieuse mais indéniable est l'accompagnement en fin de vie. Et les résultats ne peuvent être clairement médiatisés si la mission ne peut l'être.

Au sein de cette la variété des points de vue, les cadres des services sont dans une position ambiguë en tant qu'anciens soignants. Ils doivent donc intérioriser les points de vue soignants, administratifs et médicaux -puisque'ils restent en pratique directement dépendants des médecins chefs de service. Cette position rend leur position propice à la mise en place des compromis et des régulations au sein des multiples prescriptions et en fonction des situations réelles, puisqu'ils sont au contact du terrain. On observe alors une variété de points de vue en leur sein, généralement plutôt localisable du côté des soignants, du corps médical (si celui-ci n'est pas en conflit avec le corps soignant) ou de l'administration centrale. Le cadre supérieur de T8 regrette explicitement l'incompatibilité apparente entre deux conceptions : gestion et médical, par exemple avec l'augmentation de la médicalisation et la baisse du Centre Social. Dans ce cadre, les débats sur la qualité semblent souvent servir à éviter la question des moyens. On ne parle pas de qualité réelle mais théorique : « fictive », « plaquée » selon le cadre supérieur de T8. Le cadre de T8b (toxicomanie) regrette le mouvement inversé, de l'administration vers le médical. Par exemple, il s'est « engueulé » avec le Directeur de Soins Infirmiers qui voulait revenir sur leur point phone car devrait en octroyer à tous. Lui insiste sur la nécessité de la diversité, et regrette les jalousies. Ils en ont besoin pour le sevrage, pour que les dealers ne les relancent pas... d'où des appels à des heures définies en présence des soignants. De même, le problème s'est posé du fumoir de neuf mètres carré dans un service de toxicomanie, qui ne peut pas se plier aux règles habituelles de l'absence de fumée à l'hôpital (sevrage, froid...) alors que « tout le monde reconnaît la spécificité de la toxicomanie pour la balnéothérapie ». Au sein de T3, les trois cadres semblent former un continuum des points de vue allant du corps soignant à l'administration centrale.

Néanmoins, partager les vues de cette administration n'est en rien synonyme d'une

absence de conflit ou de relations constructives : les trois cadres de T3 sont en conflit avec l'administration. A l'inverse, l'unique service non problématique à l'EPSM1 est celui qui délocalise en premier et dans les meilleures conditions, alors que l'encadrement et le corps médical se situent explicitement aux côtés des soignants et se sont révélés apte à reculer le déménagement tant que nécessaire pour obtenir des conditions de travail et de prise en charge satisfaisantes. C'est ce type de régulations intra et inter professionnelles face aux contraintes prescriptives qu'ils convient maintenant de mettre en lumière en fonction des situations réelles de chaque unité de chaque unité, c'est-à-dire en fonction de l'activité collective soignante au sens strict, en l'occurrence l'activité collective soignante, envisagée comme régulation opérationnelle centrale.

Tableau 3 : synthèse des prescriptions, écarts entre prescrit et réel et entre prescriptions

<p>Contexte prescriptif général – organisationnel et professionnel</p>	<p>Contexte organisationnel, institutionnel, scientifique : entre contraintes et flous</p> <ul style="list-style-type: none"> •Logiques et protagonistes variés : administratives, médicales, soignantes, malades, autorités publiques / société (prescriptions aux prescripteurs des soignants) •Tension centrales entre lieu de soin et hôpital entreprise Pouvoir apparemment centralisé autour du pouvoir médical et du pouvoir administratif, malgré la volonté officielle d'un pouvoir soignant (direction des soins infirmiers) •Evolutions hospitalières : diversité et complexité des fonctions et des structures, donc diversité des unités / services •Conceptions médicales psychiatriques / prescripteurs de type 1 : diversité et évolutions -juridiques, organisationnelles, managériales, architecturale, médicamenteuse •Effectifs : choisir entre jour et nuit, sécurité et prise en charge •Diversité des points de vue des différents niveaux de management (cadre, cadre supérieur, directions) / prescripteurs de type 2 Pourtant le management se présente comme uniformisateur : les normes de qualité et le management par projets (établissement, médical, service) peuvent être conçu comme une tentative de rapprochement des points de vue mais peu de lisibilité commune des projets. <hr/> <p>Tâches soignantes : ensemble prescriptif permettant de commencer à approcher le travail réel soignant</p> <ul style="list-style-type: none"> •Niveau le plus abstrait de formulation de la tâche, double but à atteindre : <ul style="list-style-type: none"> ➢Accompagner les patients dans le service essentiellement pour les aider à suivre leurs traitements, à y vivre, et éventuellement à en sortir, et permettre les coopérations intra unité entre collègues (répartitions des tâches, des plannings...) ➢Plus marginalement : coordinations avec l'extra unité (autres unités, services, organisations...). •Tâches opérationnelles déclinant le niveau plus opérationnel (cf. tableau 2) Ex : soins, réception et surveillance des repas, entretien des chambres...
<p>Principales différences entre prescriptions et entre prescrit et réel, en fonction des objectifs et des moyens</p> <p>Ces thématiques</p> <ul style="list-style-type: none"> •Sont en interactions constantes •Se déclinent différemment aux services et unités, pour rendre plus ou moins difficile l'articulation des logiques au niveau soignant •Sont aggravées par les restructurations 	<ul style="list-style-type: none"> •Visions donc prise en charge du malade, du malade mental, de la maladie Exemples : <ul style="list-style-type: none"> ➢Selon la vision médicale ou / et soignante : la médication privilégie la sécurité ou la prise en charge ➢Différences médicales pragmatiques et épistémiques, tensions entre prise en charge d'un grand nombre de patients et approches individuelles, oppositions entre approches médicales et uniformisations administratives apparentes (classification d'Hospitalisés d'Office / Libre / Demande d'un Tiers, tarification à l'activité plus ou moins remboursé à l'hôpital en fonction du nombre de jours et des pathologies) •Tensions entre expériences et formations Exemples : <ul style="list-style-type: none"> ➢sciences infirmières en théorie indépendant des sciences médicales mais apparemment problème du nombre d'heures de psychiatrie malgré l'augmentation de la formation infirmière ➢prises en charges floues pour le personnel soignant ➢nombre d'élèves supérieur au nombre de soignants •Effectifs : choisir sécurité et prise en charge Exemples : effectifs minimums inapplicables donc choisir : <ul style="list-style-type: none"> ➢en journée entre sécurité (soignants restent dans l'unité) et prise en charge (soignant sortent avec patient) ➢entre sécurité de nuit et prise en charge de jour •Architecture : Exemples : <ul style="list-style-type: none"> ➢Services ne permettant pas de surveiller, ne permettant pas de séparer les patients difficiles et moins difficiles, n'offrant pas de jardin aux patients... ➢Espaces insuffisants pour que les patients prenant leurs repas ensemble, pour que les soignants puissent réguler leurs tensions en restant près d'eux... •Matériel : Exemples : <ul style="list-style-type: none"> ➢Nombre / qualité des repas ➢Matériel pour activités à visée éducative ➢Eau ! •...

Chapitre 2 Activités collectives soignantes : de l'organisation prescrite à l'organisation réelle

1. Introduction

La diversité des objectifs et des moyens suggère une diversité des régulations pour retrouver un équilibre entre les besoins de l'organisation et les besoins des salariés. Aux niveaux strictement collectifs, ces régulations peuvent être des plus réactives aux plus stratégiques. Il peut s'agir d'une simple adaptation circonstancielle des modes opératoires, ou à l'autre extrême les buts et les moyens eux-mêmes peuvent être réévalués et modifiés par les collectifs. Les journées types des collectifs soignants par unité (**annexes 10**) sont abordées en tant que régulation collective montrant l'aspect dynamique central de **l'activité collective soignante, et surtout de sa variabilité**. L'objectif est de **qualifier et d'expliquer cette variabilité**. C'est pourquoi la présentation des éléments qualitatifs relatifs aux fonctionnements des différents services et unités, aux dynamiques des collectifs de ces services et unités, en fonction de leur environnement organisationnel direct, permet de conclure sur une **synthèse structurée concernant les principaux facteurs qui permettent et construisent les régulations collectives, la variabilité de ces facteurs, une typologie des activités collectives / collectifs au sens strict, et par conséquent une typologie des services de psychiatrie (12)**.

En effet, malgré une volonté affichée d'homogénéisation des ressources, les situations réelles dans chaque service sont très variables. L'individu doit permettre ces tâches dans les services et unités, et la hiérarchie est plus ou moins claire dans chaque service ou unité. Par exemple, soit les AVE sont négligées au profit de la sécurité, soit elles sont privilégiées. Au sein des services T13, T14, T15, UAIR, quelques problèmes de circuits d'admissions et de liaisons logistiques (repas, pharmacie...) sont partagés, mais d'autres problèmes sont davantage fluctuants : présence et prescription médicale, admission, effectifs soignants, sécurité, communication entre services, magasin. Ces problèmes sont partagés par d'autres services, mais pas systématiquement. Le détail des dynamiques temporelles, la variabilité quotidienne et la variabilité inter services et unités suggèrent les principaux facteurs à réguler compte tenu des écarts prescrit / réel. Ces facteurs, mis en évidence par les analyses locales, président aux organisations des équipes, aux réalisations de leurs tâches, à leurs charges de travail...

La validité écologique de ces analyses est leur principal atout, et a été développée dans le cadre des interventions. Le systématisme des activités est évalué par l'analyste en lien avec les observations et les verbalisations des soignants et de l'encadrement et avec les mises en débat, à l'exception des services T13, T14, T15, UAIR pour lesquels les recueils de données ont été fait par les encadrements sous la direction des ergonomes. Les analyses exploitent donc moins ces services, qui appuient néanmoins la réflexion générale théorique et méthodologique, notamment à travers la comparaison entre le recueil effectué par les analystes et le recueil effectué par l'encadrement.

Cette description dynamique reprend en grande partie les tâches soignantes classifiées précédemment, mais se veut plus proche des situations réelles et notamment dynamiques. Quelques précisions et suppléments ont été apportés, sans objectif d'une exhaustivité qui serait illusoire. De même, les mêmes thématiques sont souvent abordées pour chaque service ou unité, mais avec des insistances différentes en fonction des services et unités, pour en respecter et faire ressortir les spécificités. **Le fil rouge est l'articulation par les soignants des dynamiques des unités, en lien avec leur environnement organisationnel direct.** En particulier, la correspondance entre les conditions de travail soignant et les prises en charge des patients est essentielle.

L'objectif de ce chapitre est donc de préciser le travail réel et les régulations des collectifs soignants, en insistant sur les points communs et sur la diversité des services et collectifs (Encart2).

Encart2 : objectif et démarche du chapitre 2 de la partie 3

Objectif

Expliciter les facteurs communs de charge de travail, le travail réel soignant, les activités collectives
Montrer en quoi ces facteurs structurent les journées et les semaines collectives des services
Mettre en évidence une relative diversité des journées et des semaines collectives des services
Montrer certaines régulations possibles pour le personnel soignant
Développer ces différents éléments en général et en lien avec les transformations

Démarche

Observations et verbalisations afin de comparer les journées et semaines types de plusieurs services

2. EPSM 1 service T1 (annexe 10a)

Ce service correspond à la délocalisation – fusion de deux services. Il a permis de se familiariser avec le fonctionnement d'un service psychiatrique, et de préciser la méthodologie

de recueil d'observation.

Le mélange d'une vingtaine de patients Hospitalisés Libre, d'Office ou à la Demande d'un Tiers, oblige à laisser les portes et les chambres fermées malgré des locaux exigus. Les portes doivent être ouvertes et fermées plusieurs fois par heure, en empêchant certains HO et HDT de sortir. Contrairement au site de l'EPSM d'origine, ce service ne dispose pas d'un parc. L'agitation, la dispersion, la stagnation des patients regroupés essentiellement devant le bureau infirmier et la télévision, et la tension continue entre les patients mélangés, expliquent la surveillance constante chronophage par le personnel. Par exemple, une heure avant le repas du midi et du soir, plusieurs patients attendent devant le bureau infirmier. Le déroulement du repas demande une surveillance spécifique. Il est préparé, servi, débarrassé par le personnel afin d'éviter trop de mouvements de patients et la nécessité de les encadrer.

Dans cette **dynamique de tension et de surveillance qui contraint toute la journée**, le personnel doit répondre régulièrement au téléphone, qui sonne plusieurs fois par heure à partir de sept heure, surtout en provenance des familles et de l'EPSM d'origine. L'éloignement complique les synchronisations avec ce dernier, concernant le matériel, les médicaments, les activités, les voitures... Ce service se situe à quelques dizaines mètres d'un hôpital général avec lequel il était sensé entretenir des relations étroites, mais les relations avec celui-ci sont également difficiles car la Psychiatrie ne peut pas y être une priorité. Par exemple, contrairement à ce qui était prévu ainsi initialement, les soignants de ce service doivent systématiquement accompagner leurs patients allant à l'hôpital général ou en venant.

Les toilettes, les repas et les entretiens occupent la matinée, auxquelles s'ajoutent constamment les autres tâches moins prévisibles mais récurrentes –encadrement des patients, téléphone qui sonne ou que les patients demandent à utiliser... Les activités à visée éducative (AVE) ont lieu de préférence l'après midi, mais celles-ci restent aléatoires, sous réserve du matériel, des effectifs, des entretiens médicaux diversement planifiés, des admissions courantes (plusieurs par semaine)... Les entretiens médicaux sont pris sans concertation avec le personnel soignant. La volonté du corps soignant se heurte donc aux limites matérielles et organisationnelles, ce qui nécessite la suppression d'Activités à Visées Educatives.

Le personnel soignant est en tension avec une partie du corps médical, surtout à cause de l'organisation du service et des relations avec certains patients.

3. EPSM 1 service T2 (annexe 10b)

Ce service correspond à la délocalisation d'un service de l'EPSM 1 à une cinquantaine de kilomètres. La clinique a été construite en respectant les vœux émis par le service, afin d'être suffisamment modulable en fonction des patients –coupure possible des HL vis-à-vis des HO – HDT. Plus largement, **les journées et les semaines ont été planifiées par le corps soignant et le corps médical, ce qui explique en grande partie les plages planifiées** (30 minutes à deux heures) **que le personnel soignant réussit à respecter**. Le corps médical a en effet accepté de moduler sa présence en fonction des contraintes du corps soignant (**annexe 10b3**). Il a également négocié et obtenu un effectif minimum de sécurité en journée de trois soignants –il est le seul corps médical à exiger explicitement cette présence, qu'il obtient d'autant plus facilement qu'il est le seul service à proposer une liste d'attente de soignants désirant y travailler, et un projet de service très lisible pour l'administration centrale.

Les dynamiques quotidiennes et hebdomadaires sont donc élaborées en fonction des différentes parties. **Des variantes sont possibles, mais trois types de postes sont prévus (annexe 10b2)** : un poste dédié aux traitements, un poste dédié à la journée, et un poste dédié à la disponibilité, en particulier pour les patients. **Cette séparation des postes est assortie d'une flexibilité dans les tâches**, même si elles sont davantage prévues pour tel ou tel poste. Il s'agit davantage d'une contrainte générale pour souligner l'étendue des contraintes soignantes, planifier un minimum, obtenir les effectifs, plutôt qu'une contrainte que les soignants doivent respecter au pied de la lettre. Par exemple, des plages spécifiques de surveillance et d'encadrement sont prévues dans le service, car la surveillance et l'encadrement sont essentiels pour les soignants et le médecin. Selon les horaires de la journée, un personnel précis est plus spécifiquement responsable de la surveillance, des salles de bain... En fonction des différentes contraintes, sont planifiées de façon générale la disponibilité et la vigilance pour les patients, un maximum d'activités thérapeutiques, l'accueil, le travail ouvert sur la cité, la collaboration au sein du service, la responsabilisation dans le travail, l'effectif constant de sécurité de trois personnes, les temps de pause à intervalles réguliers, l'évaluation des démarches soins, l'articulation entre médical et soignant, l'organisation du travail médical et l'organisation du travail infirmier. De même, l'admission programmée arrive à 11h, le transfert de l'UAO (Unité d'Admission et d'Orientation) arrive à 15h. Les ECG sont réalisés à 12h.

Compte tenu des jonctions entre les points de vue soignants et médicaux, et compte tenu de la défense par le corps médical de la prise en compte des contraintes soignantes, ce service est celui avec lequel les ergonomes travaillent le plus facilement, notamment pour élaborer les points ci-dessus. Le corps médical estime que le corps soignant est exigeant mais offre les moyens pour remplir ces exigences. Dans cet environnement, le corps soignant réussit à réguler ses contraintes d'une manière qu'il considère satisfaisante, et dont les trois postes sont le meilleur indice.

4. EPSM1 T3c (annexe 10c)

Cette unité est insérée dans le département T3/T4, dont le statut et les objectifs sont sources de polémiques entre le personnel soignant, le personnel médical, l'administration et le corps « soignant administratif ». Cette unité reçoit en effet une vingtaine de patients dits chroniques, aux pronostics majoritairement extrêmement négatifs. Internés depuis des années voire des décennies, ces patients décèdent et décéderont très probablement à l'EPSM. L'objectif officiel principal est la réhabilitation des patients, c'est-à-dire réinsérer peu à peu les patients à travers les tâches quotidiennes. Mais l'objectif officieux explicité par l'encadrement, et qui correspond davantage aux observations, est l'accompagnement en fin de vie (dont l'encadrement rappelle que c'est « une belle mission ») ou vers d'autres structures psychosociales. Le personnel qui arrive envisage donc rapidement de repartir. Les sorties comptabilisées par la direction sont officiellement élevées, puisque les décès y figurent, de même que les patients remis dans d'autres services, unités ou structures et même si ils reviennent ensuite. Cette appréciation globale positive de la direction reste très rare à l'encontre de T3, mais est mise en avant par les ergonomes, à la surprise du personnel persuadé d'être mal perçu.

Les relations avec l'encadrement direct sont très diverses en fonction des soignants – particulièrement problématiques avec les soignants ayant des problèmes d'alcool, de médication, voire de racisme selon cet encadrement. Le cadre estime que le projet et les moyens ne sont pas du tout portés par l'administration et le corps médical, que les problèmes d'effectifs sont patents, mais que le nombre de patients peut être légèrement augmenté puisqu'il s'agit de nursing... Pendant plusieurs mois, il n'y a pas d'encadrement supérieur. Les mises en débat ne sont pas problématiques pour les ergonomes avec la majorité du

personnel qui accepte d'y participer, mais quelques soignants ne veulent pas s'y intéresser car considèrent que la direction ne fera rien pour améliorer les conditions de travail. Ils acceptent néanmoins d'être interrogés sur leurs lieux de travail en aparté.

Deux à cinq patients font deux activités à visées éducationnelles : visiter la ferme de l'hôpital –en instance de fermeture- ou peindre. La sortie du service s'effectue avec des patients et soignants d'autres unités ou avec la psychomotricienne de T3/T4, compte tenu des manques d'effectifs dans cette unité. Presque systématiquement, cette unité est en sous effectif par rapport aux effectifs prévus : les soignants sont le plus souvent deux ou trois alors qu'ils sont prévus à quatre ou cinq. Certains soignants sont comptabilisés dans les effectifs mais ne sont plus présents depuis un à deux ans, alors que d'autres oscillent entre alcoolisation et médication. Le psychiatre enverra plusieurs notes en demandant à ce que la pharmacie soit tenue avec plus de rigueur... Les problèmes d'effectifs obligent parfois le cadre à effectuer deux postes successifs. Ce sous-effectif, non répertorié par la direction, empêche les activités, de même que les manques matériels et les patients eux-mêmes, peu valides physiquement ou psychologiquement. Ainsi les soignants de cette unité et les patients n'effectuent que très rarement les Activités à Visées Educatives qui sont pourtant centrales dans le sens du travail soignant et dans la prise en charge thérapeutique. Presque tous les patients stagnent toute la journée dans la salle de télévision. Dès lors, les patients non stimulés et aux pronostics initiaux négatifs n'évoluent que très peu pendant plusieurs années.

La très forte dépendance des patients nécessite des tâches de nursing qui occupent la matinée, et sont souvent non terminées : laver les patients, les nourrir, les porter dans un fauteuil... Ces tâches nécessitent souvent d'être deux, par exemple pour déplacer un patient - et se superposent à la médication effectuée peu à peu contrairement aux autres services. Chaque journée d'observation a permis d'observer que les patients récalcitrants ne permettent pas d'être habillés avant midi, parfois ne le sont pas de la journée, car cela nécessiterait de les forcer physiquement, et même si il s'agit d'une prise en charge de base de ces patients. Les chambres doivent presque toutes être faites par le personnel compte tenu de la dépendance des patients, donc ne sont terminées que vers 11h. Aucune autre activité ne peut être effectuée le matin.

La surveillance des patients un peu plus autonomes physiquement est également source d'attention de la part du personnel, car ils sont dangereux pour eux-mêmes et pour les

autres patients. De même, les déplacements de tous les patients sont surveillés, compte tenu des endroits dangereux dans le service. Les élèves infirmiers en formation (souvent de deux à quatre) restent constamment à proximité des patients, alors que les infirmiers surveillent essentiellement la salle du personnel. Un soignant explique que les infirmiers en formation servent de « bras ».

En résumé, les horaires et dynamiques soulignent le faible nombre de tâches qui occupent les soignants, en fonction de leur motivation apparente, mais surtout des effectifs compte tenu des nombreux patients à habiller, nourrir et déplacer. **Presque aucune autre activité que le nursing et la surveillance n'est donc généralement faite par les soignants puisque cela occupe la matinée, alors que les activités à visée éducative ne peuvent pas être effectuées par le personnel de l'unité l'après midi. C'est ce qui explique que presque aucune activité ne peut être considérée comme planifiée ou inévitable.**

Dans ce cadre, les transmissions restent très informelles. Par exemple, les dossiers tels que celui de la psychomotricienne ne sont que très rarement et rapidement lus. Les soignants ne se sentent apparemment pas concernés et reconnaissent ne pas savoir ce que la psychomotricienne fait avec ces patients très dépendants physiquement. Le psychiatre n'est que rarement présent : jamais en présence des ergonomes, et les réunions sont régulièrement annulées, par exemple à 11h pour 14h concernant une réunion bi mensuelle. Ce type d'annulation ravit explicitement les personnels soignants, incapables de se souvenir de la dernière fois qu'ils ont vu le psychiatre.

Les admissions n'arrivent quasiment jamais. Les patients sont acceptés à partir d'autres services ; presque tous sont connus avant de (re) venir. Les patients sont sensés être en Hospitalisation Libre, mais presque aucun patient ne semble savoir ce que cela signifie. Le service est constamment fermé, et presque tous sont illettrés. Sans diagnostic médical réellement différent, les patients sont remis en Hospitalisation d'Office lorsqu'une unité n'en veut plus, pour être remis dans d'autres services.

Cette unité est à l'écart géographiquement : à plus d'une centaine de mètres de toute autre unité, au milieu de bâtiments désaffectés. Cet éloignement, les problèmes d'effectifs, le vécu de mise à l'écart et le découragement, font qu'aucun soignant n'est envoyé dans d'autres unités, même si le besoin s'en fait ressentir. Ces problèmes empêchent toute confiance en la

direction, et expliquent donc en grande partie la crainte de restructurations qui empireraient encore les conditions. La restructuration initiale était prévue comme une délocalisation pour quelques années à quelques kilomètres, avec fusion éventuelle avec les unités T3a et T3b. En accord avec les soignants, les ergonomes argumentent finalement la difficulté de réunir des modalités acceptables pour un déménagement, malgré les conditions initiales inacceptables.

5. EPSM2 T3a / T3b (annexe 10d)

Ces deux unités appartiennent au même département de « réhabilitation » que T3c qui en est la caricature (les journées types des deux autres unités T4a et T4b du même département, recevant des autistes, n'ont pas été étudiées en profondeur car n'étaient pas concernées par les restructurations, et la situation, les objectifs et les moyens y sont très différents). Contrairement à T3c, avec des patients similaires mais un peu moins dépendants, le personnel tente encore d'effectuer ce qui n'est plus effectué en T3c, mais de son propre aveu rarement avec succès.

Ces deux unités reçoivent des patients équivalents, qu'ils se renvoient mutuellement. Les admissions venant de l'extérieur de l'EPSM sont exceptionnelles : les patients passent plutôt d'une unité à l'autre. Comme en T3c, elles reçoivent des patients dits chroniques, mais les patients aux pronostics les plus pessimistes sont généralement envoyés en T3c. Les patients aux pronostics les plus optimistes ne sont jamais envoyés en T3c mais en T3a et T3b, notamment pour éviter leur régression. Par exemple, parmi 20 à 24 patients, deux à quatre sortent très tôt et sont proches d'une hospitalisation en appartement. Les activités sont davantage assurées qu'en T3c, c'est-à-dire plusieurs fois par semaine, mais également annulées plusieurs fois par semaine. Une dizaine de patients doivent être portés, lavés et nourris, et les autres doivent « simplement » être encadrés pour leur toilette, les activités et le repas. Les levers sont étalés autant que possible. Mais seulement environ dix pour cent des patients font les activités –sauf la gymnastique douce dont s'occupe la psychomotricienne, où la majorité des patients se rendent. Tous doivent être incités très fortement par les soignants.

Faire préparer par les patients le repas, le servir puis nettoyer et faire la vaisselle le matin est considéré comme essentiel pour la réinsertion du patient. Cette préparation nécessite une demi heure avant le petit déjeuner et jusqu'à une heure après le petit déjeuner. Ces repas encadrés prennent plus de temps et provoquent des tensions vives avec les patients. En T3a on

parle de corvées alors qu'en T3b on parle de tâches à faire aux patients. Cette « tâche repas » doit être finie avant l'accès au fumoir, ce qui accentue encore les tensions : beaucoup de patients stagnent toute la journée dans le fumoir ou la salle de télévision, éventuellement pratiquent un jeu de société avec un soignant ou un élève. Concernant les jeux de sociétés, un soignant rappelle qu'il s'agit d'exercer le patient et non de le distraire.

Ce type d'exemple suggère que le sens du travail est parfois prégnant, contrairement à la majorité du personnel de T3c. Le sens du travail reste néanmoins sujet à caution pour plusieurs raisons. Par exemple, les sorties avec les patients concernent essentiellement les consultations et l'administration. De même, excepté le repas, les Activités à Visées Educatives par les soignants restent exceptionnelles le matin, ce que le personnel regrette d'autant plus qu'il y a encore de nombreuses AVE dans l'EPSM : sport, psychomotricité, ferronnerie, poterie, peinture... Les objectifs et moyens de ces unités sont diversement perçus.

Les chambres sont fermées dès le matin pour y empêcher la stagnation. Tous les patients sont sensés être des Hospitalisés Libres mais en pratique ce n'est pas le cas : les soignants ouvrent à certains patients qui peuvent sortir, mais retiennent ceux qui doivent aller en AVE ou être accompagnés (consultations externes, radios...). Les unités sont donc fermées à clef, et doivent régulièrement être ouvertes. La surveillance est constante compte tenu des potomans, pervers, agressions, cigarettes... et de discussions pour convaincre les patients concernant essentiellement les AVE et les traitements. Les problèmes d'argent avec la régie sont également chronophages, de même que la préparation des médicaments, les mesures médicales (rectifiées par le personnel soignant lui-même), le linge à laver avec ou sans patients, les lits à faire le matin. De même qu'en T3c, sans diagnostic médical réellement différent, les patients sont remis en HO lorsque l'unité n'en veut plus, pour être remis dans d'autres services.

Les soignants en formation sont encadrés régulièrement, en particulier pendant les transmissions et les AVE avec les patients. Contrairement à T3c, il n'est pas question qu'ils servent uniquement de « bras », car il est possible de les encadrer réellement. Les élèves sont encadrés par chaque référent qui leur fait faire les tâches qu'il estime constructives. Mais pour pallier très partiellement aux problèmes d'effectifs de T3c, la direction engage régulièrement plusieurs intérimaires chaque semaine, ce qui nécessite pour chaque nouvel intérimaire une visite de l'EPSM d'environ deux heures.

Les repas le midi et le soir se font au rez-de-chaussée alors que ces unités occupent le premier et le deuxième étage. Les patients sont encadrés pendant une quinzaine de minutes dans le service puis une quinzaine de minutes devant le réfectoire. Les patients se servent à partir des plateaux et les soignants font essentiellement attention aux problèmes de régime. Le nombre et la qualité des régimes et le nombre de repas posent problème à chaque repas. Les soignants laissant éventuellement certains de leurs repas pour les patients, alors que les soignants voudraient se centrer sur le fait d'insister auprès des patients pour prendre leurs repas et traitements.

L'après midi commence par des siestes ou du « temps libre » pour les patients, éventuellement un mardi sur deux par une réunion soignant / soigné. Un goûter est possible à 16h30. Les soignants ne sont pas tous ne sont pas d'accord pour fermer le fumoir la nuit alors que les patients fument partout -toilettes, chambres des autres...d'où des traces et un danger pour le sol en bois. Le repas du soir est comparable à celui du midi.

La surveillance, les soins infirmiers, les repas et l'insistance dictent les dynamiques quotidiennes, ainsi que les accompagnements nécessaires à l'extérieur (radios...). Entre deux jours d'observations, il a été relaté la fuite d'un patient qui a forcé un soignant seul à lui ouvrir, et le « quasi viol » d'une élève. Un soignant suggère qu'il vaut mieux pleinement agresser un soignant compte tenu de l'absence de répréhension possible –en particulier du point de vue médical. **En résumé, le sens du travail, les moyens plus ou moins adaptés à des objectifs plus ou moins clairs, permettent de considérer que la dynamique de T3a et T3b est comparable à celle de T3c, mais que ce dernier en est réellement une caricature « négative » -et vécu de cette manière par le personnel de T3.**

Une première nuance entre T3a et T3b concerne la journée type des patients. Elle a été formalisée en T3a mais reprise en l'état en T3b. Elle doit être signée par le délégué de tutelle, le référent soignant et l'intéressé, et concerne l'organisation de la journée en semaine, les soins, les activités à visées éducatives, les comportements, les sorties, les visites, l'information. Cette nuance reflète d'une part la volonté du collectif soignant d'une prescription minimum (par opposition à T3c), mais reflète également l'ambiguïté de ces unités : les patients ne savent généralement pas lire, les activités à visées éducatives ne sont que rarement possibles, peu de patients en sont capables (au-delà même d'une responsabilité

limitée de leurs actes), le non respect du règlement pourrait conduire à l'exclusion, ce qui n'est jamais le cas... Une deuxième nuance, davantage en lien avec le travail réel, concerne certaines tâches ménagères considérées comme corvées en T3a, comme tâche à faire par les patients en T3b. Une autre nuance concerne les relations avec le cadre de l'unité, apprécié en T3a mais très peu apprécié en T3b. De même, en T3b, les relations semblent plus négatives au sein de l'équipe soignante, et l'importance des activités thérapeutiques avec les patients semble moindre. L'intervention ergonomique a été l'occasion de mises en débat inévitablement tendues mais relativement appréciées par le personnel et l'encadrement, en particulier du point de vue de l'argumentation ergonomique des modalités de transformation auprès de la direction qui a permis de ne pas délocaliser - fusionner. Pendant plusieurs mois, il n'y a pas d'encadrement supérieur, donc T3 (et T4) s'est structuré autour de cette dynamique.

6. EPSM2 T8a (annexe 10e)

Cette unité a été analysée avant sa délocalisation de quelques kilomètres pour quelques années. Elle affiche un turnover de plusieurs patients par semaine, ce qui fournit constamment une vingtaine de patients. Le personnel refuse d'interner les patients dits chroniques, ce qui implique un travail avec les structures en amont et des soignants qui suivent les patients en ville. Les admissions peuvent avoir lieu à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, ce qui soulève des problèmes matériels –chambres occupées, problèmes de couvertures, patients incompatibles à changer de chambre en pleine nuit...

Le planning officiel, structuré en fonction des différents points de vue, n'est pas forcément respecté, mais le personnel soignant présent est suffisant pour pallier aux imprévus -admissions à n'importe quelle heure donc à faire entièrement dans l'unité après 17h... Surtout, le personnel soignant apprécie la prise en compte de ses positions par le personnel médical, par exemple concernant les restructurations. Les effectifs suffisants s'expliquent apparemment par la quasi absence d'arrêt de travail (sauf maternité), et le fait que le personnel travaille beaucoup en amont et en ville, ce qui permet de ne pas interner systématiquement les patients monopolisant et de garder des effectifs pour l'unité.

Les soignants apprécient leurs conditions de travail, l'organisation respectueuse de leur dynamique, et la possibilité d'encadrer de façon constructive les patients. Les relations avec l'encadrement direct sont excellentes, les relations avec l'encadrement supérieur sont

apparemment très correctes.

Dès le repas, les soignants font faire aux patients certaines tâches, malgré les tensions occasionnées, puis assurent la quasi-totalité des activités prévues. La stagnation des patients n'est apparemment pas un problème mais les chambres ne sont ouvertes en journée que vers 11h30 sur demande des patients. La gestion se fait à proximité des patients pour l'ensemble des problèmes éventuels –cigarettes gérées et comptabilisées par le personnel... Les élèves infirmiers sont encadrés et notés de façon collégiale, en prenant en compte leur année d'étude : les premières années ne font pas de tâches techniques...

Quelques problèmes architecturaux sont néanmoins soulevés : confinement, utilisation de la chambre d'isolement comme chambre au sens plein et donc fortement décriée, à fortiori compte tenu de son indécence manifeste... La perte du jardin pendant les restructurations semble très problématique pour le personnel, puisque cet espace permet d'évacuer les tensions. Il en est de même pour la perte de la cafétéria à quelques centaines de mètres de l'unité, où plusieurs patients allaient de 14h à 17h, et le midi et le soir pour déjeuner et dîner. Concernant ces problèmes, le personnel se sent néanmoins également soutenu par le corps médical et par le corps soignant – administratif. Par exemple, un psychiatre insiste sur le fait que ce sont eux qui préviennent et gèrent les tensions constamment.

7. EPSM2 T8b (annexe 10f)

Cette unité reçoit exclusivement des toxicomanes, au maximum une dizaine alors que les autres unités reçoivent de 20 à 25 patients. Ces patients et cette structure sont considérés comme prioritaires par le personnel médical et l'administration. Les patients sont autonomes dans leur repas, leurs toilettes. Seul le café dont les patients peuvent abuser est strictement encadré, ainsi que les sorties et le téléphone. Ce sont essentiellement les premiers jours qui sont extrêmement difficiles. Ces patients sont des Hospitalisation Libre volontaires mais ne peuvent pas sortir ni téléphoner seuls, pour ne pas être relancés par les dealers. Néanmoins, ils s'approvisionnent parfois car ont toujours un « temps d'avance sur la prévention ».

Les patients sont tous de gros fumeurs, ce qui paraît inévitable au personnel qui refuse catégoriquement le fumoir de neuf mètres carrés que les restructurations risquaient d'imposer. La salle à manger est réservée aux patients et totalement enfumée. L'éloignement de la salle à

manger empêche certaines détections d'incidents que l'observateur situé entre le local infirmier et la salle à manger détecte systématiquement –objets cassés, patients mécontents d'autres patients qui ne font pas leurs tâches...

Les admissions ont lieu entre 9h et 10h le matin et sont toutes planifiées. Les patients ne viennent néanmoins pas toujours, ou après leur « dernier shoot » ou leur « dernière fête la veille ». Les soignants sont toujours présents avec les psychiatres lors des entretiens. Un ou deux débriefings sur les différents patients sont pratiqués quotidiennement.

Les relations avec le corps psychiatriques sont excellentes, et les soignants ont le même point de vue sur la prise en charge : nécessité d'installations spécifiques telle que la balnéothérapie, activités sportives systématiques avec les soignants ou le kinésithérapeute, insister avec justesse auprès des patients pour qu'ils effectuent les activités, laisser de la liberté aux patients (sauf dans les sorties) donc planifier et insister que légèrement auprès des patients pour que ce soit effectué... La journée type mise en évidence au mur symbolise cette prescription empreinte de flexibilité, concernant les heures, fréquences ou / et modalités des éléments suivants : levers, traitements, repas, douches, coucher, appels téléphoniques, visites, activités, chaîne HI FI et télévision, cuisine, salle de vie.

Néanmoins les relations avec le psychologue sont tendues. Il demande souvent aux ergonomes où sont les patients, les soignants se moquent de ses prétendues occupations qui interfèrent avec le fonctionnement du service qu'ils refusent de modifier en conséquence... De même, le généraliste est peu apprécié. Il est obligé d'utiliser le local infirmier, mais les soignants veulent parfois faire passer des informations via les ergonomes, et lui-même utilise préférentiellement des notes à l'attention des soignants, du psychiatre ou du cadre. Ce collectif apparemment non défensif peut mettre à l'écart d'autres spécialités, si il n'y a pas d'entente sur le métier.

La préparation des médicaments semble poser un léger problème entre certains soignants de nuit et de jour et avec le chef de service. L'équipe de nuit les prépare pour la journée alors qu'elle considère que légalement celui qui prépare est celui qui donne. Le psychiatre et l'équipe de jour considèrent que cela permet à l'équipe de jour de mieux encadrer les patients.

Le téléphone sonne plusieurs fois par heure : familles, futurs entrants, personnes voulant parler en dehors des horaires, personnes sur listes d'attentes, autre unité de T8 pour synchronisation des activités, du matériel, de la voiture...

Les services suivants, T13, T14, T15, UAIR, qui correspondent au bassin de population d'une même ville, ont certes pour intérêt d'appuyer la prise en compte de l'aspect dynamique de l'activité collective soignante, sa variabilité, et de qualifier et d'expliquer cette variabilité, mais également et peut être surtout d'appuyer l'intérêt méthodologique du recueil puisque celui-ci a été supervisé par les ergonomes, et non effectué par les encadrements de services. Ces services ne devaient en effet pas être investi puisque la direction ne le désirait pas, mais l'ont été à la demande des ergonomes, des encadrements directs et du personnel soignant.

8. EPSM2 T5 (annexe 10g)

L'organisation quotidienne semble lisible jusqu'à 9h et à partir de 18h (réveil, repas, toilettes...). A ces deux horaires, le rythme est dicté par la nécessité. Mais le reste de la journée semble également rythmé volontairement. Les effectifs des soignants sur les trois jours de recueil qui sont variables entre 3 et 5 soignants permettent généralement de respecter ce rythme et les imprévus. Les entretiens médicaux et infirmiers semblent planifiés efficacement à heures fixes entre les repas du matin, même si l'organisation quotidienne des médecins n'est pas formalisée, et que ces derniers ne sont jamais présents pour les admissions. De même, des visites et repas semblent prévus précisément l'après midi, et les temps téléphoniques le matin et après midi.

Les multiples admissions chaque semaine rythment souvent la journée. Les admissions suggèrent un double problème de présence médicale et de liens avec les autres unités et structures. En effet, il n'y a jamais de médecin pour l'admission qu'elle soit prévue ou non, et quelle que soit l'heure, la provenance... Et les informations des autres unités et structures sur les patients, ne sont pas toujours répercutées. Ainsi beaucoup de patients viennent de l'Unité d'Admission Intersectorielle (UAIR) où ils sont généralement vus, mais T5 n'est pas systématiquement tenu au courant et ne sait même pas s'il a été vu par un médecin à l'UAIR. De même, un patient qui dépend de T7 se retrouve en T5 : cet Hospitalisé à la Demande d'un Tiers venant des urgences n'est vu que trente minutes après son arrivée et

son suivi médical est inconnu du T5. Enfin, un patient venant du Centre Médico Psychologique (CMP) n'est pas vu par un médecin à son entrée. Ce sont autant de situations critiques tant du point de vue de l'absence médicale que des liens avec les autres services et structures, alors que le recueil des données ne s'est étendu que sur trois jours.

Mais l'organisation quotidienne semble surtout gênée par des problèmes de repas et de pharmacie. Ces problèmes de repas sont donc d'autant plus regrettables qu'il y a quatre repas planifiés mais d'autant plus compliqués à préparer et faire prendre.

Concernant la logistique, se posent surtout les questions de repas manquants que les soignants vont chercher à l'UAIR, et de produits pharmaceutiques manquants et de feuilles de commandes. Ici comme dans les autres services, les problèmes de repas et pharmacie sont quasiment quotidiens. Compte tenu de l'ampleur des problèmes de pharmacie et de repas dans ce service et dans les autres, les problèmes informatiques ne font certainement que les empirer, avec des décalages entre les situations réelles et les enregistrements informatiques.

Concernant les dysfonctionnements en lien avec la pharmacie, un premier problème de commande interne à la pharmacie et/ou au fournisseur est envisageable : ils n'ont pas le produit en pharmacie mais « devraient » l'avoir, donc il faudrait y préciser les raisons. Mais surtout, les liens sont très vraisemblablement mal effectués avec les services. En effet, un problème d'organisation générale de la pharmacie est également suggéré par les autres services, notamment en lien avec le système informatique. Il ne manque certainement pas en pharmacie tous les produits qui ne sont pas livrés dans les services. C'est évidemment d'autant plus gênant pour les prescriptions urgentes. Mais notons aussi que les traitements sont préparés de nombreuses fois dans la journée, peut être à cause des problèmes de pharmacie, d'où une surcharge de travail néfaste qui pourrait être évitée.

En revanche, les nombreux liens avec la diététicienne semblent efficaces. Mais ils se compliquent et se multiplient peut être avec les nombreux problèmes de repas.

9. EPSM2 T6 (annexe 10h)

Les effectifs généraux fluctuent durant les neuf jours de recueil de données. Les soignants semblent parfois se retrouver généralement seuls pour résoudre d'éventuels

problèmes. Les admissions peuvent poser problème si les soignants ne sont pas suffisamment nombreux, d'autant que les entretiens médicaux et infirmiers et les activités occupent la matinée et l'après midi. Mais la présence médicale et les activités semblent appréciables. Les médecins semblent effectivement présents le matin et l'après midi en général de 10h à 12h et de 14h à 18h.

Concernant la logistique, les problèmes de repas et de pharmacie se retrouvent dans ce service, dans une moindre ampleur qu'en T5. Cependant les dysfonctionnements s'accumulent également : identification de menu régime, mises en place ou changements des traitements, communications extérieures parfois urgentes sur les traitements et bilans (notamment des feuilles de traitements non présentes dans le classeur donc demandés à la pharmacie mais la pharmacie se trompe souvent). La logistique pharmacie et la préparation des traitements semblent des tâches anormalement récurrentes.

On note également des problèmes avec le magasin (manque de produits commandés).

La mise en place des procédures demande une attention particulière : mise en place salle de soins, entretiens des frigos, traitement des repas deux fois par jour...).

Les chariots des repas sont descendus deux fois par jour.

Les soins en ambulatoire sont fortement investis : UAD / accompagnement (CMP; CATTP; hôpital de jour; foyer; domicile; organisme tuteur; appartement thérapeutique; atelier; centre de cure) / sorties accompagnées (achats; démarches administratives).

10. EPSM2 T7 (annexe 10i)

Concernant l'organisation quotidienne durant les neuf jours de recueil de données, les repas, les activités, les résultats d'analyses / prescription, les visites, les réunions et les soins infirmiers semblent planifiés.

Cette planification est d'autant plus aisée que le nombre d'admissions est faible. Mais à l'instar des entretiens médicaux en général, les admissions suggèrent quelques ambiguïtés dans la présence médicale, qui interroge tant le suivi médical que la sécurité. Par exemple,

une admission non prévue se déroule sans médecin, mais également une admission prévue d'un Hospitalisé à la Demande d'un Tiers HDT venant d'un Centre Hospitalier. D'ailleurs, à part pour les réunions et l'interne (l'interne semble très disponible mais il couvre plusieurs services), les médecins semblent régulièrement passer très rapidement, généralement moins d'une heure. Même s'ils semblent passer aux meilleurs horaires pour les soignants c'est-à-dire en milieu de matinée et d'après midi, ils nécessitent parfois plusieurs soignants. Ainsi un problème de sécurité est signalé pour un entretien médical certes avec un seul soignant, mais ils ne sont alors que deux dans le service.

La préparation des transmissions s'effectue de 10h à 13h puis 17h à 21h.

Les repas posent aussi problème. Il est annoncé qu'ils arrivent à heure prévue mais c'est peu vraisemblable : ils arrivent à différentes heures, ne s'annoncent pas, il arrive que la personne ne soit même pas aperçue, et surtout il manque des repas régulièrement. De même la pharmacie arrive à heures variables mais il n'y a pas de problèmes apparents.

11. EPSM2 UAO -Unité d'Admission intersectorielle (annexe 10j)

Concernant l'organisation des tâches, tout semble très planifié (sauf de 9h à 11h), avec par exemple des entretiens infirmiers avant le repas du midi et dans l'après midi des entretiens infirmiers et médicaux.

Durant les huit jours de recueil de données, les effectifs semblent limités la nuit, alors qu'il s'agit d'une unité de nuit séparée qui accepte donc souvent des admissions courantes après 21h. Par exemple, il n'y a que deux soignants à 21h30 pour une admission. Il a également fallu créer administrativement une entrée qui était en fait une sortie d'essai, par l'équipe d'après midi à 21h45 qui a cumulé deux entrées coup sur coup. Cela a gêné les admissions qui se sont retrouvées avec une entrée et une absence de sortie d'essai pour le même patient. En revanche, il y a presque toujours un médecin.

On retrouve des problèmes de repas à cause d'un manque d'étiquetage sur les barquettes, de bilans des patients non répertoriés dans l'ordinateur, et de la suppression des sandwiches pour les patients. Cela posait par exemple problème pour un patient qui se rendait à son domicile toute la journée, sans aucune rencontre, mais étant HDT il faudrait prévenir trois semaines à l'avance.

12. Synthèse : facteurs généraux, diversité et typologies

12.1. Facteurs de diversité des charges collectives et régulations sous jacentes

On peut caricaturer la répartition des tâches sur une journée type comme ceci :

- De 6h au réveil des patients : transmission, tour, prélèvements, préparation des médicaments
- Du réveil au petit déjeuner : réveil des patients, surveillance, aide toilette, consultation externe
- Petit déjeuner : distribution des médicaments et des repas, arrivée des résultats d'analyse
- De l'arrivée des médecins au déjeuner : entretiens, admissions, sorties, consultations externes, changement chambres, Activités à Visées Educatives AVE
- Début d'après midi : transmissions, tour, activités, préparation des médicaments
- Jusqu'au repas du soir : entretiens, admissions, sorties, AVE, repas du soir, distribution des médicaments, vaisselle
- Jusqu'à la relève : préparation des transmissions, AVE
- Transmissions

Cette journée type, issue des observations du travail réel, a pour objectif de montrer quelques contraintes temporelles centrales, et en tant que tel est un outil de communication pour l'intervenant, mais souligne également la variété par rapport à cette journée. En effet, la **diversité** des services et des dynamiques collectives est prégnante. Les facteurs de charge en eux-mêmes impactent de façon différentielle les services, les unités, les collectifs, compliquent tout essai d'organisation et empêchent un relevé systématique des activités : simultanéité et interruptions des tâches, contraintes temporelles internes et externes, perception plus ou moins positive et claire des objectifs, adéquation entre moyens et objectifs, projets soignants, médicaux et administratifs diversement acceptés et élaborés... En respectant les différentes sources de variabilité, les facteurs de charges en interactions constantes peuvent être néanmoins suffisamment synthétisés, et suggèrent en eux-mêmes les régulations soignantes potentielles, qui sont néanmoins approfondies par la suite.

Les circuits des patients, leur degré de dépendance, leur comportement plus que

leur nombre, la simultanéité et les interruptions des tâches fondent la qualité des régulations envisageables en relation avec les **effectifs réels quantitatifs et qualitatifs** (spécialités soignantes) et la conception des espaces de travail.

L'adéquation entre objectifs soignants et situations soignantes réelles, et l'adéquation entre les organisations réelles médicale et soignante (permanence des soins, gardes, présence soignante lors des entretiens) sont un deuxième ensemble fondateur des dynamiques quotidiennes et hebdomadaires. Les incompatibilités éventuelles entre la planification des tâches infirmières et l'organisation médicale, ou l'absence de planification conjointe, sont des indicateurs pertinents de la qualité de la dynamique collective que le corps soignant peut mettre en œuvre.

Les **admissions surtout imprévues** (voire les sorties imprévues) sont également un facteur de charge collective peu gérable, surtout si les **effectifs** ne sont pas suffisants et compte tenu des interactions avec le **corps médical**. Chaque service fonctionne avec des **protocoles spécifiques**, ce qui génère l'impossibilité ou la non pertinence d'entretiens d'admission par un service pour un autre. De plus la **présence médicale** est assurée de façon **fluctuante** (vingt quatre heures sur vingt quatre, dans les services T13, T14, T15, UAIR, de façon exceptionnelle en T3, de façon très fluctuante dans le service T1, de façon très planifiée dans le service T2...). Mais lorsqu'ils existent, les **admissionnistes** ne sont présents que jusqu'à 17h30. Après 17h30 le travail administratif lié à l'admission (identification du patient / saisie informatique) est généralement effectué par les soignants « entre deux ». Même si les soignants sont formés pour gérer toutes les admissions sur le plan administratif, cela crée une surcharge de travail qui est difficilement gérable compte tenu de l'impossibilité de planifier les admissions. Le problème s'intensifie avec les **restructurations** : saisie **informatique** du patient en temps réel pour activer le **circuit du médicament** grâce à l'enregistrement administratif, **éloignement géographique** qui oblige à faire davantage d'admissions si l'EPSM n'est pas organisé de façon spécifique... Aussi les postes des admissionnistes sont souvent élargis dans le cadre des restructurations.

Enfin, les partenariats intra hospitaliers pour les consultations, les analyses, la logistique... sont également des facteurs de charges ou d'allègement de charges collectives. L'ensemble des circuits de la **logistique** (repas, pharmacie, linge, travaux, magasin...) assurés par les EPSM centraux créent de nombreux dysfonctionnements, l'absence de mise en phase avec les situations réelles des services : manques de médicaments, manques de repas... Les butées

temporelles **imposées** par l'extérieur du service / de l'unité, ou les arrivées **imprévues** des **médicaments** ou des **repas**, empêchent les organisations collectives efficaces. Par exemple :

- Le nombre de patients présents en temps réel dans un service n'est pas connu des **cuisines** qui planifient le nombre de repas en tenant compte de l'effectif de la veille (nuit). Le problème s'intensifie les week-ends et les jours fériés et se complique compte tenu de la nécessité de gérer en temps réel et en interaction avec la diététicienne l'aspect qualitatif des repas pour les patients entrants. Les soignants gèrent les écarts avec les cuisines le midi et se débrouillent « avec les moyens du bord » le soir –ce qui peut signifier entre autre donner leurs repas aux patients. Ces **écarts quantitatifs et qualitatifs** s'accroissent avec les **restructurations**, compte tenu de la complexité de la gestion des repas en temps réel (les cuisines ont des contraintes de préparation, de stockage et de chaîne du froid non négligeables) et de l'éloignement qui empêchera toute régulation d'ajustement.
- Concernant la **pharmacie** (circuit du médicament) le principe de stocks intra service pour les médicaments les plus fréquents est généralement la pratique, mais quelques manques sont récurrents. La gestion de l'armoire à pharmacie peut être source de difficultés puisqu'il faut mettre en adéquation les situations réelles, en l'occurrence l'évolution des patients et de leurs besoins, avec les services centraux qui fournissent les médicaments.
- Aussi bien pour les **repas** que pour les **médicaments**, les **admissions** sont source d'inquiétude et source de dysfonctionnements potentiels, dans la mesure où l'écart entre la logistique et la situation réelle des services persiste presque partout et ne peut pas être régulé.
- Les autres aspects de la logistique (travaux, magasin, blanchisserie...) peuvent également être difficiles à organiser avec l'EPSM central : difficulté de finaliser les circuits T13, T14, T15, UAIR de la logistique sur le plan de l'organisation temporelle, difficulté d'obtenir le matériel adéquat en T3 ou au service T1...

En fonction des services, on observe ou non certaines contraintes plus ou moins prégnantes : **adéquation entre objectifs soignants et travail soignant réel, présence et prescription médicale, admissions, type de patients en fonction des moyens, effectifs soignants, sécurité, communication entre services et coordinations intra EPSM (notamment**

concernant la logistique, les médicaments, les repas). Dès lors, le rythme et l'organisation dans les services sont parfois comparables pour des services pris deux à deux, plutôt que pour les services pris dans leur ensemble. Il est parfois souhaité que ces différences subsistent, parfois les modalités de transformation sont polémiques. Néanmoins certains **problèmes semblent plutôt partagés, relatifs à la pharmacie (produits, communications...), aux repas (nombre, communication avec la cuisine) et à l'informatique.** Le recueil des données sur le terrain confirme les contraintes liées à **l'organisation intra services, à l'organisation inter services et à l'organisation des interactions avec la logistique.**

Tableau 4 : facteurs principaux qui permettent / construisent les régulations collectives et variabilité de ces facteurs

<p>Facteurs principaux de charge en interactions, souvent empirés par les problèmes de restructurations :</p> <ul style="list-style-type: none"> •Circuits des patients, degrés de dépendance, comportement des patients (plutôt que le nombre), effectifs réels quantitatifs et qualitatifs •Espaces de travail •Adéquation entre les objectifs soignants et le travail réel soignant, entre les organisations médicales et soignantes •Admissions (surtout imprévus) : présence médicale fluctuante (rien après 17h), protocoles différentes entre les services, problèmes de restructurations (informatiques, circuits médicaux, géographiques) •Partenariats intra hôpital : consultations, analyses, logistiques (repas, médicaments...) •Partenariats extra hôpital
<p>Causes principales de la diversité des services et des dynamiques collectives :</p> <ul style="list-style-type: none"> •Aux projets et objectifs plus ou moins clairs •A la plus grande adéquation des moyens avec les projets •A la simultanéité des tâches, interruption, contraintes, contraintes temporelles internes et externes

12.2. Régulations soignantes et régulations générales, régulations existantes et potentielles

Au-delà des régulations que ces facteurs et cette variabilité des charges suggèrent, ces différents facteurs de contraintes ne sont que **faiblement régulés le matin, puisque les levers, les toilettes, les repas... y sont presque inévitables. Les régulations soignantes de l'activité collective ont essentiellement trait à la surveillance, aux Activités à Visées Educatives AVE, au nursing plus ou moins poussé, au fait d'attacher certains patients, au fait d'insister pour que certains patients agressifs soient davantage médicamentés.**

En revanche, les débats concernant la présence médicale et d'autres régulations organisationnelles générales (liens avec l'EPSM central...) ne sont quasiment jamais abordés par les soignants. Ce sont essentiellement les ergonomes qui ont conduit les soignants à les élaborer. Le fait de modifier les facteurs de charge et les prescriptions est une régulation efficace, mais non « spontanée ». Sans intervention extérieure ces facteurs et prescriptions sont davantage des causes des fonctionnements collectifs, que des

conséquences de collectifs qui régulent en les réélaborent.

L'objectif de diminuer ces contraintes a été négocié avec les soignants ou / et les encadrants soignants, de façon plus efficace service / unité par service / unité plutôt que de façon générale. Les propositions centrales ont été relatives à la mise en adéquation de **l'organisation médicale** avec la planification du travail des équipes **soignantes**, et à la formalisation des **interactions avec la logistique** surtout sur le plan temporel. **En évitant les interférences avec une gestion, d'une part des admissions / sorties, d'autre part des interactions avec la logistique, en tenant compte des contraintes respectives des médecins et soignants**, il paraît possible d'améliorer les conditions de travail dans les structures et de maintenir la qualité de la prise en charge, notamment en ce qui concerne la présence soignante lors des entretiens médicaux et le déroulement des activités à visée éducative et de resocialisation. Pour cela il faut impérativement tenir compte :

- du fait que certaines **tâches** soignantes **sont fixes** dans le temps, par exemple la distribution des médicaments, d'autres se déroulent sur des périodes moins délimitées comme par exemple l'accompagnement en consultation externe, dont l'heure de départ et l'heure de retour ainsi que la durée d'absence échappent au contrôle des équipes.
- de la **présence médicale variable** compte tenu de la multiplicité des lieux d'intervention des médecins,
- du fait que **le travail dans les services implique variablement les fonctions présentes** : activité soignante, tâches collectives par essence (transmissions...), activité du couple Médecin – Infirmière (les entretiens, la préparation des entretiens), tâches exclusives de l'ASH durant sa présence, tâches en lien avec les circuits de la logistique.

Par exemple, quelques axes de propositions développés ont été relatifs à :

- la planification des admissions selon un protocole commun
- la planification des admissions connues / prévisibles et préparation des sorties dans des créneaux horaires « à charge faible »
- L'organisation des interactions avec la logistique qui devra tenir compte de la répartition des charges dans les services et de l'impossibilité future pour les équipes de réguler les écarts et les dysfonctionnements (repas, pharmacie) comme aujourd'hui
- L'organisation hebdomadaire stricte de la présence médicale

Dans les situations les plus constructives (T8, service T2), l'organisation médicale est calquée sur l'organisation soignante (deux heures d'entretiens de 10h à 12h et de 14h à 16h, avec un unique médecin présent). La logistique ne dépend que faiblement de l'hôpital central. Les admissions sont en revanche effectuées par un service central, même si cela oblige l'EPSM à allouer des navettes pour le transport des patients. Les diagnostics et les prises en charge des patients sont lisibles pour le personnel soignant. Ce type de condition permet au personnel soignant d'encadrer et surveiller les patients, de leur faire faire les activités... c'est-à-dire de ne pas réguler sur la qualité de la prise en charge des patients.

En revanche, les unités où les moyens ne sont que faiblement disponibles, la qualité des soins, l'efficacité de la prise en charge, l'efficacité du travail ne peuvent pas être régulées. Ce sont les objectifs eux-mêmes qui sont réévalués, par exemple avec une « simple » activité de nursing ou d'accompagnement en fin de vie en T3, une prise en charge psychosociale plutôt que psychiatrique et psychosociale en T3, une visée sécuritaire prégnante dans le service T1 et dans les services T13, T14, T15, UAIR alors que les autres services de l'EPSM2 prennent plus de risques (effectifs de sécurité moins respectés la nuit pour allouer plus d'effectifs en journée...) pour pratiquer davantage d'activités thérapeutiques, une prise en charge sociale et psychiatrique dans les secteurs T13, T14, T15, UAIR...

Les situations les plus constructives n'ont pas besoin de réévaluer ainsi leurs objectifs. Les discussions collégiales intra et inter disciplinaires y sont quotidiennes. Compte tenu de l'importance des aspects collectifs du travail pour les soignants, **les régulations sur l'efficacité individuelle restent de faible portée** : participer ou non à une formation... si celle-ci est accessible ; forcer tel patient à aller faire sa toilette, prendre son repas ou aller en activité... si le patient n'est pas trop dépendant et que les effectifs sont suffisants... Les services / unités dans lesquels les régulations préexistantes aux interventions sont les plus positives, sont également les services / unités dans lesquels les interventions ont été les plus faciles à mettre en place. Enfin, les régulations n'empêchent pas la santé psychique (abordée par la suite) d'être altérée, de façon différentielle en fonction des services, suggérant l'impact du travail collectif et les régulations sur la santé.

Tableau 5 : régulations soignantes et générales, existantes et potentielles

Régulations individuelles : faibles portées voire contre productives	Problèmes des effectifs donc supprimer sa formation, baisser son temps de repos
Régulations soignantes collectives	<ul style="list-style-type: none"> •Surveillance, activités thérapeutiques, +/- nursing, attacher, insister pour médicamenter... •Peu de régulations le matin : toilettes, repas...
Régulations à construire : modifier les facteurs de charge précédents	<ul style="list-style-type: none"> •Exemples : organisations médicales et soignantes, éviter les interférences entre admissions et gestion, interactions logistiques •Principes : tâches fixes (entretiens avec les médecins), présences médicales variables (plusieurs lieux), segmentation des tâches (soignantes, collectives, médecins – soignants, ASH, logistiques)
2 cas extrêmes : service T2 / service T3	

Chapitre 3 Des analyses générales aux analyses locales : représentations, activités, conditions de travail et changements

1. Introduction

Au niveau théorique, l'analyse des représentations du travail et des changements, et l'analyse de l'activité collective, ont pour objectif de se compléter mutuellement à travers leur interprétation conjointe (Encart3). L'analyse de ces représentations permet également d'évaluer les déterminants du stress, en lien avec l'activité collective et les conditions de travail dans lesquelles cette activité collective se développe. De plus, au niveau méthodologique, analyser conjointement ces représentations et les activités collectives souligne les complémentarités entre les données qualitatives et quantitatives.

Au préalable, un objectif méthodologique et théorique est de confirmer, d'un point de vue statistique, la validité du questionnaire Qerdops sur le travail et le stress élaboré en lien avec l'analyse de l'activité. Cette validation statistique confirmatoire (2.2) fait suite à une synthèse des statistiques descriptives (2.1), et permet ensuite de montrer l'utilité de prendre en compte des représentations des changements (2.3), statistiquement distinctes des représentations du travail initial mais en lien avec celles-ci. Puis l'analyse des représentations en lien avec l'activité, les changements et les situations réelles de chaque service et de chaque unité, permet le développement des modèles locaux (3) qui signent la complémentarité des analyses statistiques et qualitatives. Pour des raisons pratiques et afin de faciliter les interprétations, seuls certains services sont utilisés pour développer ces modèles locaux. Les situations explicitées précédemment ont permis un échantillonnage de situations significatives.

Encart3 : objectif et démarche du chapitre 3 de la partie 3

Objectif

Analyse des représentations et de la santé du personnel soignant au niveau de l'organisation : travail, transformations, stress
Analyse de ces résultats au niveau des services / des collectifs, en fonction des activités collectives et des conditions de travail

Démarche

Validation des qualités psychométriques du questionnaire au niveau de la population générale
Nuance des résultats statistiques généraux en fonction des services
Interprétation des résultats des services en fonction des situations réelles et des activités collectives mises en évidence dans les chapitres précédents

2. Structuration des données statistiques : items spécifiques et analyses factorielles

2.1. Introduction et statistiques descriptives

La construction, la passation et la population ayant répondu aux questionnaires (annexe 7) ont été présentées précédemment. Il s'agit de passations directes ayant concerné de soixante treize soignants, officiellement dans le cadre des interventions sur les conditions de travail et la santé du personnel soignant dans le secteur psychiatrique en restructuration, dont soixante-trois infirmiers et dix aides soignants ont répondu, quarante-sept femmes et vingt-six hommes. L'âge moyen est de 33,4 ans (E.T. 9,789). L'ancienneté dans le service est de 29,4 mois (E.T. 23,650). L'âge et l'ancienneté sont fortement corrélés ($r : 0,360$; $p.c. < 0,0078$). Mais seul l'âge différencie certains facteurs abordés sur la suite : F4, F5, F6, F9, et les facteurs relatifs aux changements (tableaux 6, annexe 11).

Aucun effet significatif de la fonction (infirmier / aide soignant) n'a été mis en évidence sur les facteurs envisagés par la suite ($p.c. > 0,1$). C'est davantage le travail soignant en général que le travail infirmier au sens strict qui est étudié, ce qui insiste sur la spécificité de la psychiatrie en tant que secteur.

Trois items du Qerdops attirent l'attention, tant ils sont négativement évalués : l'agressivité verbale (moyenne 3,315 ; e.t. 0,831) ; la santé physique (moyenne 3,151 ; E.T. 0,758), l'agressivité physique (moyenne 2,945 ; E.T. 0,926). De plus, le changement dans la sécurité est le changement le plus mal évalué (moyenne 3,145 ; E.T. = 0,662). Elle est l'unique moyenne supérieure à trois, pour une échelle allant jusqu'à quatre. La sécurité est donc évaluée comme la crainte principale dans les changements à venir. En première analyse, ces résultats semblent cohérents avec les items négativement évalués pour le Qerdops. Néanmoins, le changement dans la sécurité n'est pas significativement corrélé à ces trois items ($p.c. > 0,1$). C'est un premier élément pour montrer l'importance de différencier les perceptions des situations initiales et les perceptions des changements, et pour analyser les réalités locales. Les craintes dans les changements dans la sécurité semblent plus univoques que les évaluations négatives de la situation de travail initiales. Enfin, les items sur la prise en compte des difficultés quotidiennes du personnel et sur la prise en compte de l'avis personnel sont également particulièrement négativement évalués, avec des moyennes respectivement égales à 3,01 (E.T. = 0,79) et 3,04 (E.T. = 0,82).

2.2. Analyses factorielles du Qerdops

Les communautés des items, évaluées par les corrélations multiples au carré, montrent que la variance commune par rapport à l'ensemble des items est élevée, c'est-à-dire qu'une partie significative de la variance de chaque variable peut être expliquée par l'ensemble des autres variables utilisées comme prédictrices. Autrement dit, ces communautés montrent l'intérêt de prendre en compte la variance commune des items à travers les variables latentes, les facteurs qui prédisent de façon satisfaisante les variables. Ces communautés sont en effet systématiquement supérieures à 0,5 et presque toutes inférieures à 0,8 (tableau 7, annexe 12).

La fiabilité sur les questions du Qerdops, relatives au travail actuel dans l'unité et aux déterminants psychosociaux du stress, est élevée sur tous les facteurs, quelle que soit la solution factorielle préconisée (tableau 8, annexe 13). Concernant la solution du Qerdops comportant deux facteurs, les fiabilités évaluées par le biais des alphas de Cronbach sont respectivement égales à 0,902 (F10) et 0,876 (F9). Concernant la solution du Qerdops comportant trois facteurs, les fiabilités évaluées par le biais des alphas de Cronbach sont respectivement égales à 0,902 (F6) ; 0,872 (F7) ; 0,770 (F8). Concernant la solution du Qerdops comportant cinq facteurs, les fiabilités évaluées par le biais des alphas de Cronbach sont respectivement égales à 0,825 (F1) ; 0,855 (F2) ; 0,763 (F3) ; 0,865 (F4) ; 0,781 (F5).

Enfin, pour une même solution factorielle, les facteurs sont faiblement voire très faiblement corrélés entre eux, généralement moins de 0,4, excepté les facteurs 1 et 4 (0,63), 1 et 5 (0,61) et 4 et 5 (0,45) de la solution à cinq facteurs (tableau 9, annexe 14). Les facteurs 1, 4 et 5 se retrouvent d'ailleurs en grande partie dans le facteur psychosociologique / relationnel de la solution factorielle à deux facteurs, et dans le facteur psychologique du rapport au travail de la solution factorielle à trois facteurs. L'utilité de trois solutions factorielles est donc soulignée par la possibilité d'interpréter chaque solution factorielle et par la validité divergente entre les facteurs du Qerdops : les perceptions des situations de travail et les déterminants du stress ne peuvent pas être strictement indépendants.

2.3. Analyses factorielles concernant les perceptions des changements

2.3.1. Introduction

La validation du Qerdops suggère conjointement l'intérêt des solutions factorielles de ce questionnaire, et le comportement acceptable de la population. Il paraît en effet peu

probable que cette recherche et la validation originelle se soient toutes deux confrontées à des résultats aberrants mais similaires. Ce comportement de la population aide à la validation du questionnaire sur les perceptions des changements. Ce questionnaire exploratoire nécessite cependant davantage de précautions que le Qerdops pour être utilisé. L'analyse factorielle exploratoire doit être davantage précisée.

Afin d'explorer la validité hypothético déductive (ou de construit) du questionnaire sur les perceptions des changements, des Analyses en Composantes Principales après rotation varimax normalisée ont été effectuées sur l'ensemble des items concernés, puis respectivement sur les perceptions des impacts des changements et sur les perceptions des mises en œuvre des changements. Les pourcentages de variance expliquée montrent l'importance des facteurs choisis. Les poids factoriels, qui peuvent s'interpréter comme des corrélations entre les variables respectives et les facteurs, permettent d'interpréter les facteurs. Les consistances internes des structures factorielles élaborées sont également satisfaisantes. Enfin, les validités divergentes entre ces facteurs élaborés, et entre ces facteurs élaborés et les facteurs du Qerdops, soulignent la spécificité de ce questionnaire exploratoire.

Au préalable, les communautés des items, évaluées par la corrélation multiple au carré (tableau 10, annexe 15), sont toutes élevées donc montrent l'importance d'une analyse factorielle qui prend en compte les covariances.

2.3.2. Construction de trois facteurs

Les impacts des changements et la mise en œuvre des changements recouvrent vingt et un items. Dans un premier temps, l'ACP sur l'ensemble de ces items a incité à se limiter à trois et deux facteurs. En effet, les valeurs propres stagnent à partir du troisième facteur (tableau 11, annexe 16), les poids factoriels sur le quatrième facteur concerneraient moins de cinq items, et une solution en quatre facteurs propose plusieurs items saturant fortement plusieurs facteurs, c'est-à-dire des items trop complexes. En référence aux statistiques descriptives, il est néanmoins intéressant de noter que le quatrième facteur se structurerait autour de la santé et de la sécurité du personnel soignant, mais ces itemsaturent fortement le premier facteur lors de la prise en compte de trois facteurs.

Concernant les 21 items de la partie exploratoire sur les changements, leurs impacts et

leurs mises en oeuvre, l'Analyse en Composantes Principales après rotation varimax normalisée incite à se limiter à trois facteurs, même si il y a davantage de valeurs propres supérieures à 1 (tableau 11, annexe 16).

L'analyse confirmatoire en forçant l'analyse à se limiter à trois facteurs fournit aux axes un contenu intéressant, souligné par les projections factorielles (tableau 12, annexe 17).

En gardant comme indice statistique une saturation comprise entre 0,4 et 0,8, chaque item participe à un facteur, et aucun item participe à plusieurs facteurs. De plus, l'analyse confirmatoire des facteurs fournit des fiabilités intéressantes par le biais des alphas de Cronbach : 0,882 ; 0,845 ; 0,813. Le deuxième facteur est le plus facilement interprétable, puisqu'il renvoie à la mise en place des transformations. Le troisième facteur renvoie essentiellement à l'aspect opérationnel du travail individuel, et aux impacts sur la qualité de vie hors travail. Le premier facteur renvoie plus largement à l'environnement collectif et organisationnel (relations aux collègues et à la hiérarchie), et aux impacts que ces changements induisent sur la santé, la sécurité, l'accomplissement personnel.

2.3.3. Construction de deux facteurs

Néanmoins, ce questionnaire a été structuré autour de deux axes : les impacts des changements et leur mise en oeuvre. D'ailleurs, le premier et le troisième facteur abordés ci-dessus paraissent légèrement ambigus. Il est donc supposé la possibilité de n'obtenir que deux facteurs, d'autant que le rapprochement entre le premier facteur et le troisième est suggéré par leurs poids factoriels respectifs (la complexité des variables), et la variance expliquée du troisième facteur est nettement inférieure à dix pour cents. L'ACP sur deux facteurs confirme que la mise en oeuvre des changements est un facteur à part, mais montre la possibilité d'envisager les impacts des changements comme un facteur à part entière. Les variances expliquées ne varient pas, mais les poids factoriels montrent que les items se partagent clairement entre les impacts des changements et de leurs mises en oeuvre (tableau 13, annexe 18). Les consistances internes de ces nouveaux facteurs sont également satisfaisantes : 0,926 et 0,845.

2.3.4. Analyse de la partie sur l'impact sur les changements

Analyser chaque partie sur les impacts des changements et sur leur mise en œuvre a également paru intéressant. L'ACP sur les impacts sur les changements permet d'insister sur l'importance d'un premier facteur dont la variance expliquée est très élevée (tableau 14, annexe 19).

Les projections factorielles sur une ACP envisageant quatre facteurs sont ininterprétables, notamment compte tenu du nombre d'items. Les projections factorielles sur deux ou trois facteurs fournissent plusieurs variables complexes, c'est à reliées significativement à plusieurs facteurs. Il semble pertinent d'un point de vue statistique de se limiter à un facteur, dont les projections factorielles sont d'ailleurs satisfaisantes (tableau 15, annexe 20). Son indice de fiabilité qu'est l'alpha de Cronbach a déjà été souligné : 0,926.

Néanmoins, compte tenu de la possibilité d'un quatrième facteur dans l'ACP sur ces deux parties sur le changement, de la possibilité d'un deuxième ou troisième facteur ici, une analyse confirmatoire sur les items sur la sécurité, la santé du personnel et son accomplissement paraît intéressante : ces quatre items fournissent un facteur avec un alpha de Cronbach à 0,846.

2.3.5. Analyse de la partie sur la mise en œuvre sur les changements

De même, l'ACP portant exclusivement sur des items sur les mises en place des transformations fournit une seule valeur propre supérieure à 1 (tableau 16, annexe 21), des projections factorielles (tableau 17, annexe 22) intéressantes, et un alpha de Cronbach déjà souligné, équivalent à 0,845.

2.3.6. Validités divergentes

Enfin, les validités divergentes évaluées par les corrélations entre les facteurs (tableau 18, annexe 23) les perceptions des changements et de leurs mises en œuvre, avec les facteurs du Qerdops, montrent l'importance d'ajouter cette approche des changements. Les perceptions des changements sont en effet relativement faiblement liées aux perceptions initiales.

2.4. Synthèse et conclusion

L'ensemble de ces premiers résultats peut être résumé ainsi :

- Importance particulière des items « changements dans la sécurité », « agressivité verbale », « santé physique », « agressivité physique »
- Confirmation des qualités psychométriques du Qerdops
- Mise en évidence d'un facteur « impacts des changements » qui peut éventuellement être scindé en deux. Un facteur santé / sécurité n'est pas irréaliste. Par la suite, les analyses locales utilisent le facteur général « impact des changements », pour des raisons de rigueur statistique et d'interprétations.
- Mise en évidence d'un facteur « conduite des restructurations »
- Relation suffisamment faible de ces facteurs pour les considérer séparément, tout en gardant à l'esprit que les relations existent

De plus, le Nottingham Health Profile (Bucquet et al., 1990) a été administré aux soignants de l'EPSM2, afin d'enrichir les résultats de l'EPSM1 ou / et de vérifier le relatif manque de valeur d'un outil standard de santé pour le personnel dans le secteur psychiatrique. Ce questionnaire fournit en effet des résultats (tableau 19, annexe 24) inexploitable car il se révèle très peu discriminant : les résultats de la population sont trop homogènes, seuls quelques individus fournissent des résultats différents. D'ailleurs, ce questionnaire est globalement d'autant moins interprétable et d'autant plus ambigu que le personnel soignant a trop de suppositions le concernant, comme le suggère ce soignant qui explique en le remplissant qu'il teste telle et telle dimension. Ses propos ne sont pas tout à fait exacts mais révèlent que ce type d'outil ne peut pas être utilisé compte tenu de l'image qu'il renvoie. Un questionnaire prenant en compte l'activité et le secteur s'avère donc plus pertinent, à l'instar du Qerdops.

3. Modèles locaux des représentations

3.1. Introduction

Au-delà des représentations générales et des statistiques paramétriques, les analyses des représentations collectives locales, en lien avec l'activité collective, le travail réel soignant et les changements, permettent de préciser l'étude des représentations des situations de travail initiales, de la santé psychique et des conditions de travail.

La distinction schématique de trois modèles de réorganisation (Fabi et al., 2001) peut être appliquée aux EPSM. Les délocalisations concernent la fermeture d'unités intra muros, le déplacement des lits d'hospitalisation vers des cliniques (à transformer ou à concevoir) de la zone géographique couverte par l'établissement. Les fusions concernent les regroupements de services et / ou d'unités de soins dans une même entité (existante ou nouvelle). La délocalisation intersectorielle concerne la combinaison des deux modèles précédents, pour laquelle deux ou plusieurs services fusionnent sur le plan organisationnel

L'application de cette terminologie aux cas d'étude présentés a permis l'étude de trois types de transformations : la délocalisation – fusion de deux services (n : 14 ; T1), la délocalisation d'un service (n : 28 ; T2), et la délocalisation - fusion de trois unités (n : 18 ; T3). Enfin, deux unités qui ne subissent pas de transformations propres font fonction de groupe contrôle (n : 13 ; T4). Ces unités sont néanmoins indirectement concernées par les réorganisations de l'ensemble de leur EPSM. Les deux délocalisations intersectorielles présentent des problématiques spécifiques un peu différentes : les trois unités en T3 se connaissent partiellement.

Pour être strict, il faudrait parler de département plutôt que de service en ce qui concerne les troisième et quatrième cas d'étude. Néanmoins, l'étude du travail réel montre des fonctionnements séparés à la manière de services distincts. La distinction entre service et département peut avoir son importance, mais est ici hors de propos.

T1 correspond à une clinique qui a été réhabilitée pour faire fusionner deux services suite à leur délocalisation du site de l'EPSM central, T2 correspond à la délocalisation d'un service du site de l'EPSM central vers une clinique construite pour l'occasion, T3 correspond aux unités T3a, T3b, T3c qui accueillent des patients chroniques, T4 correspond aux unités T4a et T4b qui accueillent des patients autistes. Ces deux dernières unités disposent d'objectifs, de moyens et de dynamiques clairement différenciés des objectifs, moyens et dynamiques de T3, alors qu'en théorie ils forment un seul et même département. Elles accueillent des patients autistes dont l'évolution est très lente, et qui sortent très peu de leurs propres chambres et à fortiori de leur unité. Les dynamiques quotidiennes de T3a/T3b et T3c ont été analysées distinctement précédemment, mais T3c est considérée comme une caricature de T3a/T3b, et ces trois entités fonctionnent à la manière d'un service, comme le confirment les analyses quantitatives et

qualitatives. A l'inverse, en référence au travail réel, il aurait été plus ambigu de traiter systématiquement T8 comme un service, ce qu'il est d'un point de vue administratif mais les deux unités ont des objectifs et des moyens différenciés (psychiatrie générale versus toxicomanie) - hormis le fait que c'eût été gênant du point de vue des interventions. Concernant les dynamiques quotidiennes, il peut être simplement utile de préciser que les contraintes sont très claires, le service relativement peu animé du point de vue de l'activité soignante, malgré quelques cris réguliers de certains patients, et les soignants paraissent peu revendicatifs.

Afin de faciliter les interprétations, la solution factorielle du Qerdops en deux facteurs a été utilisée.

3.2. Déterminants des perceptions des changements

Les impacts sur la perception des changements, des situations initiales de travail et en particulier du travail collectif, et des conduites de projet, ont été testés statistiquement par le biais de régressions simples. La régression multiple des cinq facteurs du Qerdops et de la conduite de projet ne permet une variance expliquée « que » de 24,5%. Les régressions simples sont suffisantes (tableau 20, annexe 25). La conduite de projet, F1 (relation à la hiérarchie), F4 (relations au collègue), F2 (confrontation aux contraintes objectives) présentent des impacts significatifs (p.c. < 0,01) (tableau 20, annexe 25). F3 (rapport avec la situation du point de vue opérationnel) est l'unique facteur sans impact significatif sur la perception des changements. Ce facteur offre cependant une piste de réflexion intéressante à travers une régression simple sur l'item sur le changement de la sécurité (p.c. < 0,052 ; 3,9% de variance expliquée).

Ces divers aspects des situations initiales influent donc fortement sur la perception des changements, surtout si on considère l'ensemble de la variance expliquée. Les mêmes facteurs semblent perçus comme concourant à la construction des situations actuelles et futures. Les verbalisations des situations évaluées de façon critique le révèlent couramment : méfiance vis-à-vis des divers niveaux d'encadrement, promesses apparemment non tenues, vécu de mise à l'écart... Les individus ramènent les risques principaux des changements à ce qui leur est extérieur : soutien social (F4), relations avec la hiérarchie (F1), conduite de projet. Cette remarque est néanmoins nuancée en fonction des modèles de transformation.

3.3. Impacts des modèles de réorganisation, approche locale

Les effectifs relatifs à chaque modèle de réorganisation sont relativement faibles. C'est pourquoi la variation de la perception des changements et des situations actuelles selon les modèles de réorganisations, a été effectuée à l'aide du test non paramétrique Kruskal-Wallis (tableau 21, annexe 26). Les probabilités critiques sont basses ou très basses. Chaque facteur révèle des impacts spécifiques en fonction des modèles de réorganisation.

Tous les facteurs présentent des différences en fonction des modèles de transformation, alors que le rapport de l'individu avec la situation du point de vue opérationnel (F3) n'avait auparavant pas de lien apparent avec les perceptions des changements. Les modèles de transformation fournissent autant de perceptions possibles de l'ensemble des situations actuelles et par conséquent des changements.

Le modèle de délocalisation et le modèle de délocalisation - fusion de trois unités se révèlent les deux extrêmes. La délocalisation – fusion de trois unités fournit une évaluation négative par le personnel, des relations avec la hiérarchie (F1), des relations avec les collègues (F4), et des changements. Les relations avec la hiérarchie et avec les collègues s'apparentent à un climat social d'ensemble évalué négativement. Un tel climat est difficilement surmontable pour le personnel en situation de travail, et pour l'élaboration constructive de changements organisationnels. Ce climat est d'autant plus problématique que les personnels des unités d'un même service se connaissent davantage, et que le projet flou est débattu sur un mode conflictuel. Ce projet est d'autant plus mal perçu qu'il se révèle peu à peu d'une utilité limitée, voire dangereuse pour les patients. Selon le personnel soignant, les personnels subissent la transformation de leur environnement sans que le gain pour eux soit essentiel, contrairement au gain comptable présumé pour le reste de l'organisation. C'est la crédibilité même du projet qui est interrogée à travers la perception négative des changements et de leurs mises en oeuvre.

A l'inverse, la confrontation négative entre l'opérateur et les contraintes objectives du travail (F2) et le rapport de l'individu avec la situation du point de vue opérationnel (F3), dans le cas de la délocalisation – fusion de deux services, semblent des obstacles moindres lorsque les relations avec les collègues et la hiérarchie ne sont pas négatives. Ce résultat est d'autant plus révélateur que le personnel évalue assez négativement la conduite de projet. Le personnel ne semble pas intrinsèquement extrêmement opposé aux changements car il rapporte ses problèmes

initiaux principalement à des questions opérationnelles soignantes et médicales, et non à un problème social général ou à un problème de travail collectif spécifique. Les problèmes de relations entre collègues et avec la hiérarchie existent mais sont de moindre importance. Les réticences relevées sur le travail collectif entre deux équipes qui ne se connaissent pas, semblent trop floues pour être perçues à travers un questionnaire. Pourtant, ces réticences existent effectivement, comme les observations et les entretiens l'ont révélé. Les diagnostics des observations avant et après les changements ont respectivement suggérés et montrés les problèmes opérationnels rencontrés par le personnel. Les problèmes de travail collectif et de climat social se rapportent essentiellement à des problèmes opérationnels, par exemple à travers l'uniformisation difficile des façons de travailler, et la capacité d'arbitrage de la hiérarchie. Enfin, bien que le modèle général a suggéré précédemment que les conduites de projet impactent les perceptions des changements, cet impact est ici vraisemblablement moindre. Les conduites de projet sont nettement plus mal perçues que les changements en eux-mêmes. Ces derniers semblent effectivement perçus comme partiellement utiles à la population voire au personnel, puisque les services se rapprochent des populations. Dans ce cas, ce sont donc essentiellement la mise en œuvre des projets et les situations initiales qui posent problème.

Le score négatif sur la conduite de projet dans le quatrième cas qui ne subit pas de transformation organisationnelle, a essentiellement trait à l'absence de modifications dans les unités correspondantes. Cette absence de transformation n'empêche pas le personnel de percevoir une sous implication négative pour les collègues d'autres unités, mais également pour eux-mêmes car ils sont en interactions directes avec des services en partance ou arrivant.

Enfin les personnels délocalisant n'ayant aucune évaluation très négative, permettent de relativiser la notion de résistance au changement. Ce point justifie les interprétations concernant les deux premiers modèles de délocalisation fusion. Les problèmes éventuels lors de changements organisationnels ne sont pas irrémédiables. Les problèmes naissent essentiellement des changements dans ce qu'ils ont de particulier, de leurs mises en œuvre ou des situations initiales.

Les problèmes opérationnels qui peuvent être résolus ailleurs le sont plus difficilement lors d'une fusion, compte tenu de la défiance entre collègues et des problèmes entre supérieurs et subordonnés, voire de problèmes opérationnels. Les observations confirment de façon plus univoque que la délocalisation - fusion s'avère plus difficile que la délocalisation puisque celle-ci

ne pose pas de problèmes apparents. D'ailleurs, parmi les deux délocalisations – fusions étudiées, la plus problématique est également celle pour laquelle la délocalisation est la moins éloignée du secteur initial. La délocalisation est plus mal évaluée lorsqu'on perçoit davantage l'équipe avec laquelle on va fusionner – comme une fusion entre deux unités, et par opposition à une fusion entre deux services. C'est la fusion qui pose les problèmes les plus aigus et les plus spécifiques.

Ces tensions sont modélisables avant les transformations, et s'actualisent presque systématiquement ensuite. Le modèle de transformation impacte en ce sens que la fusion est plus difficile que la délocalisation. Néanmoins, le modèle de transformation n'épuise pas les effets, et chaque modèle de réorganisation correspond à une situation initiale et à une conduite de projet spécifiques. Le personnel qui perçoit plus positivement la situation initiale perçoit également positivement les changements. Il est ainsi difficile de séparer strictement les trois, ce qui renforce l'apport de l'approche analytique. Les objectifs (impacts des changements), la façon de l'atteindre (conduite de projet et lisibilité de la conduite de projet) et la situation actuelle impactent particulièrement. C'est l'approche de l'ensemble qui donne un sens supplémentaire à ces impacts distincts. Les personnels percevant négativement leur situation actuelle, semblent considérer que les facteurs ayant conduit à leur situation actuelle conduit à des changements déraisonnables. En un sens, ils pensent avoir moins mais risquer plus. Leur verbalisations insistent particulièrement dans ce sens : décideurs éloignés du terrain, avis et conditions de travail du personnel dénigrés...

Les effets locaux sont essentiels pour compléter et comprendre les analyses générales. Malgré les effectifs relativement faibles, les régressions logistiques en fonction des facteurs précédents et du type de restructuration, sur le facteur changement recodé en deux groupes, fournissent des résultats significatifs (tableau 22, annexe 27). Ces régressions améliorent particulièrement la part de variance expliquée sur les perceptions des changements. Cette amélioration concerne essentiellement F3 et F5 pour lesquels cette part était auparavant basse, et le modèle de délocalisation – fusion de trois unités. Compte tenu des effectifs relativement faibles, ce tableau 22 (annexe 27) doit être vu comme une piste de réflexion soutenant le tableau 21 (annexe 26), plutôt que comme un ensemble de résultats stricto sensu.

Il est ainsi univoque que les effets au niveau local sont écrasés par des statistiques générales. Les multiples dimensions des situations initiales gagnent à être prises en compte dans

une optique différentielle.

3.4. Impacts de la prescription sur le travail collectif

Les impacts de la prescription (F1, relations à la hiérarchie) sur le travail collectif en général (F4, relations aux collègues) et dans le cadre des restructurations (changements des relations dans l'unité), sont également confirmés (tableau 23, annexe 28).

La prescription influencerait sur les collectifs en général et en période de changement. Ces résultats permettent d'insister sur des accointances entre des facteurs très distincts au niveau statistique et surtout au niveau psychologique et ergonomique : les relations avec les collègues et avec la hiérarchie. Mais les entretiens et les observations suggèrent d'interpréter les relations avec les collègues et le travail collectif, en fonction de l'ensemble de la prescription et des supérieurs hiérarchiques. Il serait limité de n'envisager que le supérieur direct, alors que le personnel interrogé distingue clairement différents supérieurs. Le supérieur direct est le plus souvent perçu comme subissant les mêmes contraintes de terrain. Or le personnel soignant se plaint nettement plus de ses relations avec les autres prescripteurs, qui sont également perçus comme des prescripteurs pour le supérieur direct. Le rôle de prescripteur pour les soignants ne doit pas être vu dans une optique réductrice et univoque à l'hôpital. Le prescripteur est le cadre direct qui influe sur l'organisation des plannings et des équipes, et éventuellement module les prescriptions de plus haut niveau pour permettre aux collectifs de se structurer. C'est surtout dans ce sens que les relations à la hiérarchie influent ci-dessus sur les relations entre les collègues. Mais le prescripteur est également l'administration centrale qui fournit plus ou moins de moyens aux équipes. Le cadre direct perçu comme trop proche de l'administration centrale est presque systématiquement dénigré par ses subordonnés, et inversement. Enfin, le prescripteur est le corps médical qui est une contrainte essentielle pour le personnel soignant. Le cadre direct est dans la nécessité de s'entendre avec ce prescripteur, qui renvoie au cœur du métier de soignant. Ces divers aspects doivent se marier pour permettre aux collectifs soignants de fonder leur activité réelle de travail de façon constructive et non pas par défaut.

3.5. Impacts des aspects collectifs sur la santé au travail, l'activité et la prescription

Dans ce but, les collectifs doivent influencer en retour sur la prescription. Plus largement les collectifs ne sont vraisemblablement pas simplement la conséquence de la prescription. Les

collectifs sont un média essentiel entre la prescription et les individus, qui ne peut pas être sans conséquence sur la santé. La compensation des manquements de la prescription par les collectifs, peut avoir trait premièrement à la santé, notamment à travers le soutien social (tableau 24, annexe 29). Seuls les personnels de T3 et T4 ont été interrogés.

Ce premier ensemble de résultat permet d'insister sur le fait que F4 présente des impacts aussi probants. Les autres facteurs de la situation initiale présentant des probabilités critiques inférieures à 0,05 sont relativement rares (tableau 25, annexe 30).

Le soutien social confirme ainsi son aspect central pour la santé en général. L'individu isolé ne peut faire face aux contraintes exigées sans se mettre en péril. La santé est dans ce cadre une construction individuelle à partir du compromis entre les exigences de l'environnement et les possibilités propres : ces possibilités sont négociées et évaluées par les collectifs, mais les individus réagissent et s'approprient très différemment la situation. Quelques individus atypiques présentent des problèmes manifestes en lien avec le travail –dépression, alcoolisme au travail, résultats statistiques atypiques très négatifs... Ces problèmes influent sur l'activité réelle de travail, à fortiori dans le secteur de la santé mentale.

La compensation des manquements de la prescription par les collectifs, a trait également à l'activité réelle de travail. Les collectifs les plus constructifs ont la capacité de se re-prescrire à eux-mêmes.

Sur ce point, les observations confirment que les délocalisations et les délocalisation-fusions de trois unités, forment deux extrêmes. L'adéquation dans la vision de la situation actuelle et des changements éventuels, souligne que ce type de dynamique construit un cercle vicieux ou vertueux. En effet, si le projet médical est clair, les directions permettent davantage de moyens matériels, humains... au détriment de services qui ont plus de difficultés. Les deux extrêmes peuvent être rapidement explicités.

Le personnel délocalisant et fusionnant des trois unités, évalue très négativement les relations aux collègues et à la hiérarchie et les changements, et refuse tout changement, mais regrette systématiquement son état actuel. Les problèmes d'effectifs ont pour conséquence l'annulation de certaines activités avec les patients. Les objectifs sont flous, tant les visions médicale, soignante et administrative ne se rejoignent pas, et sont éventuellement elles-mêmes

peu structurées. Les conditions rendent presque impossibles l'atteinte des objectifs officiels d'accompagnement des patients à la sortie de l'hôpital. Le statut même des patients est source de polémique. La journée type dans ces unités réfère au gardiennage et à la toilette. Ce service se transforme peu à peu en service d'accompagnement en fin de vie, et le personnel qui y travaille n'a dans son immense majorité pas eu le choix. Le personnel médical y est le plus faible, avec un unique psychiatre pour une centaine de patients. Les conditions les plus difficiles ne sont évidemment pas propices au développement de collectifs constructifs. Les tensions entre collègues sont courantes, et l'alcoolisation et la médication y sont omniprésentes.

En revanche, le service délocalisant semble être le lieu de mises en débats courants intra et inter métiers. Par exemple, les problèmes relativement imprévus d'effectifs, presque banals dans le secteur psychiatrique, sont régulés pour permettre les activités avec les patients, entre les soignants et éventuellement avec le personnel médical. Ce service permet une exigence dans le suivi des patients extrêmement apprécié du personnel. Ce service est l'unique service observé où le personnel semble réellement satisfait de ses dynamiques d'équipes et des relations avec la hiérarchie, et par voie de conséquence de son travail et des évolutions potentielles. De plus, les données quantitatives ne suggèrent pas que le personnel médical est très présent mais accepte de réguler son activité réelle de travail en fonction des contraintes du personnel soignant. La prescription de la journée type puis de la semaine type, s'est donc effectuée au niveau du personnel soignant, puis entre les corps de métiers. Et cela va de pair avec une certaine exigence, puisque les objectifs et les moyens sont clairs. Selon le personnel soignant, le médecin chef reflète ce tableau : le personnel l'apprécie mais considère ne pas avoir droit à l'erreur en sa présence, alors que le personnel des unités fusionnant n'a qu'un respect modéré pour son médecin chef, effectivement nettement moins présent malgré un nombre de patients beaucoup plus élevé.

4. Synthèse et conclusion

L'ensemble de ces résultats peut être résumé de cette manière :

- Le Qerdops et le questionnaire exploratoire sur le changement présentent des qualités psychométriques satisfaisantes. Il est valide et utile de distinguer les perceptions du travail initial, des impacts des changements, et des mises en œuvre des changements. Par exemple, la sécurité et la santé du personnel sont des perceptions essentielles par rapport aux situations

initiales et aux changements, mais même en l'absence de problème majeur dans les situations initiales elles restent des craintes spécifiques par rapport aux changements.

- Il est néanmoins utile voire inévitable de lier d'une part les études des situations de travail initiales et des changements, d'autre part les études des perceptions et de l'activité collective. Les perceptions des situations initiales influencent les perceptions des impacts des changements et les mises en œuvre des changements. Mais l'étude des perceptions se précise par l'étude locale de l'activité collective, notamment dans le cadre de transformations.

Le changement n'est pas intrinsèquement problématique : ce sont la forme, la mise en œuvre et les impacts du changement qui importent, en fonction des situations initiales et des réalités collectives. Par exemple, la fusion présente des écueils plus problématiques que la délocalisation, du point de vue de l'organisation réelle du travail intra et inter services. Aussi les analyses qualitatives et quantitatives s'avèrent nécessaires pour instruire ces questions localement, en particulier les tensions entre santé et efficacité individuelles, entre efficacité collective et efficacité organisationnelle, entre caractéristiques individuelles et organisationnelles. Ce sont ces tensions locales qui expliquent les différences entre fusions. Par exemple, concernant T1, les perceptions des changements ne sont pas très négatives, au motif que les situations initiales sont comparativement extrêmement mal évaluées, et que c'est la fusion de deux équipes qui pose problème, et non l'ensemble des changements. Ainsi, les facteurs individuels, collectifs et organisationnels concourent conjointement à la structuration des situations stables et à l'évolution des situations.

Enfin, il est intéressant d'un point de vue méthodologique de noter que les résultats statistiques concernant les personnels non soignants ne sont pas exploitables, alors qu'il s'agit presque exclusivement d'anciens soignants. En effet, presque tous les résultats sont inférieurs à deux et demi ou à deux pour une échelle allant jusqu'à quatre : les résultats des items sont donc trop homogènes, ne sont pas suffisamment discriminants (même pour le Qerdops qui est pourtant un questionnaire validé antérieurement). Cela rappelle l'utilité d'un questionnaire exploitable directement en fonction de l'activité réelle de travail (à l'instar, comme expliqué précédemment, des résultats du personnel soignant au Nottingham Health Profile, qui n'ont également pas été exploités car trop homogènes, le questionnaire étant trop « standard »). Les rares évaluations relativement négatives concernent la préparation dans la prise en charge des urgences somatiques (moyenne : 3,150 ; E.T. : 0,745) ; la simultanéité des tâches (moyenne :

2,913 ; E.T. : 0,900), la possibilité de travailler dans ses domaines d'excellence (moyenne : 2,895 ; E.T. : 0,937) ; les interruptions dans le travail (moyenne : 2,864 ; E.T. : 1,082), la prise en compte des difficultés du travail quotidien dans la mise en place des transformations (moyenne : 2,800 ; E.T. : 0,834). Mais un questionnaire globalement exploitable devrait donc prendre en compte le fait qu'il s'agit d'anciens soignants qui parfois pratiquent encore partiellement, de cadres dans le secteur psychiatrique, et distinguer les cadres et les cadres supérieurs. L'élaboration d'un questionnaire adapté à cette activité spécifique nécessiterait au préalable des relevés qualitatifs approfondis (observations, verbalisations), dans de nombreux EPSM puisqu'il y a généralement trois cadres par service.

Tableau 26 : études des représentations générales et en lien avec les activités collectives, le travail réel des unités

Représentations : population générale : <ul style="list-style-type: none"> • Qerdops : 3 solutions factorielles satisfaisantes • Distinctions entre les résultats au Qerdops concernant les situations initiales, et les facteurs sur les changements / les impacts des changements / les mises en oeuvre des changements (ex : items sur la sécurité et la santé du personnel) • Spécificités au travail psychiatriques
Représentations, activité collective et transformations organisationnelles : liens entre les situations initiales et les changements : <ul style="list-style-type: none"> • Impacts des perceptions des situations initiales sur les perceptions des changements (impacts et mises en oeuvre des changements) • Confirmations qualitatives (verbalisations et observations) des liens situations initiales / changements : étude de l'activité collective : fusion provoque plus de problèmes que délocalisation mais ce constat est modulé par la mise en oeuvre et les impacts

Chapitre 4 Des régulations collectives aux régulations organisationnelles

Dans le cadre des dynamiques individus / collectifs / organisation, l'activité collective dans un sens strict, l'organisation collective locale, les régulations intra unité des soignants, sont surdéterminées par les régulations plus larges de l'organisation et des activités collectives au sens large. Les éléments précédents concernant l'activité collective suggèrent en creux ces régulations et donc l'utilité d'élargir l'analyse de l'activité strictement collective. Les régulations de l'organisation peuvent être de différents ordres : relations et coordinations horizontales et verticales, ascendantes et descendantes inter unités et services ou intégration plus générale dans l'EPSM et le système socio - sanitaire... Elles se traduisent plus ou moins positivement, en termes de compromis, d'élaboration et de circulation des moyens et des informations, de confiance / méfiance... L'objectif n'est pas l'exhaustivité, mais la prise en compte de la nature d'un niveau d'analyse essentiel (Encart4).

Encart4 : objectif et démarche du chapitre 4 de la partie 3

Objectif

Développer l'importance et la nature de régulations organisationnelles générales pour permettre des régulations collectives dans les services

Démarche

Description de certaines structures en lien avec la variété des dynamiques collectives mises en évidence précédemment

Des régulations apparemment essentiellement internes aux services peuvent être fortement dépendantes des dynamiques organisationnelles plus générales. Les régulations organisationnelles et « organisationnelles – collectives » sont d'ordre divers. Il s'agit par exemple des **structures amont et aval**, qui accueillent des patients au statut ambigu, donc qui sont un facteur essentiel de l'efficacité collective en T8 voire dans le service T2 : les liens avec ces structures dépendent notamment des interactions entre l'environnement sociétal et le service, mais aussi des interactions entre l'environnement sociétal et l'EPSM central. De même, **les jonctions des dynamiques soignantes et médicales** sont essentielles dans le service T2, mais dépendent des latitudes disponibles et construites par rapport à l'EPSM central.

De nature différente, des régulations « davantage » organisationnelles facilement objectivables sont les structures centrales. Trois structures de régulations centrales ont attiré

plus spécifiquement l'attention : **les Unités d'Admissions et d'Orientations (UAO), le Centre Social (CS), et le département T3** (T4 appartient au même département mais n'est pas situé dans cette analyse).

Les UAO sont des unités Centrales d'Admissions et d'Orientations qui demandent une concertation entre les unités et avec les directions centrales. Elles allègent les unités en effectuant les admissions des patients qui viennent de l'extérieur, et en assurant les premiers éléments de prise en charge. Les unités doivent fournir des effectifs, et l'administration centrale certains moyens spécifiques –bâtiments, navettes, logistique... Ces UAO se développent dans le secteur psychiatrique, tant elles évitent les tensions causées par les primo arrivant dans les unités, et permettent d'assurer les activités dans les unités compte tenu de la possibilité de prévoir le jour et l'heure des arrivées des patients dans l'unité. Ces structures sont néanmoins rarement développées spontanément par les EPSM, mais en grande partie à l'initiative d'intervenants extérieurs (annexe 10i).

Une Unité d'Admission et d'Orientation a été peu à peu élaborée avec les services qui ont accepté d'y mettre les moyens, en fonction de compromis entre les personnels médicaux, administratifs et soignants. Cette unité régule les patients entrants, très mobilisants et chronophages pour les personnels soignants, surtout lorsque l'entrée n'est pas prévue. La régulation sur les effectifs s'élabore en fonction de ressources allouées de façon similaire de la part de chaque service. Les services ayant le plus de problèmes de conditions de travail (sécurité, architecture, tensions...) sont les plus réticents à y participer. Les encadrements et le personnel médical considèrent ne pas pouvoir perdre des effectifs et des moyens. Ce type d'unité est néanmoins appelé à se développer, tant il est précieux de mutualiser les dynamiques d'admission. Ainsi presque tous les services investissent peu à peu cette unité. Cette unité pilote dans le pays a été permise par la concertation entre les représentants des services, l'administration centrale et les ergonomes consultants. Il s'agit d'une régulation organisationnelle générale.

Le CS est une structure spécifique à l'EPSM2 dans la forme qu'il y adopte, mais il peut se retrouver sous d'autres formes dans d'autres EPSM. Il allège les services pendant les repas du midi et du soir, que prennent une centaine de patients au CS. Il allège également les services en effectuant certaines activités : coiffure, socio animation, sport... Néanmoins, la faible participation des soignants, et le fait que les moyens soient à la charge de

l'administration centrale, font naître des tensions dans le cadre des restructurations. Seuls les chiffres de l'activité du CS parviennent à enrayer partiellement ces tensions. Ce type de structure peut se retrouver sous une forme proche dans d'autres EPSM, mais est moins systématique que les Unités d'Admissions et d'Orientation. Le corps médical et le corps soignant semblent estimer qu'il s'agit d'une forme de socialisation thérapeutique intéressante, mais effectuer cette socialisation en dehors des services reste polémique. Le rôle des intervenants est de qualifier précisément les fonctions de telles structures.

De même, le département T3 est une structure relativement rare, même si d'autres exemples existent et se développent en France. Les patients chroniques sont les patients qui sortent et reviennent régulièrement des EPSM. Dans un service de psychiatrie générale, ils sont souvent considérés comme empêchant d'autres admissions, malgré des pronostics relativement négatifs. De plus, ces patients nécessitent un suivi spécifique pour les resocialiser si ils sont hospitalisés depuis trop longtemps. Ces patients représentent une tension entre une resocialisation presque impossible compte tenu des pathologies et de l'ancienneté en institution, et une resocialisation nécessaire compte tenu du manque de lits disponibles. Aussi T3, composé d'une soixantaine de patients, les accueille dans un EPSM depuis plusieurs années, alors qu'ils sont souvent hospitalisés depuis plusieurs décennies. T3/T4 (en tout une centaine de patients) a été créé dans ce but par l'EPSM local malgré un statut juridique très flou. Il s'agit également d'une régulation organisationnelle générale. A l'inverse, un service a choisi de ne plus accepter les patients chroniques dans l'enceinte de l'hôpital, pour les suivre exclusivement à l'extérieur, dans les structures en amont d'une hospitalisation intra muros. Il s'agit donc d'une régulation organisationnelle locale.

Les unités de T3 acceptent les patients dits chroniques, qui reviennent ou restent depuis plusieurs décennies en EPSM. Ces patients sont chronophages pour les unités classiques, compte tenu du nombre de tâches qu'ils ne savent souvent pas effectuer –toilette, repas... De plus, ils grèvent les résultats des unités puisque le turnover n'est pas assuré. Le corps médical utilise donc T3 pour délester les unités de patients jugés encombrants. Les directions estiment ne pas devoir fournir beaucoup de moyens à T3 pour les réserver pour d'autres structures, principalement pour deux raisons : ces patients ne devraient pas être dans le secteur psychiatrique mais psychosocial, et ils ne peuvent être prioritaires compte tenu de pronostics pessimistes. En revanche, les soignants estiment qu'il s'agit majoritairement de patients psychiatriques, dont le suivi doit être assuré en tant que tel. Les corps médical et

soignant – administratif sont plus partagés. Ils utilisent partiellement ces unités comme des voies d'accès vers le psychosocial, mais reconnaissent des spécificités psychiatriques à la majorité des patients, et l'utilité de ces structures pour l'ensemble de l'EPSM. Comme au Centre Social, le rôle des intervenants est de qualifier précisément les fonctions de telles structures.

Ainsi les régulations de l'organisation dans son ensemble sont plus polémiques que les régulations intra unité, compte tenu de la variété des objectifs, moyens, compromis et représentations. Mais les Unités d'Admission et d'Orientation montrent que certaines **régulations** peuvent être relativement consensuelles, si elles sont élaborées **en fonction d'objectifs et de moyens univoques** -par exemple en comité de pilotage.

Ces **comités de pilotages** montrent en période de restructurations l'importance de régulations organisationnelles d'ensemble, en relation avec les situations réelles des services et des unités. Une comparaison et réflexion critique concernant les accompagnements et les conduites de projet, et les démarches de conception, dans les deux EPSM étudiés, et pour les différentes unités, montre que l'élaboration des compromis sur certaines structures spécifiques est facilitée par des comités de pilotage **réguliers**. Par exemple, les UAO sont élaborées peu à peu à l'EPSM1, où les comités de pilotage sont réguliers et à l'initiative de la direction. En revanche, l'EPSM2 a eu toutes les difficultés à (ré) élaborer son projet, ce qui semble dû en grande partie à la difficulté d'un suivi régulier des comités de pilotage. Ce sont les ergonomes qui ont insisté régulièrement pour que ces comités aient lieu. Ainsi plusieurs décisions sont actées dans chaque comité de pilotage de l'EPSM1, où toutes les parties sont représentées. Au contraire, plusieurs comités de pilotage à l'EPSM2 ont eu lieu sans prise de décision. Plus largement, c'est évidemment une conduite de projet et de conception structurée qui permet d'élaborer finement les compromis.

Ce type de dynamique se retrouve en CHSCT, mais sous une forme différente. Par exemple, deux études illustrent la volonté de lancer de multiples études de façon désordonnée par le CHSCT de l'EPSM2 : étude du travail de nuit demandé aux ergonomes qui insistent dès lors sur sa faible utilité car les risques sont connus, étude d'un CHSCT local dont les ergonomes précisent que les résultats seront peu probants puisque des soignants interrogeront d'autres soignants (les premiers déploreront effectivement rapidement que leurs collègues ne verbalisent pas comme ils le font en général)... En un sens, les **CHSCT** compensent en

quelque sorte des comités de pilotages à la lisibilité faible.

Une dynamique d'EPSM peu constructive peut néanmoins avoir **moins d'impact si les dynamiques locales sont davantage investies** par les ergonomes. Par exemple, ceux-ci ont effectué en T8 des études poussées en laissant la direction centrale à l'écart. Ces études ont permis un projet rapidement élaboré et des compromis apparemment acceptables et suffisamment acceptés. De même, en T3, les analyses et réunions locales ont permis d'insister sur l'intérêt de ne pas déménager dans les conditions proposées initialement. En fonction des contingences locales, les régulations organisationnelles inter services ou inter unités prennent d'autres formes : effectifs (surtout ASH) ou matériels « prêtés » dans d'autres services / unités, patients dépendant en théorie d'un service ou d'une unité mais hébergés dans un(e) autre par manque de place, locaux au moins partiellement en commun...

La question des moyens (en fonction des objectifs) est très sensible dans ces entités. Dans l'Unité d'Admission et d'Orientation (UAO), cette question empêche certains services d'y participer. En T3, les effectifs réels ne correspondent pas du tout aux effectifs théoriques et sont régulièrement en dessous des effectifs minima. Les activités ne sont que rarement réalisables par manque d'effectifs, de formation ou de matériel. Dans le service T8, les rumeurs de suppression d'effectifs sont nombreuses et plus ou moins fondées. Dans ce service, la question des moyens matériels n'est pas négativement évaluée par le personnel, mais la situation est ambiguë. Les chambres à deux personnes peuvent être appréciées par le personnel soignant, mais spontanément ce n'est pas du tout univoque. Le personnel insiste pour obtenir des garanties pour que les chambres d'isolement soient exclusivement des isolements, mais ce n'est pas la pratique. Le personnel est consulté mais se demande dans quel but, puisque presque rien n'est officiellement réalisable. La question des caméras en chambres d'isolement est exemplaire. Ce service peut en être pourvu mais le personnel émet des doutes d'un point de vue éthique et légal, et il insiste sur la nécessité de passer régulièrement malgré les caméras.

Deux points permettent de distinguer le fonctionnement de l'unité UAO, du département T3, du service T8 : **l'adéquation entre les moyens et le projet, et le projet de service en lui-même**. Ces deux points permettent de situer ces entités le long d'un continuum facilement généralisable. L'unité UAO semble avoir les moyens de son projet et ce projet est en lui-même reconnu par ceux qui y travaillent. Le projet du service de T8 est connu et

accepté par le personnel, il est accepté en l'état par l'administration centrale, et correspond à la pratique. Néanmoins, les moyens et le projet sont souvent questionnés. Enfin, T3 a un projet de service auquel le personnel n'adhère plus ou qui lui est inconnu. Le personnel diagnostique que les moyens sont en inadéquation, et que le projet est utopique : réhabiliter des patients que personne n'a réussi à réhabiliter depuis plusieurs décennies –avec des moyens moindres... Cette correspondance est décisive, entre la pratique du projet de service et le projet de service en lui-même. T3 reçoit des patients en Hospitalisation Libre HL, alors qu'ils étaient en Hospitalisation d'Office HO ou à la Demande d'un Tiers HDT depuis des années. Le statut HL est nécessaire pour que T3 les accepte. Mais souvent ce statut semble rempli uniquement pour alléger les autres services. Réciproquement, T3 remet en HDT ou HO les patients pour être surs qu'ils soient repris par les autres services. A l'intérieur même de T3, trois types d'unités permettent de retrouver ce continuum. Les régulations organisationnelles locales semblent donc les plus décisives et constructives. Ces régulations organisationnelles locales s'apparentent à des régulations organisationnelles - collectives.

Hormis l'importance de régulations organisationnelles d'ensemble, en particulier à travers certaines structures internes, deux caractéristiques essentielles au fonctionnement de l'organisation EPSM, sont suggérées par ces exemples : d'une part l'inadéquation entre une prescription médicale (un diagnostic précis) et un qualificatif administratif (HO, HDT, HL), et d'autre part l'importance de faire correspondre le projet médical avec les situations soignantes réelles.

Cette nécessaire adéquation entre corps médical et corps soignant, se retrouve dans la présence médicale. Les services dans lesquels le personnel soignant est davantage impliqué et satisfait, sont les services où le personnel médical accepte de prévoir ses présences en fonction des activités soignantes. Dans ce cas de figure, un intervenant extérieur se révèle essentiel pour développer cette dynamique. Les activités avec les patients ne sont pas supprimées, le service est toujours gardé... De même, le corps médical peut décider que le personnel soignant prépare les médicaments de nuit, ce qui est à la limite de la légalité mais permet aux soignants de jour de se focaliser sur d'autres activités. Enfin, ce système s'auto entretient. En effet, les arrêts maladie sont plus courants dans les services problématiques, ce qui baisse le personnel réel, et augmente le vécu de « puni » puisque l'administration considère que les effectifs sont excessifs... De même, compte tenu de la proximité des critères médicaux et soignants, le caractère explicite du projet médical permet au personnel

soignant d'en intégrer les objectifs... ainsi qu'au personnel médical. Un projet médical explicite et intégré par le personnel soignant structure les services où le personnel médical est régulièrement présent et de façon planifié (comme en T2 et par opposition à T3), et auquel la Commission Médicale d'Etablissement (CME) attribue le plus de crédibilité. Ainsi le personnel médical des autres services utilise le service T3 afin d'alléger ses services, et participe au dénigrement du projet médical de T3 où le personnel médical lui-même n'est présent qu'exceptionnellement.

L'adéquation entre les dynamiques médicales et soignantes, suggère l'importance de dynamiques collectives locales en fonction des dynamiques organisationnelles générales (dont la CME, qui aurait donc gagné à être étudié en profondeur). Ces dernières sont nécessaires mais insuffisantes. Elles ne disent souvent que peu de choses des situations réelles sur le terrain, d'autant qu'elles sont les plus ambiguës à penser et à négocier.

***PARTIE4* APPORTS, LIMITES ET PERSPECTIVES**

Chapitre 1 Apports, limites et perspectives

1. Introduction

Il existe une grande diversité d'approches du travail collectif. La thématique elle-même appelle cette diversité, puisque les approches peuvent se centrer sur des qualités très spécifiques : communication, référentiel commun... De plus, la littérature sur le travail collectif montre que les concepts généraux autour de cette thématique restent relativement flous et ambigus. C'est pourquoi, à travers l'exemple du travail soignant en EPSM, l'objectif théorique central a été de montrer la possibilité de modéliser le travail collectif à partir des écarts prescrit / réel, sous réserve d'affiner les analyses des notions d'écart prescrit / réel et d'activité. Dans ce but, la perspective sur le travail collectif a élargi l'analyse de l'activité individuelle et collective aux régulations de la confrontation entre les caractéristiques individuelles, collectives et organisationnelles. Il a ainsi été possible de dépasser encore davantage l'individualisation des problèmes de santé et d'efficacité au travail, par exemple en termes de compétences, pour insister sur une approche en termes de ressources collectives et organisationnelles, pour donner à cette individualisation une dimension davantage collective et organisationnelle. La régulation a donc été envisagée comme plus large que la notion d'activité, même si elle reste une propriété de l'activité.

Les principaux concepts ont été préalablement documentés à partir de la littérature, mais leur agencement et leur opérationnalisation ont été structurés en termes de recherche et non d'ingénierie. Aussi un objectif implicite a été de ne pas émettre une recherche sur des thématiques très fortement balisées (communications, dynamiques de groupe...), et qui ne suggèrent peut être plus suffisamment la centralité et l'originalité paradigmatique de l'Ergonomie. De telles thématiques auraient eu un certain intérêt compte tenu du faible nombre d'études concernant le secteur psychiatrique et ses spécificités. Mais le parti pris a plutôt été celui d'une étude plus large, à travers les notions de régulation et d'activité individuelle – collective.

Suite à l'analyse de la littérature, la démarche de recherche fondamentale a été confrontée au terrain, dans une optique empirique systémique -compréhensive puis

analytique. Cette démarche a eu pour objectif de développer des concepts et modélisations suffisamment directement en fonction de ce terrain, et d'assurer la fidélité et les validités externe et interne. Pour les mêmes raisons, dans un but théorique comme méthodologique, il a été souhaitable de se restreindre à un secteur précis et de se centrer initialement sur un corps de métier. Le travail soignant dans le secteur psychiatrique a été un objet d'étude pertinent compte tenu de l'importance du travail collectif au niveau soignant, et de l'importance du travail collectif pour l'organisation hospitalière. L'objectif n'a pas été de fournir une modélisation générale exhaustive du travail collectif ni même du travail soignant, mais d'en montrer les principales lignes de force, au niveau d'une unique recherche, mais grâce à des lieux d'études et d'interventions multiples. Cet objectif insiste donc sur une « évaluation des qualités du modèle pour rendre compte du monde réel » qui permette de ne pas se limiter à une « évaluation des qualités du modèle à l'intérieur de son espace de réduction » (Daniellou, 1998, p.222).

Une synthèse des résultats (2) est développée dans le cadre d'une démarche essentiellement descriptive et diagnostique, au plus près des résultats et des éléments d'analyse, guidé par les données « plutôt » que par l'approche théorique, mais déjà empreinte de réflexivité. Cette synthèse initie une démarche davantage interprétative, afin d'appuyer le modèle général de la recherche à partir du modèle particulier concernant le travail soignant en EPSM (3). Par souci de clarté, les éléments périphériques du modèle particulier ne sont discutés qu'ensuite, concernant l'organisation et ses transformations (4), la santé et les conditions de travail (5). Ces éléments périphériques du modèle particulier fournissent un éclairage supplémentaire sur la problématique fondamentale. La grille de lecture du travail collectif soignant dans le secteur psychiatrique et de l'organisation EPSM peut ainsi se généraliser en partie au travail collectif et aux organisations en général. Cette validation en deux temps (modèle particulier – modèle général) confirme l'intérêt de la démarche adoptée aux plans épistémologique et méthodologique, c'est-à-dire des niveaux d'analyse les plus théoriques et fondamentaux aux niveaux les plus opérationnels. Ces deux temps guident la discussion des apports et des généralisations, ce qui permet ensuite de discuter la démarche de la recherche (6), avant que les limites et les perspectives issues de cette recherche (7) soulignent quelques questionnements en suspens. Plusieurs points sont volontairement abordés dans différentes parties, afin d'insister sur la cohérence de l'ensemble de cette recherche, sur l'intérêt de l'avoir structurée à travers ces thématiques.

2. Synthèse réflexive des résultats

2.1. Introduction

La validité méthodologique de l'approche qualitative et quantitative a été validée à partir de la déclinaison de trois validités qui s'appuient mutuellement : la validité statistique, la validité psychologique et la validité de l'analyse de l'activité au sein de l'Analyse du Travail et se centrant sur le travail collectif soignant. Cette validation à l'interface du scientifique et du social a eu pour but d'appuyer le cheminement de cette recherche, c'est-à-dire pour l'essentiel la validation du modèle particulier afin de soutenir le modèle général - pour lequel il est qualifiable d' « analyseur ». Même si elle importe aussi pour elle-même, cette synthèse introduit donc surtout les principaux points discutés ensuite.

2.2. Prescriptions, activités et régulations soignantes en EPSM

Dans ce but de validation du modèle particulier, la démarche a d'abord analysé les différentes composantes des EPSM, soignantes, médicales, administratives, et leurs jonctions, afin de révéler et d'explicitier des **prescriptions multi niveaux apparemment contraignantes, et en pratique souvent inapplicables** pour le personnel soignant qui est le cœur de l'étude. **En repartant des écarts entre prescrit et réel, plusieurs éléments interpellent l'analyse de l'activité soignante en Psychiatrie.**

Au sein des débats sur la notion de maladie, la maladie mentale est particulièrement polémique. Les diverses approches psychiatriques sont hétérogènes voire incompatibles. Une telle remarque n'a rien de critique vis-à-vis de la discipline psychiatrique. La médecine en tant qu'art trouve simplement un archétype dans le secteur psychiatrique. Entre autre, les débats sur la médication alimentent les désaccords entre psychiatres. Au sein de la même unité, les soignants n'ont pas de prescription homogène selon que le patient dépend d'un psychiatre ou d'un autre. A ce flou « idéologico - scientifique », se superpose un décalage peut être plus surprenant, entre les classifications médicales et administratives. Le statut Hospitalisé Libre (HL) / Hospitalisé d'Office (HO), Hospitalisé à la Demande d'un Tiers (HDT), ne se superpose pas à la classification médicale et à la prise en charge soignante. Les soignants précisent que des HO peuvent être plus faciles à prendre en charge que des HL.

Dans ce cadre, l'insuffisance de la formation initiale en Psychiatrie est critiquée par le

personnel soignant. De plus, les formations continues sont souvent inaccessibles. Et ce qui est applicable en théorie achoppe sur les moyens de mise en œuvre. Les effectifs sont l'un des meilleurs exemples. Les effectifs minima de nuit de deux soignants ne sont pas forcément respectés. Dans certaines unités, les effectifs prévus la veille sont rarement (voire jamais !) vérifiés le jour même. Le personnel prévu en journée peut être obligé de passer en poste, ce qui empêche les activités spécifiques qu'il est sensé effectuer. A l'inverse, si le personnel soignant privilégie certaines activités avec les patients ou les consultations médicales, les effectifs minima de sécurité sont négligés, l'unité n'est plus surveillée.

Les activités des soignants avec les patients sont également souvent impossibles compte tenu de problèmes d'espaces ou de matériels. Ces manques impactent tous les aspects de la prise en charge des patients par le personnel soignant. Les manques matériels sont multiples dans certaines unités : manque de points d'eau, manque de fauteuils dont les patients ne tombent pas, manque de vêtements et de chaussures, manque de matériel pour les activités de resocialisation... Il en est de même pour les problèmes architecturaux : manques d'espaces d'activités avec les patients, salles d'activités non chauffées, une chambre pour trois patients, chambres et unités avec des recoins impossibles à surveiller et dangereux, manque de chambres obligeant à utiliser les chambres d'isolement comme des chambres à part entière...

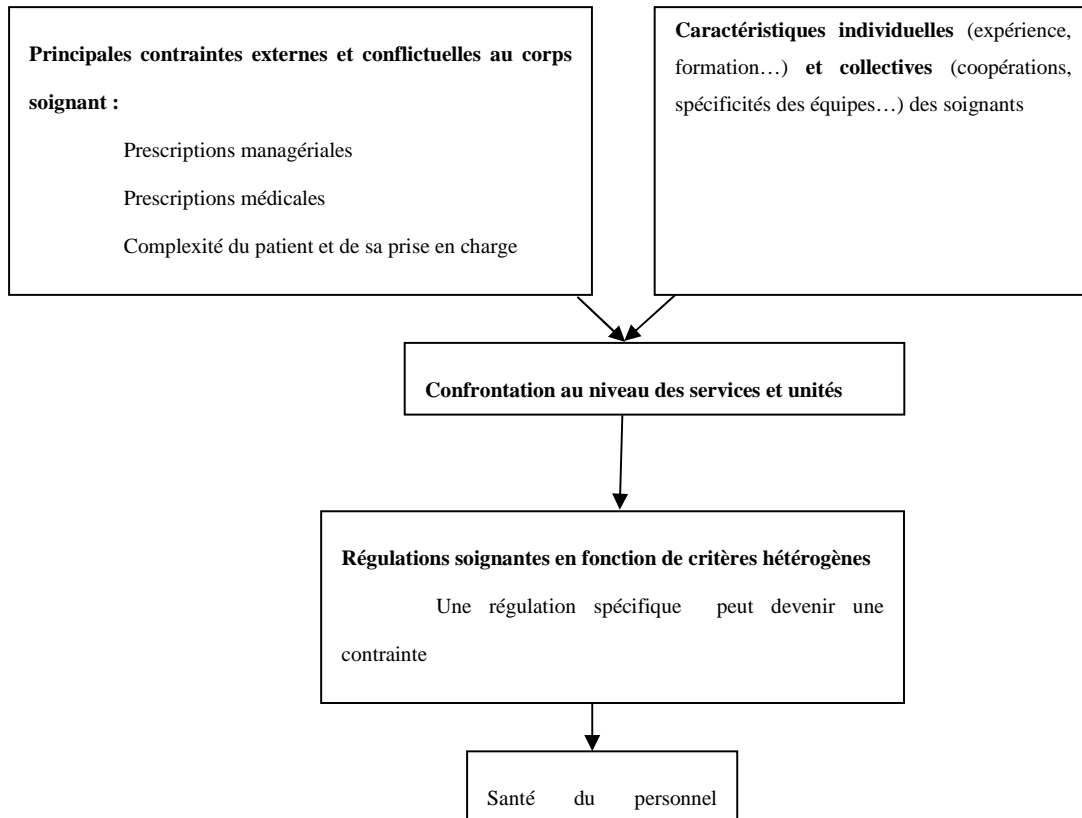
Ce qui peut être banal dans un autre cadre devient rapidement épineux et éventuellement dangereux, lors de la prise en charge de maladies mentales. Ces problèmes évoluent d'autant plus difficilement qu'il est courant que les informations manquent ou soient erronées : rumeurs d'effectifs supprimés, absence d'information sur les restructurations en cours qui obligent pourtant les services à déménager provisoirement ou définitivement... Les informations ne « descendent » souvent pas au personnel soignant, mais ne « remontent » pas davantage à l'administration centrale. Celle-ci ignore les situations réelles des services, ignorant parfois même les résultats chiffrés ou les projets de service de telle ou telle unité, malgré plusieurs demandes.

Les multiples prescriptions au corps soignant se révèlent peu compatibles entre elles et avec ses propres objectifs. Si nécessaire, les nombreux écarts entre prescrit et réel rappellent à minima l'intérêt pragmatique de la notion d'activité, notamment sous l'angle des « activités contrariées » ou de « l'amputation de l'activité » (Clot, 2002), et plus largement

sous l'angle des régulations. **Le corps soignant régule de façon proactive en négociant les moyens ou / et les objectifs, ou réactive en travaillant par défaut et par nécessité** : activité avec les patients versus sécurité...

En résumé (Schéma 4), le travail soignant en EPSM est encadré par les prescriptions organisationnelles qui sont surtout managériales et médicales. En décalage sinon en conflit, elles correspondent à deux pouvoirs et à deux modes de perception et de gestion des patients, mais sont elles mêmes hétérogènes. De plus, le patient n'est pas réductible à ces points de vue, et les établissements sont situés dans un environnement géographique et sociétal précis : par exemple, être à proximité de plusieurs autres services fournit différentes ressources, l'augmentation de la formation infirmière générale a correspondu à un affaiblissement relatif de la formation infirmière en psychiatrie... Au niveau local / des services, ces quatre types de contraintes se confrontent aux caractéristiques individuelles (expérience, formation...) et collectives (coopérations, spécificités des équipes...) des soignants. Ces caractéristiques interagissent avec une cinquième contrainte qu'elles contribuent au moins à développer : la prescription du corps soignant à lui-même. Plus largement, le corps soignant régule les situations réelles des services essentiellement en fonction du point de vue soignant et de la confrontation tripartite et asymétrique management - médical – soignant –confrontation qui se répercute au niveau de l'organisation générale. Ainsi, le résultat de l'activité réelle correspond à des critères de performance multiples difficilement conciliables. Les implications pour la santé notamment psychique, sont dès lors objectivables en lien avec ces contraintes et performances.

Schéma 4 : synthèse schématique des analyses du travail soignant



2.3. Mise en perspective des régulations soignantes en EPSM à travers l'ensemble des régulations

La place et les possibilités de régulations soignantes peuvent être davantage appréhendées et mises en perspective en termes de confrontation à l'organisation, et plus précisément en termes de confrontations entre corps de métiers. Les liens et les échanges entre les corps de métier facilitent, compliquent ou rendent impossibles les régulations souhaitées par le corps soignant, notamment des activités collectives au sens strict. De plus, certains corps de métier (le personnel administratif voire le personnel médical) font de plus en plus spécifiquement fonction de média entre les dimensions macro et micro.

Dans ce cadre, l'EPSM dans son ensemble fournit des régulations variées, plus ou moins efficaces. Les plus significatives semblent être certaines structures voire certaines unités en elles mêmes (Unité d'Admission et d'Orientation UAO, T3, Centre Social). Les régulations organisationnelles générales, en particulier les structures spécifiques internes mais

également les structures en amont et en aval, doivent permettre des contraintes souples et négociées en adéquation avec les projets et les services. Mais ces structures n'impactent suffisamment les situations réelles des unités et des soignants que si les acteurs locaux des unités (médecins, cadres, soignants pour l'essentiel) ont suffisamment élaboré leurs propres projets, et suffisamment négociés ces projets et leurs moyens avec l'administration centrale. Par exemple, le service T8 est un pourvoyeur intéressé par le Centre Social qui trouve sa place dans le prolongement de son projet de service, ce qui lui permet d'argumenter son maintien de ce point de vue simultanément soignant et médical. A l'inverse, T3 n'est apparemment pas utilisé à bon escient, tant du point de vue des autres services que du personnel qui y travaille, tant son projet est éloigné de sa situation réelle et de ses moyens. Les régulations organisationnelles générales doivent permettre aux régulations organisationnelles locales, collectives pluridisciplinaires (en particulier les organisations soignantes – médicales) et disciplinaires, de devenir plus déterminantes, et inversement. Ainsi un cercle vertueux ou vicieux se met ou non en place.

Les différences locales sont difficilement surmontables. Une éventuelle volonté d'homogénéisation des ressources se heurte au réel très variable selon l'unité et le service. Par exemple, au niveau des organisations locales, en écho à la question des effectifs, la question des plannings se pose constamment. Les plannings relèvent de choix effectués par les soignants, l'encadrement, et moins directement le corps médical. Ils sont élaborés en fonction des minima de sécurité, des arrêts maladie prévus et imprévus, des besoins et des priorités des services... Ces priorités des services sont exemplaires. Les services ayant le moins de problème d'effectifs apparents sont aussi ceux où les compromis pour le personnel sont les plus aisés. En T3 décrit précédemment, les effectifs de sécurité ne sont pas systématiquement respectés, les activités sont souvent annulées, le cadre doit parfois faire deux postes successifs... Dans l'Unité d'Admission et d'Orientation décrite précédemment, les effectifs sont régulés sur l'ensemble de la semaine, éventuellement par le personnel soignant en l'absence de cadre. Ce dernier, de retour d'arrêt maladie, considère d'ailleurs que le service fonctionne même sans cadre, et que ce sont les soignants et les médecins qui font tourner l'hôpital. Cette remarque ne semble recevable que si les régulations organisationnelles en amont ne sont pas trop strictes, ne deviennent pas principalement des contraintes statiques.

Même à contraintes et moyens très proches, les journées types peuvent être très différentes, notamment en fonction des volontés et conceptions soignantes. T3a et T3b ont des

moyens similaires, et reçoivent des patients très semblables voire identiques puisqu'ils voyagent d'une unité à l'autre. Mais selon l'unité, les soignants considèrent que les repas doivent ou non être mis en place et nettoyés par les patients, ce qui nécessite plus de temps donc empiète sur les activités suivantes. De même, des services avec des patients et des moyens très comparables, délocalisent et se séparent géographiquement de l'EPSM central pour fonctionner à part. Certains problèmes semblent partagés, relatifs à la pharmacie (produits, communications...), aux repas (nombre, communication avec la cuisine) et à l'informatique. Mais selon les services, on observe ou non certains problèmes : présence et prescription médicale, admission, effectifs soignants, sécurité, communication entre services, logistique... Le rythme et l'organisation dans les services sont parfois comparables pour des services pris deux à deux mais pas du tout pour l'ensemble des services.

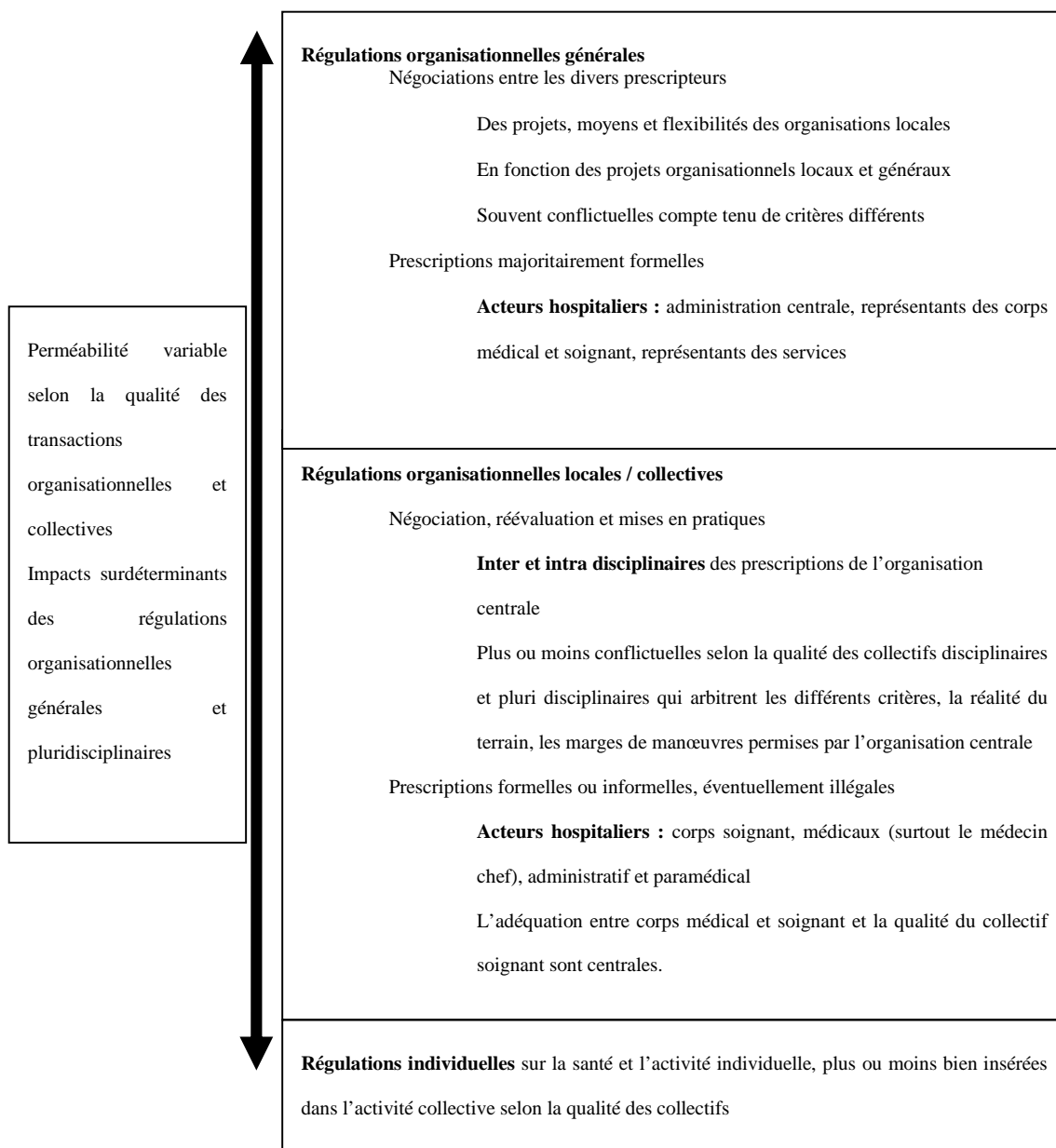
Concernant les services T13, T14, T15, UAIR, il a rapidement été explicite que les dynamiques collectives n'étaient pas suffisamment stabilisées compte tenu de la jeunesse des équipes, et qu'on se trouvait entre des extrêmes mentionnés précédemment. Néanmoins, il est intéressant de noter que les données recueillies l'ont été à la demande des soignants et de l'encadrement, qui ont supposé que de nombreux problèmes pouvaient se poser, contrairement à l'administration centrale. Ces problèmes ont effectivement eu partiellement lieu, même si ils furent rapidement pris en compte par les données recueillies. Ainsi les activités collectives sont fortement dépendantes des régulations organisationnelles, mais elles peuvent influencer partiellement dessus si elles sont suffisamment structurées.


Les écarts entre prescrit et réel, pour chaque corps dans son homogénéité et son hétérogénéité, permettent de comprendre la gestion d'ensemble d'une organisation. Au sein de cette organisation, les dynamiques collectives sont centrales dans le secteur psychiatrique et plus largement hospitalier : dynamiques internes au corps soignant, dynamiques entre corps soignants, médicaux, administratifs, deux à deux et conjointement... En repartant des écarts entre prescrit et réel, il importe d'analyser l'activité des concepteurs et les activités des opérateurs, et plus largement toutes les activités coopératives, y compris entre niveaux hiérarchiques et entre corps de métiers. En effet les problèmes rencontrés par les opérateurs font échos aux problèmes rencontrés par les prescripteurs. Ce n'est pas la présence d'écarts entre prescrit et réel qui est problématique, mais la nature de des écarts. **Prendre en compte les régulations collectives et organisationnelles, analyser et utiliser les niveaux collectifs comme un niveau charnière, permet de préciser et d'enrichir la notion d'écart**

entre prescrit et réel, et la dynamique entre conception et réalisation.

Une limite du modèle de régulation se situe dans la prise en compte de la complexité des situations à modéliser (Leplat, 2006). Par exemple, « lorsque les délais de feedback sont trop élevés, la régulation devient beaucoup plus difficile. C'est le cas aussi quand le résultat du fonctionnement du système ne dépend pas seulement de l'action de l'opérateur » (Leplat, 2006, p.21). Néanmoins, la prise en compte de régulations individuelles, collectives ou organisationnelles élargit la portée des modèles de régulation –par opposition à la notion d'activité qui englobe uniquement les niveaux individuels et collectifs (surtout disciplinaires) mais prend davantage en compte leur complexité. De plus, ces régulations ne doivent pas être strictement séparées. Par exemple, incorporer l'organisation des horaires simplement dans les régulations organisationnelles (Toupin, 2005), semble trop stricte, car relève également de dynamiques collectives et individuelles. Les niveaux de régulations sont perméables, et doivent l'être tant que possible, même si les niveaux supérieurs surdéterminent les niveaux inférieurs (schéma 5).

Schéma 5 : Diversité des régulations des écarts entre prescrit et réel et centralité des régulations collectives - l'exemple des EPSM à travers l'étude du travail soignant



Légende :  Interactions asymétriques entre différents niveaux de l'organisation

2.4. Liens entre les situations initiales, les transformations organisationnelles et la santé / les conditions de travail

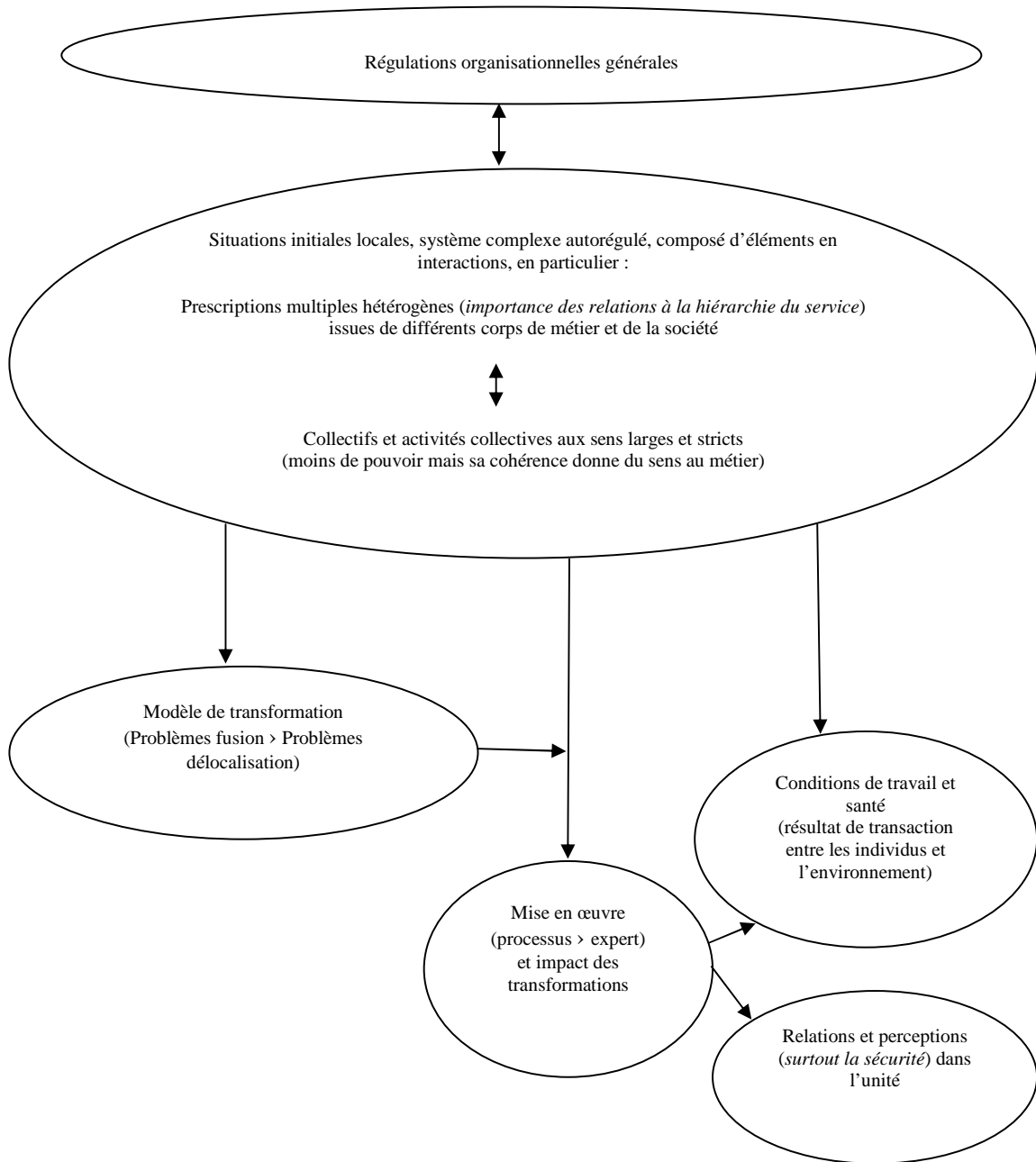
Enfin, les analyses des changements et de l'organisation ont confirmé l'intérêt de séparer l'analyse des changements et l'analyse des situations initiales, et d'envisager l'impact des situations initiales sur les transformations, la mise en œuvre des

transformations, les perceptions des impacts et de ces mises en œuvre. Même si la motivation des changements d'un point de vue médical et soignant prête à discussion, les changements peuvent être plus ou moins souhaités, et la structuration de l'organisation initiale impacte la qualité de la mise en œuvre et les impacts de ces changements.

Ainsi une **approche générale de la population et de l'organisation** a son utilité, mais se révèle limitée et peut être contre productive (schéma 6). Dans un deuxième temps, une **approche locale, en fonction du secteur et du métier**, alliant l'analyse de l'activité (notamment collective au sens strict), l'analyse des représentations, et les dynamiques organisationnelles, permet de prendre la juste mesure des organisations et des régulations. Les restructurations organisationnelles mettent en lumière ces régulations, sous l'angle des facteurs communs aux différents services et unités et sous l'angle de leurs spécificités.

En effet, en fonction des unités, le corps soignant doit réguler les dynamiques quotidiennes et hebdomadaires malgré une faible prise en compte de ses contraintes par les autres corps de métier (EPSM 1 service T1, EPSM 2 T3a – T3b – T3c) ; ou au contraire il est reconnu comme l'acteur principal de l'unité et les autres corps de métier, supérieurs hiérarchiques et prescripteurs, ajustent leurs activités pour permettre aux unités un fonctionnement optimal (EPSM 1 service T2, EPSM2 T8). Dans ce deuxième cas, les objectifs de prise en charge des patients restent ambitieux, et l'activité collective soignante (activité collective au sens strict) peut s'élaborer de façon constructive, c'est-à-dire être planifiée de façon stricte mais modulable, utilisant des moyens adaptés à des objectifs compris et acceptés. Par exemple, une activité collective au sens strict constructive peut être lue en termes de plages de travail de l'ordre de deux heures, dont certaines sont incompressibles.

Schéma 6 : synthèse schématique des liens entre situations initiales, transformations et santé / conditions de travail



Légende : → Impacts principaux
 ↔ Interactions principales

Les régulations sont plus ou moins polémiques en fonction de la variété des moyens, compromis, représentations et objectifs individuels. Sachant que l'une des contributions de l'ergonome est de mettre en place des régulations froides pour débattre des règles et prescriptions (Daniellou, 2002), l'intervenant peut s'impliquer à tous les niveaux à travers des principes complémentaires structurants pour poser des diagnostics éventuellement complexes mais des planifications suffisamment simples pour être réalistes. Ces principes complémentaires structurants sont autant de priorités opérationnelles :

- La sanctuarisation d'éléments du travail soignant tout en permettant une certaine flexibilité, c'est-à-dire la dialectique entre prescrit et réel. Par exemple, certaines plages horaires doivent être incompressibles, concernant d'abord la médication et les toilettes, puis les activités à visée éducative.
- Une réflexion unité par unité concernant l'organisation médicale et soignante, pour penser conjointement les contraintes médicales et soignantes. Par exemple, la présence médicale est préférable à certaines heures afin que les soignants participent aux entretiens avec les médecins, suivent la prise en charge des patients sans délaissier la surveillance du service. Encore faut-il construire un collectif de médecins et prendre en compte la pluralité des lieux d'intervention des médecins, leur sauvegarder ou créer des marges de manœuvre.
- Les organisations locales médicale et soignante peuvent servir de base aux régulations organisationnelles générales, au sein de comités de pilotage impliquant les administrations centrales. Ces dernières y trouvent un critère de décision instructif. Il s'agit par exemple de l'élaboration ou de l'amélioration de structures spécifiques, existantes ou potentielles. Ces régulations organisationnelles générales doivent être pensées organisation par organisation, tant les contingences locales peuvent différer : structures en amont et en aval de l'EPSM pouvant réguler les flux de patients, bassins de population...

L'analyse de l'activité a ainsi circonscrit le travail réel d'un secteur relativement méconnu et à la variabilité consubstantielle, et a élargi la gestion des contraintes aux collectifs soignants et à l'ensemble des acteurs organisationnels. Puis les relations entre travail et santé, à travers la santé psychique, ont pu être abordées qualitativement et quantitativement en fonction de situations diverses et spécifiques. Les mesures quantitatives du Qerdops ont pris leur sens plein en fonction des activités locales. L'objectif a été de montrer que la santé n'est « pas la résultante directe des caractéristiques organisationnelles ou individuelles mais celle de l'activité en tant qu'expression de leur confrontation » (Vaxevanoglou, 2002c, p.209). Considérer les capacités individuelles et organisationnelles de changements, permet

d'améliorer la santé, la sécurité et les changements organisationnels (Barret, Haslam, Lee & Ellis, 2005). Par exemple, « désamorcer la violence en psychiatrie, rassurer les personnes âgées démentes, nécessite d'avoir clarifié l'attitude adaptée dans chaque cas et d'avoir du temps à consacrer à chaque patient sans interruptions » (Estryn-Béhar et al., 2005, p.19).

La qualité de la prise en charge des patients, la qualité des liens entre corps de métier, la qualité des conditions de travail soignantes, et par conséquent l'état de santé semblent se superposer. Même si les natures différentes des éléments rendent leurs liens plus ambigus, des cercles vicieux ou vertueux peuvent également être suggérés au sein d'une approche systémique. Par exemple, des personnels ayant davantage de risque d'être en arrêt maladie sont préférentiellement affectés aux services les moins bien pourvus et élaborés, ce qui entraîne davantage de risques... Evidemment, cette modélisation reste réductrice, et les unités ne correspondent pas systématiquement aux extrémités d'un continuum, mais peuvent être situées en son sein.

3. Du modèle particulier central au modèle général : approches de la confrontation, la régulation, l'activité collective et l'organisation, exemples du travail soignant et des EPSM

3.1. Introduction

Même si les niveaux supérieurs les surdéterminent souvent, les régulations peuvent se mettre en place à tous les niveaux du travail soignant : individuels, collectifs et organisationnels. La notion d'activité ayant été essentiellement développée aux niveaux individuels et plus marginalement collectifs, cette recherche a élargi le cadre d'analyse à la notion de régulation, en tant que propriété essentielle de l'activité qui est donc elle-même un exemple de régulation. Cette approche a paru plus pertinente, voire moins tautologique, qu'une recherche centrée exclusivement autour de la notion d'activité et qui utiliserait principalement les outils que cette notion a permis de développer. D'une part, l'activité n'épuise pas la notion de régulation, puisque cette dernière est aisément applicable aux organisations, alors que l'activité est en train de s'extrapoler peu à peu aux niveaux collectifs, à travers les notions d'activités « individuelles sociales » (Theureau, 2006), ou « individuelles collectives » (Vaxevanoglou, 2002c). D'autre part, les régulations n'épuisent pas l'activité, n'en sont qu'une propriété, de même que la réduction des écarts entre prescrit et réel n'épuise pas l'activité, n'est pas toute l'activité. **Ainsi les périmètres des notions d'activité et de régulation sont différents. C'est pourquoi le modèle de la régulation éclaire l'analyse de l'activité, en même temps que celle-ci amène à enrichir ce modèle (Leplat, 2006) ; et les régulations individuelles, collectives et organisationnelles (Gonon, 2003 ; Toupin, 2005) approfondissent l'analyse des écarts entre prescrit et réel.**

Ces niveaux gagnent à être pensés en fonction de leurs liens mutuels. De façon caricaturale, il est plus précis de parler de niveaux *d'avantage ou essentiellement* individuel, *d'avantage ou essentiellement* collectif, et *d'avantage ou essentiellement* organisationnel. Les régulations collectives sont diverses. Elles tendent vers des régulations d'ordre soit davantage « collectives organisationnelles » soit davantage « collectives individuelles ».

Dans une optique modélisatrice, un collectif idéal peut être envisagé comme une entité homogène (opérateur collectif) qui réagit aux contraintes extérieures en fonction de ses moyens et de ses marges de manœuvre. Cette optique a effectivement permis d'analyser les principales variantes et lignes de force du travail collectif soignant, et d'élargir l'analyse à

l'organisation dans son ensemble, en tant que système qui s'autorégule. Cette autorégulation s'applique donc particulièrement à une activité collective au sens strict telle que l'activité soignante (3.2), qui peut être extrapolée en référence aux activités individuelles. Les collectifs soignants régulent leurs activités en fonction des prescriptions, des écarts entre les prescriptions, des écarts entre prescrit et réel, et plus largement des logiques des différents acteurs. Mais cette autorégulation peut également être envisagée à travers une activité collective au sens large, c'est-à-dire comme une activité entre membres de collectifs pluridisciplinaires (3.3), par exemple en fonction de leur métier, et qui doivent plus ou moins concilier leurs activités.

3.2. Niveaux individuels surdéterminés par les niveaux strictement collectifs

3.2.1. Interactions entre prescriptions, activités individuelles et activités collectives au sens strict : planification et flexibilité

L'individu doit effectuer ou rendre possible les tâches dans les unités, selon une hiérarchie à laquelle il adhère ou non, mais qui se révèle généralement claire dans chaque unité. Par exemple, concernant les régulations strictement individuelles, soit les activités de resocialisation sont négligées au profit de la sécurité, soit elles sont privilégiées. Ces régulations individuelles voire individuelles collectives, concernent aussi la médication (reprendre ou non les prescriptions médicales sur lesquelles il y a des doutes...), les repas (laisser son repas au patient puisque le repas adapté manque), le matériel (amener son matériel personnel pour certaines activités), les toilettes (insister sur tel ou tel patient dans une visée éducative...)... En ce sens, la santé est impactée par les marges de manœuvre de l'individu au sein du projet de l'unité, et l'adéquation entre le projet de l'unité et la volonté soignante individuelle. Les régulations soignantes individuelles sont un **choix partiellement individuel / partiellement négocié en fonction du fonctionnement du service**.

Ces régulations deviennent un niveau davantage collectif dans les services les plus constructifs -ceux qui peuvent pleinement ambitionner de passer « de la psychiatrie vers la santé mentale » (Piel & Roelandt, 2001). Ainsi la compréhension de l'activité collective soignante se révèle dans un projet de service tel que celui du service T2. La variété des postes du service T2 est unique dans sa formalisation, mais elle balaie significativement les

principaux postes auxquels correspondent les principales régulations. Premièrement, un soignant en journée a pour objectif les AVE mais la sécurité, les effectifs... peuvent nécessiter des modifications de l'activité. De plus, le poste dédié aux traitements est difficilement compressible, mais le nombre et la nature des patients peut empêcher ou permettre de se centrer davantage sur d'autres activités. Enfin, par définition, le poste en disponibilité permet des régulations individuelles et collectives. Cette formalisation et les régulations acceptables qu'elle entraîne confirme, concernant le travail soignant en général, qu'une « des conditions de la coordination repose sur la durée de concertation préalable à l'activité dans des espaces-temps hors situation d'interaction avec le patient (transmission ou relève). » (Caroly & Weill-Fassina, 2007, p.90).

D'un point de vue psychologique, la réduction de la complexité qui est invariablement mise en œuvre cognitivement par les opérateurs au sein des situations dynamiques (Van Daele & Carpinelli, 2000) est ainsi facilitée par une formalisation dont il reste possible de s'éloigner. En effet, ce service T2 reçoit toutes les pathologies qui se présentent : la multiplicité et le mélange nécessitent une connaissance précise des patients et une surveillance constante. La journée de chaque soignant est planifiée précisément, toutes les tâches soignantes planifiables sont planifiées -même la surveillance des patients ou les temps de pause. Mais le soignant a toujours la possibilité de s'éloigner de cette planification, en fonction de l'évolution des situations réelles, des spécificités des patients...

Au niveau collectif, en tant que régulations froides (Daniellou, 2002), en boucles longues (Falzon, 2004), proactive (Leplat, 2006) ou anticipatrices (Piaget, 1967), et conjointe compte tenu de la négociation d'un accord entre les parties (Lang, 2000), **la re- prescription au plus juste et la possibilité de mettre en œuvre une certaine créativité** sont des indices essentiels de la qualité des transactions collectives, et par conséquent des capacités de faire face au niveau individuel. En un sens, parmi les trois niveaux de contrôle cognitif, le niveau de contrôle par les connaissances à long terme (Van Daele & Carpinelli, 2001) se confirme comme le plus efficient. Les « régulations chaudes » (Daniellou, 2002), partiellement inévitables, sont favorisées par de meilleures « régulations froides » ; les « régulations autonomes » (Lang, 2000) dans l'espace de liberté de décision permis par les normes sont favorisées par les « régulations conjointes » (Lang, 2000)...

Dans les autres services, les postes varient en fonction de modalités globalement

comparables, permettant des régulations similaires, mais l'absence de formalisation de ce fonctionnement néanmoins flexible suggère son efficacité moindre. Plus les situations sont dégradées, plus elles nécessitent des régulations davantage basées sur la réaction et la nécessité. Par exemple, les postes de journée ont tous pour finalité les Activités à Visées Educatives AVE, mais n'existent pas systématiquement. A l'extrême, même la médication peut être fluctuante, par exemple en fonction de l'heure, du professionnel qui prépare et administre, de la modification de la prescription médicale par le personnel soignant... Les différents facteurs de contraintes ne sont que faiblement régulés le matin, puisque les levers, les toilettes, les repas... y sont presque inévitables. En effet, dans le cadre des situations dynamiques, les risques de perdre le contrôle sont particulièrement importants dans les situations où la pression temporelle est élevée (Van Daele & Carpinelli, 2001), c'est pourquoi en T3 et en particulier en T3c des toilettes ou l'habillement des patients ne sont pas systématiquement effectués pour tous les patients.

Une forme **d'activité collective planifiée mais fluide, flexible**, semble satisfaisante pour le personnel soignant, mais elle n'est pas toujours possible. Autrement dit, c'est **l'adaptation de la planification et de la fluidité / flexibilité aux objectifs** qui doit être prise en compte, pour déceler une activité collective suffisamment satisfaisante. En effet, l'autonomie n'est pas l'absence de normes, mais la maîtrise des normes (Veltz & Zarifian, 1994). Par exemple, l'unité T8b (toxicomanie) ne planifie que faiblement son activité, mais cette faible planification est due à la spécificité des patients. Il convient de les encadrer plutôt que de les surveiller, afin de les responsabiliser. Et les activités quotidiennes leur sont présentées régulièrement : l'objectif est de les motiver mais cela n'est évidemment pas toujours réussi, et l'AVE peut être improvisée. Enfin, si l'unité T8a (psychiatrie générale) semble planifier comparativement légèrement moins que le service T2, cette situation n'empêche pas une activité collective suffisamment harmonieuse du point de vue soignant. Premièrement, les aspects les plus centraux et les moins flexibles y sont planifiés et satisfaisants : effectifs, présence médicale, AVE... Deuxièmement, il n'y a qu'une seule unité donc moins de patients donc moins de tensions possibles, et tous les repas et activités ne dépendent pas obligatoirement du service.

3.2.2. **Articulations collectives soignantes, activités collectives au sens strict, systèmes locaux indivisibles, dépendances mutuelles**

Ces liens entre planification et flexibilité impliquent, concernant le niveau soignant strictement collectif, impliquent que **l'ensemble du référentiel soignant** est plus ou moins mis en place en fonction des **situations locales réelles** : relationnel, encadrement, technique, médico- psycho- sociale, administratif, voire juridique et politique. L'ensemble des activités signalées dans les chroniques d'activité signale la multitude des domaines à gérer. Ces domaines doivent être suffisamment gérés en fonction de formes qui peuvent varier d'un service à l'autre : le niveau et la nature de ce qui est suffisant, le **critère de suffisance est redéfini localement**. Ainsi les aspects relationnels « et » techniques (le relationnel peut aussi être envisagé comme une modalité technique) ne revêtent pas la même signification selon qu'il s'agisse d'un patient dépressif ou lourdement psychotique ; les aspects administratif et sociaux ne sont pas les mêmes selon qu'il s'agisse d'une unité de patients longuement hospitalisés comme en T3/T4, ou d'une unité dans laquelle les patients ne restent que quelques jours ou quelques semaines comme en T8. Même les aspects juridiques ou politiques peuvent fortement varier : la législation est plus ou moins applicable en fonction des moyens, et n'est par exemple que très faiblement applicable en T3. L'importance politique d'une unité lui permet d'obtenir des moyens plus aisément : par exemple les soignants de toxicomanie notent qu'ils travaillent dans une structure privilégiée. C'est cette variété des domaines qui semble être la spécificité soignante au niveau collectif, en fonction de la situation réelle du terrain et du collectif plus ou moins construit au niveau disciplinaire puis au niveau pluridisciplinaire. **L'articulation infirmière en tant que responsabilité organisationnelle** (inter métiers), opérationnelle, pratique, temporelle, des processus de soins et administratifs (Kostulski, 2000), permet de gérer cette variété essentielle des dimensions. A l'extrême, on peut considérer que « le travail des infirmières comprend tout ce qui doit être fait dans un hôpital, mais qui n'est pas fait par d'autres catégories de personnes. » (Hughes, 1996, cité par Acker, 2005)

Alors qu'il a pu être avancé qu'au-delà de caractéristiques propres au travail infirmier, l'environnement et le processus sont essentiels (Lauzon & Pépin, 2000), il semble plus précisément que **l'environnement et le processus sont propres au travail soignant, en sont partie intégrante**, les soignants en développent une vision propre. Toutes les dimensions à

articuler par les soignants sont en lien étroit avec l'environnement et le processus. Il est univoque que le champ sémantique des sciences infirmières est articulé autour du pivot soin (Lauzon & Pépin, 2000), mais **le soin commence dès l'environnement et le processus**. C'est pourquoi les soignants ne sont pas surpris lorsque des patients refusent d'être internés dans un service ou une chambre indigne, et affirment qu'ils refuseraient également si ils étaient patients. Les locaux les plus vétustes et les moins fonctionnels sont ceux de T3c, c'est-à-dire l'unité dans laquelle la prise en charge est la moins efficace du point de vue soignant : les soignants perçoivent un ensemble indigne mais cohérent –locaux vétustes, manque de personnel, très faible encadrement médical... Ainsi la répartition de la charge de travail s'effectue en fonction de la complexité des soins (caractéristiques du patient : évolution de sa santé...) et de l'environnement (interdépendance avec autres métiers) (Tummers et al., 2002).

Au contraire, les unités des services T8 et T2 sont maîtres de leur espace. Dans le premier cas les soignants soutenus par l'encadrement de proximité et le corps médical refusent d'investir les lieux tant que la sécurité n'est pas satisfaisante, et ils participent à l'élaboration efficiente des locaux. Dans le second cas, les locaux sont adaptés de façon telle que le déménagement leur paraît très risqué, d'où les tensions qui naissent à l'encontre de l'administration. La proposition précédente peut se formuler différemment car reste limitée : **la charge de travail et la complexité des soins, et plus largement les conditions de travail, la prise en charge des patients et l'environnement sont perçus comme un système indivisible**. Cette indivisibilité souligne que le critère qui différencie les collectifs au sens strict idéaux des autres collectifs au sens strict concerne effectivement la **dépendance mutuelle portée à l'extrême que peut être l'interchangeabilité**, la nécessité au sein d'un collectif soignant d'avoir des comportements comparables pour un même type de poste soignant dans un même environnement.

Les soignants notent systématiquement en réunion que leurs conditions de travail sont liées à la prise en charge des patients, qu'ils ne désirent pas telle ou telle amélioration tant pour eux que pour les patients. C'est pourquoi les études à l'hôpital ont pu se déplacer « des interactions avec le patient à l'organisation du travail collectif. L'interaction se partage entre les membres d'une équipe (Borzeix, 1992 ; Dartevelle, 1992 ; Grosjean & Lacoste, 1999). » (Caroly & Weill-Fassina, 2007, p.89). Plus que le corps administratif mais également que le corps médical, « Les soignants se centrent plus souvent que les autres catégories sur les patients (accueil, confort, bien être, soins, hygiène et écoute du malade) » (Dougnet et al.,

2005, pp.55-56). Le travail collectif et la prise en charge des patients sont donc les deux faces de la même pièce, mais qui nécessitent de prendre en compte les relations entre le corps soignant et le reste de l'organisation, en particulier le corps médical.

3.3. Articulation soignante, organisation médico - soignante et interactions avec l'administratif ; des collectifs au sens strict aux régulations organisationnelles générales

3.3.1. De l'articulation soignante à l'organisation médico-soignante, collectif au sens strict et collectif au sens large

Le travail est appréhendable comme terrain privilégié de médiation entre l'économie psychique et le champ social, entre ordre singulier et collectif (Lhuilier, 2006), et cette position peut être élargie aux **collectifs au sens larges voire aux organisations**. L'activité collective soignante peut être envisagée comme le centre opérationnel et régulateur des EPSM surtout au niveau opérationnel, mais d'autres niveaux réfèrent davantage aux régulations dans leur ensemble -régulations collectives au sens large voire organisationnelles. Au niveau décisionnel, ce sont davantage **l'adéquation entre les corps soignant et médical, et sa répercussion dans les négociations avec l'administration centrale**, qui s'avèrent décisives. Si c'est effectivement l'évaluation médicale qui est au cœur des compromis institutionnels à l'hôpital (Robelet, 2002), cette évaluation passe par les moyens de régulation du corps médical, en particulier l'activité soignante et l'articulation entre les corps médical et soignant. La forme précise que peut prendre l'activité collective soignante dépend des objectifs et des moyens précis, donc de l'harmonisation avec le corps médical, qui influe sur l'organisation, les patients, les effectifs...

Par exemple, la coordination entre les organisations médicale et soignante est planifiée et respectée dans le service T2, alors que le service T1 est le lieu de tensions récurrentes entre les deux corps de métier, et que les unités T3a, T3b et T3c ne permettent aucune mise en cohérence entre les deux corps de métier. Le triptyque des visions de la qualité [gestionnaire, médicale, soignante] peut être simplifié en continuum voire fracture [soignant -médical, administratif] si une vision partagée est élaborée peu à peu par les personnels soignants et médicaux. Ainsi pour le personnel soignant en EPSM, « travailler, c'est mettre en débat une diversité de sources de prescription, établir des priorités, trier entre elles, et parfois ne pas

pouvoir les satisfaire toutes tout le temps » (Daniellou, 2002, p.11). Cette vision peut concerner de façon conjointe la qualité, la performance, les compromis (par opposition aux optimums), le choix entre procéduralisation et aléa... Le collectif soignant peut s'élaborer pleinement à partir d'une vision commune entre les corps soignant et médical, ou plus précisément à partir d'une vision suffisamment commune qui permette au corps médical de prendre en compte les contraintes soignantes, d'élaborer les projets en prenant suffisamment en compte ces contraintes du corps soignant, de soutenir le corps soignant.

En un sens, on peut se demander si tout ne se résume qu'à une question d'apprentissage organisationnel de la part des professionnels de santé (Claveranne, Brémond & Teil, 2000). En effet, **l'articulation infirmière est en quelque sorte surtout l'excroissance opérationnelle de l'organisation médico – soignante, ou doit être de préférence cette excroissance et ainsi centraliser, focaliser les régulations individuelles, collectives et organisationnelles.** Cette articulation correspond essentiellement à une régulation froide (Daniellou, 2002), en boucles longues (Falzon, 2004), proactive (Leplat, 2006) ou anticipatrice (Piaget, 1967) centrale de l'organisation EPSM.

C'est dans ce cadre qu'un réseau de santé peut être envisagé à travers la problématique commune et la réponse globale et cohérente des professionnels médico- psycho- sociaux (Bénard et al., 2005). Cette cohérence systémique permet d'insister sur le fait que l'activité de travail, le vécu et la santé du personnel, la prise en charge des patients, dépendent de la politique administrative / du projet d'établissement (sectorisation, rénovation, redéploiement, extra hospitalier, affectations), et de la politique médicale / du projet médical (extra hospitalier, sorties, redéploiement, spécialisation) (Vaxevanoglou, 2002c). La spécificité soignante est de gérer ces interdépendances. La dimension relationnelle est un très bon indice de la qualité du système. En effet, la qualité d'emploi impacte la qualité des soins via la dimension relationnelle (Seifert & Messing, 2004). Avancer que la notion d'intervention dans le travail infirmier rapproche également le travail infirmier des autres métiers relationnels (surtout socio sanitaires) (Couturier & Daviau, 2003) est impropre pour le secteur psychiatrique : ce sont plutôt les aspects relationnels en eux-mêmes qui rapprochent l'activité soignante du secteur psychiatrique d'autres activités. Par exemple, la notion d'intervention est quasiment absente des discours dans le secteur psychiatrique, alors que la dimension relationnelle y est omniprésente.

Cette assertion impacte tant vis-à-vis des patients que des collègues : les relations avec les patients sont modulées par les régulations collectives. L'interaction intersubjective à échelle humaine, locale et professionnelle prédomine : en deçà du service et au-delà de la répartition des tâches, souvent l'unité (Sainsaulieu, 2006) : cette interaction intersubjective est dépendante des interactions opérationnelles, en particulier les relations avec les patients. **Ainsi les aspects relationnels sont centraux dans la multiplicité des références soignantes** que sont le relationnel, l'encadrement, le technique, le médico- psycho- sociale, l'administratif, le juridique, le politique ; et **cette multiplicité des références soignantes se structure différemment en fonction des services et des unités, des interactions entre les corps soignants et médicaux puis administratifs.**

Par exemple, si on se limite au niveau relationnel, il reste relativement peu chronophage dans l'unité de toxicomanes puisque ceux-ci doivent être indépendant, et relativement faible avec les cas chroniques puisqu'ils sont souvent délaissés faute de moyens et de projet adapté. Les services qui fonctionnent mieux tels que T8 et T2 permettent au contraire un relationnel filtré, c'est-à-dire une surveillance plus ou moins diffuse mais qui se renforce en période de tensions ou pour prévenir celles-ci. Eventuellement, les élèves en formation sont responsables de la surveillance et du repas à certaines périodes précises, par exemple lors du repas en T8.

Les autres aspects du travail soignant susnommés varient également fortement d'un service et d'une unité à l'autre. Par exemple, le médical n'est pas envisagé de la même façon selon la présence et les exigences des médecins, par exemple régulièrement présent mais de façon planifiée dans le service T2, ou presque jamais dans les unités de T3 où les soignants refont eux-mêmes les ordonnances que le corps médical signe presque systématiquement. De même, les aspects juridiques n'ont été rappelés en T3/T4 que dans la perspective de l'accréditation, mais ne sont pas respectables compte tenu des manques d'effectifs, alors que d'autres services fluctuent moins par rapport à la législation. Néanmoins, cette dernière n'est jamais pleinement respectée, loin s'en faut. Les patients sont attachés lorsqu'il n'y a plus d'autre choix, les Hospitalisés Libres, d'Office ou à la Demande d'un Tiers le sont par convenance donc ne sont pas traités comme tels... Aussi « la maltraitance, si c'est bien de cela qu'il s'agit, est un phénomène collectif et organisationnel, et non un comportement de malveillance individuel. Plus encore, si les patients sont maltraités, c'est avant tout parce qu'on maltraite le métier » (Litim & Kostulski, 2006, p.51).

Enfin, la formation a une importance particulière (Amourous, 2004), mais pas celle qu'on aurait pu lui attribuer à priori. L'employeur a certes le monopole de la formation, mais les situations réelles sont tellement diversifiées et éloignées des enseignements que le risque de confusion entre champs de formation et professionnel, ainsi que le risque de «reproduction», restent limités. En revanche, le modèle compagnonnique qui se fait ressentir par rapport à la partition entre école et services, formation et soins (Amourous, 2004), est appliquée de façon individuelle ou collective, mais paraît cher aux soignants qui encadrent les élèves. Si la jonction entre théorie et pratique permettait la défense du métier sans confinement (Amourous, 2004), celle-ci ne serait en revanche pas d'actualité, d'autant que les directions de soins infirmiers semblent tout aussi éloignées des situations réelles soignantes que les autres membres de directions. Cet avènement des directions infirmières semble pourtant signer la compréhension par les ministères de l'importance d'une jonction des points de vue médicaux et administratifs au sein des points de vue soignants, autrement dit l'importance de considérer la **dynamique organisationnelle dans son ensemble, les régulations dans leur ensemble.**

3.3.2. Régulations organisationnelles générales

Les dynamiques collectives positives semblent en effet fortement dépendantes des ressources de l'EPSM central sur lesquelles le corps soignant n'a pas de prise directe. Par exemple, au moment des repas du midi et du soir, le service se vide en grande partie des patients qui vont dîner au Centre Social. De vives tensions naissent donc lorsque cette possibilité risque d'être supprimée par la direction, dans le cadre de restructurations. De même, beaucoup de patients sont refusés dans l'unité pour être traités en ville, afin de ne pas engorger l'unité. Cette mesure va certes dans le sens général suivi par le secteur psychiatrique tout en étant avant-gardiste, mais les tensions naissent alors de la possibilité par la direction de compter différemment les besoins en effectifs. Les soignants s'estiment lésés puisque le travail effectué en amont de l'unité n'est pas récompensé alors qu'il est vivement conseillé. Il n'y a pas eu d'analyse concernant le travail soignant en ville, mais certaines contraintes s'y répercutent vraisemblablement, en particulier le nombre de patients, et le personnel des unités est en pratique partiellement responsable des suivis des patients en ville. De même, la dynamique collective malléable de l'unité T8b (toxicomanie) est possible grâce à des moyens spécifiques argumentés auprès de la direction, par exemple une balnéothérapie. Et la variable

humaine se déplace vers les ASH pour pouvoir négocier ces moyens : la direction désire en baisser les effectifs pour réaliser des économies, et cet ajustement nécessite la mutualisation des équipes ASH des deux unités. Des moyens organisationnels spécifiques permettent donc une planification et une flexibilité adaptées pour développer une activité collective satisfaisante.

Une première sous équipe infirmière peut donc être distinguée d'une seconde équipe multi professionnelle (Cott, 1997), mais cette optique ne doit pas conduire à mésestimer une des deux et leur articulation. En effet, les moyens et les objectifs ne sont pas en premier lieu négociés ou élaborés par le corps soignant, mais par le corps médical et l'encadrement de proximité, qui négocient avec l'administration centrale. La confrontation entre les logiques soignantes et médicales structure leur organisation conjointe, mais est surdéterminée par la confrontation entre les corps médical et l'administration centrale. Les organisations médico – soignantes sont centrales car elles s'articulent en termes de cœur de métier, mais l'importance de la hiérarchie implique que le collectif pluridisciplinaire et la prescription médicale sont davantage la cause que la conséquence de l'activité collective soignante. **Le nécessaire et l'urgent sont plus ou moins bien définis, plus ou moins officiellement, mais de façon nettement plus marginale si il n'y a pas de soutien médical.** Compte tenu des pouvoirs réels, le corps médical se trouve ainsi à l'interface du prescrit et du réel soignant, alors que le collectif soignant se heurte davantage à ses situations réelles en tant qu'articulation de contraintes variées, et d'une forme de re- prescription à lui-même.

L'activité collective soignante est un objet modélisé qui permet d'embrasser dans un second temps l'ensemble de l'organisation ; elle peut guider l'analyse mais ne doit pas la limiter, la restreindre, afin d'éviter de lui faire perdre son sens. Il y a davantage activité collective soignante en EPSM si le collectif soignant a des marges de manœuvre et des moyens suffisants, élaborés au mieux avec lui, mais souvent malgré lui. Une fois ces moyens élaborés et même si rien n'est définitif (l'activité soignante peut conduire l'administration à réélaborer les moyens, en fonction de sa propre vision), les dynamiques quotidiennes et hebdomadaires et la gestion des imprévus sont structurées par les collectifs soignants.

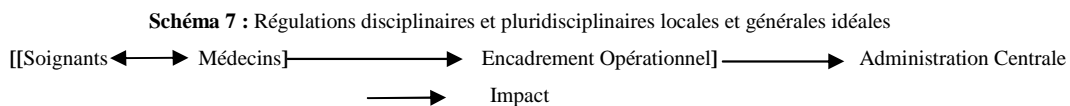
Cette mise en évidence des impacts des régulations organisationnelles d'ensemble sur les activités collectives est suggérée par les collectifs problématiques. Le service T1 est

essentiellement marqué par la tension entre les patients et vis-à-vis du personnel, entre le personnel soignant et non soignant, et entre l'absence d'EPSM central à proximité ou par la déficience des interactions avec l'hôpital général à proximité. Cette unité exiguë dans une clinique réaffectée n'est en effet pas propice pour empêcher les tensions, d'autant qu'il n'y a ni parc ni jardin. Les activités s'en ressentent, et le corps soignant réagit plutôt qu'il ne prévoit. De même, dans les unités T3a et T3b, les journées planifiées se déroulent rarement comme prévu. Enfin, en T3c, plus rien n'est prévu puisque le nursing et les tâches ménagères et la toilette suffisent à remplir la journée. Dans tous ces cas, le personnel soignant n'est plus pris en compte dans l'élaboration du projet, et est même clairement à l'écart. Il est en conflit avec le corps médical, lui-même en conflit avec le corps administratif.

Ces décalages sont spécifiquement mis en lumière dans le cadre de restructuration, notamment par les types de transformation et par les analyses qualitatives comme quantitatives. Comme le montrent les résultats des questionnaires, la fusion est très peu appréciée par le personnel soignant, en particulier parce que les problèmes initiaux s'y décuplent, alors que la simple délocalisation peut être appréciée si les contraintes soignantes sont très clairement prises en compte par le personnel médical.

L'importance de cette adéquation entre le corps médical et soignant puis avec le corps administratif peut s'exprimer en termes de coopérations verticale et horizontale. La « dimension verticale de l'activité collective conduira à des formes de coopération basées sur la requête, où un acteur sollicite un autre acteur (Zachary & Robertson, 1990) en vue d'obtenir simplement un résultat : la manière dont ce résultat sera obtenu ne le concerne pas. En revanche, une structure organisationnelle favorisant la dimension horizontale de l'activité collective conduira à des formes de coopération basées sur l'inférence : à partir du comportement d'un partenaire, un acteur déduit ce qu'il peut réaliser pour le satisfaire dans sa démarche (Zachary & Robertson, 1990). Ce type de situation suppose que les acteurs connaissent les objectifs de leurs partenaires, ainsi que l'évolution des activités engagées. » (Munduteguy, Darses & Soulard, 1998, p.7). Dans ce cadre, du point de vue soignant, une chaîne presque causale, évidemment caricaturale, peut être élaborée : une première coopération verticale entre le corps médical et le corps soignant est suivie d'une coopération verticale entre le corps administratif et le corps soignant, pour permettre les coopérations horizontales entre le corps soignant, et verticales entre le corps soignant et le corps médical. De plus, par opposition à la coopération purement verticale ou horizontale, la coopération

« verticale avec négociation » (Munduteguy & Darses, 2000) est peu évitable dans le cas du rapport corps médical / administration, compte tenu des pouvoirs informels respectifs. Enfin, la coopération verticale avec négociation est plus que souhaitable pour le rapport corps médical / corps soignant, mais ne semble effective que dans les services constructifs. Les collectifs soignants et médicaux peuvent se potentialiser pour être la base de régulations organisationnelles plus générales : les régulations positives permettent des régulations plus générales également positives en lien avec l'administration locale puis centrale, et des acteurs ergonomiques suffisamment proactifs (schéma 7). A l'inverse, ils peuvent se superposer, s'additionner, être relativement indépendants (régulations neutres mais plutôt négatives) ou en opposition (régulations négatives). Les interactions entre l'encadrement opérationnel et le personnel soignant sont nettement plus négligeables lorsque le personnel médical et le personnel soignant ne travaillent pas au préalable ensemble, comme le montre T1.



Formalisé ainsi, les dynamiques idéales et le fait qu'elles ne soient pas toujours effectives peuvent sembler univoques sinon relever du truisme. Un rappel peut être instructif : « Si l'ergonomie s'intéresse de plus en plus au travail collectif, nous n'avons pas repéré de traces du recours à la dynamique qui peut se créer dans un groupe homogène, comme instrument de production de transformations, à l'occasion d'une intervention ergonomique : c'est vers les interactions entre des acteurs différents, par exemple dans un processus de conception, que l'attention semble tournée. Or, Reynaud met en évidence le fait qu'un groupe, même homogène, n'est pas d'emblée un « acteur collectif » : il le devient par le projet qu'il porte, les règles qu'il se donne autour de ce projet, etc. Reynaud (1997) souligne, par ailleurs, la contribution possible du tiers à la constitution d'un tel acteur collectif » (Baril-Gingras et al., 2004, p.21-22). Il a été souligné dans la première partie de ce manuscrit que les métiers et les secteurs se prêtent plus ou moins à l'activité collective au sens strict et c'est l'analyste qui choisit de modéliser telle ou telle activité et tel ou tel collectif, en fonction du secteur et des situations. Il a également été souligné qu'il n'y a pas inévitablement d'opérateur collectif, alors qu'il y a inévitablement un collectif au sens large et une activité collective au sens large. Ces deux points expliquent sans doute partiellement cet intérêt pour les dynamiques collectives de type pluridisciplinaires, ainsi que le fait que les collectifs au sens stricts, les « opérateurs collectifs » ou « acteurs collectifs », sont surdéterminés par les

dynamiques plus larges. Néanmoins, leurs dynamiques internes doivent être précisées, ne serait ce que pour voir si elles sont suffisantes, et parce que « les mondes sociaux différents (des acteurs collectifs) interagissent autour d'enjeux communs, la source du débat pouvant être interne ou externe aux mondes sociaux participants » (Baril-Gingras et al., 2004, p.11).

A travers différents pays, les nouvelles techniques managériales et les restructurations peuvent impacter la nature du travail infirmier, réduire leur autonomie, rendre plus difficile la pratique des standards de leurs professions (Beardwood, Walters, Eyles & French, 1999). Par exemple, l'augmentation des plaintes du public à l'hôpital peut encourager la légalisation de processus disciplinaires, et ainsi encourager l'individualisme (Beardwood et al., 1999). Mais après avoir montré ce type d'impact, il semble essentiel de montrer comment les individus et les collectifs s'approprient et adaptent ces contraintes. La tension entre travail collectif et prescription est constante. Les pratiques organisationnelles et les collectifs sont en tension, et l'adaptation individuelle et collective est très variable. En effet, la vie n'est pas ajustement à des normes, adaptation à des contraintes extérieures mais invention de normes, création, et les dispositifs d'intervention visent le développement des possibles, d'une pensée individuelle et collective attentive tout aussi bien à ce qui pourrait être qu'à ce qui est (Lhuillier, 2006).

C'est pourquoi un rôle actif des opérateurs dans les changements organisationnels donne de meilleurs résultats qu'une simple consultation de leurs opinions sur leurs conditions de travail (Maciel, 1998). Ils doivent pleinement participer à la régulation, en tant que « capacité d'élaborer des règles » (Reynaud, 2003), à cette réalité sociale correspondant à l'énoncé explicite d'une règle (Reynaud, 1993) et constitutive du caractère « rationnel » de l'action sociale (Reynaud, 1993). Mais au-delà des principes, la nécessaire constitution de groupes pluri professionnels entraîne principalement des problèmes de communication et de climat organisationnel (Maciel, 1998). Les fausses notes sont inévitables dans les organisations, surtout compte tenu des contraintes d'exécution des tâches (Louche, & Lanneau, 2004). En tant que confrontation (versus résultantes directes) des caractéristiques organisationnelles ou individuelles (Vaxevanoglou, 2002a ; Vaxevanoglou, 2002b), l'activité est propice à la compréhension de la dynamique de la confrontation « individu – collectif – organisation » et de ses conséquences sur le travail et la santé. L'étude de cette confrontation permet de dépasser une conception de l'activité dont on peut se demander rétrospectivement comment on a pu la penser sérieusement comme purement individuelle (Salembier & Pavard, 2003). L'étude de cette confrontation pose un problème similaire aux intervenants extérieurs

et aux personnels hospitaliers : la nécessité de coopérations qui ne soient pas principalement disciplinaires, ce qui nécessite une forte orientation de l'Ergonomie « dans la transformation des orientations socio-cognitives » (Garrigou, 1992), dans l'activité de participation en tant que « confrontation des connaissances » (Garrigou, 1992).

Les discussions sur l'organisation (4) puis ceux sur la santé et les conditions de travail (5) reprennent partiellement les éléments d'analyse sur le travail soignant en EPSM. L'étude du travail collectif, via l'étude du travail soignant, est éclairée par ces autres points de vue, qui élargissent les interprétations concernant le travail collectif, mais qui sont également envisagés pour eux-mêmes. Ils peuvent être perçus comme « les » autres faces d'une même pièce, comme les interprétations parallèles des mêmes données, avant d'aborder les démarches, outils et modélisations (6) et les limites et perspectives (7).

4. Eléments périphériques du modèle particulier sur l'organisation

4.1. Approche de l'organisation à travers les EPSM et les changements organisationnels

A travers le travail collectif, le travail soignant et les EPSM en restructuration, l'organisation a pu être envisagée pour elle-même, comme un objet d'analyse à part entière. Il a pu être proposé que « l'ergonomie colle tellement au terrain, qu'elle en épouse, parfois, les modes et les mythes. Ainsi s'expliquerait que l'ergonomie ait longtemps raté la question de l'organisation : d'avoir cru que l'organisation est à ce point déduite de l'organisation elle s'y confond. [...] L'ergonomie a nécessairement toujours été confrontée à la forme concrète de l'organisation. C'est la réflexion sur l'organisation, sa dimension analytique, que l'ergonomie a eu tendance à éviter » (Hubault, 1996, p.127). Dans le but de (ré) actualiser cette réflexion, il est utile de noter que, d'un point de vue épistémologique, l'objet travail collectif et l'objet organisation sont plus proches que l'objet travail individuel et l'objet travail collectif. La dimension santé du travail individuel rend ce dernier plus spécifique : la santé est essentiellement individuelle. Penser l'organisation est donc utile sinon nécessaire pour penser le travail collectif, et plus largement les liens entre les niveaux micro et macro.

Dans ce but, les notions d'activités et les régulations individuelles, collectives et organisationnelles, embrassent la question de la prescription et de l'organisation. L'organisation du travail peut référer à toutes les prescriptions édictées, plus ou moins formellement, au sein des entreprises et services de toutes natures, concernant l'activité des travailleurs (Montmollin, 1997). De plus, la distinction entre organisation du travail prescrite et organisation du travail réelle (Dejours, 2005) paraît essentielle : l'évolution des règles de travail est permise par un rapport dialectique entre organisation du travail prescrite (subvertie pour être améliorée) et organisation du travail réelle (Dejours, 2005).

Au sein de cette dialectique, l'ergonome doit apprendre à se situer en tant que « prescripteur parmi d'autres » (Daniellou, 2002). Mais plutôt que la notion de prescription en elle-même, ce peut être la dichotomie trop forte entre prescription et réel qui nuit à la compréhension de l'activité et de l'organisation. Alors qu'en un sens il a vraisemblablement été pertinent d'élargir la notion de prescription, par exemple en parlant de « prescription remontante » (Six, 2002), c'est-à-dire d'attribuer au réel une forme de prescription, il peut paraître plus fécond d'élargir la notion de réalité en y intégrant la notion de prescription, qui

devient une représentation du réel parmi d'autres. Dès lors la notion de régulation offre à l'analyse une flexibilité supplémentaire pour penser l'organisation, et notamment la dialectique prescrit / réel dans son ensemble : l'activité du « concepteur » – « prescripteur » qui connaît celle de l'opérateur et réciproquement. Sans négliger d'être précise, cette notion permet en effet des définitions suffisamment évolutives, plastiques pour y intégrer peu à peu les caractéristiques du travail collectif, en fonction du secteur et du métier.

La démarche théorique et méthodologique a été initiée à travers les notions de régulations individuelles, collectives et organisationnelles, et d'activités individuelles et collectives, pour préciser peu à peu les caractéristiques à intégrer, par exemple l'importance des interactions entre soignants et médecins. La démarche inverse semble être courante dans la littérature, par exemple lors de l'étude des communications considérées a priori comme un indice pertinent du travail collectif, sans que les spécificités du secteur et du métier soient préalablement fortement approfondies. A l'inverse, ces spécificités ont été ici considérées comme surdéterminantes pour préciser la nature, les principes, les fonctions et la diversité du travail collectif puis des organisations, puis pour pouvoir agir dessus, c'est-à-dire pour faire le lien entre le modèle d'intervention et l'activité des opérateurs. Saisir ces spécificités, saisir les spécificités de la structuration interne de l'activité en fonction du secteur, a nécessité de repartir du travail réel et non d'un de ses indices choisi à priori, ce qui suppose une approche préalablement davantage compréhensive qu'hypothético-déductive. Autrement dit, la base première pour étudier les organisations a été le point de vue de l'Ergonomie à travers les notions de régulation et d'activité, à partir duquel a été développée une approche locale en fonction d'un secteur, d'un métier et du travail collectif.

Cette analyse en termes d'approche locale « et » du point de vue de l'Ergonomie a été complétée par deux autres bases apparemment complémentaires pour étayer les notions de régulation et d'activité : une analyse du changement et plus largement le point de vue des sciences des organisations et sociales, notamment l'importance d'une complémentarité entre analyse des représentations et analyse des enjeux.

En effet, l'organisation gagne à être analysée dans une **vision statique et dans une vision dynamique** : l'ensemble des contingences permet de comprendre la mise en mouvement de l'organisation, et l'analyse de cette mise en mouvement suggère l'ensemble des contingences. La distinction entre les composantes des organisations tout en insistant sur

leurs liens (Livian, 1998, 2004) confirme l'intérêt d'étudier tant la structure que les interactions entre cette composante structurelle et la réalité humaine, physique et sociale proprement dite. L'analyse rapproche cette structure, c'est-à-dire la configuration relationnelle stable de l'entité étudiée, et ce qui est en interaction avec cette structure, c'est-à-dire la réalité humaine et sociale proprement dite (caractéristiques socio démographiques du personnel, compétences proprement dites, attitudes au travail...), la composante physique (localisation, flux, équipements, bâtiments et installations...), l'appareil gestionnaire (systèmes d'objectifs et de contrôle, systèmes d'information et de communication, pratiques d'évaluation et de récompenses), (Livian, 1998, 2004).

Les impacts différentiels des restructurations illustrent cette dynamique entre vision statique, structurelle et vision dynamique de l'organisation. Le choix initial d'une fusion se fait essentiellement au niveau d'une administration centrale éloignée, en fonction des choix politiques, sociétaux, macro. La fusion ne permet pas une adaptabilité satisfaisante sur le terrain, compte tenu des contraintes et des régulations antérieures différentes des collectifs soignants et pluridisciplinaires. En revanche, la délocalisation peut être mieux prise en charge sur le terrain, puisqu'un unique collectif soignant et soignant / médecins développe une vision suffisamment homogène. Les dynamiques collectives sont alors suffisantes pour développer et éventuellement amender sur le terrain les choix des décideurs.

Au-delà du travail collectif, les situations initiales se répercutent directement sur la mise en œuvre des changements : le service T2 est apprécié par les soignants qui appréciaient déjà leur service auparavant, alors que le service T1 est surtout pour eux l'occasion de préciser qu'ils avaient prévenu avant les transformations. De même, T3, traditionnellement à l'écart des choix de son EPSM, est laissé de côté alors qu'il commençait à devenir proactif dans l'élaboration de ses transformations.

Des transformations satisfaisantes pour tous, et l'engagement et les **représentations communes** qui vont de pair avec ces transformations, nécessitent des relations de pouvoir explicites et constructives (qui suggèrent au préalable des impacts des transformations suffisamment satisfaisants) et un changement progressivement élaboré (c'est-à-dire une mise en œuvre de type processus plutôt qu'experte) -que ces représentations soient permanentes, enfouies en Mémoire à Long Terme, en référence au travail dans son ensemble, ou plus circonstancielle en référence aux transformations. L'analyse et la mise en place des

transformations nécessitent donc une approche politique, des jeux d'acteurs, des tensions impliquées par la gestion des ressources humaines... afin d'éviter d'être trop mécanique et partial (Pichault & Schoenaers, 2003), afin de **dépasser les limites d'une approche contingente** (facteurs environnementaux, stratégie d'organisation...) (Pichault & Schoenaers, 2003). Autrement dit, une approche en termes **d'enjeux** -institutionnels, équipe, rapport au travail...- (Dumond, 2005), permet de prendre en compte les dissonances réelles, qui naissent particulièrement des organisations fusionnantes. Elle permet également de comprendre en quoi les prescriptions problématiques sont des **activités** empêchées de la part des prescripteurs, ou des logiques différentes, ou simplement un éloignement par rapport aux situations réelles des autres métiers. Cette optique confirme que « afin de comprendre les diverses modalités de réélaboration des règles par les opérateurs et leur encadrement, il semble nécessaire de faire évoluer l'orientation de l'analyse de l'activité vers une approche multidisciplinaire qui reposerait sur une ouverture de l'ergonomie aux théories développementales, de l'organisation et du management et qui chercherait à coordonner des connaissances en psychologie, en sociologie et en gestion. » (Caroly & Weill-Fassin, 2007, pp.94-95). C'est ainsi que les notions de récalcitrance des organisations (Friedberg, 1997), ou d'organisation débordée et d'amputation de l'activité (Clot, 2002) peuvent être considérées comme complémentaires à la notion de résistance au changement des individus.

Une approche en termes de régulations permet de concilier mais de dépasser une approche mécaniste pour intégrer des approches en termes d'activité, de représentations et d'enjeux. C'est pourquoi une approche suffisamment explicite (en termes d'enjeux, de représentations et d'activité / régulation) des organisations et de leurs changements, permet de préciser le traitement de la problématique fondamentale sur le travail collectif. Cette problématique a souligné d'elle-même l'importance d'une approche des organisations et de leurs changements. Il paraît de moins en moins acceptable de penser de façon distincte l'organisation (surtout l'organisation réelle) et le travail collectif. Les deux objets se définissent et évoluent de façon comparable, en fonction l'un de l'autre. Envisager l'activité collective soignante puis plus générale nécessite d'envisager les dynamiques réelles intra unité et inter unité et services. L'analyse de l'activité soignante développe un point de vue sur l'activité soignante médicale, pour caractériser les sous organisations puis les dynamiques organisationnelles plus générales, directement tributaires des choix politiques et sociétaux. L'analyse systémique paraît plus heuristique mais également plus précise car plus exhaustive qu'une analyse causale, d'autant qu'elle a vocation à intégrer cette dernière, alors que la

réci-proque est plus discutable. Il paraît certes possible de comparer les situations entre elles sur quelques points spécifiques des situations, mais l'approche descriptive compréhensive préalable a suggéré sur cela n'épuiserait pas les situations. Il y a néanmoins évidemment des degrés perceptibles dans une approche systématique ou dans une approche causale, et aucun extrême n'a été privilégié dans cette recherche.

4.2. Activités collectives, représentations et organisations : organisations réelles versus prescrites, locales versus générales

Cette analyse systémique peut se baser sur les dichotomies entre organisations réelles *versus* prescrites, et entre organisations locales *versus* générales. En effet, **une autre façon de présenter les activités collectives et leur insertion dans l'ensemble des régulations peut s'effectuer en termes d'opposition entre organisation au niveau local et organisation au niveau général. Cette présentation rejoint la distinction entre les représentations de la population de l'ensemble de l'organisation et les représentations de chaque service / unité, au sein desquels se déroulent les activités collectives au sens strict.**

Au niveau local, au niveau d'une unité ou d'un service, l'organisation soignante, en tant que régulation de l'activité collective soignante, est caractérisable à travers ce qu'elle a de **stable** et ce qu'elle a de **plastique**. Le service T2 est un exemple réussi d'organisation programmée qui laisse une certaine flexibilité. Les principes sont stables mais modulables, notamment la distinction entre trois postes (traitements, journée, disponibilité) et la présence médicale régulière pour être une ressource et non une contrainte pour les soignants. La planification hebdomadaire qui en découle peut néanmoins être adaptée par les soignants, qui disposent ainsi d'une possibilité de régulation efficiente. En ce sens, le collectif dans une organisation perçue positivement se structure positivement.

Dans ce service T2, la distinction entre prescrit et réel n'est pas pratiquée ni perçue comme un décalage problématique, mais comme un **souci de flexibilité de la part des prescripteurs**, dont les soignants font un usage qui leur convient, pour eux et pour la prise en charge des patients. **La flexibilité et les marges de manœuvre sont ici synonymes**. Mais comme les marges de manœuvre sont prévues explicitement dans la prescription, il n'est pas impropre de dire que la réalité prescrite et la réalité représentée sont quasiment les mêmes, exceptées les différences indépassables dues au métier (un médecin ne peut percevoir

strictement le réel d'un soignant de la même façon qu'un soignant ne peut pas percevoir strictement le réel d'un médecin). La réalité effective est également proche de ces deux réalités, si ce n'est la différence entre une représentation et le réel en lui-même : la représentation n'est pas le réel.

Dans ce cadre d'un collectif homogène et constructif et dans sa relation avec ses prescripteurs principaux, la notion d'écart prescrit / réel perd une partie de sa valeur fondamentale, mais reste un outil d'analyse intéressant. De même qu'il est utile de savoir même grossièrement ce qu'est la maladie pour savoir ce qu'est la santé, il est utile de savoir ce qu'est un écart prescrit / réel relativement problématique pour savoir ce qu'est un écart prescrit / réel relativement satisfaisant. L'amélioration du fonctionnement organisationnel est permise par des écarts prescrit / réel satisfaisants, surtout en période de changement, d'autant que le cercle vertueux enclenché n'est pas forcément facile à rompre : un collectif soignant constructif peut se prescrire à lui-même et à ses prescripteurs directs et indirects, sous réserve que les prescripteurs centraux (ici le corps médical) restent proches de lui, gardent une vision réaliste de ses contraintes.

La flexibilité, la liberté laissée au corps soignant semble suffisante si les moyens sont disponibles, comme en T8. Les dissensions au sein du corps soignant sont rarissimes, et à peine plus courantes que les dissensions entre les différents corps. Mais dans ce cas toute transformation organisationnelle peut empiéter sur l'équilibre donc devenir conflictuelle. Ainsi plusieurs points deviennent polémiques lors de transformations organisationnelles : jardin, ascenseur, effectifs de jour et de nuit... alors que le personnel pensait ces points suffisamment acquis. Dans le cas de T8, le problème peut se rapporter à un fonctionnement que le corps soignant, le corps médical et le corps administratif de proximité veulent spécifiques, compte tenu de la toxicomanie et du fait que l'autre unité hospitalise aussi peu que possible. Mais la négociation constante avec l'administration centrale (sur le téléphone, la balnéothérapie, les effectifs...) peut provoquer des tensions puisque les moyens et le projet se veulent spécifiques. Le changement peut aggraver le fonctionnement du service (troisième étage sans ascenseur à proximité...) mais le collectif soignant résiste tant que possible, appuyé par le corps médical.

En revanche, la programmation en T3c est relativement simple mais ne permet aucune flexibilité : toilette, nursing, préparation des repas empêchent toute autre activité, et ces

activités elles mêmes ne peuvent pas être systématiques. L'absence du corps médical laisse des marges de manœuvre au corps soignant, mais sans aucune ressource puisque les différents prescripteurs n'insistent pas pour en obtenir. Le collectif tombe en déliquescence, d'autant plus facilement que les soignants qui le peuvent partent souvent de ce service, et tous les soignants perçoivent négativement leur environnement de travail. Les soignants les plus anciens dans ces unités sont soit particulièrement actifs et portent ce qui reste de collectif et de projet soignant (T3a et T3b) puisque le projet est le leur et qu'il reste quelques marges à peine perceptibles, soit particulièrement retirés (T3c) puisqu'il n'y a plus aucune activité et marge possible. Dans ces deux cas problématiques, les clans commencent à l'intérieur de l'unité et les problèmes de santé mentale (alcoolisme, médication...) sont facilement perceptibles. Dans le cas de T3a/T3b, le collectif défensif se construit plutôt par rapport aux autres unités du même département et d'ailleurs, et aux prescripteurs. La prise en charge des patients est toujours difficile dans ces unités, d'autant qu'il n'y a pas d'accord ni sur le projet (psychiatrie versus médicosocial) ni sur les moyens (salles d'activité sans personnel...). De plus, de même qu'en gériatrie, il est indéniable que « se confronter quotidiennement à la vieillesse, à la dépendance physique et psychique, à la dégradation du corps, à la violence de la démence, à l'isolement social et familial des patients, mais aussi à la mort, ne saurait être banalisé » (Litim & Kostulski, 2006, p.49) -ce qui est particulièrement vrai pour T3c. Dans le cas du service T1, les collectifs s'opposent dans l'unité, mais sont issus de deux services distincts. Les problèmes de marge de manœuvre touchent davantage la régulation des tensions et des espaces, mais également le fonctionnement du collectif, par exemple ses modes de communication. Les relations avec les prescripteurs sont relativement tendues, d'autant que le comportement de ceux-ci n'est pas compris et généralement pas expliqué sur certains points aussi essentiels que les relations avec les patients.

L'organisation soignante doit ainsi être mise en cohérence avec la situation réelle du service : patients, effectifs, architecture, objectifs, matériel, moyens propres et moyens mutualisés de l'EPSM. Les patients sont les premiers déterminants de l'organisation, selon la surveillance, l'attention et les soins qu'ils nécessitent. Même si les patients reçus dépendent du secteur géographique, les populations varient beaucoup d'un service à l'autre. Dès lors, les objectifs et les moyens, ainsi que l'architecture, varient également et nécessitent une organisation spécifique. Par exemple, la surveillance diffère selon que le service se situe au rez-de-chaussée avec jardin, ou au troisième étage sans jardin.

Pour être globalement applicable sur le terrain, l'organisation soignante doit donc être en adéquation avec l'organisation médicale et avec son environnement. Idéalement, les deux organisations doivent être conçues dans le même mouvement, comme ça a été le cas dans le service T2. La présence médicale est en effet une contrainte essentielle, puisque dans l'idéal les soignants font les entretiens avec les médecins. C'est évidemment une ressource pour améliorer la prise en charge des patients, mais cela nécessite une activité conjointe. Ainsi les soignants de T3 regrettent l'absence du corps médical dans le service, même si ils reconnaissent que certains jours cela permet d' « être tranquille ».

L'organisation soignante est élaborée en fonction des organisations prescrites par les corps médical et administratif, lorsque ces prescriptions existent. Mais ces prescriptions sont très rares : elles n'ont été systématisées que dans les services T2 et T8. Celles-ci sont très difficiles à élaborer dans un objectif de conception réaliste.

En résumé, c'est au niveau local que peut être comprise la dialectique entre l'organisation du travail prescrite et l'organisation du travail réelle (Dejours, 2005) : l'évolution des règles de travail est permise par un rapport dialectique entre organisation du travail prescrite (subvertie pour être améliorée) et organisation du travail réelle. Cette dialectique et le triptyque individu / collectif / organisation permettent de dépasser l'opposition entre la résistance au changement des individus et la récalcitrance des organisations (Friedberg, 1997), ou l'organisation débordée et l'amputation de l'activité (Clot, 2002). Ces concepts peuvent être envisagées comme complémentaires, afin d'éviter que, trop souvent, au cynisme des uns répond la victimisation des autres (Molinier, 1993).

Plus largement, l'organisation soignante doit être mise en cohérence avec l'organisation dans son ensemble, qui régule un système complet et non des entités distinctes. Considérer l'organisation soignante en fonction des dynamiques plus large nécessite d'envisager l'organisation dans l'unité en fonction de l'organisation de l'EPSM dans son ensemble. L'EPSM doit affecter des ressources mutualisées ou spécifiques aux services, en fonction de leurs besoins communs ou spécifiques (comme le montre la toxicomanie, ou des localisations géographiques différentes). De même qu'il est trop limité de considérer l'activité collective soignante sans considérer l'activité collective au sens large, il est trop limité de considérer l'organisation dans un service ou dans une unité sans considérer l'organisation générale. Les UAO, le Centre Social ou T3 doivent être analysés pour comprendre l'EPSM

dans son ensemble. Même une contrainte apparemment immuable que représentent les patients peut être modulée au niveau de l'EPSM, comme le prouve T3 qui reçoit certains patients contraignants issus de tous les services. Aussi, malgré certaines apparences, la nature et les moyens de prise en charge ne sont pas élaborés de façon similaire entre les personnels soignants / médicaux des différents services et l'administration centrale. Tous ces moyens sont à lier à l'organisation locale, mais l'organisation dans son ensemble donne les moyens en fonction de ses objectifs et des compromis entre les différentes entités.

Par exemple, concernant les services T13, T14, T15, UAIR, il a rapidement été souligné que les problèmes potentiels dans le cadre des situations initiales ou des restructurations venaient en grande partie de l'absence de vision de l'administration centrale de ce qui se déroule sur le terrain, mais également de l'absence de cohérence entre les services centraux (logistique et pharmacie) et les services soignants. Les encadrements de proximité et les personnels soignants suggéraient rapidement les problèmes, qui étaient niés par les membres de direction, même en petit comité.

Cette séparation entre organisation générale et organisation locale se retrouve au niveau des statistiques des représentations, non paramétriques compte tenu des effectifs de chaque unité. Elles permettent de préciser la dialectique entre le point de vue de l'activité et le point de vue du vécu, surtout lorsque le questionnaire est conçu en fonction de l'activité, par opposition par exemple à un questionnaire standard concernant la santé appliqué au personnel soignant.

L'impact sur la perception des changements a été montré en ce qui concerne la conduite de projet, les aspects psychosociaux et dans une moindre mesure l'aspect organisationnel. L'impact sur la perception de la conduite de projet a été montré en ce qui concerne les aspects psychosociaux et organisationnels. De plus, le risque dans le changement dans la sécurité est toujours mal perçu lorsqu'il y a des changements : cette représentation est centrale parmi les représentations des changements. Différents aspects doivent être envisagés simultanément pour comprendre l'activité réelle et l'activité de changement. Si une réticence au changement est envisageable d'un point de vue général, cette réticence est objectivable sur des points précis, suggérant que le changement n'est pas le problème in fine. La résistance au changement ne doit pas renvoyer au changement en lui-même mais à ses modalités précises pour expliciter cette résistance dans ce qu'elle a de légitime. La « résistance au changement »

peut renvoyer à celle des directions si leur conduite de projet n'intègre pas l'activité réelle, et plus largement à la « récalcitrance des organisations » (Friedberg, 1997).

Ces données ne prennent pleinement sens qu'en fonction des situations réelles locales, d'où la nécessité d'observations, systématiques ou non selon les objectifs de l'étude. Les liaisons sont parfois envisageables à double sens d'un point de vue statistique, mais seules certaines liaisons sont crédibles du point de vue conceptuel et du terrain. La crédibilité conceptuelle et en fonction du terrain dépend des situations réelles locales, ce qui plaide pour la nécessité d'envisager les représentations pour étudier de façon réaliste l'activité de travail (Vaxevanoglou, 2002b). Par exemple, il a été nécessaire d'envisager les fonctionnements réels des services et non leurs classifications administratives. De même, l'activité et la conduite de projet ne sont pleinement objectivables qu'à l'aide de données qualitatives. La conduite de projet et l'impact sur l'activité ne sont efficaces qu'en rapprochant le travail collectif local et l'apprentissage organisationnel. La culture organisationnelle n'est homogénéisante que sur le long terme, ce qui explique les problèmes lors de fusion. Et la culture commune à une organisation dans son ensemble est en grande partie virtuelle et en opposition aux cultures locales, elles mêmes scindées en fonction des métiers.

Les représentations communes sont donc le lieu de tensions entre leur homogénéité et leur hétérogénéité, mais doivent à minima se développer au niveau local pour permettre une construction sociale de l'efficacité. Cette approche nécessite des études en termes de représentations et d'enjeux qui dépassent la simplicité de statistiques apparemment homogènes. Le concept d'activité permet et même nécessite cette jonction. Le concept de régulations individuelles, collectives et organisationnelles (Gonon, 2003 ; Toupin, 2005) est également d'un secours certain. Les valeurs individuelles, organisationnelles et groupales sont en effet étroitement intriquées (Stinglhamber, Bentein & Vandenberghe, 2004), pour comprendre conjointement les dynamiques organisationnelles comme l'activité et les représentations.

5. Conditions de travail, travail collectif, santé et santé psychique et évolutions des organisations

Envisager le travail collectif soignant dessine un tableau précis des **conditions de travail** soignantes. En effet, le collectif soignant gère l'ensemble des contraintes, en fonction de ses propres objectifs et de ce qu'il a négocié avec les autres corps de métier et avec l'organisation. Le collectif est d'ailleurs lui-même une condition du travail, et plus généralement les principaux facteurs des conditions de travail et du travail collectif sont comparables. Il s'agit toujours d'un ensemble qu'il faut penser dans sa globalité, comme un tout : par exemple, les conditions de travail sociales et physiques ne peuvent pas être pleinement pensées séparément.

Les collectifs les plus efficaces et les mieux perçus sont ceux qui évoluent dans l'environnement le plus positivement perçu, c'est-à-dire dans les services T8 et T2. Les locaux neufs du service T2 sont élaborés en fonction du projet de service : espaces, recoins, plein pied versus étage, salles d'activité, jardin... Les locaux initiaux de T8 sont utilisés en adéquation avec le projet de service donc ne présentent pas de problèmes fondamentaux, si ce n'est la chambre d'isolement qui peut servir de chambre au sens plein. Dès lors les déménagements temporaires posent problème, puisque les équipes occupant les locaux de T8 en soulignent les limites, et que ces dernières s'accroissent compte tenu du décalage avec le projet de T8. Ces locaux sont sources de tensions mais le collectif soignant et plus largement le collectif pluridisciplinaire ont des positionnements similaires, ce qui permet de limiter les préjudices. Autrement dit, les problèmes relatifs des futurs locaux temporaires de T8 sont contre balancés par l'ensemble apprécié des conditions de travail.

Au contraire, les locaux problématiques de T3 se superposent à des problèmes d'effectifs et de projet en décalage avec les moyens et les patients, et à une césure avec le corps médical. Le cas extrême concerne T3c avec des problèmes de clans intra unité, alors que T3a et T3b se positionnent surtout par rapport aux autres unités et à l'administration centrale. De même, les locaux problématiques du service T1 (surveillance impossible, exigüité...) se superposent à des problèmes de matériel (les soignants ramenant par exemple leur matériel personnel) ou à des problèmes de prise en charge des patients (pourquoi tel patients a droit à tel traitement), c'est-à-dire à des problèmes de régulation de la prise en charge et de la tension et à des problèmes de décalage entre soignants et médecins. Dans ces

deux derniers exemples, les transformations sont quasiment résumables à la répétition des situations initiales –hors intervention extérieure.

Les données qualitatives et quantitatives se corroborent pour envisager que les mises en place des changements ne viennent pas de « nulle part », mais s'expliquent en grande partie par les situations initiales. En particulier les enjeux essentiels du point de vue soignant (projets, moyens, façon de travailler, dimensions psychosociales...), et les perceptions que les soignants en ont, se répercutent sur les résultats concernant les perceptions des transformations et les perceptions des situations initiales, envisageables comme déterminants du stress en ce qui concerne le Qerdops. Le modèle de transformation n'est pas neutre. De façon caricaturale, une fusion suppose que les soignants structurent un nouveau collectif alors qu'ils évoluaient en fonction de conditions, de collectifs et de projets très différents. Aussi les personnels ont toutes les peines à travailler ensemble. Même si ils verbalisent parfois des problèmes inter individuels, ils envisagent souvent spontanément que ce sont les façons de travailler et l'ensemble du service qui posent problème. A l'inverse, le changement qui consiste en une simple délocalisation ne pose pas de problème spécifique dans les cas étudiés, d'autant que l'ensemble du service concerné ne pose initialement pas de problème.

Enfin, puisque les conditions de travail et le travail collectif évolue de façon similaire, **la santé, et en son sein la santé psychique et le stress** sur lequel nous avons plus spécifiquement travaillé, devient prévisible tant ces deux ensemble l'impactent, d'autant que les perceptions du travail et les facteurs de stress sont partiellement comparables sinon similaires. Il paraît peu niable que « sans un patrimoine commun de manières de faire sur lesquelles s'appuyer, le soignant s'use et finit par en « faire une maladie » » (Litim & Kostulski, 2006, p.52). Par exemple, les services dans lesquels les transformations sont perçues le plus positivement sont aussi ceux au sein desquels les collectifs sont les plus constructifs, les conditions de travail les plus acceptables, et les déterminants du stress sont les plus positivement évalués. Une analyse systémique s'avère simultanément davantage heuristique, proche du réel, et exhaustive.

Si ce n'est du point de vue spécifique de chaque intervention, l'Ergonomie ne peut se concentrer sur le but de montrer que les problèmes de santé ou de stress au travail au travail sont importants, ou à l'interrogation de ce qu'est la santé ou le stress au travail. Un objectif plus ambitieux est de savoir pourquoi et comment ces problèmes surviennent, en lien avec

l'activité de travail, et comment ils peuvent être prévenus et combattus. Cet objectif rejoint néanmoins certaines améliorations concernant la modélisation de la santé, du stress ou de l'homme au travail. Ces remarques confirment la possibilité d'une gradation dans les modèles, de behavioriste à interactionniste puis dialogique : envisager l' « étude des effets des variables de situations sur les comportements observables », « l'analyse des interactions entre les membres du groupe de travail dont l'organisation émerge de ces interactions », ou « l'usager comme acteur d'une situation de co-production, n'est pas neutre vis-à-vis » (Caroly & Weill-Fassina, 2007, p.86) impacte effectivement les possibilités d'appréhension de l'activité individuelle et collective. Ces trois approches semblent résister à l'analyse mais avoir une portée croissante. Dans le cadre de l'Ergonomie, cela revient à accepter la gradation du modèle contrainte / astreinte (voir par exemple Monod & Kapitaniak, 2003), au modèle de régulation (Guérin et al., 1997) puis au modèle de confrontation (Vaxevanoglou, 1997, 2002a, 2002b) : chaque modèle est inclus dans le suivant, qui ne le contredit pas mais a une portée plus générale. En effet, la santé est fonction de facteurs de risques / seuils, mais ces risques sont modulés par l'adoption de modes opératoires en fonction des objectifs et des moyens qui ont différentes conséquences sur les résultats et sur l'état interne, et les actions, les ajustements, les défenses, les stratégies se développent en fonction de la confrontation entre les déterminants organisationnels et individuels.

Le modèle contrainte / astreinte peut également être conçu comme un méta modèle. Les deux derniers modèles ont pour intérêt de discuter plus directement de l'activité. Le modèle de la régulation ci-dessus suppose néanmoins une acception de la régulation un peu limitée, alors que le modèle de confrontation est plus large en permettant davantage les analyses en termes de confrontation entre individus et organisation, de transaction entre individus et environnement socio technique, et d'activité en fonction de représentations et d'actions, de défenses et de stratégies. Un modèle plus large est inévitablement moins réfutable, mais c'est à ce prix et dans ce sens que les conséquences sur la santé et l'efficacité, qui influent en retour sur l'activité, se comprennent pleinement. L'existence du lien entre activité et santé gagne donc en portée et en pratique. Les théories constructives, offensives et transactionnistes de la santé trouvent une application dans l'analyse du travail et de l'activité. Cette approche présente également l'intérêt de porter l'analyse tant sur le critère santé surtout individuel, que sur le critère efficacité davantage prépondérant au niveau collectif, tout en liant ces deux critères.

La « progression » du (méta) modèle contrainte / astreinte au modèle de régulation puis de confrontation peut aussi se comprendre en termes de spécificité des sciences (tableau 27), même si les correspondances entre les lignes ne sont pas s'entendre de façon stricte et linéaire mais en termes de rapport de force, de centre de gravité, d'autant que les approches et les modèles sont utilisables conjointement :

Tableau 27 : superposition schématique de continuum concernant les sciences, objectifs, approches et modèles concernant les liens santé / travail et homme / environnement (sans correspondance linéaire entre les lignes, simplement de l'ordre du centre de gravité)

Sciences	Pôle Science de la Santé		Pôle Sciences Humaines, Sociales et des Organisations
Objectifs	Description	Explication	Interprétation
Approches (de « plus en plus » systémiques)	Causales, Hypothético déductives, analytiques Situations comparées du point de vue de variables très spécifiées		Compréhensives, descriptives, empiriques Situations étudiées pour elles mêmes, éventuellement comparées globalement
Modèles <i>Liens santé / travail</i>	Contrainte – Astreinte	Régulation	Confrontation
Modèles <i>Liens homme / environnement</i>	Behaviouriste	Interactionniste	Dialogique

Dans ce cadre, les approches francophones et anglo-saxonnes peuvent se mouvoir avec une intéressante complémentarité qui manque parfois aux études, au-delà des déclarations d'intentions. Les théories du stress et les théories cliniques peuvent être complémentaires et sont suffisamment riches et multiples pour ne pas se cantonner à cette opposition générale. Elles sont rarement utilisées de façon complémentaire, aussi cette recherche a essayée, à son niveau, d'en suggérer la pertinence théorique et méthodologique, articulée autour de l'Ergonomie. Une approche systémique qui dépasse les approches analytiques traditionnelles (voir par exemple Lemoigne, 1999 ; Lecoze, 2004) est nécessaire au sein de l'Ergonomie. Dans le secteur du travail, l'opposition entre les théories du stress et les théories cliniques rejoint l'insistance respectivement sur l'individu ou sur l'organisation du travail, alors que la centralité des dimensions collectives rappelle les accointances entre individus et organisations, donc l'importance des ressources organisationnelles pour les individus.

Le dialogue quasi constant entre les données quantitatives et qualitatives améliore significativement la force d'interprétation, mais nécessite des compétences diverses. C'est

pourquoi, plutôt que des motivations fondamentales, ce sont souvent les contingences des recherches qui conduisent à privilégier telle ou telle approche : choix théoriques des chercheurs et des praticiens, compétences respectives... C'est peu évitable, même dans une perspective pluridisciplinaire. Mais c'est d'autant plus regrettable que cela ajoute à l'ambiguïté par ailleurs inévitable autour de deux domaines qui sous tendent la problématique : la santé publique et la santé au travail. Ces domaines peuvent permettre de fédérer les approches quantitatives et qualitatives, compte tenu des nécessités sociétales, théoriques et méthodologiques. De nombreux impensés épistémologiques subsistent, tant ces domaines restent hétérogènes dans leurs objets, leurs démarches, et parfois même leurs objectifs : objectifs sociétaux versus scientifiques, études et préventions pensées séparément... Actuellement, la santé publique et la santé au travail, ainsi que le rapprochement entre les données quantitatives et qualitatives, nécessitent des interrogations voire des doutes constants, donc une approche à forte coloration critique.

6. Démarche et outils au service des modélisations

6.1. Terrain et méthodologie, changements sociaux et démarches d'interventions / conceptions / conduite et accompagnement de projet

6.1.1. Activité, représentations et conduite de projet

Les situations réelles locales permettent de souligner certains effets spécifiques et d'éviter des contresens statistiques, en lien avec les chroniques d'observations des dynamiques quotidiennes qui suggèrent des activités réelles très différentes. Moins ces activités correspondent à des « activités contrariées » (Clot, 2002), moins les promoteurs des changements (les services administratifs centraux pour l'essentiel) sont mal perçus, moins leurs initiatives sont perçues comme risquées, plus les conduites de projet sont perçues positivement. Cette dynamique positive nécessite l'entremise médicale. Dans ce cas dont l'archétype est le service T2, une certaine adéquation se manifeste entre le corps médical et le corps soignant, en particulier dans les visions des contraintes quotidiennes. Dès lors, le corps médical est perçu comme davantage proactif dans les changements, et ceux-ci sont donc davantage en adéquation avec les perceptions des soignants. De plus, le statut du patient est relativement lisible pour les soignants, bien au-delà du critère administratif Hospitalisé Libre HL / Hospitalisé d'Office HO – Hospitalisé à la Demande d'un Tiers HDT. En revanche, concernant T3, les patients doivent correspondre à la première catégorie, et les soignants notent que de nombreux patients n'y accèdent que pour être accepté dans leur service. Néanmoins, leurs patients étant généralement extrêmement dépendants physiquement, ils sont moins agressifs physiquement. Enfin, le service T1 est le lieu de problèmes d'agressivité systématique car ni le statut administratif ni le statut médical ne paraissent univoques au personnel, alors que les patients ne sont presque jamais dépendants physiquement.

Ainsi, comme supposé, les analyses ont montré que les déterminants organisationnels et psychosociaux initiaux impactent la perceptions des changements. Mais le changement n'est pas intrinsèquement problématique. Ce sont la forme, la mise en œuvre et les impacts du changement qui importent. Concernant sa forme, la fusion présente des écueils plus problématiques que la délocalisation, du point de vue de l'organisation réelle du travail intra et inter services. Les situations se structurent et évoluent en fonction de facteurs individuels, collectifs et organisationnels, mais c'est en fonction des tensions locales que s'expliquent les différences entre fusions et avec les délocalisations. Par exemple, concernant le service T1,

les perceptions des changements ne sont pas très négatives, au motif que les situations initiales sont comparativement extrêmement mal évaluées, et que c'est la fusion de deux équipes qui pose problèmes, et non l'ensemble des changements.

Instruire ces questions localement a nécessité des analyses qualitatives et quantitatives, en particulier les tensions entre santé et efficacité individuelles, entre efficacité collective et efficacité organisationnelle, entre caractéristiques individuelles et organisationnelles. Il a été mis en évidence la possibilité d'approcher les représentations communes du personnel en période de restructurations, mais également la nécessité d'interpréter ces représentations à l'aide des dynamiques et des enjeux de travail et des enjeux organisationnels et locaux. Il est d'ailleurs nécessaire d'envisager les représentations pour étudier de façon réaliste l'activité de travail (Vaxevanoglou, 2002b). Dans ce cadre, **c'est la validité de l'homogénéité des représentations sur l'ensemble d'une grande organisation qui semble limitée.** L'analyse de ces aspects s'enrichit donc **d'une approche qualitative et quantitative.**

Compte tenu de la variété des configurations qu'offre les situations réelles, les approches et classifications concernant les restructurations peuvent se démultiplier. Par exemple, à partir du point de vue des soignants, quatre dimensions des restructurations hospitalières aux rythmes d'évolution spécifiques peuvent être distinguées : institutionnelle, existentielles, normative, culturelle (Dumond, 2005). L'approche développée dans cette recherche, à la limite de la recherche – action, souligne **l'intérêt heuristique et opérationnel de la différenciation entre l'actuel, le futur et le processus, et des rythmes d'évolution intriqués et souvent conflictuels, intra individuel et inter individuel.** Approcher les restructurations en termes **d'enjeux** est effectivement pertinent (Dumond, 2005). Par exemple, le personnel soignant se demande constamment si les transformations sont une aide essentiellement pour les patients, ou pour l'administration dont il ne partage pas les critères. Cette approche en termes d'enjeux souligne l'intérêt d'approcher les représentations des soignants de façon qualitative et quantitative (Kim & Motsei, 2002) ainsi que l'ensemble des restructurations. Les organisations sont des entités politiques qui en tant que telles ne peuvent être étudiés que sous des angles qualitatifs et quantitatifs, conjointement et construits en interactions. Ces aspects politiques sont essentiels dans le cadre des réorganisations, pour l'étude tant des relations de pouvoir (Munduate & Bennebroek Gravenhorst, 2003) que des processus du changement (Pichault & Schoeners, 2003). **C'est donc l'adéquation entre une**

approche en termes d'activité, de représentations et d'enjeux qui permet une conduite de projet pertinente.

Cette adéquation peut utiliser une comparaison entre les activités et les journées type deux à deux. Mais synthétiser l'ensemble n'est que faiblement en rapport avec les situations réelles, ce serait un contre sens théorique mais également méthodologique puisque cette synthèse risquerait de faire franchir la séparation entre l'Ergonomie et la vision excessivement prescriptive d'un management qui se veut uniformisateur. Néanmoins, d'un point de vue opérationnel, il n'est que rarement nécessaire d'aller dans le détail des semaines types qu'elles ont été présentées : ces relevés étaient souvent trop fin par rapport aux besoins des interventions, seule leur partie émergée a été utilisé dans le cadre des interventions, d'autant que « l'intervention de l'ergonome s'effectue par itération entre des prescriptions et des compléments d'analyse » (Carlin & Morais, 2002, p.354).

6.1.2. Interventions : AET, conception, conduite / accompagnement de projet hospitalier

La conduite de projet, la conception, l'intervention, le changement sont des activités à part entière, analysables pour elles-mêmes, même si elles ont surtout été un prétexte pour étudier le travail collectif et le travail soignant. Ils supposent des modèles d'analyses et des interrogations constantes sur l'activité de l'intervenant, l'activité du chercheur, l'activité de l'analyste en tant qu'outil et partie prenante de la méthodologie, leurs pertinences et leur biais éventuels. Ces interrogations sont de préférence collégiales, et permettent une validité externe satisfaisante -c'est-à-dire la valeur en dehors des conditions particulières de sa réalisation, la possibilité de généraliser les résultats (Robert, 1982). Même une analyse rapide, telle que celle qui a été menée dans les services T13, T14, T15, UAIR, montre l'importance d'une approche systémique de l'organisation pour analyser et améliorer le fonctionnement réel une unité précise.

Concernant la conduite de projet et la conception, au-delà des grands axes disponibles dans la littérature, le principal intérêt de cette recherche concerne les **contingences locales propres à chaque organisation**. Celles-ci se répercutent dans la dynamique des comités de pilotages, notamment par la facilité d'y répercuter le terrain. Un cercle vertueux ou un cercle vicieux s'installent : les directions octroient plus facilement les moyens aux services dont les

résultats paraissent satisfaisants, c'est-à-dire aux services qui disposent déjà de moyens et de projets en adéquation. Néanmoins, **l'entrée ou la sortie dans ces cercles vertueux ou vicieux semble être l'adéquation entre les personnels médicaux et soignants, adéquation répercutée dans les services et dans les comités pilotage centraux de l'EPSM afin de faire le lien entre le réel et les décideurs.** Cette optique permet la jonction entre la notion de modules telle qu'elle se développe peu à peu pour dans le secteur hospitalier, pour pallier à l'aspect ingérable de grands ensembles, et la nécessité de liens entre une multiplicité de services. Cette nécessité de liens entre une multiplicité de services est suggérée par exemple par le constat réitéré dans cette recherche mais courant dans les hôpitaux, en France ou ailleurs (voir par exemple Van Daele & Ait Ameer, 2003), d'un manque de lit et de transferts de patient vers des services inadapté. Cette insistance autour de la jonction entre corps médical et soignant, avant sa répercussion aux autres décideurs, permet aussi de limiter le biais de perception des administrations centrales concernant les causes décisives des problèmes organisationnels. Cette remarque est en accord avec ces observations telles que l'origine des problèmes de gestion des lits restreinte par des directions à des problèmes de non actualisation ou d'actualisation trop tardive de logiciels, alors qu'une analyse détaillée des situations réelles montre que cette vision est trop restrictive (Van Daele & Ait Ameer, 2003).

Il peut être supposé que **chaque secteur professionnel dispose de leviers types** qu'il reste à préciser, afin d'adapter la conduite ou l'accompagnement de projet. Selon les secteurs et les situations, un niveau d'analyse prédomine vraisemblablement. Cette entrée générale qu'est « La planification des tâches [qui] suppose que la coordination inter-métiers soit un mode de fonctionnement effectif de l'équipe » (Caroly & Weill-Fassina, 2007, p.90), s'actualise dans le secteur hospitalier psychiatrique à travers l'adéquation entre les personnels médicaux et soignants. **C'est cette adéquation qui est l'entrée décisive à la formation d'« acteurs ergonomiques »** (Lang, 2000) **capables de construire des compromis acceptables.** Ce collectif pluridisciplinaire est à construire lors des interventions, puisque « le collectif de travail n'est pas une donnée. C'est une construction à partir d'un travail collectif » (Caroly & Weill-Fassina, 2007, p.90).

Le niveau collectif est central à l'hôpital. La question de l'« articulation » (Strauss, 1993, cité par Lacoste, 2000) nécessaire à la gestion de cette complexité du niveau collectif s'y pose de manière aigue. Dans le secteur psychiatrique, l'objectif de l'ergonome est essentiellement de mettre en adéquation les régulations organisationnelles, collectives et

individuelles (les régulations individuelles relèvent néanmoins parfois de choix professionnels peu négociables). Sous réserve d'une certaine expérience de ce secteur très spécifique, l'ergonome peut effectuer des diagnostics relativement simples et univoques pour appuyer d'éventuelles transformations : « Outre les analyses des services innovants, il [...] faut étudier les pratiques ordinaires. Et d'autant plus si l'objectif est d'esquisser les lignes d'une réforme : sinon, on risque bien d'imposer des modèles idéaux qui ne fonctionneront pas, ou seront rejetés » (Lovell, 2002, p.169). La difficulté essentielle est la phase de mises en débats et de compromis. Cette mise en débat passe par des espaces de discussions, dont une activité typique de l'ergonome : la communication concernant les informations qui biaisent les jugements en ne montant ni ne descendant, ce qui peut être ramené à l'activité de conception en tant que « planification hiérarchisée descendante et ascendante » (Gronier, 2006). L'ergonome effectue les régulations organisationnelles et collectives à travers la communication et la négociation.

En ce sens, l'adéquation entre les personnels médicaux et soignants permet de limiter un écueil de l'activité de conseil, voire de l'Ergonomie en général : des critères de réussite ou d'échec ambigus. Cette entrée, au sein d'un comité de pilotage récurrent, permet également de limiter plusieurs écueils et biais pratiques : l'accompagnement de projet est souvent à la limite de la conduite de projet ; la construction avec les individus est certes centrale mais la nécessité de trancher est inévitablement à la limite de l'expertise, les constats restent orientés ; et la validation par les acteurs fonctionne surtout lorsque les acteurs sont au préalable sensibles aux thématiques des conditions de travail... Sortir du périmètre d'intervention est partiellement acceptable dans le cadre d'un institut de recherches développant des activités de conseil, mais est nettement plus difficile pour les autres consultants.

Envisager le niveau de l'interface entre les organisations soignantes et médicales permet au prescrit et au réel de continuer à interagir, donc dépasse la perspective de « cristallisation » (Béguin, 2007) de l'activité pour tendre vers une perspective de « plasticité » (Béguin, 2007) voire de « développement » de l'activité (Béguin, 2007). A travers la construction d'articulations entre les dynamiques soignantes et médicales, on peut voir l'accès à une « conception distribuée » (Béguin, 2004), qui dépasse la « conception continuée » (Béguin, 2004) et évidemment le simple constat de la nécessité d'une anticipation non « déficitaire » (Béguin, 2004). On peut d'ailleurs supposer qu'une conception continuée non distribuée est utopique, ne serait ce qu'à cause des jeux de pouvoir inhérents à toute

organisation, et en particulier aux hôpitaux. Ce cadre à l'interface du prescrit et du réel permet de définir des « conditions Limites tolérées par l'Usage » et des « Activités Limites tolérées à l'Usage » (De la Garza & Fadier, 2007), c'est-à-dire d'éviter au système « des migrations vers des zones de fonctionnement moins sûres du point de la performance et de la sécurité » (De la Garza & Fadier, 2007, p.1).

La conception se confirme en tant que modèle idéal d'intervention et de conduite de projet, paradigme d'intervention dont on supprime souvent certaines choses, à fortiori en correction. La transformation est une conception (Guérin et al., 1997), et même à toute conception des éléments préexistent : champ social, économique, géographique, lieux d'implantation... et surtout les individus qui occuperont les postes de travail. C'est en ce sens que la distinction entre correction et conception s'estompe de plus en plus. Par exemple, un processus de conception actualise idéalement la construction d'un « environnement capacitant » qui traduit « l'ensemble des conditions individuelles, techniques, organisationnelles et sociales nécessaires pour que le travail soit non seulement non délétère, mais aussi facteur de liberté et de progrès » (Pavageau, Nascimento & Falzon, 2007, p.4). Dès lors, les restructurations sont souvent initialement plus contraignantes que les délocalisations, et il est en général souhaitable voire idéal de faire évoluer ces restructurations vers des conceptions neuves tant les activités, les conditions de travail, les projets et les coûts peuvent y gagner. En effet, « plutôt que rénover un ancien établissement, il est préférable de le construire entièrement. La rénovation implique des contraintes architecturales qui gênent considérablement les architectes » (Vian, 1985, p.133).

Néanmoins, ce constat nécessite la réserve d'envisager une forte variété dans les processus de conception, et la tension entre situations de référence et diversité. Autrement dit, il ne peut être question de guide de bonnes pratiques applicables en dehors de tout contexte. Au-delà de la nécessité de démarches de conception lorsqu'il s'agit de conceptions au sens strict, **la conception ne peut être envisagée comme paradigme général d'interventions que sous réserve d'interroger constamment et profondément les prescriptions relatives aux projets concernés. Envisager cette régulation en amont permet d'éviter que la conception soit un idéal utopique d'intervention**, aux régulations trop spécifiques, aux collectifs trop déconnectés des collectifs d'autres interventions, une prescription « trop » idéale sans lien étroit avec des cas plus dégradés, par exemple où les dynamiques collectives seraient nettement plus difficiles à mettre en oeuvre. Une approche centrée sur le travail

collectif à travers les notions de régulation et d'activité permet de ne pas être excessivement prescriptive pour l'ergonome intervenant ou chercheur. Le constat d'une **conception qui se continue dans l'usage** (Rabardel, 1995 ; Béguin, 1994, 2004) **peut être modulé : cette évolution n'est pas d'un intérêt univoque, par exemple lors des fusions où l'usage évolue par défaut, alors qu'il serait souhaitable de « sanctuariser » certains aspects du fonctionnement.**

Ce type de considération permet de distinguer les interventions prescrites et réelles. Quel que soit le pôle de réflexion (travail collectif, travail soignant, dynamiques organisationnelles, santé, action), mais en particulier du point de vue de l'action / des interventions, un objectif de la diversité des services analysés, et de la façon dont a été analysée et présentée l'activité dans ces services et les interventions, peut être résumé ainsi : « permettre de fonder les discussions entre les praticiens sur des propositions issues de l'analyse d'interventions réelles, en contexte, plutôt que sur une comparaison avec les méthodes ou la démarche enseignées, qui, bien qu'elles puissent être issues de la pratique et en être la formalisation, ne peuvent avoir d'autre statut que celle d'un prescrit [...]. Peut-être cela peut-il aussi contribuer à dépasser ce que Motte et Devin (1997) appellent la « parade virile » qui amène à ne raconter que les belles interventions qui finissent bien, mettant en évidence le rôle clé joué par l'intervenant. C'est aussi le mode qui domine dans les publications scientifiques, où l'on retrouve d'abord et presque exclusivement « ce qui marche », sans qu'on sache toujours comment faire pour reproduire de tels résultats. ». Cela est évidemment « peu favorable au transfert entre les expérimentés et les novices dans le métier d'intervenant en Santé et Sécurité du Travail » (Baril-Gingras et al., 2004, p.156), c'est-à-dire peu favorable à une « professionnalisation des ergonomes » suffisamment pensée comme le passage « du métier prescrit aux métiers réels » (Richard, 2002). La différence entre le réel et le prescrit n'est évidemment pas surprenante, même au sein de l'Ergonomie, mais c'est bien la nature et la flexibilité de cet écart qui est ainsi remis en question par une approche notionnelle et méthodologique suffisamment flexible. Cette flexibilité induit des interventions en termes d'influences, de synergies provoquées, plutôt que d'efficacité propre (Hubault, 1996).

De nombreux autres secteurs suggèrent l'**aspect charnière du travail collectif** dans la conception et la conduite de projet, mais chaque secteur et chaque organisation ont leurs **spécificités**. Premièrement, dans le cadre de la conception, à laquelle peuvent donc être

assimilées la majorité des études, l'étude de représentations à l'aide de questionnaires gagne à élaborer et interpréter des questionnaires adaptés au secteur et au métier, construit et interprétés en fonction des études de l'activité en fonction de chaque service, département, unité... et en distinguant et liant les situations initiales et des changements (mise en œuvre et impacts, voire items spécifiques). Deuxièmement, le travail collectif prescrit ou re-prescrit la gestion des écarts entre prescrit et réel. L'Ergonomie peut et doit élargir ses analyses à l'organisation, mais les pierres angulaires restent les **organisations locales**.

A l'extrême, la récalcitrance des organisations (Friedberg, 1997), l'organisation débordée (Clot, 2002), ou la résistance au changement sont presque synonymes. La résistance au changement de l'individu est l'autre face de l'organisation locale ou générale qui ne remplit plus efficacement ses objectifs de transformations. Cette résistance au changement peut s'appliquer aux prescripteurs qui ne prennent pas en compte la flexibilité nécessaire aux acteurs de terrain, même si connaître de façon approfondie les situations réelles sur le terrain ne peut être pleinement de leur responsabilité. Dans cette optique, l'intervention et la prévention peuvent privilégier conjointement la conduite de projet, la conception, et l'analyse et l'amélioration du travail collectif.

6.1.3. Liens entre démarches de recherche et d'interventions : donner du sens aux données à travers les complémentarités du théorique et de l'opérationnel, des indices et des validités

Le travail collectif, l'organisation et ses changements, les conditions de travail / la santé, sont envisagés conjointement, dans une optique d'analyse et de transformation. En particulier, les interventions sont certes interrogées pour elles mêmes, mais essentiellement sous l'angle de leur liens avec les objectifs théoriques. Il est utile de préciser davantage les liens entre les niveaux théoriques et opérationnels, et entre les différents indices et validités.

L'objectif est **d'envisager la complexité plutôt que la simplification du compliqué**, c'est-à-dire une analyse systémique et dynamique davantage qu'une approche analytique dont le but serait de simplifier à travers une explication en termes de causes et effets. En effet, même si la validation d'un modèle scientifique passe toujours par une confrontation aux données mesurées (Brangier & Hammes, 2006), les processus découlant des interdépendances

entre plusieurs éléments impliquent de ne pas se cantonner à des éléments purement explicatifs où telle cause expliquerait tel effet (Brangier & Hammes, 2007). En un sens, être proche du réel nécessite de très nombreuses hypothèses qui ne soient pas trop fortes, pas trop orientées : l'approche systémique et notamment clinique première peut ensuite être affinée d'un point de vue analytique, mais cette dernière n'est utilisée et interprétée justement qu'à l'aide de l'approche systémique, essentiellement clinique. En effet, si « deux grands types d'orientation sont discernables dans la modélisation ergonomique : l'un orienté par l'analyse, l'autre par une vue globale des problèmes » (Leplat, 2003, p.14), « ces deux types de modèles ne se rencontrent jamais de façon pure dans une étude ergonomique et ils sont souvent mis en œuvre de façon coordonnée » (*ibid.*, p.16).

De plus, l'activité collective soignante au sens strict est essentiellement un objet de modélisation, plutôt que le réel. « Même très détaillé, un modèle est toujours une simplification, une réduction volontaire de l'objet par l'élagage de détails jugés inutiles eu égard au but du modèle. Loin d'être un défaut, cette réduction est donc une propriété constructive d'un modèle. » (Spérandio, 2003, p.28). Ainsi, « il ne sert pas à grand-chose de s'en tenir à une pure éloge de la complexité : du moins en analyse du travail, il faut en rendre compte en l'abordant pan par pan, non par des « modèles simplistes et réductionnistes », mais par des approches différenciées qui peuvent relever de modèles différents, tous un peu réductionnistes » (*ibid.*, p.32). Plus largement, ces systèmes sont étudiés par le biais d'indices qui permettent de les discuter, et non dans une prétention d'exhaustivité. **L'objectif est de dépasser une approche descriptive et même explicative pour se centrer sur une approche davantage interprétative.**

Dans ce cadre, la possibilité de modéliser l'organisation dans son ensemble et à partir d'interventions permet d'obtenir un objet plus en adéquation avec le réel, plus comparable au réel, de lui donner davantage de sens, notamment grâce aux périodes de changement et aux biais des interventions. La proximité du terrain est plus heuristique du point de vue de l'Ergonomie, dessine et contraint en partie la méthodologie, même si des données intéressantes doivent être laissées de côté. Cette proximité du terrain, cette validation sociale du point de vue des interventions, permet de rapprocher les hypothèses théoriques et les interventions. Paradoxalement, la proximité du terrain appuie donc la validité interne -c'est-à-dire la valeur intrinsèque par rapport au propre cadre théorique et aux objectifs (Robert, 1982). Cette validité interne d'une recherche en Ergonomie doit simultanément prendre en

compte les dimensions méthodologique et théorique : au-delà des connaissances sur l'homme, l'Ergonomie est une « discipline du génie » (Falzon, 1998) donc « doit élaborer des connaissances sur l'action ergonomique : méthodologies d'analyse et d'intervention sur les situations de travail, méthodologies de participation à la conception et l'évaluation des dispositifs techniques et organisationnels. » (Falzon, 1998, p.226). Cette validité interne est davantage un décalage à gérer qu'un réel paradoxe. Elle est d'autant plus satisfaisante compte tenu de la cohérence entre les données qualitatives et quantitatives, ou plus précisément de la lisibilité / validité conjointe des analyses statistiques, psychologiques et de l'activité, et de la cohérence entre ces types de données et le cadre conceptuel.

Cette cohérence d'ensemble a appuyé la validité externe -c'est-à-dire la valeur en tant que modèles de situations de la vie courante des situations de travail (Leplat, 2003)- à travers les liens entre le travail collectif en général et le travail soignant en particulier, notamment à travers l'ensemble des contraintes et prescriptions observées et suffisamment en accord avec la littérature. On peut donc noter la volonté d'articulation d'une validation « proximale » (Daniellou, 1996), en référence à une situation de référence locale, puis de plus en plus « distale » (Daniellou, 1996), en référence à une situation de référence plus large. Au-delà de la nécessité de montrer les différences entre prescriptions et réel, au-delà de l'évidence de différences entre prescriptions et réel et au-delà de la nécessité de montrer localement ces différences, l'objectif est de donner du sens à ces différences par la diversité des analyses et des validités. En effet, « la préoccupation commune à ceux qui recourent à l'analyse ergonomique de l'activité ne se limite pas à reconnaître qu'il y a, et qu'il y aura toujours, des nuances à ne pas ignorer entre le travail prescrit et le travail réel : elle consiste également à tenir compte du sens attribué à l'activité et à en comprendre la signification » (Noulin, 1995, cité par Cunha & Lacomblez, 2007). Dans ce but, la validité externe et la validité interne ont également été construites peu à peu grâce à l'échantillonnage des modèles / situations de travail collectif et de transformations, confirmé par les analyses statistiques. Si il n'y a pas pour chaque question un chiffre, une observation ou une verbalisation, il peut y avoir un ensemble pour répondre suffisamment à toute problématique élaborée.

Les deux objectifs de connaissance et de transformation sont donc complémentaires, mais également conflictuels pour plusieurs raisons : données de nature très différentes, méthodologies en fonction du terrain... La conception, la conduite de projet, l'intervention ont des besoins différents de la recherche, même de la recherche sur eux-mêmes. Au-delà des

interrogations sur la démarche, ces différents besoins nécessitent de repositionner brièvement la recherche en Ergonomie et son positionnement pluridisciplinaire, avant de souligner les écueils théoriques et méthodologiques qui découlent de toute recherche.

6.2. Ergonomie et pluridisciplinarité : repositionner l'interdisciplinarité

Alors que « l'interdisciplinarité fait l'objet de nombreux plaidoyers et de critiques » (Vinck, 2003), on peut regretter que « rares sont les auteurs qui s'interrogent sur les conditions concrètes de possibilité d'un tel travail scientifique » (Vinck, 2003). La pluridisciplinarité de cette recherche peut être envisagée à plusieurs niveaux : les notions (travail, travail collectif, organisation, régulation, santé, système...), les disciplines, voire la multiplicité des professionnels analysés séparément en tant que collectif ou organisation... La « triangulation théorique » vient s'ajouter à la « triangulation des méthodes », à la « triangulation des données » et à la « triangulation du chercheur » (Denzin, 1978, cité par Apostolidis, 2003). Mais à l'extrême, « la pratique de l'interdisciplinarité fait courir la risque d'être dissous ; on ne sait plus qui on est, on y perd son identité » (Vinck, 2001, p.63). **De façon caricaturale, la pluridisciplinarité voire l'interdisciplinarité de cette recherche peut être située à proximité d'un « modèle de circulation » dans lequel « de temps en temps, on pique un concept, une méthode, on le rapporte chez soi, on le re-triture, même si on garde la même dénomination, le fait qu'on l'ait rapporté chez soi, intégré à d'autres choses, re-trituré, ce n'est plus la même chose »** (Vinck, 2001, p.65).

Exploiter cette pluridisciplinarité nécessite donc d'être fédéré par des objectifs théoriques, méthodologiques et pratiques précis et spécifique. L'objectif théorique et opérationnel de « comprendre le travail pour le transformer » (Guérin et al., 1997) à partir des écarts entre prescriptions et réel permet cette précision et cette spécificité dans les recherches en Ergonomie. Il s'agit en quelque sorte d'une **mise en perspective ergonomique de la pluridisciplinarité**.

Au niveau méthodologique, la méthode clinique, qui peut être rapprochée de l'analyse de l'activité compte tenu de la focalisation de l'analyse de l'activité sur une situation singulière (Clot & Leplat, 2005) présente pour intérêt « de ne pas obliger à épouser les frontières habituelles entre psychologie cognitive, psychologie sociale et psychologie de la personnalité, etc. Toutes ces sous-disciplines sont mobilisables à des degrés divers dans

l'étude clinique d'une situation de travail, leur importance pouvant varier, selon les buts du chercheur et selon la demande du milieu » (Clot & Leplat, 2005, p.313).

De façon plus spécifique, la pluridisciplinarité est également relativisée et mise en perspective par l'objet d'étude de cette recherche en lui-même : la centration sur la problématique envisageant le collectif à l'interface de l'individuel et de l'organisationnel permet de fédérer cette recherche. L'activité collective a permis d'entamer l'étude des liens entre les individus et les organisations ; la notion de régulation a élargit le point de vue classique de l'Ergonomie et de l'activité pour penser pleinement l'organisation. Si l'Ergonomie est toujours à l'interface des sciences humaines, sociales, de l'ingénieur et médicales, cette recherche a cependant poussé le curseur vers les sciences sociales, les sciences des organisations voire le management social. Il est néanmoins défendu que les notions moins classiques (confrontation, régulation...) n'entament pas un changement radical de paradigme puisqu'elles élargissent simplement le point de vue classique (écart prescrit / réel, activité...).

Cette recherche s'est centrée sur le travail, le travail collectif, les conditions de travail et les possibilités de protection et de développement de la santé et du bien être. La santé en elle-même est laissée aux professionnels de la santé –personnels médicaux et soignants et psychologues. C'est pourquoi les analyses se sont davantage centrées sur le travail que sur la santé, pour envisager dans un second temps les liens et compromis entre travail et santé. C'est cette spécificité qui permet une insertion et des apports originaux de l'Ergonomie dans la Santé Publique et la santé au travail.

Enfin, la pluridisciplinarité des professionnels analysés est essentielle pour envisager le travail collectif à travers l'opposition entre des logiques différentes à concilier au sein des collectifs. Le travail collectif, et plus largement le travail et la santé du point de vue de l'Ergonomie, sont des appels à plusieurs apports théoriques pluridisciplinaires : sciences sociales et des organisations, santé psychique / stress... Ces objets et ces apports restent fondateurs pour l'Ergonomie et pour cette recherche, mais il convient d'accepter les critiques qui en découlent, en particulier la multiplicité voire l'hétérogénéité des critères de validation, les tensions constantes entre les approches causalistes et systémiques, analytiques et compréhensive...

Les disciplines se développent en fonction de leurs propres contraintes et de celles de la pluridisciplinarité, sans que celles-ci soient systématiquement compatibles. A l'image du travail collectif en général, la pluridisciplinarité peut rester théorique. Pourtant, toute activité de recherche, particulièrement au sein des sciences sociales, nécessite de s'interroger sur son propre écart prescrit / réel et sur l'interdisciplinarité. Au niveau disciplinaire et pluridisciplinaire, cette nécessité renvoie par exemple à un débat sous-estimé entre Sociologies et Ergonomies, dans un cadre simultanément politique, théorique et opérationnel. Par exemple, en pratique, l'intervenant et le chercheur jonglent tant avec l'étude du travail réel qu'avec les jeux de pouvoir.

Ce qui paraît plus ou moins évident sur le papier l'est néanmoins nettement moins sur le terrain et d'un point de vue institutionnel. Pour s'en convaincre, il suffit de rappeler les efforts et outils (théoriques, pratiques, institutionnels...), les relations de pouvoir, les questions d'identités de statut et d'identité des disciplines (Vinck, 2001). Les thématiques pluridisciplinaires et du travail collectif se disjoignent en ce sens que le travail collectif doit rester beaucoup plus longtemps à un niveau pluridisciplinaire - dans le sens de superposition, juxtaposition de plusieurs champs de savoirs, points de vue (Vinck, 2001). Les projets de recherche doivent jouir par définition de beaucoup plus de liberté, ce qui signifie certes la possibilité d'expérimentations pluridisciplinaires, mais aussi la possibilité de refuser ce type d'expérimentation, ne serait-ce qu'à cause d'une actualité scientifique autre.

Qu'il s'agisse du travail collectif en général, ou de la pluridisciplinarité en particulier, de simples coopérations sont insuffisantes, contrairement aux transactions, articulations et confrontations (conflits et coopérations). Supérieures aux consensus, les transactions développent le champ social, comme le soulignent les « objets intermédiaires » dans le champ du travail. Le travail collectif en lui-même n'importe pas tant que sa coordination avec le travail individuel. Si on peut douter de la croissance univoque de l'individualisme (Sainsaulieu, 2006), on peut également douter de l'impact univoque du collectivisme. Ainsi, à l'image des Psychologies et des Sociologies mais avec un certain décalage, l'Ergonomie et les champs proches s'intéressent de plus en plus aux activités individuelles sociales à coordonner pour qu'elles soient collectives (Theureau, 2006), ou encore aux activités individuelles collectives (Vaxevanoglou, 2002c). Cela ne plaide pas de façon univoque pour la pluridisciplinarité, mais bien pour la pluridisciplinarité à laquelle les disciplines font contrepoids – que l'on considère la pluridisciplinarité à travers les champs d'étude ou à

travers le travail collectif.

Les disciplines ne peuvent reculer devant une interdisciplinarité qui avance. Leur fructueuse articulation nécessite leur développement autonome. Les arguments récurrents ne sont que très partiellement recevables. « Le monde n'est pas disciplinaire » (Audigier, 2001) ? Les multiples rationalités qui l'habitent suggèrent partiellement le contraire. Et s'il n'est pas disciplinaire, il n'est pas davantage pluri- ou interdisciplinaire. Un point de vue plus heuristique est de considérer qu'il est disciplinaire et interdisciplinaire, et que cette articulation lui permet de tourner. La pluridisciplinarité, surtout à la limite de l'interdisciplinarité, est une nécessité plutôt qu'un atout univoque. Elle implique en elle-même quelques limites à la recherche.

7. **Limites et perspectives**

Certaines limites et critiques à cette recherche peuvent en effet être précisées. Elles sont inévitables dans le cadre de recherches. Surtout, au-delà de réponses même partielles à ces limites et critiques, celles-ci soulèvent autant de perspectives pour des recherches et approfondissements éventuels. Elles concernent l'objet d'étude analysé et la démarche épistémologique et méthodologique pour l'analyser –c'est-à-dire le cheminement de théorique à opérationnel et réciproquement. Les différents points abordés entretiennent des relations étroites.

Premièrement, certaines limites découlent directement de **l'objet d'étude d'un point de vue disciplinaire**, et des motivations qui ont conduit à l'étudier.

Le travail collectif est protéiforme dans chaque secteur, et le travail soignant n'est que partiellement généralisable. Le travail soignant dans le secteur psychiatrique semble certes un modèle intéressant pour étudier le travail collectif, et peut être extrapolé à différentes activités (services, cadre, travail social, travail relationnel, autres secteurs soignants hospitaliers ou non...) et aux organisations, notamment en changements. La multiplicité des activités dans le secteur psychiatrique appuie d'ailleurs peut être davantage de généralisations que ne le permettent d'autres secteurs hospitaliers, par exemple compte tenu de la superposition des tâches. Mais certaines spécificités qui rendent cette activité typique limitent la portée de cette extrapolation : relation à la souffrance, la mort, la maladie, continuité de l'espace, du temps et de la prise en charge... Réciproquement, chaque aspect permet une certaine extrapolation à d'autres activités, secteurs et organisations. Par exemple, la continuité de l'espace, du temps et de la prise en charge peut faire penser à la surveillance de processus dans les situations dynamiques.

La généralisation des modèles, et donc la possibilité de théories, est d'autant plus ambiguë qu'un élément essentiel concernant les études ergonomiques en général et le travail soignant en particulier sont les spécificités locales et sectorielles, par exemple l'importance de l'adéquation entre les organisations soignantes et médicales. Il s'agit d'une limite mineure imputable à toute recherche en Ergonomie, et l'utilité de l'approche développée est à interroger spécifiquement pour chaque étude ultérieure. Cette limite est d'autant plus mineure que développer la notion d'activité individuelle – collective en lien avec les notions de

régulation et d'organisation a eu également pour but de permettre des généralisations plus aisées, en soutenant une approche modélisatrice par une approche conceptuelle.

Enfin, une perspective théorique supplémentaire serait de se demander dans quelle mesure préciser davantage la notion de régulation. D'abord, certaines dichotomies auraient pu être approfondies et différenciées (froides - chaudes, réactives - anticipatrices...). De plus, il serait instructif de se demander dans quelle mesure il serait possible de parler, dans le cadre de l'Ergonomie et plus largement, de régulations individuelles – collectives – organisationnelles – sociétales. Il en a été question plus ou moins directement, mais cette notion mériterait un traitement plus systématique. Par exemple, un décès d'un soignant suite à une agression d'un patient entraîne au niveau national des sommes apparemment conséquentes, mais finalement relativement modestes à la vue des chantiers. De même, le choix du terrain pour implanter un hôpital n'a rien d'anodin, puisqu'il « vaut [...] mieux essayer d'implanter l'hôpital dans l'agglomération [...] sans toutefois [...] aboutir à un phénomène d'enkystement où l'hôpital est étouffé » (Vian, 1985, p.122) -par exemple dans le cas du service T1. Dans ce cadre, un objectif futur pourrait être d'approfondir la notion et la pratique de projet à l'hôpital. Alors que les différentes logiques se traduisent en partie à travers les projets d'établissement, médical et de service, « les difficultés dans la démarche de projet sont nombreuses et force est de constater que dans de nombreux hôpitaux, la notion de projet se réduit à celle de programme. [...] A l'écoute de nombreux hospitaliers, les difficultés qui surviennent [...] traduisent des problèmes de cohérence entre un projet d'établissement et un schéma d'organisation sanitaire, entre les projets de service d'un même hôpital, entre le projet de soins infirmiers et le projet médical, dans l'interprétation des différents audits, entre l'organisation hiérarchisée et le pilotage du projet » (Honoré, 1996, p.198).

Deuxièmement, une forte pluridisciplinarité et une variété de données issues du terrain ont été nécessaires pour étudier les systèmes inhérents au travail collectif du point de vue de l'Ergonomie.

D'une part, la pluridisciplinarité est cadrée mais également exigée par l'Ergonomie. Discuter simultanément de l'organisation, des conditions de travail, de l'activité individuelle et collective, de la santé et des conditions de travail, relève simultanément de l'exigence et de la limite (alors que d'autres disciplines auraient pu être convoquées). En un sens, étudier le travail collectif en Ergonomie, en élargissant l'analyse à l'organisation, nécessite de

privilégier légèrement la validité externe au détriment d'une certaine validité interne à laquelle nuit la pluralité des données à mettre en cohérence –par opposition à la validité interne de chaque type de données qui doit être en cohérence avec les objectifs théoriques et qui se construit peu à peu en adéquation avec la validité externe. Autrement dit, les recherches en Ergonomie et notamment sur le travail collectif nécessitent des éléments de natures très différentes, ont cette diversité pour critère, mais ce critère est en opposition partielle avec la validité interne telle qu'elle peut se concevoir dans un sens (trop) strict. C'est particulièrement vrai pour l'étude du travail collectif, plus difficile à lier à l'étude de la santé.

D'autre part, de façon similaire, certaines comparaisons auraient permis d'approcher davantage l'apparente rigueur expérimentaliste, mais auraient été trop délicates par rapport aux interventions et aux terrains qui ont alimenté cette recherche. Par exemple, les soignants de T8 semblaient accepter les transformations, sous réserve que les acquis élaborés soient effectifs, aussi un questionnaire détaillé et surtout la mise en débat de ses résultats auraient pu réveiller des conflits latents, vis-à-vis de la direction voire entre les deux unités.

La pluralité des données et des concepts est issue du fait d'étudier le travail collectif du point de vue de l'Ergonomie donc en lien avec le terrain, et de la pluralité des données issue du terrain et notamment des interventions. Il s'agit finalement d'un seul et unique élément. En effet, le réel –et en son sein le travail collectif- n'est pas disciplinaire, le découpage disciplinaire relève du discours scientifique et institutionnel ; mais l'Ergonomie se doit d'échapper partiellement à ce découpage, qui limite son approche systémique, puisque son objectif est notamment de comprendre le travail réel (même si il y a quelque chose d'utopique dans cet objectif). Aussi cette limite rappelle que les débats épistémologiques sur les approches systémiques et sur les recherches en Ergonomie ne sont pas clos. On observe un double décalage : d'une part entre les discours sur la science et la science telle qu'elle se développe effectivement, d'autre part entre les discours sur la science en général et sur l'Ergonomie en particulier (ainsi qu'au sein de l'Ergonomie). Une recherche telle que celle-ci ne peut que se positionner par rapport à un angle et une démarche d'analyse, mais simplement repartir de l'idée qu'il existe, aux niveaux des méthodes et des démarches, « quelques possibilités d'articulation de la méthode clinique avec la méthode expérimentale » (Clot & Leplat, 2005, p.300), ces possibilités restant à préciser recherche par recherche.

Néanmoins, la différence dans la nature des données qualitatives et quantitatives peut

être perçue comme un obstacle, et des indicateurs aussi différents ne peuvent donner des appréciations systématiquement comparables et non conflictuelles. Si la question semble suffisamment résolue au niveau méthodologique, il n'est pas évident que sa juste mesure ait été prise à un niveau plus fondamental. Du chercheur orientant au chercheur biaisant, une limite ambiguë mais peu évitable doit être gardée à l'esprit. Les absences de jonctions entre éléments qualitatifs et quantitatifs pourraient être davantage interrogées, d'autant que le type de données se superpose en partie au type d'approche (par exemple les observations pour l'approche clinique, les questionnaires pour l'approche analytique). Alors que l'intérêt de guider et supporter les modélisations à partir de données quantitatives et qualitatives paraît de plus en plus consensuel dans la littérature, les incohérences ou à minima les disjonctions entre les deux ne sont en effet que très rarement mises à profit, et rappellent l'intérêt de trois types de validités, concernant respectivement l'analyse de l'activité, l'analyse psychologique et l'analyse statistique, et permettant de soutenir les validités interne et externe. Enfin, sous réserve que les généralisations concernent essentiellement les modèles et non les données, il paraît difficile de défendre les approches qualitatives sans défendre les approches non paramétriques.

A l'image de la première limite, cette seconde limite semble mineure puisqu'elle est inévitable. Néanmoins, contrairement à précédemment, les postulats sous jacents sont moins univoques du point de vue l'Ergonomie. Même si c'est une remarque qui peut s'appliquer à toute recherche, une approche systémique n'a pour objectif « que » d'emmagasiner des indices, des éléments non exhaustifs pour discuter de systèmes complexes qui doivent de plus être pensés conjointement –travail, santé, organisation... Cet objectif a été approché à l'aide d'une approche simultanément clinique et hypothético déductive, souvent présente dans les discours mais plus rarement dans les pratiques, donc qui prête le flanc à la critique. Mais à l'extrême, le fait de ne disposer que d'indices correspond à (presque ?) toute recherche. Ainsi cette deuxième limite est moins mineure que la première limite mais reste acceptable.

Troisièmement, au-delà de l'opérationnalisation du travail collectif spécifiquement par le travail soignant dans le secteur psychiatrique, **le passage des niveaux théoriques aux plus fondamentaux** entraîne certains biais à travers l'opérationnalisation des concepts et la mise en place des méthodologies, en particulier dans le cadre de recherches en sciences humaines et sociales.

D'abord, les **observables** choisis pour étudier les **activités et régulations** n'en sont que des indices. De nombreux paramètres et indices ont donc été écartés : indices psychophysiologiques, absentéismes... Ces indices et paramètres ont été écartés à cause des liens très ambigus avec la problématique qui se veut relativement originale. Pourtant, ils pourraient (devraient ?) être questionnés dans d'autres recherches autour de cette approche théorique. Il en est de même pour plusieurs types d'observables (accidents du travail, maladies professionnels, trajets des patients...), mais qui n'étaient pas toujours disponibles, et il aurait souvent paru difficile de faire le lien avec les restructurations et les dynamiques collectives, par opposition aux observables élaborés « pour l'occasion ». D'ailleurs, d'un point de vue opérationnel, ces chiffres auraient été davantage bloquants et condamnant, auraient nui aux « confrontations d'orientations socio-cognitives » (Garrigou, 1992), et ainsi à l'observation et à l'analyse de régulations collectives et organisationnelles.

L'étude des **représentations** (partiellement commune) a utilisée la même mesure, le même **observable** que l'étude du **stress** (alors que la santé est essentiellement une construction individuelle). Concernant l'aspect commun des représentations, il a été fortement relativisé par l'insistance sur son rapport à l'activité de travail, aux situations locales et à des populations restreintes. Néanmoins, il serait pertinent d'interroger davantage, à un niveau théorique et opérationnel, la relative équivalence entre les facteurs de santé mentale et les facteurs de travail et de changements. De plus, étudier la **santé** dans son ensemble serait évidemment intéressant, mais une limite suggérée se serait accentuée, à savoir des données très différentes difficilement comparables, surtout en référence à une approche transactionniste. D'autres types d'études, relevant davantage de la recherche médicale, sont plus appropriés -notamment des études quantitatives mais en lien avec la pratique médicale clinique (voir par exemple l'observatoire Evrest, 2008). D'ailleurs, au-delà des agressions physiques, les risques psychiques et le stress semblent les premiers risques auxquels sont exposés les soignants dans le secteur psychiatrique. C'est ainsi qu'en France, la demande de soutien psychologique arrive en première position des points les plus fréquemment insatisfaisants ou très insatisfaisants mentionnés par l'ensemble des soignants (Estryn-Béhar et al., 2005). Des nuances supplémentaires concernant les distinctions entre santé psychique et stress auraient également pu être précisées.

Concernant l'étude des représentations en lien avec l'activité, et plus précisément **l'échantillonnage des situations**, les fonctionnements de T3a, T3b, T3c ont été disséqués,

alors que les représentations des personnels ont été présentées conjointement. En effet, il s'agissait du même projet de transformation, et ces unités fonctionnent malgré tout comme un seul service avec de fortes similitudes, et en opposition aux unités des autres services et même à T4 également dans le même département. T3c peut être perçu essentiellement comme une caricature de T3a/T3b. D'ailleurs, l'étude des représentations dans ces unités les a significativement distinguée des autres unités.

Ce biais léger permet d'insister d'une part sur l'utilité pour ces données de descendre au niveau de l'unité, d'autre part sur l'importance de questionner constamment l'échantillonnage des situations, donc l'importance de construire la validité externe en lien avec la validité interne, l'importance de ne pas considérer ces validités comme acquises au motif d'outils apparemment acceptables. De façon plus générale, ce biais permet également d'insister sur une exploration supplémentaire qui serait instructive, à savoir la précision des liens théoriques entre la modélisation du travail collectif et les représentations. En effet, le statut psychologique de l'observation (Clot & Leplat, 2005) pourrait être interrogé davantage dans le cadre d'étude sur le travail collectif, puisque l'étude de l'activité s'est longtemps centrée sur les individus et sur les représentations individuelles.

Concernant encore l'échantillonnage des situations, le modèle de transformation se confond avec le changement prévu, le mode de conduite de projet et la situation initiale, donc les variables ont des effets qui ne peuvent être distingués que partiellement. Le terrain, par définition, n'est pas parfaitement malléable. De plus, ce type d'étude peut être complété une fois les transformations terminées, mais une telle comparaison serait vraisemblablement très différente en fonction du moment choisi suite aux changements organisationnels. Et certaines transformations organisationnelles durent plusieurs années. Enfin, les effectifs relativement faibles en fonction des modèles de transformation empêchent certains traitements statistiques.

Par conséquent, une approche systémique permet d'insister davantage sur les liens entre variables que sur les disjonctions : une situation actuelle mal perçue dans un service entraîne des problèmes de communications entre niveaux hiérarchiques, des changements pilotés de façon maladroite ou la fixation de buts inappropriés aux situations réelles du terrain... Ces diverses limites montrent la nécessité d'une approche qualitative. La limite d'une approche quantitative est particulièrement prégnante si on accepte les limites du déterminisme. Concernant le travail et les organisations, il est probable que « sans prétendre

tout ramener à cet aspect, (...) les principaux changements organisationnels de cette fin de siècle, dans les entreprises comme dans les administrations, trouvent leur origine profonde dans la remise en cause progressive de l'approche déterministe issue du scientisme au siècle dernier. » (Héran, 1997, p.123). L'approche qualitative paraît moins inévitablement déterministe. De plus, les aspects collectifs n'épuisent pas les dynamiques des restructurations. Enfin, d'un point de vue statistique, les relations étudiées sont à envisager à double sens, mais l'analyse des situations réelles permet d'insister davantage sur l'impact de la situation actuelle sur la perception des impacts des changements que l'inverse. Pour ce faire, l'approche qualitative est donc essentielle, même si elle n'accède pas toujours pleinement à une aura scientifique similaire. Si elle est menée avec suffisamment d'autocritique, elle doit permettre une approche quantitative suffisamment explicite. Parmi les conditions de l'objectivité d'une approche qualitative, la multiplicité des chercheurs ou praticiens est essentielle.

De plus, les Sciences Humaines et Sociales ne peuvent s'arrêter à ce qui est, sans envisager ce qui peut être : des objectifs opérationnels découlent logiquement des analyses. L'analyse de l'activité réelle de travail souligne notamment les adéquations et les conflits de logiques et de prescriptions entre les niveaux soignants, médicaux et administratifs. Ce troisième niveau administratif doit être particulièrement envisagé si les deux premiers ne sont pas simplement en décalage mais en conflit. Or les rythmes d'évolutions dans les organisations, les logiques de fonctionnement sont fondamentalement conflictuels. Si cette notion de conflit a été étudiée dans diverses disciplines, en particulier en Ergonomie et en Sociologie du travail, les champs de la Psychologie l'ont peut être négligé. Dans une optique opérationnelle, on peut se demander si il ne faut pas essentiellement travailler au rapprochement des logiques, des évolutions, des pratiques et des enjeux. Par exemple, à partir d'analyses de l'activité infirmière en situation de travail et d'entretiens approfondis, des perspectives pour une approche renouvelée des organisations de travail peuvent être préconisées : une refonte de l'organisation médicale et l'organisation des coopérations médicales et soignantes, ainsi qu'un travail sur une meilleure adéquation entre les effectifs soignants et les objectifs ou caractéristiques de chaque journée (Lapeyrière, 2000). Mais étant donné que le travail de l'analyste ne permet d'avancer des propositions que dans le cadre de sa spécialité, il est essentiel de construire avec les différents acteurs les solutions. Cette construction dans le cadre de projets de recherches et d'interventions paraît singulièrement comparable aux collectifs les plus structurés et perçus comme efficaces par leurs membres.

A l'interface de la recherche et des interventions, **l'analyse des changements et de leurs mises en oeuvre** a paru suffisamment fine dans le cadre de cette étude. Néanmoins, la bipartition entre impacts des changements et mise en oeuvre des changements peut être précisée, comme certaines analyses ont pu le suggérer. Par exemple, la variété des solutions factorielles possibles est d'autant plus intéressante que les spécificités des changements et du contexte restent des limites à la portée des généralisations. Une approche systémique de l'organisation pourrait prendre davantage d'acteurs en compte, par exemple le système gestionnaire / soignants / médecins / paramédical / ASH / familles / patients. Ce système permet d'élargir le point de vue sur l'hôpital, et de l'élargir à la société.

Les services où les tensions interprofessionnelles sont les moins graves sont les services les plus faciles à investir par les ergonomes. Ce point paraît inévitable mais regrettable puisque ce sont les services en ayant le moins besoin : moins de tensions intra et inter métiers permet davantage de moyens et des moyens mieux utilisés, contre poids constructif des services par rapport aux directions centrales... Ces problèmes se révèlent d'autant plus difficiles à gérer lorsqu'il faut élaborer des fonctionnements et rapprocher des représentations entre des services différents.

De plus, ces changements et leurs mises en oeuvre ont été étudiés à travers une variété de situations et d'interventions qui paraît appréciable dans le cadre de cette recherche. Inévitablement, cette variété a concerné conjointement les types de transformations (délocalisation, délocalisation fusion de services ou d'unités, projets clairs ou à construire...) et leurs phasage (quasiment inexistant dans le cadre d'une simple délocalisation sur un site neuf, nettement plus problématique dans le cadre d'une réhabilitation ou de phases temporaires...) donc les conduites de projet. Cette variété dans les transformations et dans les interventions gagne à être précisée peu à peu, mais nécessite un très grand nombre de recherches. Les ambiguïtés inhérentes à une unique recherche sont réelles mais inévitables.

Concernant la **représentativité des populations**, il a été notifié que ce ne sont pas les résultats mais les modèles explicatifs qui peuvent être généralisés. Néanmoins, il est regrettable qu'il n'y ait eu que des infirmières et infirmiers à l'EPSM1, contrairement à l'EPSM2 où des aides-soignantes et aides-soignants étaient présents. Ce biais est limité puisqu'il n'y a pas eu de différence statistique concernant les aides soignants, et que c'est le

travail soignant en général qui était étudié. Ce point est d'autant plus d'actualité que les frontières entre le travail des infirmiers et celui des aides-soignants sont en remaniement (Acker, 2005). Une hypothèse issue des observations concerne la différence de représentations pour certains services –les plus problématiques. Par exemple, dans les faits, par nécessité, les aides-soignants effectuent plusieurs tâches qu'ils n'ont pas la possibilité légale d'effectuer, ce qui cause des tensions dans certains services. De plus, leurs formations et expériences et positions dans l'organisation sont légèrement différentes, donc des différences paraissent vraisemblables. Deux conceptions du travail d'aide-soignant ont pu être opposées dans la littérature : alignée sur la fonction infirmière du rôle propre –le nursing- et une autre plutôt alignée sur la fonction agent de service –le « sale boulot », le ménage (Molinier, 1995).

De même que l'absence de différence entre infirmier(e)s et aides-soignant(e)s, l'absence de différence en fonction du sexe pourrait être également interrogée davantage pour des échantillons plus conséquents. Par exemple, il a pu être mis en évidence des différences dans la perception qu'ont les infirmiers des styles de leaderships en fonction de supérieurs masculins ou féminins (Van Daele, 2003).

Par ailleurs, il serait instructif par rapport aux dynamiques organisationnelles dans leur ensemble, et pour leurs activités et santé en elles mêmes, d'approfondir la connaissance du travail, et de la santé en lien avec le travail, des autres métiers, par exemple concernant les différences de perceptions entre les niveaux d'encadrement, entre les membres de directions, ou au sein du corps médical. Cet approfondissement peut être pensé en lien avec la professionnalisation des cadres infirmiers : « l'évolution de l'encadrement infirmier à l'hôpital public est marquée dans les années soixante – soixante-dix par une spécialisation croissante de ses fonctions et par le développement d'une hiérarchie verticale, suivie plus récemment d'un affaiblissement de son pouvoir de contrôle sur l'ensemble des professions soignantes. » (Féroni & Kober-Smith, 2005, p.469).

Au niveau **statistique**, compte tenu des effectifs des unités, une analyse locale permet surtout des analyses **non paramétriques**. Ces analyses entraînent en apparence un problème de généralisation (mais pas davantage que les données qualitatives, qui paraissent pourtant de plus en plus consensuelles, et ce sont les modèles et non les données qui sont généralisés). Par exemple, le recueil des données n'a pas mis en évidence de différences significatives entre les

aides soignants et les infirmiers, alors que les réunions et les verbalisations suggèrent certaines différences dans les unités problématiques. Il serait intéressant de s'intéresser de façon plus systématique aux représentations sociales d'un point de vue différentiel, en particulier à travers les deux composantes de toute représentation : un contenu et une structure (Abric, 2003), puis à travers les liens entre « pratiques sociales et dynamiques représentationnelles » (Tafari & Bellon, 2003). Cette différence suggérée concerne trop peu de personnel pour des statistiques paramétriques, mais parfois également pour des statistiques non paramétriques. Surtout, le réductionnisme, même si il est limité dans cette recherche, et les interactions entre le terrain et la recherche, ont suggéré que cet aspect peut souvent rester marginal pour étudier le travail collectif. Le travail soignant en général et les situations réelles locales paraissent plus prégnants que les éventuelles différences entre aides soignants et infirmiers, mais cette analyse gagnerait à être précisée. Cette différence reste à explorer, et ne signifie en rien que ces métiers et activités ont été considérés comme équivalents, mais signifie uniquement que l'équivalence a paru suffisante pour prendre la mesure voulue du travail collectif. Enfin, la limite des analyses paramétriques n'est que très relative : défendre les approches qualitatives implique en partie de défendre les approches paramétriques, les arguments contre l'un et l'autre étant partiellement comparables. La question se réduit principalement au choix des situations et des populations et à la construction des mesures et des outils en liens avec les objectifs théoriques et opérationnels.

De façon parallèle, il serait pertinent de se demander davantage quelles sont les parts respectives, au sein de l'Ergonomie, des trois orientations principales de travail distinguables schématiquement (Jodelet, 1991, Apostolidis, 2003) concernant les travaux sur les représentations sociales : celle qui étudie l'incidence de la structure sociale dans l'élaboration d'une représentations (Doise, 1990), celle qui analyse la dynamique représentationnelle et ses caractéristiques structurales, notamment en relation avec les pratiques sociales (Abric, 1987) et celle qui examine le rôle régulateur des représentations sur les interactions sociales où elles interviennent en milieu réel (Jodelet, 1989).

L'échantillonnage des situations et des populations pourrait également préciser davantage l'activité en fonction du type de patient. A l'heure actuelle, c'est particulièrement difficile puisque les services sont majoritairement sectorisés : cela nécessite notamment une étude épidémiologique croisée avec le bassin de population que le service prend en charge, ainsi que les structures amont et aval disponibles. Néanmoins, la notion de module se

développe dans le secteur psychiatrique (apparemment plus lentement que dans le secteur hospitalier en général), ce qui pourrait faciliter une telle étude, sous réserve de dissocier pathologie, prise en charge et étiquette administrative, et de préciser l'impact des différentes conceptions de la maladie mentale et de la prise en charge. Cet élément renvoie à deux autres perspectives : la précision du décalage entre prescription et réel soignant en fonction du type de psychiatrie pratiqué, la précision du décalage entre prescription et réel soignante en fonction du qualificatif administratif de la pathologie. Les difficultés pratique d'une telle recherche sont néanmoins multiples.

Concernant ces différentes limites, on peut néanmoins considérer que la mise en débat et la cohérence de la pluralité des données leur apporte du crédit pour établir de justes déformations du réel à modéliser. De plus, compte tenu de la volonté d'originalité de cette recherche, des apports théoriques et de l'objet étudié, les données n'auraient en aucun cas pu être exhaustives et pleinement satisfaisantes. La circonscription dans le temps et l'espace de toute recherche suggère qu'une perspective essentielle est de rétablir une recherche similaire dans un cadre très différent, mais il s'agit davantage d'une amélioration potentielle que d'une limite qui aurait pu être surmontée. La méthodologie semble facilement exportable. Par exemple, l'encadrement hospitalier des services T13, T14, T15, UAIR a permis ce recueil à l'aide des grilles fournies. Enfin, un objectif a été de dépasser les banalités, mais en gardant à l'esprit le fait que l'évidence n'est pas un critère scientifique. Par exemple, la construction avec les individus est évidemment importante mais les constats ergonomiques flirtent malgré tout parfois à la limite de l'expertise, sont inévitablement orientés ; cette validation par les acteurs marche essentiellement lorsqu'ils sont déjà sensibilisés ; la différence entre prescription et réel doit être systématiquement montrée mais l'objectif est de lui donner du sens...

Des interrogations initiales, des limites soulevées et des possibilités de généralisation découlent donc les axes de recherches potentiels et variés, disciplinaires et pluridisciplinaires : la transposition de ce recueil de données à des spécialités soignantes et non soignantes d'autres secteurs ou non soignantes dans le secteur psychiatrique, l'amélioration de la méthodologie dans un secteur moins sujet au secret professionnel, la comparaison stricte avant et après transformation, la possibilité de suivre complètement l'élaboration et le développement de transformations organisationnelles et d'y insérer l'Ergonomie, des données plus exhaustives sur la santé ou au moins sur la santé psychique, l'interrogation de décideurs

nationaux / gouvernementaux, les va-et-vient entre ces décideurs et le terrain, la place de l'Ergonomie dans les Sciences du Travail et dans la Santé Publique...

Concernant cette place de l'Ergonomie, les perspectives restent d'autant plus ouvertes que l'Ergonomie (voire la Macroergonomie, qui rejoint directement le propos de cette recherche mais qu'il aurait été impossible de développer explicitement pour elle-même), les fondamentaux de l'Ergonomie même voire surtout en les réinterrogeant, peuvent être un chaînon essentiel entre les sciences médicales et les sciences humaines et sociales. L'étude des régulations au sein et entre les niveaux macro / sociétaux, méso / organisationnels, micro / situations de travail locales collectives et individuelles, a eu pour objectif de remplir cette fonction. C'est dans ce cadre que peuvent être pleinement appréciés l'insertion, dans des ouvrages de Santé Publique, d'éléments concernant le Management scientifique, de Taylor à Mintzberg (voir par exemple Tulchinsky & Varavikova, 2000) -au-delà du travail, qui y est « enfin » presque systématiquement abordé.

Alors que l'Ergonomie, notamment l'Ergonomie de l'activité, a désormais fortement établi ses bases épistémologiques et méthodologiques, les chantiers épistémologiques et interventionnels à venir, au sein des liens entre la Santé Publique et la Santé au Travail (voir par exemple Caillard, 2003), s'avèrent peut être plus ardues, tant la santé est un « enjeu de mobilisations sociales et politiques anciennes mais aujourd'hui croissantes [et] étroitement associée à l'ordre social » (Garrigou, 2000, p.15).

Un axe de travail principal de l'Ergonomie et des Sciences du Travail en particulier, de la Santé Publique en général, nécessite de repenser ce qui unit des champs aussi variés. Dans ce but, « contre notre vision dominante de la santé, dont il faut bien dire qu'elle est avant tout médicale, il est nécessaire de rappeler que la santé n'existe pas au singulier et qu'elle doit donc être pensée dans la diversité de ses visages et de ses relations » (Garrigou, 2000, p.16). De plus, « développer une « culture de santé publique » implique la connaissance de la réalité et la définition de références concernant les modes d'action » (Got, 2005, p.119). Le cadre est donc simultanément épistémologique et interventionnel : la Santé Publique est bien un « espace de production de connaissances pluridisciplinaires pour agir » (Donnet-Descartes & Frattini, 2005), ce qui n'est pas sans faire penser à l'objectif de « comprendre le travail pour le transformer » (Guérin et al. 1997) qui peut définir l'Ergonomie. Un fondement épistémologique et méthodologique de l'Ergonomie, que représente la diversité des situations

et des individus, paraît donc actualiser le cadre général de la Santé Publique. Cette recherche a donc eu vocation, au niveau d'une unique recherche, à développer cette vision de la santé et de la Santé Publique, en insistant sur le point de vue de l'Ergonomie. Ce point de vue est un point de vue parmi d'autres, mais semble particulièrement propice à l'élargissement et à la synthèse des perspectives, à travers l'analyse des situations de travail réel, de l'activité et des représentations.

BIBLIOGRAPHIE

Abric J. C. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Cousset: Delval.

Abric, J.-C. (2003). La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In J.-C. Abric. (Ed.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 59-80). Ramonville Saint-Agne : Erès.

Aldwin, C.M. (2000). *Stress, coping and development*. New York: The Guilford Press.

Amourous, C. (Ed.). (2004). *Que faire de l'hôpital ?* Paris: L'Harmattan, La Librairie des humanités.

Amourous, C. (2004). L'histoire et les soignants, leurs entours. In C. Amourous (Ed.), *Que faire de l'hôpital* (pp. 27-72). Paris : L'Harmattan, La Librairie des humanités.

Anderson, W.J.R., Cooper, C.L., & Willmott, M. (1996). Sources of stress in the National Health Service: « Comparison of seven occupational groups ». *Work and Stress*, 10 (1), 88-95.

Apostolidis, T. (2003). Représentations sociales et triangulation : enjeux théorico-méthodologiques. In J.-C. Abric. (Ed.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 13-35). Ramonville Saint-Agne : Erès.

Armstrong-Stassen, M., (2006). Determinants of How Managers Cope with Organisational Downsizing. *Applied Psychology*, 55 (1), 1-26.

Arsenault, A., & Dolan, S.L. (1983). The role of Personality, Occupation and Organization in Understanding the Relationship between Job Stress, Performance and Absenteeism. *Journal of Occupational Psychology*, 56 (2), 227-240.

Artco (2005). *International Symposium Artefacts and Collectives: Situated Action and Activity Theory*. Lyon, juillet. <http://sites.univ-lyon2.fr/artco/accueil.html>

Assunção, A. (1998). *De la déficience à la gestion collective du travail: les troubles musculo-squelettiques dans la restauration collective*. Thèse de doctorat en Ergonomie, Ecole Pratique des Hautes Etudes - Université Paris 5, Paris.

Aubert, N., & Pagès M. (1989). *Le stress professionnel*. Paris : Klincksiek.

Audigier, F. (2001). *Le monde n'est pas disciplinaire, les élèves non plus, et les connaissances ?*. In G. Baillat & J.P. Renard (Eds), *Actes du colloque Interdisciplinarité, polyvalence et formation professionnelle en IUFM. Université d'été sur l'interdisciplinarité* (pp.43-59). Reims : CNDP - CRDP de Champagne-Ardenne.

Aurousseau, C. (2000). Les ancrages organisationnels, individuels et sociaux des violences hiérarchique et organisationnelle - vers une approche globale. *Pistes*, 2 (2). <http://pettnt/pistes/v7n1/articles/v2n2aa7.htm>

Autret, J. (2004). *L'hôpital aux prises avec l'histoire : soins et soignants dans les hôpitaux de l'ouest*. Paris : L'Harmattan.

Barbery, J., Louche, C., & Moliner, P. (2006). Théorie du noyau central et transformation des cultures organisationnelles à l'occasion d'une fusion. *Psychologie du travail et des organisations*, 12, 201–210.

Barbusse, B., & D. Glaymann (2004). *Introduction à la Sociologie*. Vanves : Foucher.

Bareil, C. (2004). *La résistance au changement : synthèse et critique des écrits* (Cahier 04-10). Montréal : HEC, Centre d'étude en transformation des organisations. http://web.hec.ca/sites/ceto/fichiers/04_10.pdf

Baril-Gingras, G., Bellemare, M., & Brun, J.-P. (2004). *Intervention externe en santé et en sécurité du travail: un modèle pour comprendre la production de transformations à partir de l'analyse d'interventions d'associations sectorielles paritaires*. (Études et recherches, Rapport R-367). Montréal : IRSST. http://www.irsst.qc.ca/fr/publicationirsst_100042.html

Barrau, J., & Wallet, M. (2000). La conduite de projet : un outil de communication ou/et un

enjeu de management ? Réflexion à deux voix. *Actes du trente-cinquième congrès de la SELF*, Toulouse. <http://www.ergonomie-self.org/self2000/self2000pdf/hopital.pdf>

Barret, J. H., Haslam, R. A., Lee, K. G., & Ellis, M. J. (2005). Assessing attitudes and beliefs using the stage of change paradigm –case study of health and safety appraisal within a manufacturing company. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 35, 871-887.

Barthe, B. (2000). Travailler la nuit au sein d'un collectif : quels bénéfices ? In T.H. Benchekroun & A. Weill-Fassina (Eds.), *Le travail collectif, perspectives actuelles en ergonomie* (pp.235-256). Toulouse: Octarès.

Barthe, B., & Quéinnec, Y. (1999). Terminologie et perspectives d'analyse du travail collectif en ergonomie. *L'Année Psychologique*, 99, 663-686.

Barus-Michel, J. ; Enriquez, E., & Levy, A. (2002). *Vocabulaire de Psychosociologie : références et positions*. Ramonville Saint-Agne : Erès.

Beardwood, B., Walters, V., Eyles, J., & French, S. (1999). Complaints against nurses: a reflexion of the « new managerialism » and consumerism in health care. *Social Science and medicine*, 48, 363–374.

Béguin, P. (1994). *Travailler avec la C.A.O. en ingénierie industrielle : de l'individuel au collectif dans les activités avec instruments*. Thèse de doctorat en Ergonomie, CNAM, Paris.

Béguin, P. (2004). L'Ergonome, acteur de la conception. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie* (pp. 375-390). Paris: PUF

Béguin, P. (2007). Prendre en compte l'activité de travail pour concevoir. *@ctivité*, 4 (2), 107-114, <http://www.activites.org/v4n2/beguिन-FR.pdf>

Béguin, P., & Pastré, P. (2002). Working, learning and designing through simulation. . In S. Bagnara, S. Pozzi, A. Rizzo, P. Wright (Eds.), *Proceedings of the 11th European Conference on Cognitive Ergonomics: cognition, culture and design* (pp. 5-13).

Bekker, M.H.J., Croon, M.A., & Bressers, B. (2005). Child care involvement, job characteristics and work attitudes as predictors of emotional exhaustion and sickness absence. *Work & Stress*, 19 (3), 221-237.

Bénard, V., Lewkowicz, M., & Zacklad, M. (2005). Conception d'un Système d'Information pour la coopération au sein d'un réseau de santé. In *Actes de la conférence JDIR*, (pp. 20-34). Troyes, décembre. http://lewkowicz.tech-cico.fr/publi/JDIR05_benardetal.pdf

Bénard, V., Lewkowicz, M., & Zacklad, M. (2006). Au-delà du partage des données patient, un outil pour la coopération au sein d'un réseau de santé. In M. Harzallah, J. Charlet, N. Aussenac-Gilles (Eds.), *Actes de la Semaine de la Connaissance, troisièmes conférence CITE* (pp.72-82). Nantes, juin. <http://lewkowicz.tech-cico.fr/publi/cite06-benardetal.pdf>

Bennebroek Gravenhorst, K.M., Werkman, R.A., & Boonstra, J.J. (2003). The change capacity of organisations: general assessment and five configurations. *Applied Psychology: an international review*, 52 (1), 83-105.

Boitel L., Demogeot F., & Rebstock, E. (1990). *Stress en milieu de travail, approche épidémiologique*. Paris : Club européen de la santé.

Borzeix, A. (1992). L'évitement et l'engagement refusé. In A. Borzeix & B. Gardin (Eds.), *Langage et activités de service, Cahier Langage et Travail*, 4, 1-7.

Borzeix, A. (2001). Le travail et sa sociologie à l'épreuve du langage. In A. Borzeix & B. Fraenkel (Eds), *Langage et travail : communication, cognition, action* (pp. 55-87). Paris : CNRS éditions.

Borzeix, A., & Fraenkel, B. (Eds). (2001). *Langage et travail, cognition, action, communication*. Paris : CNRS éditions.

Bourbonnais, R., Brisson, C., Malenfant, R. & Vézina, M. (2004). Health Care Restructuring, Work Environment, and Health of Nurses. *American journal of industrial medicine*, 47, 54-64.

Bourdon, F., Weill-Fassina, A. (1994). Réseau et processus de coopération dans la gestion du trafic ferroviaire, *Le Travail Humain*, 57 (3), 271-287.

Bouthillette, F., Havlovic, S.J., Van der Wal, R. (2001). Restructuring the health care system in British Columbia: the experience of the shaughnessy hospital employees. *Anxiety, Stress and Coping*, 14, 75-91.

Brangier, E., & Hammes, S. (2006). *Elaboration et validation d'un questionnaire de mesure de l'acceptation des technologies de l'information et de la communication basé sur le modèle de la symbiose humain-technologie-organisation*. Actes du Congrès Ergo'IA 2006. Estia : Biarritz.

Brangier, B., & Hammes, S. (2007). Comment mesurer la relation humain-technologies-organisation? Élaboration d'un questionnaire de mesure de la relation humain-technologie-organisation basée sur le modèle de la symbiose. *Pistes*, 9 (7). <http://www.pistes.uqam.ca/v9n2/articles/v9n2a1.htm>

Brangier, E., & Valléry, G. (2004). Aspects psychologiques et organisationnels du développement des nouvelles technologies de la communication et de l'information. In E. Brangier, A. Lancry, & C. Louche (Eds), *Les dimensions humaines du travail : théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations* (pp. 213-250). Nancy : Presses Universitaires de Nancy.

Brangier, E., Lancry, A., & Louche, C. (2004). Introduction générale : le domaine de la psychologie du travail et des organisations. In E. Brangier, A. Lancry, & C. Louche (Eds), *Les dimensions humaines du travail : théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations* (pp. 15-41). Nancy : Presses Universitaires de Nancy.

Brangier, E., Lancry, A., & Louche C. (2004). *Les dimensions humaines du travail : théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy.

Bruchon-Schweitzer, M., & Dantzer, R. (1998). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : PUF.

Bucquet, D., Concom, S., & Ritchie, K. (1990). The French version of the Nottingham Health Profile: a comparison of item weights with those of the source version. *Social Science Medicine*, 30, 829-835.

Burke, R.J. (2001). Hospital restructuring and nursing staff well-being: The role of perceived hospital and union support. *Anxiety, stress and coping*, 14 (1), pp. 93-115.

Bussing, A., & Glaser, J. (2000). Four-stage process model of the core factors of burnout: the role of work stressors and work-related resources. *Work and stress*, 14 (4), 329-346.

Buunk, B.P., & Gibbons, F. X. (1997). Health, coping and well-being: perspectives from social comparison theory. Mahwah, N.J.: Erlbaum.

Cahour, B., & Pemberton, L. (2001). A model of conversational positioning in collaborative design dialogues. *AI and Society*, 15(4), 344-358.

Cahour, B., & Pentimalli, B. (2005). Conscience périphérique et travail coopératif dans un café restaurant. *@ctivité*, 2 (1), 50–75. <http://www.activites.org/v2n1/cahour.pdf>

Caillard, J.F. (2003). Agressions contre les soignants à l'hôpital. *Gestions hospitalières, Cahier 175*, 151-154.

Caillard, J.F. (2003). Articulations entre la santé au travail et la santé publique. *Archives des Maladies Professionnelles et de Médecine du Travail*, 64 (6), 391.

Carlier, X., & Hoc, J-M. (1999). Role of a common frame of reference in cognitive cooperation: sharing tasks in air traffic control. In J.M. Hoc, P. Millot, E. Hollnagel, & P.C. Cacciabue (Eds.), *Proceedings of CSAPC'99* (pp. 67-78). Valenciennes : Presses Universitaires de Valenciennes.

Carlin, N., & Morais, A. (2002). Deux expériences de prescription : en ergonomie des situations de travail et en ergonomie du logiciel. Une même pratique ? *Actes du trente-septième Congrès de la Self*, Aix-en-Provence. <http://www.ergonomie->

self.org/self2002/carlin.pdf

Caroly, S., & Weill-Fassina A. (2007). En quoi différentes approches de l'activité collective des relations de services interrogent la pluralité des modèles de l'activité en ergonomie ? *@ctivité*, 4 (1), 85-98. <http://www.activites.org/v4n1/v4n1.pdf>

Cerf, M., Valléry, G, & Boucheix, J.M. (2004). Les situations de service : enjeux et développement. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie* (pp. 565-581). Paris : PUF.

Chatigny, C. (2001). Les ressources de l'environnement: au cœur de la construction des savoirs professionnels en situation de travail et de la protection de la santé. *Pistes*, 3 (2). <http://www.pistes.uqam.ca/v3n2/articles/v3n2a7.htm>

Christophe, S., & Germain, C. (2001). Protéger la vie des autres c'est parfois se mettre en danger soi-même. *Actes du trentième sixième congrès de la Self*, Montréal. <http://www.ergonomie-self.org/self2001/v2/V2-016-R151-GERMAIN.pdf>

Claveranne, J.P., Brémond, M., & Teil, A. (Eds.) (2000). Organisation, décision et financement du système de soins. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, Dossier 33. <http://hcspp.ensp.fr/hcsppi/docspdf/adsp/adsp-33/ad331966.pdf>

Claveranne, J.P., Vinot, D., Fraisse, S., Robelet, M., Candel, D., Dubois, D., & Marchaudon, P. (2003). *Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé*. (Note de synthèse). Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/quali_profsante/qual_profes.pdf

Clément, J. M., Clément, C., & Dupuy, O. (2004). *Hôpital 2007 : les répercussions dans le champ du droit hospitalier*. Bordeaux : les Etudes Hospitalières.

Clot, Y. (2002). *La fonction psychologique du travail. Troisième édition augmentée*. Paris : Presses Universitaires de France.

Clot, Y., & Leplat, J. (2005). *La méthode clinique en Ergonomie en en Psychologie du travail*.

Le Travail Humain, 68 (4), 289-316.

Cott, C. (1997). We decide, you carry it out: a social network analysis of multidisciplinary long-term care teams. *Social Science and Medicine*, 45 (9), 1411-1421.

Couturier, Y., & Chouinard, I. (2003). La condition interdisciplinaire dans les métiers relationnels: une mise en problème à partir du cas du secteur sociosanitaire. *Esprit critique*, 5 (1), ISSN 1705-1045. <http://www.espritcritique.org>

Couturier, Y., & Daviau, J. (2003). Modèles de pratiques en sciences infirmières et nécessités d'intervenir. Mais que vient faire la notion d'intervention dans la conception de la pratique infirmière ? *Esprit Critique*, 5 (1), ISSN 1705-1045. <http://www.espritcritique.org>

Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris : Seuil.

Cunha, L., & Lacomblez, M. (2007). Marché et régulation de l'intérêt général dans le secteur du transport routier de passagers : un débat rénové par l'activité des conducteurs. *@ctivités*, 4 (1), 133-140. <http://www.activites.org/v4n1/v4n1.pdf>

Curie, J. (1996). Des conditions de la recherche scientifique en ergonomie. In F. Daniellou, *L'ergonomie en quête de ses principes, débats épistémologiques* (pp. 19-28). Toulouse : Octarès.

Daniellou, F. (1988). Ergonomie et démarche de conception dans les industries de processus continu : quelques étapes clés. *Le Travail Humain*, 51 (2), 185-194.

Daniellou, F. (1992). *Le statut de la pratique et des connaissances dans l'intervention ergonomique de conception*. Mémoire d'Habilitation à Diriger des recherches, Université Victor Segalen Bordeaux 2.

Daniellou, F. (1996). Questions épistémologiques autour de l'ergonomie. In F. Daniellou (Ed), *L'ergonomie en quête de ses principes, débats épistémologiques* (pp. 1-18). Toulouse : Octarès.

Daniellou, F. (1998). *Peut-on être chercheur en ergonomie ?* Colloque Recherche et Ergonomie organisée par la SELF, Toulouse. <http://www.ergonomie-self.org/rechergo98/html/Daniellou.html>

Daniellou, F. (2002). Le travail des prescriptions. *Actes du trente-septième Congrès de la Self*, Aix-en-Provence. <http://www.ergonomie-self.org/self2002/daniellou.pdf>

Dartevelle, M. (1992). Langage et maintien de l'ordre. In A. Borzeix & B. Gardin (Eds.), *Langage et activités de service, Cahier Langage et Travail*, 4, 9-24.

Davezies, P. (2004). *Souffrance au travail : le risque organisationnel*. Conférence introductive aux journées médicales du CISME sur le risque organisationnel, Paris. http://philippe.davezies.free.fr/download/down/Souffrance_risque_organisationnel_2004.pdf

Davezies, P. (2005). La santé au travail, une construction collective. *Santé et Travail*, 52. <http://philippe.davezies.free.fr/download/down/Collectif.pdf>

Davezies, P. (2007). Activité, subjectivité, santé. *A l'encontre*. http://www.alencontre.org/TravailSante/SanteTravB05_07.html

David, H., Volkoff, S., Cloutier, E. Derriennic, F. (2001). Vieillesse, organisation du travail et santé. *Pistes*, 3 (1). <http://www.pistes.uqam.ca/v3n1/articles/v3n1a5.htm>

De Coser, M., Pichault, F. (1998). *Traité de Sociologie du Travail*. Paris : De Boeck Université.

Dejours, C. (1993). *Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Nouvelle édition augmentée. Paris : Bayard.

Dejours, C. (1996). Epistémologie concrète et ergonomie. In F. Daniellou (s/d), *L'ergonomie en quête de ses principes, débats épistémologiques* (pp. 201-217). Toulouse : Octarès.

Dejours, C. (2005). *Le facteur humain. Quatrième édition*. Paris : PUF.

De la Garza, C. (1995). *Gestions individuelles et collectives du danger et du risque dans la maintenance d'infrastructures ferroviaires*. Thèse de doctorat en Ergonomie, Ecole Pratique des Hautes Etudes, Université Paris 5, Paris.

De la Garza, C., & Weill-Fassina, A. (2000). Régulations horizontales et verticales du risque. In T.H. Benchekroun & A. Weill-Fassina (Eds.), *Le travail collectif, perspectives actuelles en ergonomie* (pp.218-234). Toulouse : Octarès.

De la Garza, C., & Fadier, E. (2007). Le retour d'expérience en tant que cadre théorique pour l'analyse de l'activité et la conception sûre. *@ctivités*, 4 (1), 188-197, <http://www.activites.org/v4n1/v4n1.pdf>

Den Hartog, D. N., Boselie, P., & Paauwe, J. (2004). Performance Management : A Model and Research Agenda. *Applied Psychology*, 53 (4), 556–569.

Dequaire, E., & Theureau, J. (2000). Activités collectives de conduite de rotatives et prévention des risques dès la conception. *Actes du trente-cinquième congrès de la SELF*, Toulouse. <http://www.ergonomie-self.org/self2000/self2000pdf/collectif.pdf>

Desmarez P., & Freyssenet M. (Eds.). *Les énigmes du travail*. Numéro hors série de Sociologie du Travail, 38, hors série, issue des Actes du Colloque du interdisciplinaire CNRS-PIRTTEM, Travail: recherche et prospective, 1992, Lyon, décembre.

De Zanet, F., Hansez, I., Bossut, M., Vandenberghe, C., & De Keyser, V. (2004). Analyse du discours de travailleurs confrontés à des changements organisationnels: une perspective transactionnelle. *Le travail humain*, 67 (3), 257-282.

Dewe, P.J. (1988). Investigating the frequency of nursing stressors: a comparison across wards. *Social Sciences and Medicine*, 26, 375-380.

Donnet-Descartes, E., & Frattini, O. (2005). Clinique psychologique et santé publique : l'épreuve de l'expérience. In E. Donnet-Descartes & I. Donnio (Eds.), *Psychologues en santé publique. Groupe intervention-recherche Psychologues et santé publique. Publication issue des journées nationales des psychologues acteurs en santé publique, Rennes, décembre 2002*.

(pp. 21-34). Rennes : éditions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Douguet, F., Muñoz, J., & Leboul, D. (2005). Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants : Post enquête « conditions et organisation du travail dans les établissements de santé ». DRESS, série Etudes. <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud48.pdf>

Dubruque, G. (1992). *La charge de travail des infirmières dans un centre hospitalier spécialisé*. Mémoire de DU d'Ergonomie, Université Lille2.

Dumond, J.P. (2005). Sans licenciements, pourquoi les restructurations sont-elles encore brutales ? *Psychologie du travail et des organisations*, 11, 241-255.

Duraffourg, J., & Hubault, F. (1993). In F. Six & X. Vaxevanoglou (Eds.), *Les aspects collectifs du travail. Publications issues des Actes du vingt-septième congrès de la SELF* (pp. 205-211). Toulouse : Octarès.

Durand, C. (2000). *Sociologie du Travail*. Toulouse : Octarès.

Estryn-Béhar, M. (1991). *Guide des risques professionnels du personnel de service des personnels de soins*. Paris : Lamarre.

Estryn-Béhar, M. (1996). *Ergonomie hospitalière : théorie et pratique*. Paris: ESTEM.

Estryn-Béhar, M. ; Le Nézet, O. ; Duville, N. (Eds.) (2005). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Enquête Nurses' Early Exit Study – Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail. <http://www.next.uni-wuppertal.de/download/fr/BrochurePRESSTNEXT2005french.pdf>

Erbès-Séguin, S. (2004). *La sociologie du travail*. Paris : La Découverte.

Escot, C., Astero, S., Gandubert, C., Boulenger, J.P., & Ritchie, K. (2001). Stress levels in nursing staff working in oncology. *Stress and Health*, 17, 273-9

Escriba-Aguir, V., & Pérez-Hoyos, S. (2006). Psychological well-being and psychosocial work environment characteristics among emergency nursing staff. *Stress and Health*, 23 (3), 153-160.

Everaere, C. (1999). *Autonomie et collectifs de travail*. Lyon : Editions de l'Anact.

Evrest (2008). Observatoire Evolutions et Relations en Santé au Travail. http://www.istnf.fr/site/EVREST_FRANCE/Accueil/page.php

Fabi, B., Lescarbeau, R., & Blondel, C. (2001). La réorganisation du travail : synthèse de documentation et observations de terrain. *Psychologie du travail et des organisations*, 7, 15-52.

Falzon, P. (1993). Médecin, pompier, concepteur : l'activité cognitive de l'ergonome. *Performances Humaines et Techniques*, 66, 35-45. http://www.cnam.fr/ergonomie/labo/equipe/falzon/articles_pf/medecin_pompier_93.pdf

Falzon, P. (1998). *Qu'est-ce que la recherche en Ergonomie ?* Colloque Recherche et Ergonomie organisée par la SELF, Toulouse. <http://www.ergonomie-self.org/media/media30493.pdf>

Falzon, P. (Ed.) (2004). *Ergonomie*. Paris : PUF

Falzon, P. (2004). Nature, objectifs et connaissances de l'ergonomie, éléments d'une analyse cognitive de la pratique. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie* (pp. 17-35). Paris : PUF.

Faure, O. (2004). Les nouvelles pratiques de santé : acteurs, objets, logiques sociales. In P. Bourdelais, P. & O. Faure (Eds.), *Les nouvelles pratiques de santé du XVIIIe à nos jours*. Paris : Belin.

Ferland, C. (2000). *Les hôpitaux et les cliniques: architectures de la santé*. Paris : le Moniteur.

Feroni I., & Kober-Smith A. (2005). La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de

l'action publique en France et en Grande-Bretagne, *Revue Française de Sociologie*, 46 (3), 469-494.

Ferréol, G., Cauche, P., Duprez, J.M., Gadrey, N., & Simon, M. (2002). *Dictionnaire de Sociologie. Troisième édition*. Paris : Armand Colin.

Fraisse, S., & Robelet M. (2004). Au-delà du consensus : les démarches qualité à l'hôpital. In C. Amourous (Ed.), *Que faire de l'hôpital* (pp.143-174). Paris : L'Harmattan, La Librairie des humanités.

Franchisteguy, I. (2001). *Gérer le changement organisationnel à l'hôpital : des diagnostics vers un modèle intégrateur*. Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales - Université Lyon 3, Lyon. http://fdv.univ-lyon3.fr/mini_site/ifross/graphos/these/These%20IF.pdf

Freyssenet, M. (1994). Quelques pistes nouvelles de conceptualisation du travail. In P. Desmarez & M. Freyssenet (Eds.). *Les énigmes du travail, numéro hors série de Sociologie du Travail*, 38, hors série (pp. 105-122). Version modifiée et développée de « Les énigmes du travail. Quelques pistes nouvelles de conceptualisation du travail », issue des Actes du Colloque du interdisciplinaire CNRS-PIRTTEM, Travail : recherche et prospective, 1992, Lyon, décembre.

Forissier, M.F., Volckmann, C., Pugnet, G., & Davezies, P. (1991). *Ergonomie et conception des unités de soins. Analyse des difficultés à partir de trois expériences*. Colloque international Ergonomie à l'Hôpital, Paris, juillet. http://philippe.davezies.free.fr/download/down/Conception_unites_de_soins.pdf

Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle*. Paris : Seuil.

Gadbois C. (1980) Les exigences du travail hospitalier de nuit comme facteurs de la charge de travail, *Le Travail Humain*, 43, 1, 19-31.

Gadbois C. (1981) Les tâches interférentes : un problèmes caractéristique du travail hospitalier. *Soins*, 26, 51-58.

Garrigou, A. (1992). *Les apports des confrontations socio-cognitives au sein de processus de conception participatifs : le rôle de l'ergonomie*. Thèse de doctorat en Ergonomie, CNAM, Paris.

Garrigou, A. (2000). Penser la santé. In A. Garrigou (Ed.), *La santé dans tous ses états*. (pp. 7-16). Biarritz : Atlantica.

Germain, C., Deleurence, P., Juge, V., Piechnik, B., & Vacherias, J.F. (2004). Une norme tient-elle compte de l'activité réelle ? Un exemple d'application dans les engins de déneigement. *Actes du trente-neuvième congrès de la SELF*, Genève. <http://www.ergonomie-self.org/self2004/comm1.pdf>

Gheorghiu, M. D., & Moatty, F. (2003). *Le travail collectif chez les salariés de l'industrie. Groupes sociaux et enjeux de la coopération au travail*. Centres d'Etudes de l'Emploi, série Document de travail, 29. <http://www.cee-recherche.fr/fr/publicationspdf/03doc29.pdf>

Gheorgiu, M.D. et Moatty, F. (2005) *Les conditions du travail en équipe*. DRESS / CEE, série Études, 49. <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud49.pdf>

Gollac, M. (1996). Le capital est dans le réseau: la coopération dans l'usage de l'informatique. *Travail et Emploi*, 68, 38-60.

Gonon, O. (2003). Des régulations en lien avec l'âge, la santé et les caractéristiques du travail : le cas des infirmières d'un centre hospitalier français. *Pistes*, 5 (1). <http://pettnt/pistes/v5n1/articles/v5n1a1.htm>

González, R. (2004). L'analyse réflexive collective de l'activité de cadres de direction dans une relation de service « centrée sur autrui » -un cas de formation-action ergonomique dans le secteur des « crèches » municipales en France. *Pistes*, 6 (2), <http://www.pistes.uqam.ca/v6n2/articles/v6n2a3.htm>

Gonzales, E. (2006). *L'architecture et l'hôpital. Impacts des évolutions du système hospitalier dans l'architecture hospitalière*. Mémoire de Master2, Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé,

Université Lille2.

Goodwin, C., & Goodwin, M.H., (1997). La coopération au travail dans un aéroport, *Réseaux* 85, 129-162.

Got, C. (2005). *L'expertise en santé publique*. Paris : PUF.

Graham, J., Albery, I.P., Ramirez, A.J., & Richards, M.A. (2001). How hospital consultants cope with stress at work: implications for their mental health. *Stress and Health*, 17 (2), 85-89.

Grass, A., Grangeat, M., & Allenet, B. (2007). Analyser l'activité de médecins hospitaliers pour concevoir la formation : le cas de la prescription de neuroleptiques. *@ctivité*, 4(1), 30-48. <http://www.activites.org/v4.n1/v4n1.pdf>

Gronier, G. (2006). *Psychologie Ergonomique du travail collectif assisté par ordinateur : l'utilisation du collecticiel dans les projets de conception de produits*. Thèse de doctorat en Psychologie, Université de Franche Comté, Besançon.

Grosjean, M. (2004). Les communications dans les collectifs de travail. L'exemple des centres opérationnels (PCC du RER et CTA). In M. Bromberg & A. Trognon (Eds.), *Psychologie sociale et communication* (pp. 191-201). Paris: Dunod.

Grosjean, M. (2005). L'awareness à l'épreuve des activités dans les centres de coordination. *@ctivité*, 2 (1), 76-98. <http://www.activites.org/v2n1/grosjean.pdf>

Grosjean, M., & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris : PUF, Paris.

Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J., & Kerguelen, A. (2001). *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie* Lyon : Editions de l'Anact.

Guilbert, L., & Lancry, A. (2005). Les activités, temps et lieux de vie des cadres: Un système de déterminants individuels, contextuels et technologiques. *@ctivité*, 2 (2).

<http://www.activites.org/v2n2/guilbert.pdf>

Haas, M. de, Algera, J. A., Van Tuijl, F. J. M., & Meulman, J. J. (2000). Macro and Micro Goal Setting: In Search of Coherence. *Applied Psychology*, 49 (3), 579–595.

Habermas, J. (1987). *Théorie de l'agir c communicationnel*. Paris : Fayard.

Hackman J.R., & Oldman G.R. (1975). Development of the job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60 (2), 159-170.

Happell, B., Pinikahana, J., & Martin, T. (2003). Stress and burnout in forensic psychiatric nursing. *Stress and Health*, 19 (2), 63-68.

Haradji, Y., & Faveaux, L. (2006). Evolution de notre pratique de conception (1985-2005) : modéliser pour mieux coopérer à partir des critères d'utilité, d'utilisabilité... *@ctivité*, 3 (1).
<http://www.activites.org/v3n1/haradji.pdf>

Hatchuel A. (1996). Coopération et conception collective. Variété et crises des rapports de prescription. In G. de Terssac & E. Friedberg (Eds.), *Coopération et conception* (pp. 101-119). Toulouse : Octarès.

Heath, C., & Luff, P. (1994). Activité distribuée et organisation de l'interaction. *Sociologie du Travail*, 36 (4), 523-545.

Heath, C., Svensson, M.S., Hindmarsh, J., Luff, P., & Vom Lehn, D. (2002). Configuring awareness. *CSCW*, 11 (1-2), 317-347.

Helfer, J.P.; Kalika, M. ; & Orsoni, J. (1998). *Management, stratégie et organisation. Deuxième édition*. Paris : Vuibert.

Héran, F. (1997). Le recul du déterminisme, fondement du changement organisationnel. *Cahiers lillois d'économie et de sociologie*, 29 (1), 123-139.

Hoc, J-M. (1996) *Supervision et contrôle de processus: la cognition en situation dynamique*.

Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble

Hoc, J.M., & Amalberti, R. (1994). Diagnostic et prise de décision dans les situations dynamiques. *Psychologie Française*, 39, 177-192.

Hoc, J.-M., & Amalberti, R. (1999). Analyse des activités cognitives en situations dynamique: D'un cadre théorique à une méthode. *Le Travail Humain*, 62, 97-129

Hoc, J. M.. (2001). Towards a cognitive approach to human-machine cooperation in dynamic situations. *International Journal of Human-Computer Studies*, 54, 509-540.

Honoré, B. (1996). *La santé en projet*. Paris : Interéditions.

Hours B. (2001). *Pour une anthropologie de la santé en société*. In B. Hours (Eds.), *Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie* (pp. 5-21). Paris : Karthala.

Hubault, F. (1996). De quoi l'ergonomie peut-elle faire l'analyse ? In F. Daniellou *L'ergonomie en quête de ses principes, débats épistémologiques* (pp. 103-140). Toulouse: Octarès.

Huberman, M.B., & Miles, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (M.H. Rispal. Trad.). Bruxelles : De Boeck Université.

Jeurissen, T., & Nyklicek, I. (2001). Testing the Vitamin Model of Job stress in Dutch Health Care Workers. *Work & Stress*, 15 (3), 254-264.

Jones, M., Smith, K., & Johnston, D.W. (2005). Exploring the michigan model: The relationship of personality, managerial support and organizational structure with health outcomes in entrants to the healthcare environment. *Work and stress*, 19 (1), 1-22

Jones, J.G. (1987). Stress in psychiatric nursing. In R. Payne & J. Firth-Cozens (Eds.), *Stress in health professionals* (189-210). Chisester: Wiley.

Joseph, I. (1994). Attention distribuée, attention focalisée. Les protocoles de la coopération au

PCC de la ligne A du RER. *Sociologie du Travail*, 36 (4), 563-587.

Kalimo, P., Pahkin, K., Mutanen, P., & Toppinen-tenner, S. (2003). Staying well or burning out at work: work characteristics and personal resources as long term predictors. *Work and Stress*, 17 (2), 109-122.

Karasek, R., & Theorell, T., (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic Books.

Kim, J., & Motsei M. (2002). Women enjoy punishment: Attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. *Social Science and Medicine*, 54, 1243–1254.

Karsenty, L., & Falzon, P. (1992). Cadre général pour l'étude des dialogues orientés-tâche. In *Actes du vingt-septième congrès de la SELF* (pp. 57-60). Lille, septembre.

Kostulski, K. (2000). Communication et accomplissement collectif de l'activité : une perspective conversationnelle. Appliquée aux transmissions dans les équipes de soin à l'hôpital. *Actes du trente-cinquième congrès de la SELF*, Toulouse. <http://www.ergonomie-self.org/self2000/self2000pdf/collectif.pdf>

Kuhn, T. S. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago University Press (L. Meyer. Trad. Flammarion, Paris, 1983).

Lacoste, M. (2000). Le langage et la structuration des collectifs. In A. Weill-Fassina. & T.H. Benchekroun (Eds.). *Le travail collectif – Perspectives actuelles en ergonomie* (pp. 55-70). Toulouse : Octarès.

Lacoste, M. (2001). Quand communiquer c'est coordonner. Communication à l'hôpital et coordination des équipes. In A. Borzeix & B. Fraenkel (Eds.), *Langage et travail, Communication, cognition, action*. (pp. 323-342). Paris : CNRS Éditions.

Lancry, A., & Ponnelle, S. (2004). La santé psychique au travail. In E. Brangier, A. Lancry, A., & C. Louche (Eds.). *Les dimensions humaines du travail : théories et pratiques de la*

psychologie du travail et des organisations (pp. 285-312). Nancy : Presses Universitaires de Nancy.

Lang, N. (2000). *Outils des enseignants et les élèves de lycée professionnel. Pour former des acteurs ergonomiques*. Thèse de doctorat en ergonomie de l'École pratique des hautes études, Université Paris 8, Paris.

Lauzon, S., & Pépin, J. (2000). L'appréhension de la substance infirmière par l'examen de concepts ayant fait l'objet d'analyses. *Recherches en soins infirmiers*, 63, 10-19.

Lapeyrière, S. (1992). Informatisation du dossier médical : à propos des « collectifs » de travail. In *Actes du vingt-septième congrès de la SELF* (pp. 25-28). Lille, septembre.

Lapeyrière, S. (2000). Communications dans le travail. Mieux les analyser pour prévoir des organisations de travail cohérentes et coopératives. *Actes du trente-cinquième congrès de la SELF*, Toulouse. <http://www.ergonomie-self.org/self2000/self2000pdf/cooperation.pdf>

Lave, J. (1988). *Cognition in practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Lawoko, S., Soares, J., & Peter, P. (2004). Violence towards psychiatric staff: a comparison of gender, job and environmental characteristics in England and Sweden. *Work and stress*, 18 (1), 39-55.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. London : Oxford University Press.

Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

Lecoze, J.C. (2004). Enquête après accidents majeurs. L'approche systémique et organisationnelle. *Préventique Sécurité*, 74, pp. 30-34.

Le Duff, R. (Ed.) (1999). *Encyclopédie de la gestion et du management, EGM*. Paris : Dalloz.

Le Mandat, M. (1989). *Prévoir l'espace hospitalier*. Paris : Berger-Levrault.

Leduc, S., & Valléry, G. (2004). Normalisation des services et travail réel : l'exemple de la prescription de l'accueil en bureau de poste. *Actes du trente-neuvième congrès de la Self*, Genève. <http://www.ergonomie-self.org/self2004/comm2.pdf>

Lemoigne, J.L. (1999). *La Modélisation des systèmes complexes. Quatrième édition*. Paris : Dunod.

Leplat, J. (1982). Le terrain, stimulant ou obstacle au développement de la psychologie cognitive . *Cahiers de psychologie cognitive*, 2, 2, 115-130.

Leplat, J. (1993). Ergonomie et activités collectives. In F. Six & X. Vaxevanoglou (Eds.), *Les aspects collectifs du travail. Publications issues des Actes du vingt-septième congrès de la SELF* (pp. 7-27). Toulouse : Octarès.

Leplat, J. (1996). Petite histoire pour des histoires. In Y. Clot (Ed.), *Les histoires de la psychologie du travail. Approches pluridisciplinaires* (pp. 7-97). Toulouse : Octarès,.

Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité de travail. Contribution à la psychologie ergonomique*. Paris : PUF.

Leplat, J. (2000). *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie*. Toulouse : Octarès.

Leplat, J. (2002). De l'étude de cas à l'analyse de l'activité. *Pistes*, 4 (2). <http://www.pistes.uqam.ca/v4n2/articles/v4n2a8.htm>

Leplat, J. (2003). La modélisation en ergonomie à travers son histoire. In J.C. Spérandio & M. Wolff (Eds.), *Formalismes de modélisation pour l'analyse du travail et l'ergonomie* (pp. 1-26). Paris : PUF.

Leplat, J. (2004). L'analyse psychologique du travail. *Revue européenne de Psychologie Appliquée*, 54, 101-108.

Leplat J. (2006). La notion de régulation dans l'analyse de l'activité. *Pistes*, 8 (1), <http://www.pistes.uqam.ca/v8n1/articles/v8n1a7.htm>

Leplat J., & Savoyant X. (1983). Statut et fonction des communications dans l'activité des équipes de travail. *Psychologie française*, 28 (3/4), 247-253.

Levy-Leboyer, C., & Pineau, C. (2004). Caractéristiques organisationnelles, style de leadership et réussite dans la recherche biomédicale. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 54, 79-93.

Lhuillier, D. (2006). Cliniques du travail, enjeux et pratiques. *Pratiques Psychologiques*, 12, 205-219.

Litim, M., & Kostulski, K. (2006). Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 1, 45-54. Paris : Erès.

Livian, Y.F. (1998). *Organisation : théories et pratiques*. Paris : Dunod.

Livian, Y.F. (2004). *Management comparé*. Paris : Economica.

Lohisse, J. (2001). *La communication : de la transmission à la relation*. Bruxelles : De Boeck Université.

Lok, P., Westwood, R., & Crawford, J. (2005). The significance of organizational subculture for organizational commitment. *Applied Psychology*, 54 (4), 491-515.

Louche, C., & Lanneau, C. (2004). Effets à long terme de l'engagement dans une organisation industrielle. *Psychologie du travail et des organisations*, 10, 189-203.

Lovell, A. M. (2002). A propos de la maladie mentale : compte rendu de J.-P. Martin, Psychiatrie dans la ville. Pratiques et clinique de terrain. *Mouvements*, 20, 166-170. <http://www.cairn.info/revue-mouvements-2002-2-page-163.htm>

Maciel, R. (1998). Participatory ergonomics and organizational change. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 22, 319 – 325.

Maline J. (1994). *Simuler le travail, une aide à la conduite de projet*. Paris : Anact éditions.

Mathis, D. (2002). *Les Etablissement Publics de Santé Mentale. Deuxième édition*. Bordeaux : Les Etudes hospitalières.

Martin, C. (2000). *Maîtrise d'ouvrage maîtrise d'œuvre, construire un vrai dialogue. La contribution de l'ergonomie à la conduite du projet architectural*. Toulouse : Octarès.

Martin, C. (2004). L'ergonome dans les projets architecturaux. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie* (pp. 421-436). Paris : PUF.

Martin, C., & Gadbois, C. (2004). L'Ergonomie à l'hôpital. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie* (pp. 603-620). Paris : PUF.

Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Editions d'Organisations.

Mintzberg, H. (1986). *Le pouvoir dans les organisations*. (P. Sager. Trad.) Paris : Editions d'Organisation.

Mintzberg, H. (1990). *Structure et dynamique des organisations*. (J.M. Béhar. Trad.) Paris : Editions d'Organisation.

Mintzberg, H. (1999). *Grandeur et décadence de la planification stratégique*. (P. Romelaere. Trad.) Paris : Dunod.

Mintzberg, H. (2004). *Le Management : Voyage au centre des organisations*. Deuxième édition revue et corrigée. (J.M. Béhar., & N. Tremblay. Trad.) Paris : Editions d'Organisation.

Minvielle E. (1986). *Gérer la singularité à grande échelle*. Thèse de Doctorat en Sciences de

Gestion, Ecole Polytechnique, Paris.

Moatty, F. (1995). Les communications de travail : comment et avec qui ?. *La Lettre du Centre d'Etude de l'Emploi*, 39, p.12.

Molinier, P. (1993). La formation continue au risque de penser. *Education Permanente*, 117, 101-111.

Molinier, P. (1995). *Psychodynamique du travail et identité sexuelle*. Thèse en Psychologie, CNAM, Paris.

Monod, H., & Kapitaniak, B. (2003). *Abrégé d'ergonomie*. Paris : Masson.

Montmollin, M. de (1997). *Vocabulaire de l'Ergonomie*. Toulouse : Octarès.

Montmollin, M. de (2003). *Discours sur l'organisation du travail*. Paris : L'Harmattan.

Moors, S. (1998). *Stress et travail : origines, approches*. Bruxelles : Institut National de Recherche sur les Conditions de Travail.

Munduate L., & Bennebroek Gravenhorst, K.M. (2003). Power dynamics and organisational change. *Applied Psychology*, 52 (1), 1-13.

Muncer, S., Taylor, S., Green, D., & Mc Manus, I. (2001). Nurses representations of the perceived causes of work-related stress: A network drawing approach. *Work and Stress* 15 (1), 40-52.

Munduteguy, C., Darses, F., & Souldard, P. (1998). Activités coopératives dans une situation dynamique : le travail d'une équipe d'acousticiens. *Actes du trente-troisième Congrès de la SELF*, Paris.

http://www.cnam.fr/ergonomie/labo/equipe/darses/darses_articles/1998/activ_coop.pdf

Munduteguy, C, & Darses, F. (2000). Facteurs de transgression d'un mode de coopération prescrit par l'organisation pour un mode de coopération adapté à résoudre In T. H.

Benckroun & A. Weill-Fassina (Eds), *Approches ergonomiques du travail collectif dans les systèmes socio-techniques* (pp. 165-192). Toulouse : Octarès.

Nardi, B. A. (Ed.) (1996). *Context and consciousness: Activity theory and human-computer interaction*. Cambridge, MA: MIT Press.

Naville, P. (1961). Le progrès technique, l'évolution du travail et l'organisation de l'entreprise. In G. Friedman & P. Naville (Eds.), *Traité de sociologie du travail, volume 1*. Paris : Armand Collin.

Neboit, M., & Vézina, M. (Eds.). (2002). *Stress au travail et santé psychique*. Toulouse : Octarès.

Navarro, C. (1993). L'étude des activités collectives de travail: aspects fondamentaux et méthodologiques. In F. Six & X. Vaxevanoglou (Eds.), *Les aspects collectifs du travail. Publications issues des Actes du vingt-septième congrès de la SELF* (pp. 91-106). Toulouse: Octarès.

Noro, K., & Imada, A.S. (1991). *Participatory ergonomics*. London: Taylor and Francis.

Pascal, C. (2004). Du colloque singulier au colloque pluriel : le processus au service du mieux faire ensemble. In C. Amourous (Ed.), *Que faire de l'hôpital* (pp. 73-104). Paris : L'Harmattan, La Librairie des humanités.

Pavard, P. (2000). Apport des théories de la complexité à l'étude des systèmes coopératifs. In T.H. Benckroun & A. Weill-Fassina (Eds.), *Le travail collectif, perspectives actuelles en ergonomie* (pp. 19-34). Toulouse : Octarès.

Pavard, B., Benckroun, H., & Salembier, P. (1990). La régulation collective des communications : analyse et modélisation. *Actes du Congrès ErgoIA'90*. Estia : Biarritz.

Pavageau, P., Nascimento, A., & Falzon P. (2007). Les risques d'exclusion dans un contexte de transformation organisationnelle. *Pistes*, 9(2), <http://www.pistes.uqam.ca/v9n2/pdf/v9n2a6.pdf>

Piaget, J. (1967). *Biologie et connaissance*. Paris : Éditions de la Pléiade.

Pichault, F., & Schoeners, F (2003). HRM practices in a process of organisational change: a contextualist perspective. *Applied Psychology*, 52 (1), 120-143.

Piel, E., Roelandt, J.L. (2001). *De la Psychiatrie vers la Santé Mentale* (Rapport de mission). Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé. [www.pjd31.org/docs/Reformes/De la psychiatrie vers la sante mentale.pdf](http://www.pjd31.org/docs/Reformes/De_la_psychiatrie_vers_la_sante_mentale.pdf)

Pène, S. (2001). Les agencements de la qualité. In A. Borzeix & B. Fraenkel (Eds.), *Langage et travail. Communication, cognition, action* (pp. 303–321). Paris : CNRS Éditions.

Picard, R. (2007). Les impacts des changements organisationnels autour des TIC. *Pistes*, 9 (2). <http://www.pistes.uqam.ca/v9n2/articles/v9n2a7.htm>

Piko, B. F. (2003). Psychosocial work environment and Psychosomatic health of nurses in Hungary. *Work and Stress*, 17 (1), 93-100.

Prunier, S., & Gadbois, C. (1996). Quand le questionnaire s'impose à l'ergonome. In R. Patesson (Ed.), *Intervenir par l'Ergonomie : regards, diagnostics et actions de l'Ergonomie contemporaine, Publications issues du trente-et-unième Congrès de la SELF* (pp. 82-89). Bruxelles : Patesson Editions, Bruxelles.

Queindec, Y., Marquié, J. C., & Thon, B. (1991). Modèles, comportements et analyses du travail. In R. Amalberti, M. de Montmollin, & J. Theureau (Eds.), *Modèles en analyse du travail, Psychologie et Sciences Humaines* (pp. 25-48). Liège, Belgique : Mardaga.

Rabardel, P. (1995). *Les hommes et les technologies. Approche cognitive des instruments contemporains*, Paris : Armand Colin.

Rabardel, P., Béguin, P., & Rogalski, J. (1996). Les Processus de coopération à l'articulation entre modalités organisationnelles et activités individuelles. In G. de Terssac & E. Friedberg (Eds), *Coopération et conception* (pp. 289-306). Toulouse : Octarès.

Rasmussen, J. (1986). Information processing and human-machine interaction: An approach to cognitive engineering. New York : North-Holland.
http://projects.ischool.washington.edu/chii/Publications/rasmussen_1986book.pdf

Reynaud, J. D. (1993). Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale. Paris : Armand Colin Editeur.

Reynaud, J. D. (2003). Régulation de contrôle, régulation autonome, régulation conjointe. In G. de Terssac (Ed.), *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud* (pp. 103-113). Paris : La Découverte.

Reynaud E., & Reynaud J.D. (1994). La régulation conjointe et ses dérèglements, *Le travail humain*, 57, 227-238.

Richard, P. (2002). Professionnalisation des ergonomes. Du métier prescrit aux métiers réels. *Actes du trente-septième Congrès de la Self*, Aix-en-Provence. <http://www.ergonomie-self.org/self2002/richard.pdf>

Ricœur, P. (1986). *Du texte à l'action, Essais d'herméneutique II*. Paris : Editions du Seuil.

Reason, J. (1994). Three Approaches of the Participative Inquiry. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 324-339). London: Sage.

Reuchlin, M. (1992). Les méthodes en Psychologie. Paris : PUF.

Rogalski, J. (1994). Formation aux activités collectives. *Le travail humain*, 57, 425-443.

Sainsaulieu, I. 52006. Les appartenances collectives à l'hôpital. *Sociologie u travail*. 48 (1), 72-87.

Salembier, P. & Pavard, B. (2003). Analyse et coopération des activités coopératives situées. Evolutions d'un questionnement et apports à la conception. *@ctivité*, 1 (1).
<http://www.activites.org/v1n1/salembier.pdf>

Sarp, N., Yarpuzlu, A.A., & Önder, Ö.R. (2005). Short Communication: A Comparative Study of Organizational Stress in Three Hospitals in Ankara, Turkey. *Stress and Health, 21*, 193-197.

Six, F., & Vaxevanoglou, X. (1993) (Eds.), *Les aspects collectifs du travail, vingt huitième congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française*, Toulouse : Octarès.

Soares, J.F., Lawoko, S., & Nolan, P. (2000). The nature, extent and determinants of violence against psychiatric personnel. *Work and Stress, 14*, 105–120.

Spérandio, J.C. (2003). Modèles et formalisme, ou le fond et la forme. In J.C. Spérandio & M. Wolff (Eds.), *Formalismes de modélisation pour l'analyse du travail et l'ergonomie* (pp.27-76). Paris : PUF.

Stuedler, F. (2004). Le management hospitalier de demain : approche sociologique. In C. Amourous (Ed.), *Que faire de l'hôpital* (pp. 259-286). Paris : L'Harmattan, La Librairie des humanités.

Stinglhamber, F., Bentein, K., & Vandenberghe, C. (2004). Congruence de valeurs et engagement envers l'organisation et le groupe de travail. *Psychologie du travail et des organisations, 10*, 165-187.

Suchman, L. (1987). *Plans and situated actions: the problem of human / machine communication*. Cambridge: Cambridge University Press.

Tafani, E., & Bellon, S. (2003). L'étude expérimentale des représentations sociales. In J.-C. Abric. (Ed.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 255-277). Ramonville Saint-Agne : Erès.

Teil, A. (2004). De l'ambivalence du concept de performance à la vision partagée des acteurs : le cas de l'hôpital. In C. Amourous (Ed.), *Que faire de l'hôpital* (pp. 105-142). Paris : L'Harmattan, La Librairie des humanités.

Terressac, G. de (1992). *Autonomie dans le travail*. Paris : PUF.

Terressac, G. de, & Chabaud, C. (1990). Référentiel opératif commun et fiabilité. In J. Leplat & G. de Terressac (Eds.), *Les facteurs humains de la fiabilité dans les systèmes complexes* (pp. 111-139). Toulouse, France : Octarès.

Terressac, G. de, Lompré, N., Erschler, J. & Huguet, M.J., (1993). *La renégociation de contraintes*. In Colloque CNRS Recherches pour l'ergonomie (pp. 199-209), Toulouse, Novembre.

Theureau, J. (1981) Analyse ergonomique de l'espace de travail et programmation des nouvelles unités de soins hospitalières. *Soins*, 26 (12).

Theureau, J. (1992). *Le cours d'action : analyse sémio logique*. Berne : Peter Lang.

Theureau, J. (2006). *Le Cours d'Action, Méthode développée*. Toulouse : Octarès.

Theureau, J., & Pinsky, L. (1984) Paradoxe de l'ergonomie de conception et logiciel informatique. *Revue des Conditions de Travail*, 9, 25-31.

Toniolo, A.M. (2005). Résolution de problème individuel en situation collective : une dynamique complexe à l'épreuve de l'expérimentation. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 55, 29-42.

Toupin, C. (2005). L'élaboration des stratégies de travail nocturnes : le cas d'infirmières de nuit d'un service de pneumologie français. *Pistes*, 7 (1), <http://pettnt/pistes/v7n1/articles/v7n1a4.htm>

Teil, A. (2004). De l'ambivalence du concept de performance à la vision partagée des acteurs : le cas de l'hôpital. In C. Amourous (Ed.), *Que faire de l'hôpital* (pp. 105-142). Paris : L'Harmattan, La Librairie des humanités.

Trognon, A., Dessagne, L., Hoch, R., Dammerey, C., & Meyer, C. (2004). Groupes, collectifs et communications au travail. In E. Brangier, A. Lancry, & C. Louche (Eds.), *Les dimensions*

humaines du travail : Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations (pp. 415-449). Nancy : Presses Universitaires de Nancy.

Tulchinsky, T.H., Varavikova, E.A. (2000). *The new public health : an introduction for the 21th century*. San Diego: Academic Press.

Tummers, G.E.R., Landeweerd, J.A., & Merode, G.G. (2002). Work Organisation, Work Characteristics, and Their Psychological Effects on Nurses in the Netherlands. *International Journal of Stress Management*, 9 (3), 183-206.

Vacherand-Revel, J. (2007). Enjeux de la médiatisation du travail coopératif distribué dans les équipes de projets de conception. *Pistes*, 9 (2), <http://www.pistes.uqam.ca/v9n2/articles/v9n2a8.htm>

Valléry, G., & Leduc, S. (2005) Contribution ergonomique à l'analyse des relations de service : à propos de la professionnalisation d'une fonction d'accueil, l'exemple des agents de contact en bureau de poste. *Le Travail Humain*, 68 (2), 153-189.

Valléry, G., & Sassier, J-M. (1999). La dimension interculturelle de la relation de service : l'activité des agents d'accueil et d'information dans un aéroport. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 5, 149-164.

Van Daele, A. (2003). Genre et leadership : une étude chez des infirmier(e)s. In N. Delobbe, G. Karnas, & C. Vandenberghe (Eds), *Développement des compétences, investissement professionnel et bien-être des personnes*, volume 2. Louvain, Belgique : Presses universitaires de Louvain. <http://w3.umh.ac.be/psytrav/PDF/GISEH03.pdf>

Van Daele, A., & Carpinelli, (2000). About the planning difficulties in managing dynamics environments. *Proceedings of the 14th Triennial Congress of the International Ergonomics Association and the 44 th Annual Meeting of the Human Factors and Ergonomics Society*. http://w3.umh.ac.be/psytrav/PDF/IEA_traduit%20final.pdf

Van Daele, A., & Carpinelli, F. (2001). La planification dans la gestion des environnements dynamiques : quelques apports récents de la psychologie ergonomique. *Psychologie*

Française, 46 (2), 143-152. <http://w3.umh.ac.be/psytrav/PDF/GISEH03.pdf>

Van Daele, A., & Ait Aneur, L. (2003). Contribution de l'ergonomie à l'informatisation hospitalière : le cas de la gestion des lits. *Actes du congrès GISEH 2003*, 435-441. <http://w3.umh.ac.be/psytrav/PDF/GISEH03.pdf>

Van den Berg, P.T., & Wilderom, C.P.M. (2004). Defining, Measuring and Comparing Organisational Cultures. *Applied Psychology*, 53 (4), 570–582.

Vaxevanoglou, X. (1997). *Déterminants organisationnels et psychosociaux, activité de travail et santé psychique au travail*. Thèse, Université de Picardie Jules Verne, Amiens. Lille : Presses Universitaires du Septentrion (1999).

Vaxevanoglou, X. (2002a). Santé psychique et stress au travail : évolution des conceptions. In M. Neboit & M. Vézina (Eds.), *Stress au travail et santé psychique* (pp. 39-44). Toulouse : Octarès.

Vaxevanoglou, X. (2002b). Le stress au travail et la santé psychique du point de vue de l'ergonomie de l'activité. In M. Neboit & M. Vézina (Eds.), *Stress au travail et santé psychique* (pp. 119-127). Toulouse : Octarès.

Vaxevanoglou, X. (2002c). Les déterminants organisationnels et psychosociaux du stress des équipes soignantes. In M. Neboit & M. Vézina (Eds.), *Stress au travail et santé psychique* (pp. 209-226). Toulouse : Octarès.

Vaxevanoglou, X., Six, F., Merchi, M., & Frimat, P. (1993). A propos du travail collectif sur les chantiers du BTP. In F. Six & X. Vaxevanoglou (Eds.), *Les aspects collectifs du travail, vingt huitième congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française* (pp 119-126). Toulouse : Octarès.

Vézina, M., & Dussault, J. (2005). Au-delà de la relation « bourreau-victime » dans l'analyse d'une situation de harcèlement psychologique au travail. *Pistes*, 7 (3). <http://www.pistes.ugam.ca/v7n3/articles/v7n3a14.htm>

Volkoff, S. (2005). Des comptes à rendre : usages des analyses quantitatives en santé au travail pour l'Ergonomie. In S. Volkoff (Ed), *L'ergonomie et les chiffres de la santé au travail : ressources, tensions et pièges* (pp. 3-74). Toulouse : Octarès, Toulouse.

Vian, S. (1985). Architecture et ergonomie hospitalière. Thèse de Médecine, Université Lille2, Lille.

Vinck, D. (2001). *Une analyse à chaud et personnelle des relations entre ergonomie et pluridisciplinarité*. Journée d'étude Pluridisciplinarité en santé au travail : des échanges de pratiques, organisée par la SELF. <http://www.ergonomie-self.org/juin01/vinck.pdf>

Vinck, D. (2003). L'instrumentation du travail interdisciplinaire: cadrage des échanges et médiation par les objets intermédiaires. *Esprit Critique*, 5 (1), ISSN 1705-1045. <http://www.espritcritique.org>

Villatte R., Gadbois C., Bourne J.P., & Visier, L. (1993). *Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital*. Paris : InterEditions.

Vinot, D. (2004). Les paradoxes du management par projets à l'hôpital. In C. Amourous (Ed.), *Que faire de l'hôpital* (pp. 203-257). Paris : L'Harmattan, La Librairie des humanités.

Wallet M. (1993). *La structuration temporelle de l'intervention ergonomique : un projet de conception architecturale à l'hôpital*. Mémoire d'ergonome, CNAM, Paris.

Weill-Fassina, A., & Benckroun, T.H. (2000). Diversité des approches et objets d'analyse du travail collectif en ergonomie. In T.H. Benckroun & A. Weill-Fassina (Eds.) *Le Travail collectif : perspective actuelles en ergonomie*, (pp. 1-15). Toulouse : Octarès.

Weiner, N. (1948). *Cybernetics*. Paris: Hermann.

Winstanley, S., & Whittington, R. (2002). Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: a model of burnout and vulnerability to aggression. *Work and Stress*, 16, 302-315.

Wisner, A. (1996). Questions épistémologiques en ergonomie et en analyse du travail. In F. Daniellou (Ed.), *L'ergonomie en quête de ses principes, débats épistémologiques* (pp. 29-56). Toulouse : Octarès.

Wisner A, (1993). L'émergence de la dimension collective du travail. In F. Six & X. Vaxevanoglou (Eds.), *Les aspects collectifs du travail, vingt huitième congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française* (pp. 175-182). Toulouse : Octarès.

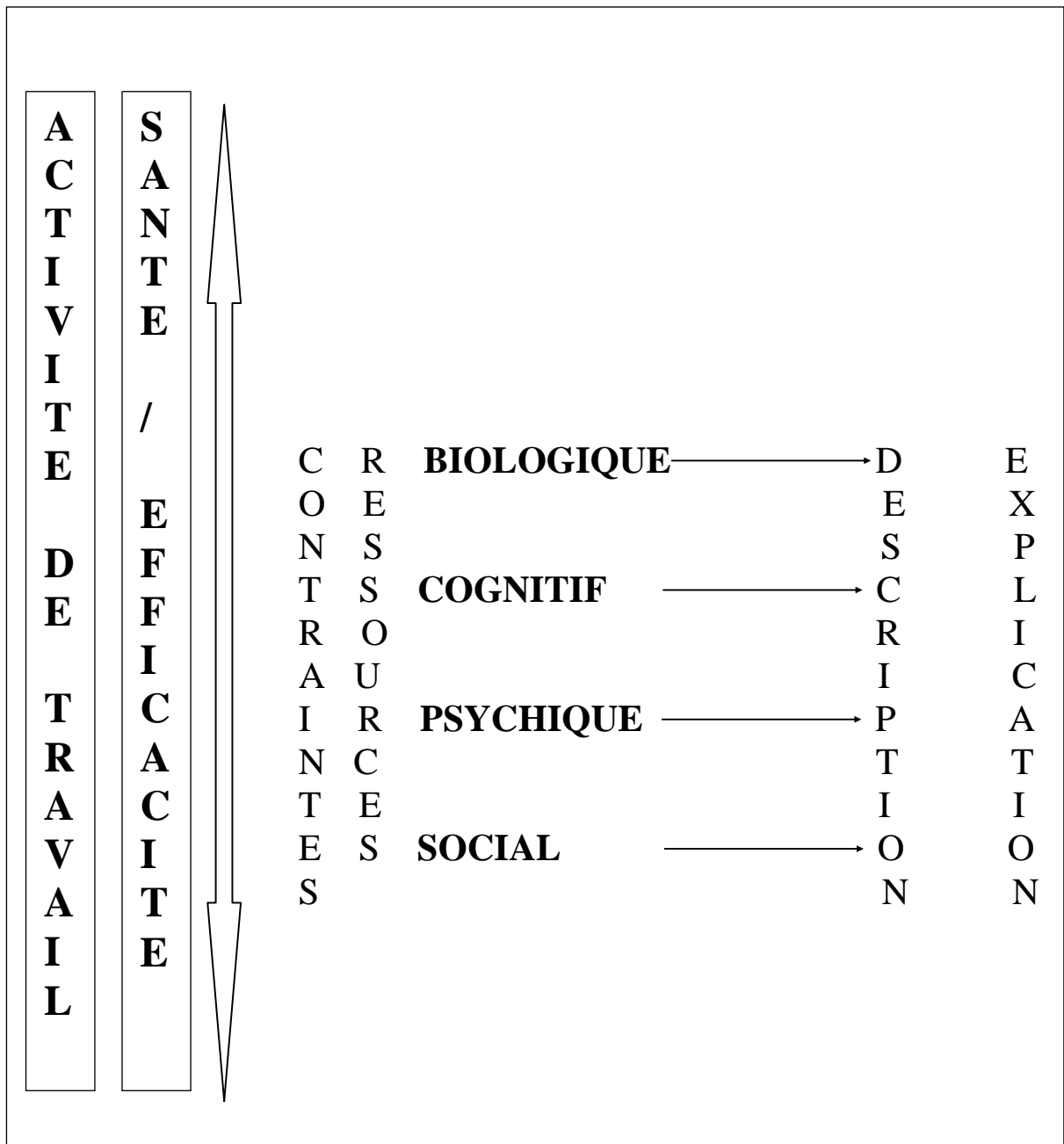
Wisner, A. (1991). La méthodologie en ergonomie : d'hier, à aujourd'hui. *Performances Humaines & techniques*, 50, 32-38.

Zarifian, P. (1995). *Le travail et l'événement*. Paris : L'Harmattan.

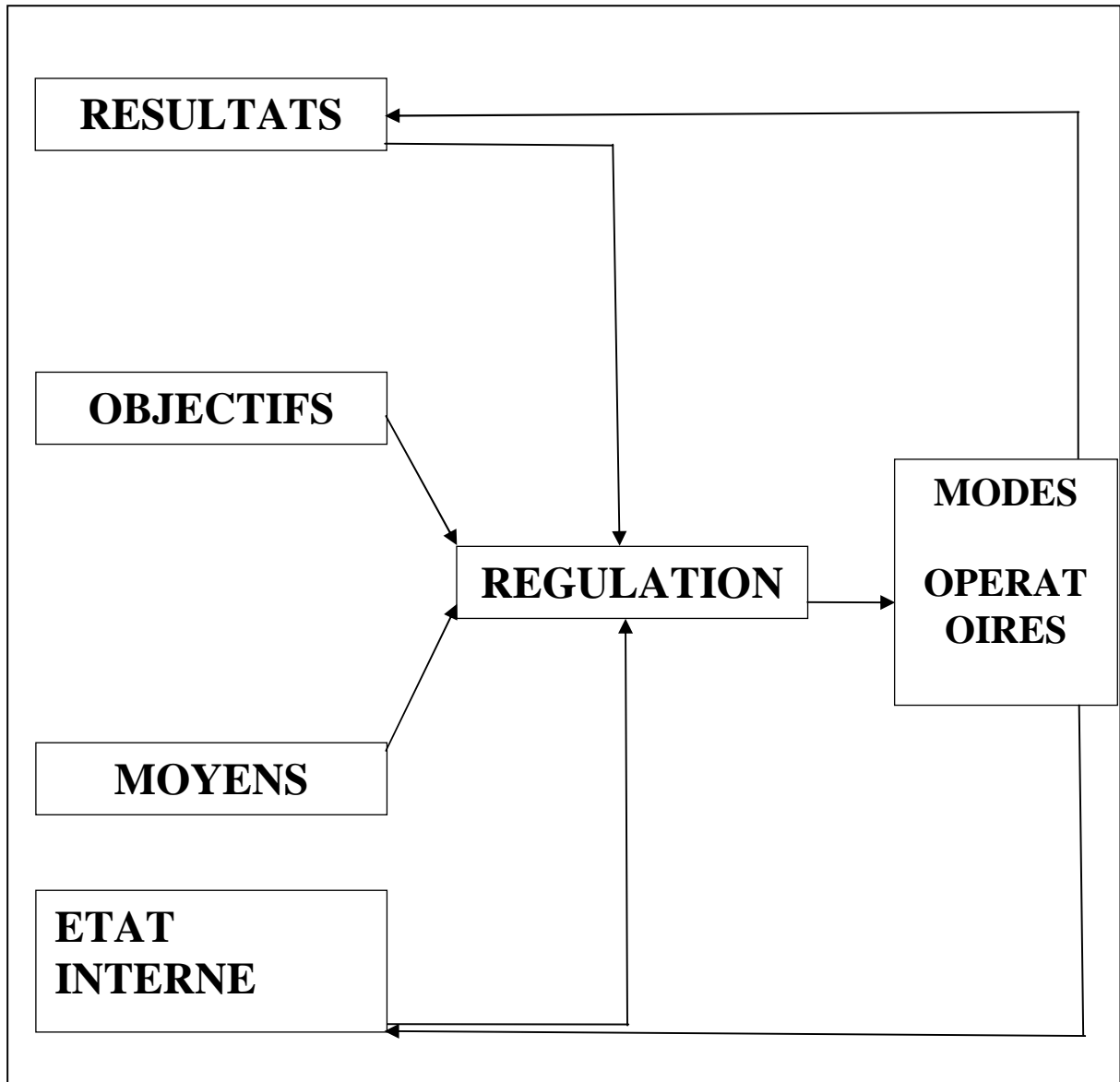
ANNEXE SOMMAIRE

- Annexe 1** modèles des liens entre travail et santé
- Annexe 2** éléments méthodologiques de l'Analyse Ergonomique du Travail (AET)
- Annexe 3** éléments méthodologiques de la démarche de conception architecturale
- Annexe 4** représentation schématique de la démarche d'accompagnement / de conduite de projet de restructurations hospitalières
- Annexe 5** grilles d'observations pour le relevé systématique des activités soignantes
- Annexe 6** grilles d'observations pour les relevés d'observations complémentaires aux relevés des activités soignantes
- Annexe 7** questionnaires
- Annexe 8** représentations schématiques des fonctions et des structures d'un hôpital
- Annexe 9** références législatives citées concernant les hôpitaux généraux et les EPSM
- Annexe 10** dynamiques collectives quotidiennes – journées types et éléments supplémentaires
- Annexe 11** tableaux 6 : impacts de l'âge sur les facteurs étudiés / ANOVAS
- Annexe 12** tableau 7 : communauté des items concernant l'ensemble du Qerdops / R² Multiple
- Annexe 13** tableau 8 : alphas de Cronbach sur les facteurs du Qerdops pour chaque solution factorielle
- Annexe 14** tableau 9 : corrélations entre les facteurs du Qerdops
- Annexe 15** tableau 10 : communauté des items concernant l'ensemble des items sur les perceptions des impacts et des mises en place des changements / R² Multiple
- Annexe 16** tableau 11 : poids factoriels et pourcentages de variances expliquées concernant les 21 items sur les impacts des changements et la mise en œuvre
- Annexe 17** tableau 12 : poids factoriels sur l'ensemble des items sur le changement à partir de 3 facteurs
- Annexe 18** tableau 13 : poids factoriels sur l'ensemble des items sur le changement à partir de 2 facteurs
- Annexe 19** tableau 14 : pourcentages de variance expliquée sur les items sur les impacts changement
- Annexe 20** tableau 15 : Poids factoriels sur l'ensemble des items sur les impacts du changement à partir d'un unique facteur
- Annexe 21** tableau 16 : pourcentage de variance expliquée sur les items sur les mises en œuvre des transformations
- Annexe 22** tableau 17 : Poids factoriels sur l'ensemble des items sur les mises en place des transformations
- Annexe 23** tableau 18 : validité divergente des facteurs impacts des transformations, mises en œuvre des transformations, et facteurs du Qerdops
- Annexe 24** tableau 19 : statistiques descriptives concernant le Nottingham Health Profile
- Annexe 25** tableau 20 : impact des situations initiales et des conduites de projet sur les perceptions des changements
- Annexe 26** tableau 21 : impact des modèles de réorganisation sur les perceptions des situations initiales, des changements et des conduites de projet.
- Annexe 27** tableau 22 : perception des changements : impacts conjoints de perceptions de situations initiales et de conduite de projet, avec le modèle de transformation
- Annexe 28** tableau 23 : impact des relations et interactions avec la hiérarchie (F1)
- Annexe 29** tableau 24 : impacts des relations et interactions entre l'opérateur et ses collègues (F4)
- Annexe 30** tableau 25 : impacts significatifs de la situation initiale autres que F4

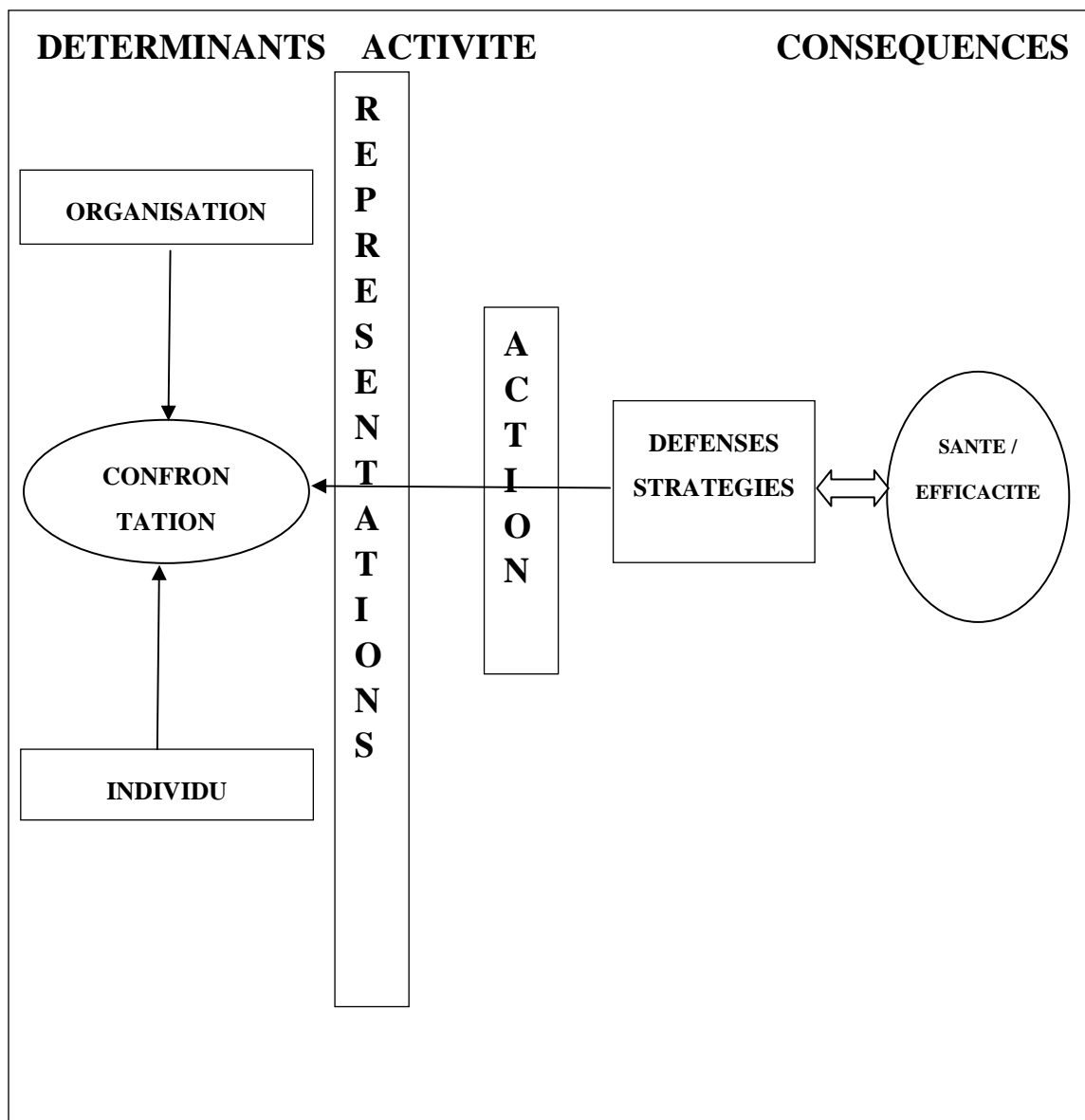
Annexe 1 : modèles des liens entre travail et santé



Annexe 1 a
Modèle contrainte – astreinte
Voir par exemple Monod et Kapitaniak, 2003



Annexe 1 b
Modèle de régulation
D'après Guérin et al., 1997



Annexe 1 c
Modèle de confrontation
D'après Vaxevanoglou, 1999, 2002

Annexe 2 : éléments méthodologiques de l'Analyse Ergonomique du Travail (AET) (Voir par exemple Guérin et al., 1997 ; Leplat, 2000)

<p>Objectif général Préciser les aspects du travail à transformer, par le biais d'une compréhension du travail (notamment des situations critiques), de ses déterminants et de ses effets. La demande d'une instance motive l'objectif de prendre en compte et résoudre suffisamment des problèmes d'effets sur les individus (santé, efficacité, développement, apprentissage...) et sur les entreprises (efficacité). La nature de ces effets est à préciser intervention par intervention, en fonction d'indicateurs à construire.</p>
<p>Démarche générale Questionnement ergonomique afin d'explorer de plus en plus précisément les problématiques qui se révèlent centrales, concernant : les caractéristiques du travail réel, les déterminants du travail réel (économiques, techniques, organisationnels, sociaux, psychologiques), les relations entre ces caractéristiques du travail réel et les effets sur les individus et les entreprises. Cet objectif ne peut être précisé et atteint que peu à peu, étape par étape. Les étapes itératives sont synthétisables comme ci-dessous, même si il ne s'agit que de points de repères concernant l'AET. En effet, malgré une démarche structurée, une variété des interventions provient de plusieurs sources : entreprises, demandes, constructions de solutions, statut des intervenants, longueur des interventions, opposition correction / conception, diversité des objets de l'intervention... De plus, « La nécessaire linéarité de la présentation ne doit pas faire oublier que, dans la réalité, il existe de nombreux allers et retours entre les différentes phases » (Guérin et al, 1997, p.139).</p>
<p>Etape 1 : Analyse de la demande d'intervention, problématisation d'un problème ergonomique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la question posée n'est pas susceptible de solution, la demande est reformulée • Le problème posé est élargi après avoir interrogé plusieurs points de vue et de préférence des observations ouvertes • Les différents points de vue sur le travail doivent être pris en compte • L'intervention est construite : <ul style="list-style-type: none"> Identification des enjeux Proposition et dimensionnement de l'intervention Elaboration de structures de pilotage de l'intervention
<p>Etape 2 : Etude générale, diagnostic global du système Approfondissement de la connaissance du fonctionnement de l'organisation (dimensions économique, commerciale, sociale, démographique, législative, réglementaire, géographique, technique, production et organisation)</p>
<p>Etape 3 : Analyse générale du processus technique et des tâches, première approche des situations de travail Observations générales préliminaires, analyse des tâches, approche de l'activité, premiers contacts et questionnements avec les opérateurs, choix des situations à analyser en fonction des effets sur les personnes et les résultats, l'entreprise, le système Analyses de la situation de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interviews des différents points de vue : direction, production, organisation services techniques, qualité, du personnel, médecine du travail, opérateurs, représentants syndicaux... • Premières observations de postes • Prédiagnostic du problème à étudier • Préciser quels postes et quelles personnes étudier
<p>Etape 4 : Pré diagnostic Hypothèses centrées sur l'activité et planification des observations pour démontrer et comprendre</p>
<p>Etape 5 : Vérification du pré diagnostic Analyse approfondie de l'activité de travail dans les situations ciblées selon un protocole défini : observations systématiques, orientées, verbalisations et questionnements spécifiques Observations in situ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Méthodes <ul style="list-style-type: none"> - explicitations du travail sur place - relevés papier-crayon - observations systématiques (vidéo...) - mesures éventuelles (bruit, thermique, vibrations, lumière...) • Élaboration d'un diagnostic local pour la transformation : variables pertinentes • Observations de postes
<p>Etape 6 : Mises en débat, rapports intermédiaires, diagnostic et validation avec les opérateurs Formulation du diagnostic local du type : « Tels facteurs amènent les opérateurs à travailler de telle manière, ce qui a telles conséquences sur la production et telles conséquences sur la santé »</p>
<p>Etape 7 : Propositions de repères, pistes de transformations, élaboration des recommandations, développement de pistes de solution avec le groupe visé, implantation recommandations Pistes de solutions, projets de transformations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exemples : Étude de chaque poste de travail pour améliorer le confort et la productivité Réorganisation des postes Aides techniques utiles et utilisables Projet de transformation de la situation • Principes : Identifier les acteurs et les objectifs Expliciter le problème à résoudre Evaluer les solutions proposées
<p>Etape 8 : Suivi et support</p>
<p>Etape 9 : Évaluation</p>

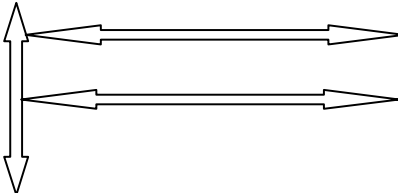
Annexe 3 : éléments méthodologiques de la démarche de conception, appliqués à la conception architecturale

(Voir par exemple Béguin, 2004 ; Daniellou, 1992, 2004 ; Garrigou, 1992 ; Martin, 2000, 2004 ; Theureau, & Pinsky 1984)

<p>Définition générale « volonté relative au futur » (Daniellou, 2004) « trois aspects pour caractériser les processus de conception : a) des processus finalisés b) aux dimensions temporelles contraintes et même paradoxales c) qui mettent aux prises une diversité d'acteurs » (Béguin, 2004, p.375)</p>
<p>Objectif général Etre présent le plus tôt possible pour anticiper les dysfonctionnements Résoudre suffisamment le paradoxe de conception (voir en particulier Theureau et Pinsky 1984 ; Béguin, 2004) : plus le temps avance, plus on en sait mais plus les possibilités d'impacter le système se réduisent</p>
<p>Principes structurants et étapes</p> <ul style="list-style-type: none">• Résolution du problème conjointe à sa conception (par opposition à une résolution séquentielle)• Modèle de construction progressive et collective (Martin, 2004) en fonction du contexte• Coordination de ressources, moyens et compétences variés pour l'atteinte de l'objectif commun spécifique à chaque projet• Construction sociale, recherche de cohérence autour de la confrontation des acteurs du projet, de leur diversité des points de vue• Espaces de discussion permis par différentes structures à mettre en place• Un triptyque essentiel concerne les médiations entre :<ul style="list-style-type: none">➢ Le maître d'ouvrage qui représente l'« expression de la volonté politique » (Martin, 2004)➢ Le maître d'œuvre qui représente la « manifestation de la faisabilité technique » (Martin, 2004)➢ Les utilisateurs directs <p>Par l'intermédiaire de l'approche de l'activité future, les va-et-vient entre maîtrise d'ouvrage et matrice d'œuvre correspondent ainsi aux va-et-vient entre énoncés, objectifs, volontés initiaux, et évaluation de la faisabilité, de l'exécution, de la réalisation</p> <ul style="list-style-type: none">• Trois dynamiques structurent les relations entre les représentants de la maîtrise d'ouvrage et de la maîtrise d'œuvre, entre les différents membres du collectif de conception, afin d'aboutir à de nouveaux choix techniques comme organisationnels<ul style="list-style-type: none">➢ L'analyse de situations et de sites de référence pour élaborer des scénarios,➢ Les propositions techniques et organisationnelles des concepteurs en interactions avec les connaissances sur l'homme au travail,➢ L'approche par simulations (scénarios, plans, maquettes, prototypes... en fonction des besoins futurs, de l'existant, de la législation, des normes et des référentiels).• La « conception se continue dans l'usage » (Béguin, 2004)• Dépasser la prise en compte d'une « anticipation déficitaire » pour atteindre une « conception continuée » et surtout une « conception distribuée » (Béguin, 2004)
<p>Apports et rôles de l'ergonome</p> <ul style="list-style-type: none">• Comme pour toute intervention en Ergonomie : connaissances sur le fonctionnement humain, méthodologie d'analyse de l'activité des opérateurs, capacité à situer son intervention par rapport aux différentes parties.• Agir sur le projet et dans sa conduite (Béguin, 2004), construction sociale de l'intervention• Réunir et construire les ingrédients de l'approche de l'activité future, outiller les acteurs pour leur permettre de développer une représentation prévisionnelle de l'activité future probable : analyse des situations de référence, recensement de situations d'actions caractéristiques (classes de situations que les opérateurs auront vraisemblablement à gérer dans le futur : situations normales, variabilité incontrournable, variabilité incidentelle), impacts probables des options, autres options possibles...• Repères pour la conception, à la frontière entre l'existant et le futur, de trois ordres, de trois natures :<ul style="list-style-type: none">➢ descriptifs sur le projet➢ prescriptifs sur certains domaines stabilisés (physiologie, normes, référentiels...)➢ procéduraux sur la méthode (mise en place d'une simulation en fonction de l'acceptabilité sociale et des compétences, de préfigurations matérielles, de scénarios ; chantier et démarrage ; évaluation).• Conseil à la Maîtrise d'Ouvrage : versant social et stratégique du projet, construire les objectifs et la démarche, réagir aux propositions des concepteurs, prescription afin de trier et hiérarchiser au sein du collectif de conception et en lien avec les représentants de la maîtrise d'ouvrage <p><i>Versus</i> Conseil à la Maîtrise d'œuvre : questions techniques et méthodologiques du projet (périmètres nettement moindre)</p>

Annexe 4 : Représentation schématique de la démarche d'accompagnement / de conduite de projet de restructurations hospitalières

La structuration en étapes diffère en fonction de la nature de projet de conception (architectural, industriel...) mais également du secteur. La démarche architecturale dans le secteur hospitalier et l'insertion de l'ergonomie peuvent être schématisés par cette méthodologie d'accompagnement des projets de restructuration (d'après Vaxevanoglou, 2004, communication interne)

Maîtrises d'ouvrage et d'oeuvre	Ergonomie (présente dans un comité de pilotage)
Définition des objectifs Projets de fonctionnements Plan directeur	Analyse des projets <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Choix architecturaux, techniques, organisationnels</i> ○ <i>Objectifs relatifs aux relations de services</i> ○ <i>Objectifs relatifs à l'organisation du travail</i> ○ <i>Objectifs relatifs aux conditions de réalisation de travail</i>
Programmation architecturale Projet médical / service <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center; text-align: center;"> Existence d'un projet architectural / de fonctionnement </div>	Analyse de l'existant <ul style="list-style-type: none"> ○ Observations ouvertes de l'activité et les verbalisations des opérateurs, en cours d'action et au sein des groupes de travail ○ Questionnaires d'évaluation, analyse psycho - socioprofessionnelle de la population <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center; text-align: center;"> Diagnostics Organisations / conditions / moyens / santé </div>
Cahiers des charges Appels d'offre architecture	
Esquisses Avant projet sommaire 	Analyse future possible <ul style="list-style-type: none"> ○ Scénarios d'interactions entre l'activité future des agents et la configuration du cadre futur (architectural et organisationnel) ○ Reconstitutions de l'activité (Simulations de Travail) ○ Pronostics, organisations, conditions de travail, sécurité, santé des agents dans les futurs services ○ Elaborations de propositions d'améliorations des projets / du travail futur
Dépôt permis de construire	
Avant projet détaillé Dossier de consultation des entreprises Chantier	<ul style="list-style-type: none"> → Modifications → Suivi / évaluation → Réajustements / corrections / propositions d'aménagements

Annexe 5 : modèle de grilles d'observations pour le relevé systématique des activités soignantes

Activité soignante / situations d'actions caractéristiques, unités significatives pour les soignants	Heure début	Heure fin	Nombre de soignants impliqués dans l'activité / présents dans le service	Lieu (x)	Problème éventuel (imprévu, interruptions, agressivité...)	Commentaire
Transmissions orales						
Ouverture / fermeture salle de bains						
Lectures de dossiers						
Préparation des médicaments						
<p data-bbox="229 786 486 808">...</p> <ul data-bbox="229 831 486 1144" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="229 831 486 965">• cf. annexe 10 pour ensemble des activités retenues et synthèse dynamique des relevés, <li data-bbox="229 976 486 1144">• cf. annexe 10a2 pour exemple d'un relevé de ce type synthétisé pour être insérable dans un rapport d'intervention 						

Annexe 6 a : grilles d'observations pour les relevés d'observations complémentaires aux relevés des activités soignantes

Annexe 6 a : Flux entre l'unité et le reste de l'EPSM :

- Flux matériels logistiques : repas, médicaments / pharmacie, magasins / matériels / travaux, blanchisserie
- Flux d'informations : téléphonie avec services administratifs, famille, diététicienne, familles, assistantes sociales, structures amont et aval...)

Jour	Heure	Soignants présents	Type de flux	Organisation	Qualité, problèmes éventuels	Commentaire
			Diététicienne	Appel pour changement d'unité, de régime...	Prévu / imprévu, information ou produit manquant...	
			Repas	Livraison dans l'unité		
			Pharmacie	Appel pour changement d'unité, de traitement...		
			Médicaments	Livraison		
			...			

Annexe 6 b : Suivi des admissions

Mois	Jour d'admission du patient	Heure d'admission	Provenance	Effectif soignant	Présence médicale	Vu par le médecin ? Si oui : jour - heure - lieu	Sorite Jour - heure	Commentaire

Annexe 6 c : Relevé / auto relevé des journées types des médecins dans l'unité

Lieu	Heure début Indiquer interruptions et reprises	Heure fin	Activité entretien, dossier, téléphone, réunion, transmissions, administratif (...)	Activité (réalisée ou déléguée)	Activité : Prévue planifiée Prévue non planifiée Non prévue	Seul (e) Avec soignant Sans soignant	Interruptions de l'activité en cours : motif ? volontaire ou non ?	Commentaire

Annexe 7: questionnaires

Remarque : Les items ajoutés à l'EPSM2, qui n'ont pas été gardés dans les analyses compte tenu de l'absence de qualités psychométriques, sont en italique.

AGE en années :

SEXE : Homme Femme

Fonction :

UNITE (S) :

POSTE : Matin / Après-midi Journée Nuit

ANCIENNETE DANS L'UNITE en années :

CONTRAT : CDD CDI INTERIM

TEMPS PLEIN TEMPS PARTIEL

COMMENT VOUS POSITIONNEZ VOUS PAR RAPPORT AU PROJET DE DEMENAGEMENT QUI CONCERNE VOTRE UNITE ?

La façon dont le projet est mis en place favorise-t-elle la prise en compte de vos difficultés dans le travail quotidien ?

1	2	3	4
Oui	Plutôt oui	Plutôt Non	Non

La façon dont le projet est mis en place favorise-t-elle la prise en compte des besoins des patients ?

1	2	3	4
Oui	Plutôt oui	Plutôt Non	Non

Vous considérez-vous impliqué(e) dans le projet ?

1	2	3	4
Oui	Plutôt oui	Plutôt Non	Non

Considérez-vous que votre hiérarchie soit impliquée dans le projet ?

1	2	3	4
Oui	Plutôt oui	Plutôt Non	Non

Considérez-vous que votre participation au projet qui concerne votre unité est suffisante:

1	2	3	4
Oui	Plutôt oui	Plutôt Non	Non

Considérez-vous que votre avis est suffisamment pris en compte :

1	2	3	4
Oui	Plutôt oui	Plutôt Non	Non

VOTRE TRAVAIL DANS L'UNITE ACTUELLE.

Répondez à chaque question en entourant / cochant **la réponse** qui se rapproche le plus de ce que vous ressentez en général.

1- Avez-vous le sentiment que votre travail est répétitif ?

4	3	2	1
oui	plutôt oui	plutôt non	non

2- Comment jugez-vous la cadence de travail (rythme) qui vous est demandée ?

4	3	2	1
trop élevée	élevée	correcte	peu élevée

3- Vous arrive-t-il de ne pas avoir assez de temps pour achever votre travail ?

4	3	2	1
très souvent	souvent	quelquefois	rarement

4- Vous arrive-t-il d'avoir plusieurs tâches à exécuter simultanément ?

4	3	2	1
très souvent	souvent	quelquefois	rarement

5- Avez-vous l'impression de faire le travail de plusieurs personnes ?

4	3	2	1
très souvent	souvent	quelquefois	rarement

6- Y a-t-il des moments où vous devez fortement augmenter la cadence de travail (rythme) ?

4	3	2	1
très souvent	souvent	quelquefois	rarement

7- Que pensez-vous de la quantité totale de travail que vous avez à faire ?

4	3	2	1
très importante	importante	peu importante	correcte

8- Est-ce que votre travail vous oblige à prendre des décisions rapidement ?

4	3	2	1
très souvent	souvent	quelquefois	rarement

9 - Etes-vous interrompu(e) avant d'avoir terminé votre tâche, vous obligeant à y revenir plus tard ?

4	3	2	1
très souvent	souvent	quelquefois	rarement

10- Pensez-vous que les tâches qu'on vous assigne sont trop complexes ?

4	3	2	1
oui	plutôt oui	plutôt non	non

11- Avez-vous le sentiment de ne pas être à la hauteur pour remplir vos fonctions ?

4	3	2	1
oui	plutôt oui	plutôt non	non

12- Avez-vous le sentiment que vos compétences sont mal utilisées ou sous-utilisées ?

4	3	2	1
oui	plutôt oui	plutôt non	non

13- Trouvez-vous que votre travail a un sens ?

1	2	3	4
oui	plutôt oui	plutôt non	non

14- Votre travail vous permet-il d'utiliser les savoir-faire acquis par votre expérience ?

1	2	3	4
oui	plutôt oui	plutôt non	non

15- Votre travail vous permet-il d'utiliser les connaissances acquises lors de votre formation ?

1	2	3	4
oui	plutôt oui	plutôt non	non

16- Vous permet-on de travailler dans les domaines où vous excellez ?

1	2	3	4
très souvent	souvent	quelquefois	rarement

17- Avez-vous votre mot à dire sur la façon dont votre travail doit être exécuté ?

1	2	3	4
oui	plutôt oui	plutôt non	non

18- Pouvez-vous décider avec les autres de la partie des tâches qui vous revient ?

1	2	3	4
oui	plutôt oui	plutôt non	non

19- Savez-vous ce que votre « chef » pense de votre travail ?

1	2	3	4
oui	plutôt oui	plutôt non	non

20- Lorsque votre travail est bien fait, en êtes-vous informé(e) ?

1	2	3	4
oui	plutôt oui	plutôt non	non

21- Quand vous faites une erreur, en êtes-vous informé(e) ?

1	2	3	4
oui	plutôt oui	plutôt non	non

22- Avez-vous connaissance des résultats de votre travail ?

1	2	3	4
oui	plutôt oui	plutôt non	non

23- Est-ce qu'on vous demande votre avis pour les décisions qui vous concernent ?

1	2	3	4
très souvent	souvent	quelquefois	rarement

24- Votre travail comporte-t-il des risques pour votre santé physique ?

4	3	2	1
beaucoup	assez	peu	pas du tout

25- Votre travail comporte-t-il des risques pour votre équilibre mental ?

4	3	2	1
beaucoup	assez	peu	pas du tout

26- Savez-vous ce que les autres attendent de votre travail ?

1	2	3	4
oui	plutôt oui	plutôt non	non

27- Savez-vous ce dont vous êtes responsable et ce dont vous n'êtes pas responsable ?

1	2	3	4
oui	plutôt oui	plutôt non	non

28- Savez-vous en quoi consiste exactement votre travail ?

1	2	3	4
oui	plutôt oui	plutôt non	non

29- Recevez-vous des consignes contradictoires ?

4	3	2	1
très souvent	souvent	quelquefois	rarement

30- Comment vous entendez-vous avec votre chef ?

1	2	3	4
très bien	bien	mal	très mal

31 - Comment vous entendez-vous avec vos collègues ?

1	2	3	4
très bien	bien	mal	très mal

32- Avez-vous des conflits avec vos collègues ?

4	3	2	1
très souvent	souvent	quelquefois	rarement

33- En cas de difficultés, pouvez-vous compter sur l'aide de vos collègues ?

1	2	3	4
oui	plutôt oui	plutôt non	non

34- Vous sentez-vous apprécié(e) par vos supérieurs pour votre travail ?

1	2	3	4
oui	plutôt oui	plutôt non	non

35- Au travail, avez-vous des contacts avec vos collègues ?

1	2	3	4
oui	plutôt oui	plutôt non	non

36- Avez-vous des relations amicales avec vos collègues ?

1	2	3	4
oui	plutôt oui	plutôt non	non

37- Pensez-vous que vos compétences actuelles sont suffisantes pour faire face aux évolutions de votre travail ?

1	2	3	4
oui	plutôt oui	plutôt non	non

38- Au cours de votre travail, êtes-vous confronté(e) à des patients agressifs sur le plan physique ?

4	3	2	1
très souvent	souvent	quelquefois	rarement

39- Vous sentez-vous préparé(e) à faire face à l'agressivité physique des patients ?

1	2	3	4
tout a fait	assez	peu	pas du tout

40- Au cours de votre travail, êtes-vous confronté(e) à des patients agressifs sur le plan verbal ?

4	3	2	1
très souvent	souvent	quelquefois	rarement

41- Vous sentez-vous préparé(e) à faire face à l'agressivité verbale des patients?

1	2	3	4
tout a fait	assez	peu	pas du tout

42- Vous sentez-vous préparé(e) à intervenir en cas d'urgence psychique ?

1	2	3	4
tout a fait	assez	peu	pas du tout

43- Vous sentez-vous préparé(e) à intervenir en cas d'urgence somatique ?

1	2	3	4
tout a fait	assez	peu	pas du tout

CONCERNANT QUELQUES PROBLEMES RENCONTRES DANS LA VIE QUOTIDIENNE.

Cochez la réponse « oui » ou « non » **selon votre état actuel**. Veuillez répondre à toutes les questions. Si vous hésitez, cochez ce qui correspond le mieux à votre état d'aujourd'hui

	NON	OUI
<i>Je me sens tout le temps fatigué(e)</i>		
<i>J'ai des douleurs la nuit</i>		
<i>Je suis de plus en plus découragé(e)</i>		
<i>J'ai des douleurs insupportables</i>		
<i>Je prends des médicaments pour dormir</i>		
<i>Je me rends compte que rien ne me fait plaisir</i>		
<i>Je me sens nerveux (se), tendu(e)</i>		
<i>J'ai des douleurs quand je change de position</i>		
<i>Je me sens seul(e)</i>		
<i>Pour marcher, je suis limité(e) à l'intérieur (de mon domicile, du bâtiment)</i>		
<i>j'ai des difficultés à me pencher en avant (pour lacer mes chaussures, ramasser un objet)</i>		
<i>Tout me demande un effort</i>		
<i>Je me réveille très tôt le matin et j'ai du mal à me rendormir</i>		
<i>Je suis totalement incapable de marcher</i>		
<i>j'ai des difficultés à entrer en contact avec les autres</i>		
<i>Je trouve que les journées sont interminables</i>		
<i>j'ai du mal à monter ou à descendre les escaliers ou les marches</i>		
<i>J'ai du mal à tendre le bras (pour attraper les objets....)</i>		
<i>je souffre quand je marche</i>		
<i>Je me mets facilement en colère ces temps-ci</i>		
<i>J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler</i>		
<i>Je reste éveillé(e) une grande partie de la nuit</i>		
<i>J'ai du mal à faire face aux événements</i>		
<i>J'ai des douleurs quand je suis debout</i>		
<i>j'ai des difficultés à m'habiller ou à me déshabiller</i>		
<i>Je me fatigue vite</i>		
<i>j'ai des difficultés à rester longtemps debout</i>		
<i>J'ai des douleurs en permanence</i>		

<i>Je mets beaucoup de temps à m'endormir</i>		
<i>J'ai l'impression d'être une charge pour les autres</i>		
<i>J'ai des soucis qui m'empêchent de dormir</i>		
<i>Je trouve que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue</i>		
<i>Je dors mal la nuit</i>		
<i>J'ai des difficultés à m'entendre avec les autres</i>		
<i>J'ai des douleurs en montant les escaliers ou les marches</i>		
<i>Je me réveille déprimé(e) le matin</i>		
<i>Je souffre quand je suis assis(e)</i>		
<i>J'ai besoin d'aide pour marcher au dehors (une canne, quelqu'un pour me soutenir)</i>		

VOTRE TRAVAIL APRES DEMENAGEMENT

Répondez à chaque question en entourant / cochant **la réponse** qui se rapproche le plus de ce que vous ressentez en général.

De manière générale

1- Pensez-vous que les restructurations dans les hôpitaux psychiatriques soient pertinentes du point de vue :

	Oui	Plutôt Oui	Plutôt Non	Non
De la prise en charge des patients				
Des conditions de travail du personnel				
De la qualité de vie extra professionnelle				

Les questions suivantes concernent spécifiquement les restructurations de l'EPSM [...]

2- Pensez-vous que les restructurations soient pertinentes du point de vue :

	Oui	Plutôt Oui	Plutôt Non	Non
De la prise en charge des patients				
Des conditions de travail du personnel				
De la qualité de vie extra professionnelle				

3- D'après vous les conséquences des restructurations seront globalement :

- Pour les patients
- Positives
- Négatives
- Sans effets
- Pour vous
- Positives
- Négatives
- Sans effets

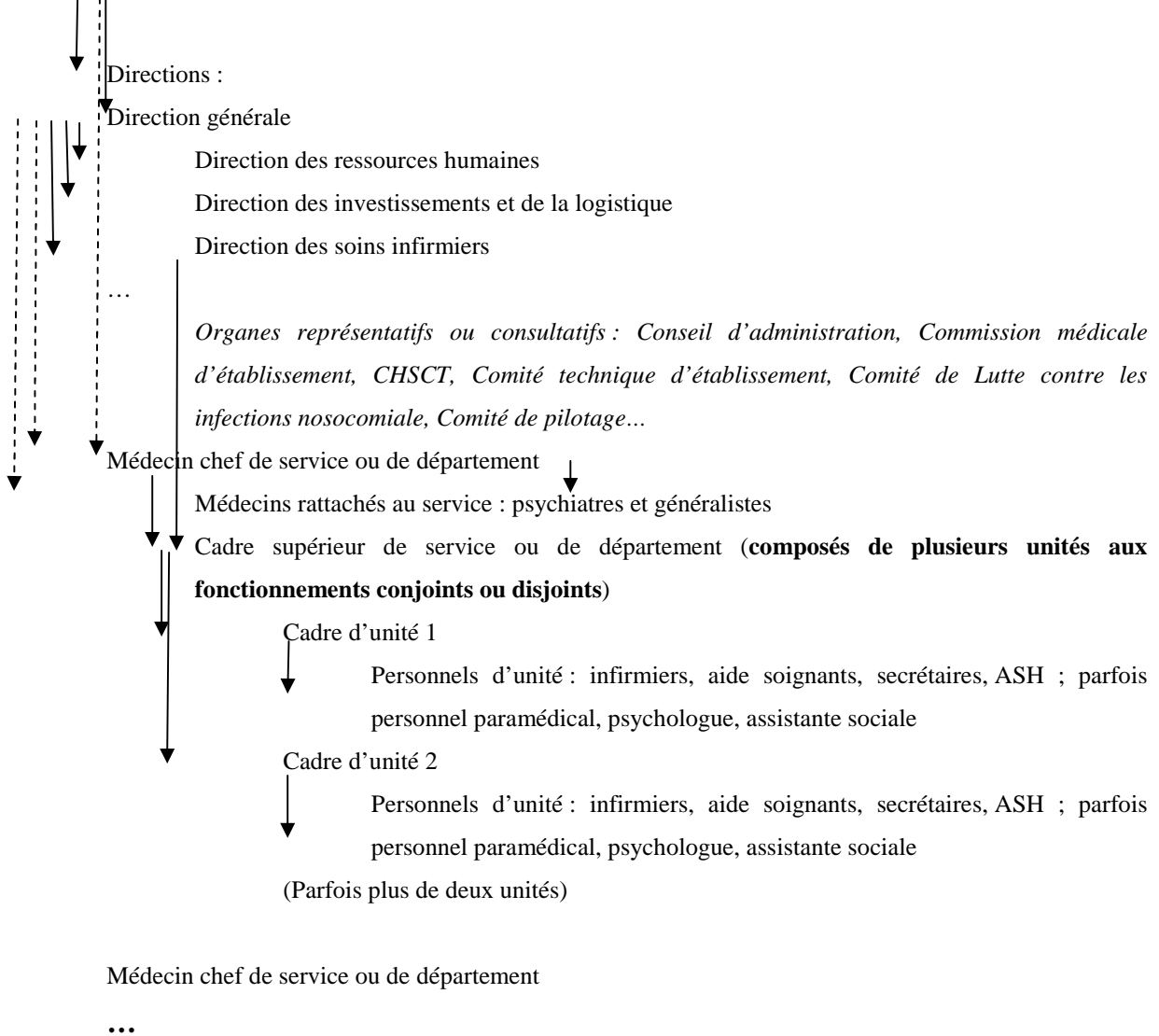
**4- PAR RAPPORT A VOTRE SITUATION DE TRAVAIL ACTUELLE
PENSEZ-VOUS QUE LES RESTRUCTURATIONS INDUIRONT DES
CHANGEMENTS SUR :**

	Pas de Changement	CHANGEMENT			
		Positif	Plutôt Positif	Plutôt Négatif	Négatif
Le contenu du travail					
La charge de travail					
Les compétences exigées pour effectuer le travail					
L'autonomie dans l'organisation quotidienne					
Les moyens pour réaliser le travail					
L'efficacité des équipes					
La qualité de la prise en charge des patients					
L'environnement de travail					
<i>Les spécificités des patients</i>					
Les relations avec les patients					
<i>L'organisation générale de l'unité</i>					
Les relations avec les collègues de l'unité					
<i>Les relations avec les autres unités</i>					
<i>Les relations avec les autres services</i>					
Les relations avec la hiérarchie					
La qualité de vie hors travail					
L'accomplissement personnel					
La santé physique des soignants					
La santé psychique des soignants					
La sécurité des soignants					
<i>Les affectations des plannings</i>					
<i>Les effectifs</i>					

Annexe 8 : représentations schématique des fonctions et des structures d'un hôpital

Ministère de la Santé

ARH



Légende :

Relation hiérarchique plutôt univoque ↓

Relation hiérarchique plutôt équivoque - - ↓

Annexe 9 : références législatives citées concernant les hôpitaux généraux et les EPSM

- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière
- Loi no 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation
- Loi no 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privé
- Ordonnance no 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Annexe 10 : dynamiques collectives quotidiennes – journées types et éléments supplémentaires

Annexe 10a : EPSM1 service T1

10a1 : journées type

10a2 : exemple d'un relevé d'une journée synthétisé

Annexe 10b : EPSM1 service T2

10b1 : journées types

10b2 : description de trois types de postes soignants

10b3 : organisation médicale – organisation soignante

Annexe 10c : EPSM2 service T3c, journées types

Annexe 10d : EPSM2 service T3a/T3b, journées types

Annexe 10e : EPSM2 service T8a, journées types

Annexe 10f : EPSM2 service T8b, journées types

Annexe 10g : EPSM2 service T5, journées types

Annexe 10h : EPSM2 service T6, journées types

Annexe 10i : EPSM2 service T7, journées types

Annexe 10j : EPSM2 service UAI, journées types

Annexe 10i : EPSM1 Planification, organisation et déroulement type de l'activité à l'UAO (Unité d'Admission et d'Orientation)

Pour structurer une analyse dynamique de l'activité, les unités significatives pour l'acteur sont celles pour lesquelles il faut mettre en évidence des cohérences d'actions, de communications, d'interprétations... significatives pour l'utilisateur (Haradji et Faveaux, 2006). Ces unités significatives peuvent par exemple être classées en trois types, tels que élémentaires, séquences, macro (Haradji et Faveaux, 2006). Deux catégories sont ici suffisantes, que l'on peut classer en séquences et macro. Les dynamiques quotidiennes et hebdomadaires sont représentées ci-dessous en fonction de cette légende :

TACHES PLANIFIEES OU INEVITABLE
TACHES RECURRENTES ET / OU IMPREVUES, EFFECUTEES EN FONCTION DES MOYENS
TACHES RARES, INEVITABLES, RELATIVEMENT INDEPENDANTES DES PROCEDURES



Annexe 10a2 : EPSM1 service T1, exemple d'un relevé d'une journée type

SERVICE T1 POSTE DU MATIN ET APRES MIDI – EQUIPE DE 4 INFIRMIERS EN POSTE, 1 DE JOUR, 1 ASH , 18 PATIENTS HL

<i>DEROULEMENT TEMPOREL</i>	<i>REPARTITION TACHES SOIGNANTES</i>	<i>OBSERVATIONS</i>	<i>ADMISSIONS /SORTIES PARTENAIRES</i>
6 H – 6 H30	RELEVE ET LECTURE DOSSIERS ET TRANSMISSIONS	EN GENERAL AU REPECTOIRE PRESENCE DES DEUX EQUIPES	
A PARTIR DE 6H 30 JUSQU' AU REVEIL DES PATIENTS A 7H	1 A LA PREPARATION DES MEDICAMENTS DU MATIN ET MIDI 2 REALISENT LES PRISES DE SANG 1 EN HAUT	PATIENTS DEBOUT AVANT 7H INTERRUPTIONS DE TACHES ++ DEPLACEMENTS ++ entre chambres/douches et local soins	
A PARTIR DE 7 H ET JUSQ' AU PETIT DEJEUNER (8h – 8h 15)	1 A LA PREPARATION DES MEDICAMENTS DU MATIN ET MIDI 3 REVEILLENT PATIENTS (2 en bas et 1 en haut)	PATIENTS DEPENDANTS POUR LA DOUCHE ET TOILETTES AU LIT → rapport soignant/soigné de 1pour1 DOUCHE PATIENT SUR FAUTEUIL A 2 DEPLACEMENTS ++ entre chambres/douches et local soins TELEPHONE ++	ARRIVEE ASH 7H30
	ASH PREPARE PETIT DEJEUNER ET LA SALLE A MANGER	PATIENTS DEBOUT ++ AU COULOIR OU A LA SALLE LE CHARIOT DE SOINS EST PRET À 7H45	
A PARTIR DE 8H – 8 15 PETIT DEJEUNER (JUSQUE 8H 30)	1 INFIRMIER ACCOMPAGNE PATIENT AU CHD (PREVU) 3 AU LOCAL SOINS PUIS SALLE À MANGER ASH EN CUISINE – SALLE A MANGER ASH A L'ETAGE POUR LINGE SALLE 2 AU LOCAL SOINS AU FUR ET MESURE QUE LES PATIENTS SE LEVENT DE TABLE	LES INFIRMIERS FONT LE SERVICE ET DISTRIBUENT MEDICAMENTS TELEPHONE ++ PATIENTS AYANTS FINIS → FUMOIR, COULOIR, DEHORS SURVEILLANCE ++ CAR DISPERSION DES PATIENTS (TOUS EN BAS, passent et repassent au local soins)	INFIRMIER CONSULTATION CH 8H 15 ARRIVEE CHAUFFEUR
A PARTIR 8H 30	RETOUR INFIRMIER CONSULTATION CH ARRIVEE INFIRMIER DE JOUR		ARRIVEE CADRE ARRIVEE MEDECIN

<i>DEROULEMENT TEMPOREL</i>	<i>REPARTITION TACHES SOIGNANTES</i>	<i>OBSERVATIONS</i>	<i>ADMISSIONS /SORTIES PARTENAIRES</i>
	MEDECIN AU LOCAL SOINS → CHOIX PATIENTS POUR ENTRETIENS		
	INFIRMIER DE JOUR COMMENCE PREPARATION ACTIVITE		
	2 INFIRMIERS AU LOCAL SOINS → CAHIERS TRANSMISSIONS-PRESCRIPTIONS-RESULTATS ANALYSES		
	1 INFIRMIER SURVEILLE PATIENTS	TELEPHONE LOCAL SOINS → UN PATIENT EN SALLE D'ATTENTE (PROGRAMME)	ADMISSION
	ASH CONTINUE LINGE SALE DU BAS		
ENTRE 9 H ET 10 H	1 INFIRMIER ACCOMPAGNE MEDECIN POUR ADMISSION	A SON RETOUR ELLE REMPLIE DIRECTEMENT LE DOSSIER DE SOINS	
	2 ^{me} MEDECIN → 3 PATIENTS ET 1 INFIRMIER EN ENTRETIENS		
	1 INFIRMIER ACCOMPAGNE DES PATIENTS POUR LES ENTRETIENS AVEC LE 1 ^{er} MEDECIN	CELLE QUI A FAIT L'ADMISSION	ARRIVEE MEDECIN GENERALISTE ARRIVEE 2 ^{me} ET 3 ^{me} MEDECIN
	1 INFIRMIER RESTE AVEC LES PATIENTS À LA SALLE		
	INFIRMIER DE JOUR PREPARE SON GROUPE ET SON MATERIEL	DES PATIENTS PREVUS POUR L'ACTIVITE SONT EN ENTRETIEN	
	INFIRMIER REVIENT D'ENTRETIEN AVEC PATIENTE → LEVEE D'ISOLEMENT APRES ENTRETIEN	LA CHAMBRE DOIT ÊTRE REMISE EN ETAT →ASH	SORTIE /ENTREE INTERNE LIVRAISON CHARIOTS MEDICAMENTS, URGENCES ET SOINS
	INFIRMIER QUI A FAIT L'ADMISSION REVIENT D'ENTRETIEN PREND 2 DOSSIERS ET REPART EN ENTRETIEN AVEC 2 PATIENTS (MEME MEDECIN)	UNE DIZAINE DE MINUTES POUR QUE LES INFIRMIERS TROUVENT UNE SOLUTION A UN PROBLEME DE CHAMBRE	

<i>DEROULEMENT TEMPOREL</i>	<i>REPARTITION TACHES SOIGNANTES</i>	<i>OBSERVATIONS</i>	<i>ADMISSIONS /SORTIES PARTENAIRES</i>
A PARTIR DE 10 H	INFIRMIER DE JOUR DEMARRE L'ACTIVITE	COMPTE TENU DES ENTRETIENS QUE 3 PARTICIPANTS	
	2 INFIRMIERS SONT OCCUPEES PAR LES ENTRETIENS AVEC LES MEDECINS	ELLES RETRANSCRIVENT LEURS NOTES AU FUR ET À MESURE	
	1 INFIRMIER AU LOCAL SOINS EQUIPE LE NOUVEAUX CHARIOT DE SOINS 1 AVEC LES PATIENTS EN SALLE		
	1 INFIRMIER PREPARE LES AFFAIRES DU PATIENT ET 1 INFIRMIER FAIT LA FICHE (qui sera terminée par une autre INF)	LE DOSSIER EST INCOMPLET	<i>SORTIE = INFIRMIER CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE VIENT CHERCHER PATIENT</i>
	ASH DEMANDE SI ELLE DOIT FAIRE CHAMBRE ISOLEMENT	IL Y A ENCORE DES AFFAIRES À L'INTERIEUR → 1 INFIRMIER VA AVEC ELLE MAIS PAS TOUT DE SUITE CAR ELLE EST OCCUPEE AVEC L'INFIRMIER DU CMP MEDECIN AU LOCAL SOINS → DOSSIERS PATIENTS	<i>DEPART MEDECIN</i>
A PARTIR DE 11 H	INFIRMIER DE JOUR EST DE RETOUR (1H)		
	2 INFIRMIERS AU LOCAL SOINS FONT LEURS TRANSMISSIONS -----→ 1 EST TOUJOURS AVEC MEDECIN	ET S'OCCUPENT D'UNE PATIENTE QUI VIENT AU LOCAL POUR TELEPHONER ET PARLER – UN DEUXIEME PATIENT LES SOLLICITE → 1 INFIRMIER POUR CHAQUE PATIENT	<i>DEPART 2^{ème} MEDECIN</i>
	1 TELEPHONE A EPSM CENTRAL POUR OBTENIR DES MOYENS POUR L'ATELIER JARDIN		<i>DEPART 3^{ème} MEDECIN</i>
	ASH NETTOIE LA CHAMBRE D'ISOLEMENT		
	INFIRMIER DE JOUR → PROJET D'ACTIVITE		
	INFIRMIER PREPARE MEDICAMENTS POUR MIDI	LES PATIENTS COMMENCENT À SE REGROUPER DEVANT LE LOCAL ET DANS LA SALLE A MANGER	

<i>DEROULEMENT TEMPOREL</i>	<i>REPARTITION TACHES SOIGNANTES</i>	<i>OBSERVATIONS</i>	<i>ADMISSIONS /SORTIES PARTENAIRES</i>
A 11H45	INFIRMIER PREPARE MEDICAMENTS		ARRIVEE 4 ^{me} MEDECIN
	INFIRMIER DE JOUR PREPARE LE GROUPE POUR L'ACTIVITE DE L'APRES MIDI		
	INFIRMIER AIDE ASH EN CUISINE		
	INFIRMIER FAIT SES TRANSMISSIONS		
PENDANT LE DEJEUNER	INFIRMIER AVEC PATIENT DIFFICILE LES INFIRMIERS SE PARTAGENT ENTRE LA SALLE À MANGER ET LE LOCAL SOINS	LA DISTRIBUTION DES REPAS, DES MEDICAMENTS, LA SURVEILLANCE DES PATIENTS ET LA PREPARATION DES TRANSMISSIONS = EN ALTERNANCE	
APRES DEJEUNER	1 INFIRMIER AIDE L'ASH ET SERT LE CAFE AUX PATIENTS 1 INFIRMIER EN HAUT AVEC DES PATIENTS QUI FONT LA SIESTE LES AUTRES TERMINENT LES TRANSMISSIONS		
A PARTIR DE 13 H	ARRIVEE PROGRESSIVE DE L'EQUIPE DE L'APRES MIDI		
	LES TRANSMISSIONS - RELEVE AU LOCAL SOINS	LA RELEVE MATIN – APRES MIDI EST LA PLUS LONGUE	
	MEDECIN LIT SES DOSIERS PATIENTS AU REFECTOIRE AVANT DE REJOINDRE LA RELEVE	PRESENCE CADRE ET MEDECIN PRESENCE DE TOUS INFIRMIERS	
	L'EQUIPE DE L'APRES MIDI DEMARRE		UN DES MEDECINS DU MATIN REVIENT

<i>DEROULEMENT TEMPOREL</i>	<i>REPARTITION TACHES SOIGNANTES</i>	<i>OBSERVATIONS</i>	<i>ADMISSIONS SORTIES PARTENAIRES</i>
A PARTIR DE 14H15	2 INFIRMIERS ANIMENT LA SEANCE DE VIDEO-DEBAT TOUT EN PRENANT DES NOTES. 1 DES 2 INF PART UN PETIT MOMENT POUR S'OCCUPER D'UNE PATIENTE QUI SE DIT MALADE.	39 MINUTES DE VIDEO PUIS UNE PETITE HEURE DE DEBAT. CERTAINS PATIENTS PARTENT PLUS TOT QUE D'AUTRES.	
A PARTIR DE 16H	1 INFIRMIER EN CONSULTATIONS, 1 INF FAIT LE TOUR DES CHAMBRES PENDANT 1H AVEC 2 PATIENTS, 1 INF FAIT DES DOSSIERS PENDANT 40MINUTES PUIS LES MEDICAMENTS LES 2 INFIRMIERS EN ACTIVITE NOTENT LES OBSERVATIONS SUR L'ATELIER ET LES PATIENTS, 1 INFIRMIER EN ADMISSION EN SALLE D'ACTIVITE, 1 INFIRMIER EN CONSULTATION, 1 INFIRMIER S'OCCUPANT ALTERNATIVEMENT DES PATIENTS, DES TRANSMISSIONS, DES PERSONNES QUI SONNENT -----	ENTREE PREVUE MAIS INFIRMIERS NON PREVENUS; LE MEDECIN SAVAIT ET LE CHEF DE SERVICE A VU LE PATIENT	
DE 17H A 18H	1 INFIRMIER AVEC LES PATIENTS, LES AUTRES INFIRMIERS AVEC LE MEDECIN ET LE PSYCHIATRE (QUI FAIT ENCORE UNE CONSULTATION APRES 18H)	-----> LES INFIRMIERS SE DEMANDENT UN MOMENT SI ILS APPELENT LE CHEF DE SERVICE POUR UN PATIENT QUI NE REVIENT PAS (1H DE RETARD) PUIS DECIDENT D'ATTENDRE AU MOINS 19H	VISITES

SERVICE T1 POSTE DU MATIN ET AM – EQUIPE DE 4 INFIRMIERS EN POSTE (5 ETAIENT PREVUS) / 1 ASH / 21 PATIENTS HL

<i>DEROULEMENT TEMPOREL</i>	<i>REPARTITION DES TACHES SOIGNANTES</i>	<i>OBSERVATIONS</i>	<i>ADMISSIONS / SORTIES PARTENAIRE</i>
DE 9H A 11H	1 INFIRMIER PRESQUE TOUJOURS DANS LOCAL SOINS (POUR REMPLIR DOSSIERS, REpondre AU TELEPHONE, OUVRIR, CHOISIR UNE CHAMBRE POUR L'ENTREE PREVUE) 3 INFIRMIERS OCCUPES PAR SCANNERS, CONSULTATIONS ET ADMISSION, ET QUI PASSENT PARFOIS QUELQUES MINUTES DANS LE LOCAL SOIN ET AVEC D'AUTRES PATIENTS	LES INFIRMIERS VONT VOIR 2 FOIS LE NOUVEL ENTRANT (CONNU ET CONSIDERE COMME DIFFICILE) -QUI LES RECLAME- APRES SON ADMISSION EN CHAMBRE D'ISOLEMENT (OU IL A DEMANDE A ETRE)	1 GENERALISTE ET 1 PSYCHIATRE PRESENTS TOUTE LA JOURNEE 1 ENTREE PREVUE
A PARTIR DE 11H	ACTIVITES PREVUES : MARCHE ET RANDONNEE, ANNULES TOUS LES INFIRMIERS SONT REVENUS, 1 INFIRMIER PREPARE MEDICAMENTS PUIS REPAS, LES AUTRES REMPLISSENT DOSSIERS	MONITEUR DE RANDONNEE VENU POUR RIEN.	
PENDANT LE DEJEUNER	1 INFIRMIER AVEC PATIENTS		
A PARTIR DE 13H	TRANSMISSIONS DANS LA CUISINE		
A PARTIR DE 14H	3 ACTIVITES PREVUES : ERGOTHERAPIE, PISCINE, THEATRE. PISCINE ET THEATRE ANNULES. 3 INFIRMIERS FONT CONSULTATIONS ET ADMISSION. JUSQUE 16H45, TOUS LES INFIRMIERS OCCUPES DE FAÇON ININTERROMPUE PAR CONSULTATIONS, ADMISSION, CACHETS DU SOIR, REMPLIR DOSSIERS, GERER LES CHAMBRES, REpondre AU TELEPHONE ET À L'INTERPHONE.	ERGOTHERAPIE FAITE PAR ERGOTHERAPEUTE DANS L'ENCEINTE ARRETENT ET REPRENENT CES ACTIVITES PLUSIEURS FOIS. PAR EX ARRETENT DOSSIER POUR FAIRE BANDAGE POUR ENTRANT ET LUI PARLER UN MOMENT DANS LE LOCAL SOIN AVEC LE MEDECIN, ARRETE DOSSIER POUR DECROCHER INTERPHONE OU TELEPHONE, LE PSYCHIATRE ATTEND UNE QUINZAINE DE MINUTES L'INFIRMIER POUR UNE CONSULTATION...	1 ENTREE PREVUE
	1 PATIENT AUX URGENCES, QUI APPELLENT POUR QU'ON VIENNE LE CHERCHER	LES INFIRMIERS SE DEMANDENT TRÈS REGULIEREMENT ENTRE EUX CE QUI A ETE DIT, POUR LES CHAMBRES EN PARTICULIER CHERCHENT REGULIEREMENT DES DOSSIERS OU DU MATERIEL (EX: BANDAGE PENDANT UNE DIZAINE DE MINUTES) IMPOSSIBLE (LE PATIENT VIENDRA EN TAXI)	
16 H 30 - 17 H 30	LES INFIRMIERS ONT FINI CE QUI PRECEDE. A 16H45, L'ASH N'A PAS FINI LES CHAMBRES, MAIS LES INFIRMIERS LUI DISENT QU'ILS FINIRONT LES LITS -NOTAMMENT UN LIT QUI N'EST PAS FAIT DEPUIS 2JOURS (6 ADMISSIONS LA VEILLE)	LA SECRETAIRE MEDICALE NOTE QUE DES DOSSIERS SONT REGULIEREMENT PERDUS. LE PSYCHIATRE CONSIDERE QUE C'EST INADMISSIBLE. ELLE AFFIRME QUE C'EST MOINS COURANT DEPUIS QUE T1 A DELOCALISE	

Annexe 10b1 : EPSM 1 service T2, journée type

	6	8	10	12	14	16	18	20
Lecture dossiers / administratif	████████				████████			████████
Relève	████████				████████			████████
Transmissions orales	████████████████						████████	
Ouverture / fermeture	████████████████						████████	
Toilettes assistées accompagnées	████████████████							
Réveils patients		████████						
Prélèvements sanguins + dépôt	████████	████████		████████	████████		████████	
Préparation traitements			████████	████████		████████		
Distribution traitements			████████	████████		████████	████████	
Préparation repas		████████		████████			████████	
Repas			████████		████████		████████	
Rangement SAM – vaisselle			████████		████████			████████
Réception chariot repas- rangement								
Gestion								
Réception chariot de linée								
Rangement du linée				████████████████				
Logistique pharmacie							
Rangement commande							
Intendance			████████		████████			
Préparation entretiens			████████████████				████████	
Entretiens infirmiers			████████████████				
Entretiens médicaux			████████████████					
Résultats analyse- prescription			████████████████					
Accompagner consultation			████████████████					
Accompagner patient au narc			████████████████					
Accompagner patient externe			████████████████					
	6	8	10	12	14	16	18	20

L'étude des dynamiques soignantes a permis de définir une meilleure organisation médicale soignante, en fonction des moments où les soignants sont plus ou moins disponibles et de la variabilité de ces disponibilités. A partir d'une réflexion menée avec l'équipe médicale, l'organisation médicale a donc pris en compte les contraintes médicales, soignantes et externes (transferts de patients...). Les médecins ont donc réparti leur présence en fonction du site du service, du moment, et des contraintes soignantes. Ainsi les activités conjointes avec les soignants (surtout les entretiens avec les patients, les entretiens avec les familles, les points patients et les réunions) peuvent avoir lieu sans négliger d'autres activités (disponibilité pour les patients, activités à visées thérapeutiques, accueil de qualité, effectif constant de sécurité de 3 soignants...). Deux types de prévisions ont ainsi pu être planifiées : les trois types de postes soignants, l'organisation médico – soignante en fonction des présences médicales et des contraintes soignantes.

Annexe 10b2 : EPSM 1 service T2, Description des trois types de postes soignant

Poste de traitement du matin	
6h	Relais et transmissions équipes de nuit dans la salle de soins (planification murale des soins + dossier du patient) Lecture des transmissions écrite Planification des soins pour les 24h à venir Préparation des comprimés du matin et du midi dans un pilulier individualisé
7h	Lever des patients + vérifications et prélèvements sanguins, urinaires..., constantes, petits soins divers (pansements, perfusion...) selon planification Aide aux toilettes + soins de nursing
8h15	Préparation des traitements buvables et distribution des médicaments dans la salle à manger
8h45	Pause petit déjeuner
9h – 9h45	Soins restants à réaliser Préparation des consultations médicales (rassembler les éléments nécessaires : comportement du patient, informations sociales, bilans sanguins...); accompagnement des consultations psychiatriques <p style="text-align: center;">Ou</p> Possibilité d'intervenir avec un autre poste de travail sur cette plage horaire
11h 45	Préparation des traitements buvables et distribution des médicaments
12h 15	Pause repas
12h 30	Rangement et hygiène de la salle de traitement, transmissions écrites (si pas nécessaires pendant la matinée) Mise à jour de la planification murale Préparation des ordonnances pour départ à la pharmacie
13h 15	Transmissions avec équipe d'après midi dans la salle de soins
14h	Réévaluation des démarches de soins

Poste de traitement de l'après midi

13h 15	<p>Transmissions avec équipes du matin dans la salle de soins Evaluation des démarches de soins Lecture des transmissions Vérification des ordonnances à transmettre à la pharmacie de l'EPSM + gestion du stock de médicaments</p>
14h 30	<p>Préparation des comprimés dans le pilulier pour 16heures et le soir Préparation des consultations médicales avec le médecin généraliste, qui verra le patient sans soignant (15 minutes maximum – présentation des personnes et situations à examiner) Rangement des caisses à pharmacie les jours prévus Préparation des consultations médicales (rassembler les éléments nécessaires : comportement du patient, informations sociales, bilans sanguins...) ; accompagnement des consultations psychiatriques</p> <p align="center">Ou</p> <p>Possibilité d'intervertir avec un autre poste de travail sur cette plage horaire</p> <p>Distribution des traitements de 16 heures Retour oral des consultations du médecin généraliste sur traitements mis en place, examens et bilans à programmer...</p>
17h 15	Pause en alternance (15 minutes chacun)
17h 30	<p>Entretiens infirmiers Occupations des patients Surveillance</p>
18h 45	<p>Petits soins, prises de constantes Préparation des traitements buvables et distribution à 19 heures Aide au repas avec la personne de disponibilité</p>
19h 30	Pause repas
19h 45	<p>Surveillance des patients Transmissions écrites Mise à jour de la planification murale des soins Rangement de la salle des soins (vider les poubelles si besoin) Aide au coucher</p>
20h45–21h 15	Transmission avec l'équipe de nuit

Poste de disponibilité le matin	
6h	Relais et transmissions avec équipe de nuit
6h 15	tour des chambres dans l'unité lecture des transmissions écrites préparation du lever (chariot de linge...) et surveillance des patients
7h	Lever des patients Toilettes, soins de nursing, aide à réfection des lits avec les patients Collaborations possibles à certains soins (avec signature sur dossiers et transmissions) Préparations tables pour petits déjeuner
8h 30	Service du petit déjeuner et aide au repas en fonction de l'autonomie des personnes Desservir les tables
9h	Pause petit déjeuner
9h 15	Surveillance des patients dans l'unité (maintien des acquis d'autonomie des personnes à mobilité réduite, rangement des armoires des patients) Activités occupationnelles avec les patients Accueil du public se présentant (partenaires professionnels, rendez vous familles... Entretiens infirmiers informels, discussions Prise en charge des admissions programmées (11h) ou non programmées Ou Possibilité d'intervertir avec un autre poste de travail (9h 45 11h 45) : Soit accompagnement des consultations psychiatriques Soit animation ou accompagnement d'une activité à visée thérapeutique (selon compétence requise)
11h 45	Préparation des tables pour le déjeuner
12h	Service du déjeuner Aide au repas en fonction de l'autonomie de la personne Desservir les tables avec les patients
12h 45	Pause déjeuner
13h	Transmissions écrites à terminer
13h 15	Transmissions orales avec équipe de l'après midi Réévaluation des démarches de soins

Poste de disponibilité l'après midi

13h 15	Transmissions avec équipe du matin et évaluation des démarches de soins
14h	<p>Lecture des transmissions écrites Prise en charge des sorties programmées (environ vers 14 heures) Prise en charge des admissions (transferts UAO (Unité d'Admission et d'Orientation) vers 15 heures, hospitalisations non programmées) Surveillance des patients dans l'unité Activités occupationnelles avec les patients Accueil du public se présentant (visites...) Entretiens infirmiers informels (discussion) Maintien des acquis d'autonomie des personnes à mobilité réduite, rangement d'une armoire d'un patient</p> <p align="center">Ou</p> <p>Possibilité d'inter changement avec un autre poste de travail : Soit accompagnement des consultations psychiatriques Soit animation ou accompagnement d'une activité à visée thérapeutique (selon compétence requise)</p>
17h	Pause en alternance (15 minutes maximum)
17h 15	<p>Ouverture des salles de bains et mise à disposition du linge Aide partielle ou totale à l'hygiène des patients Préparation des tables pour le dîner Service du repas (avec collaboration de la personne de traitement) Aide au repas en fonction de l'autonomie Desservir les tables Surveillance</p>
19h 45	Pause repas
20h	<p>Surveillance Coucher des patients le souhaitant Transmissions écrites</p>
20h 45 – 21h 15	<p>Transmissions avec équipe de nuit Tour avec équipe de nuit Surveillance de l'unité</p>

Poste en journée : 3 postes minimum

3 familles horaires :

- 8h 15 – 17h (45 minutes de coupure) ou 8h 15 – 17h 15 (1 heure de coupure)
- 8h 30 – 17h 15 (45 minutes de coupure) ou 8h 30 – 17h 30 (1 heure de coupure)
- 9h 15 – 18h (45 minutes de coupure) ou 9h – 18h (1 heure de coupure)

Les trois personnes présentes se répartiront la charge de travail par demi journée en fonction de trois pôles principaux d'activité et des compétences requises pour les activités à visées thérapeutiques du jour

- 1) 8h 30 : préparation et accompagnement des consultations de spécialités extérieures
12h : réalisation des ECG
- 2) 9h 15 : animation ou accompagnement des activités à visées thérapeutiques
12h
- 3) 9h 45 : préparation et accompagnement des consultations psychiatriques

Ou

possibilité d'intervenir avec le poste de disponibilité

En dehors de ces plages horaires, les infirmiers participeront aux activités quotidiennes de l'unité, aide au repas, activités de nursing, entretiens infirmiers, transmissions...

Pause repas : 12h 30 – 13h 15 (45 minutes de coupure) ou 12h 15 – 13h 15 (1 heure de coupure)

De la même manière, l'après midi : 3 pôles d'activité à se répartir

- 1) 14h : préparation et accompagnement des consultations de spécialités extérieures
17h : réalisation des ECG
- 2) 14h 30 : animation ou accompagnement des activités à visées thérapeutiques
16h 30
- 3) 14h : préparation et accompagnement des consultations psychiatriques
17h : variable selon présence médicale (peut débuter à 15 heures...)

Ou

possibilité d'intervenir avec le poste de disponibilité

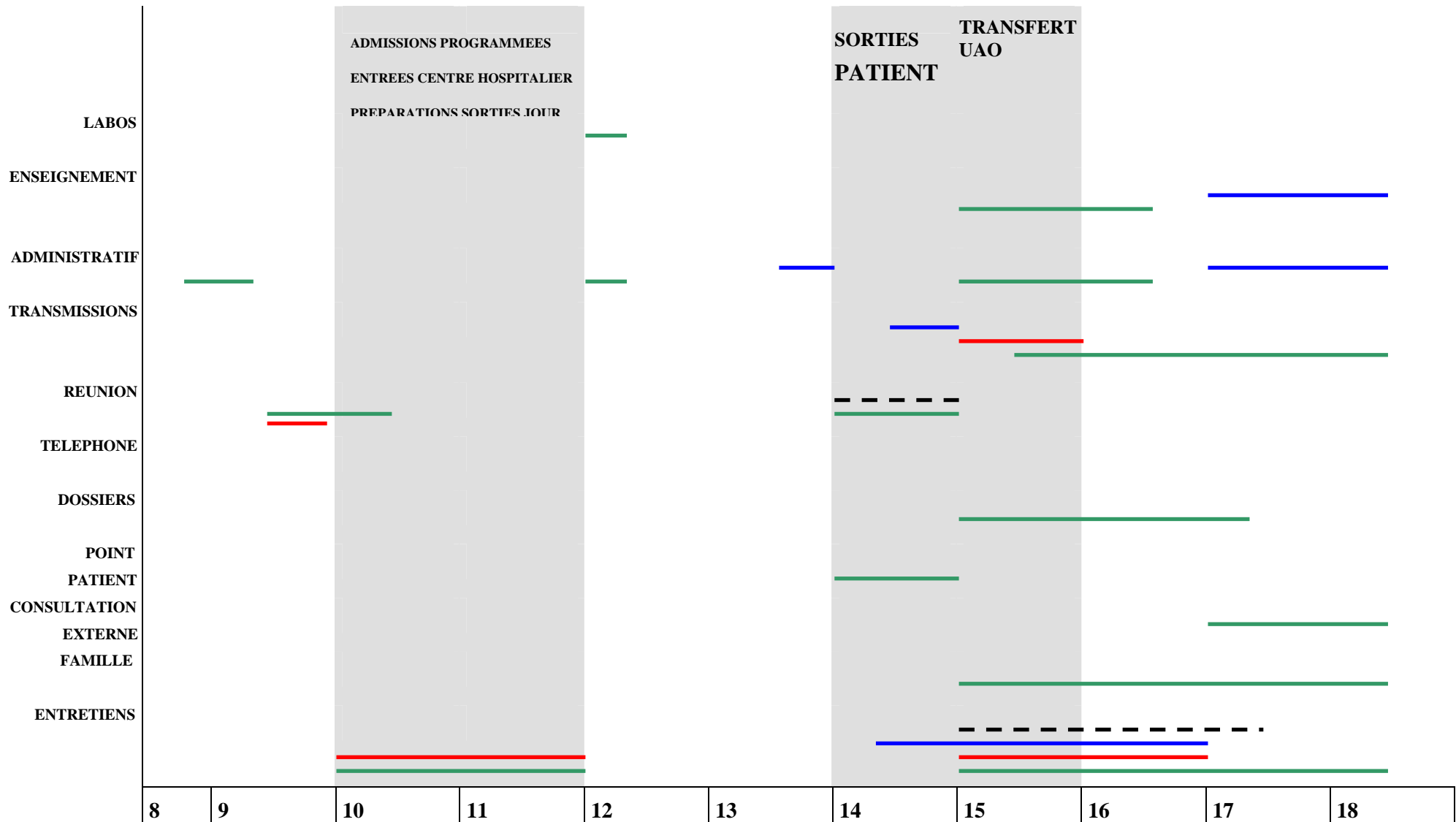
Poste de nuit : 20h 45 à 6h 15

20h 45	Transmissions orales dans la salle de soins à l'aide de la planification murale
21h 15	Tour des chambres et des unités avec quelqu'un de l'équipe d'après midi, avant leur départ Vérification de la fermeture des portes (salles de bains, cuisines, salles de traitement, accès extérieurs)
21h 15	Lecture des dossiers
22h	Préparation et distribution des traitements de nuit Aide au coucher pour certains patients restés regarder la télévision
23h	Préparation des différents bilans sanguins ou urinaires, d'après les prescriptions sur les dossiers et plannings muraux Surveillance régulière des patients Surveillance du sommeil des patients (pour certains : diagramme de sommeil) Entretiens infirmiers de réassurance (patients angoissés...) Continuité des soins somatiques (exemple : perfusion à changer, pansement souillé à changer...)
5h 45	Transmissions écrites sur les dossiers Noter l'effectif soignant présent sur la main courante Tour des chambres et des unités respectives
6h - 6h 15	Transmissions orales dans les salles de soins respectives avec l'équipe du matin Selon jour prévu : commande de pharmacie

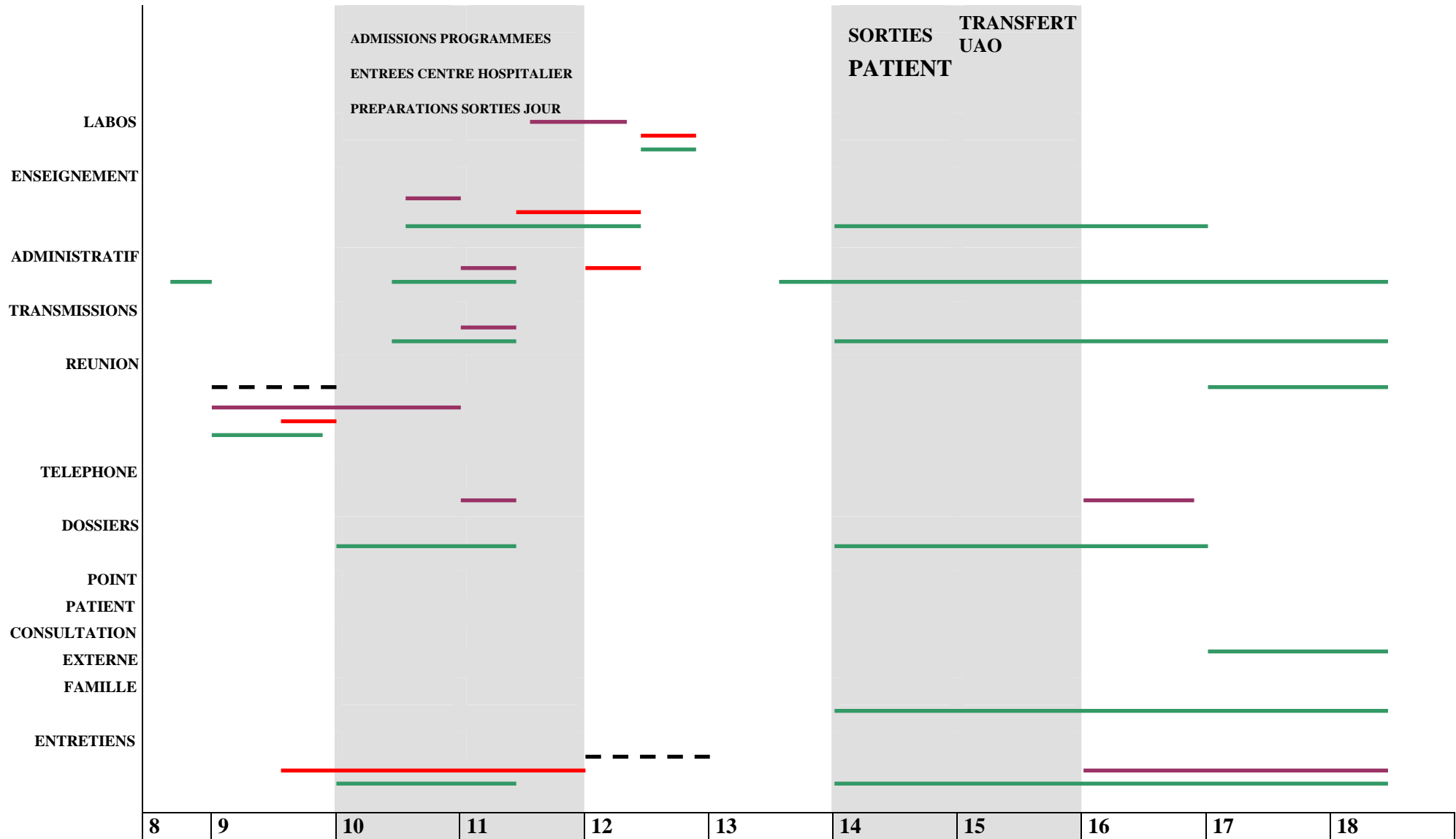
Annexe 10b3 : EPSM 1 service T2, Organisation Médicale – Organisation soignante

Une première synthèse des observations des médecins a permis d'amorcer la réflexion, en tenant compte des contraintes des médecins, des contraintes des équipes soignantes et des contraintes externes sur l'organisation collective du travail et la prise en charge des patients dans ce service, en lien avec l'Unité d'Admission et d'Orientation (UAO). Le planning des médecins dans ce service (entretiens prévus planifiés, entretiens non prévus, entretiens prévus non planifiés) fournie une semaine représentée par les graphiques suivants, et permet surtout le dernier graphique de cette annexe 10b3 concernant la **planification de l'organisation médico soignante en fonction des présences médicales et des contraintes soignantes**.

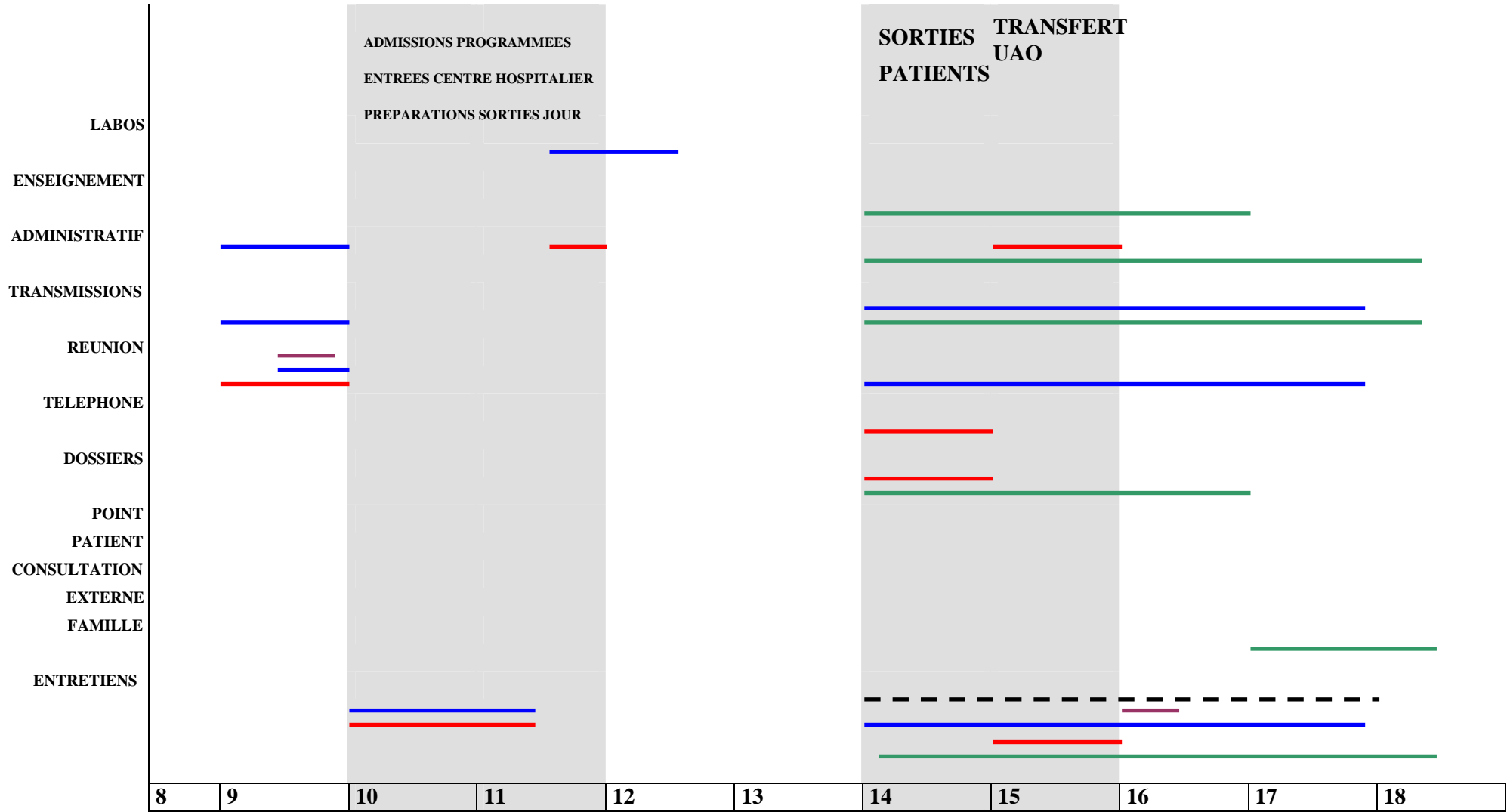
LUNDI



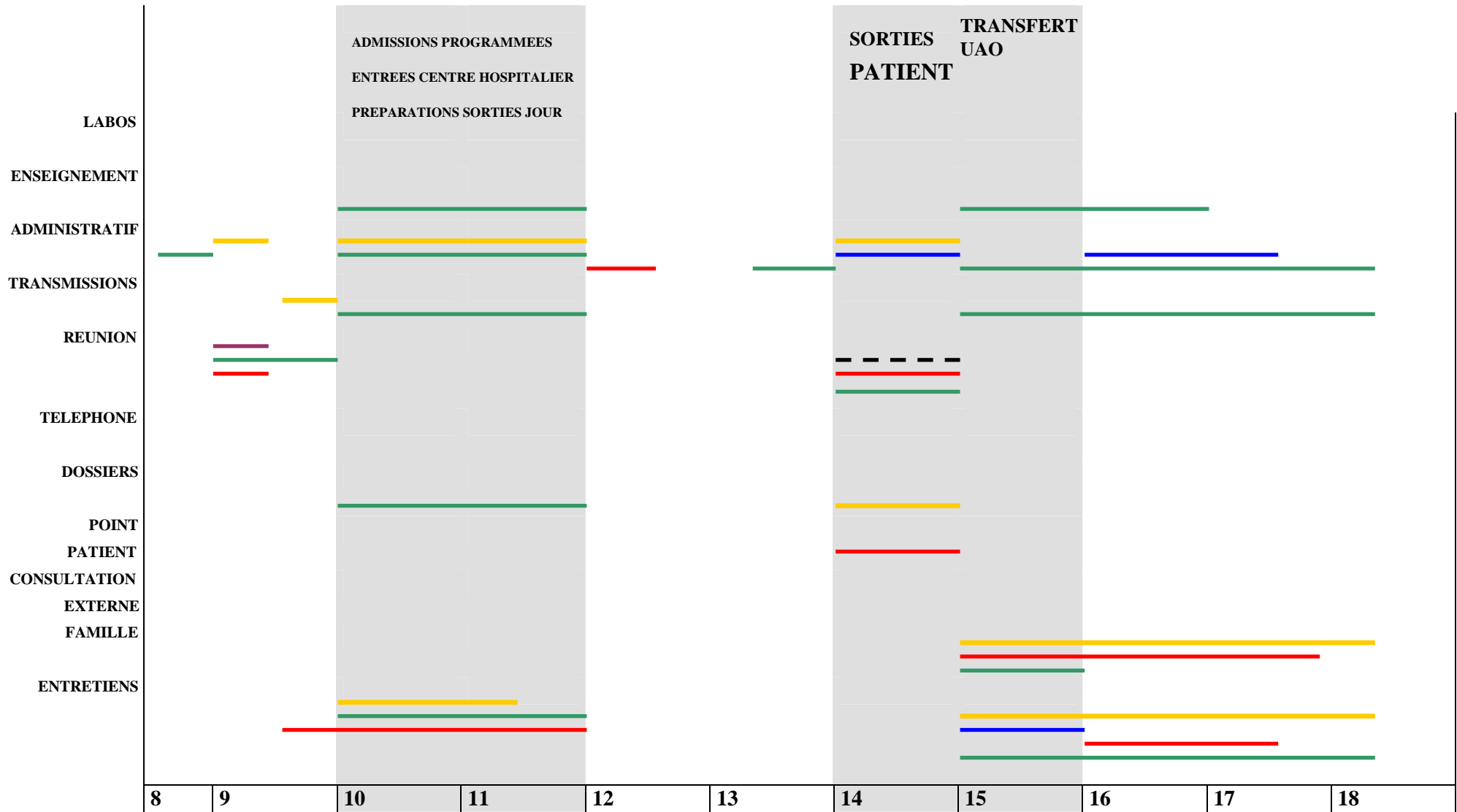
MARDI



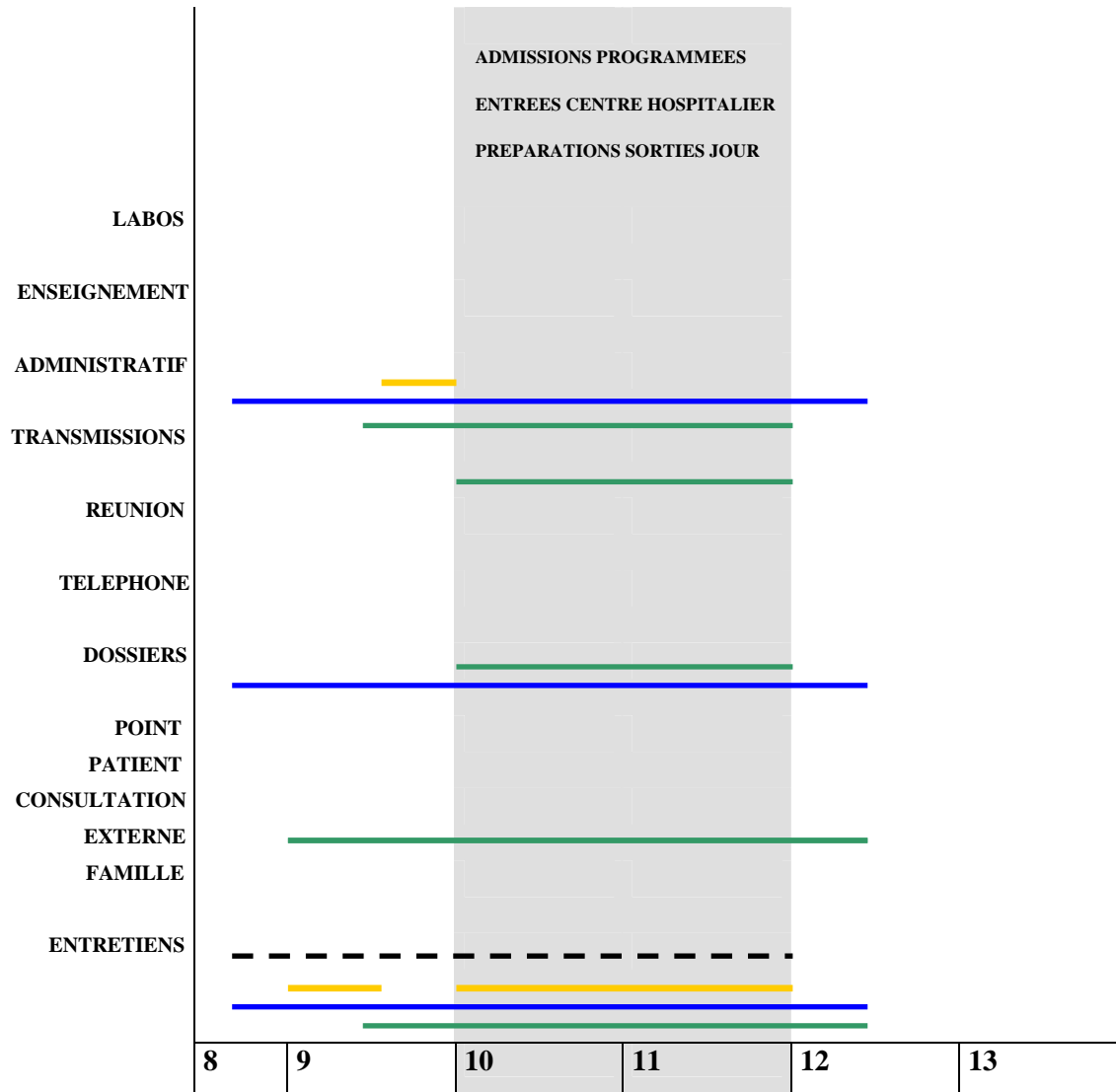
JEUDI



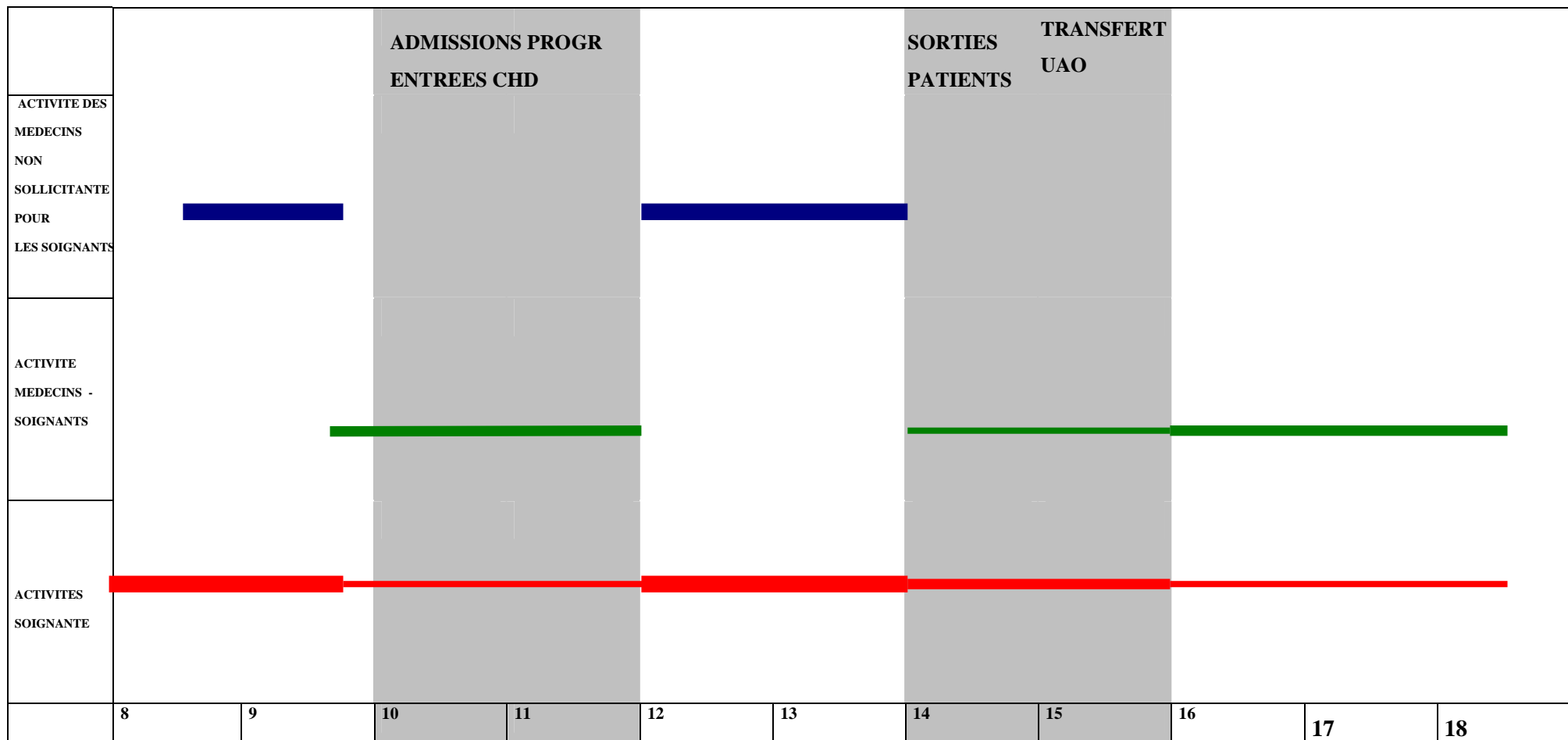
VENDREDI



SAMEDI



Planification simplifiée de l'organisation médico soignante en fonction des présences médicales et des contraintes soignantes



	6	8	10	12	14	16	18	20
Sorties patients					
Surveillance patients prêts								
Mouvements patients								
Admissions patients					
Transferts patients							
Gestion des visites							
Visites				
Préparation d'activités				
Activités		—————						
Chambres								
Acitation dans le service								
Renfort dans un autre service					■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■			
Réunion / point patient								
Transcriptions écrites							
Gestion cigarettes								
Hygiène environnement								
Permanences téléphoniques				
Temps téléphonique								
Démarches téléphoniques				
Tour							
Soins infirmiers							
Encadrement étudiant							
Accompagnement et écoute patients							
ouverture et fermeture porte								
surveillance des patients	—————							

Annexe 10d : EPSM2 T3a/T3b, journée type

	6	8	10	12	14	16	18	20
Lecture dossiers / administratif	■				■			■
Relève	■				■			■
Transmissions orales							■	
Ouverture / fermeture	■						■	
Toilettes assistées accompagnées	■						■	
Réveils patients	■						■	
Prélèvements sanguins + dérôl	■		■	■		■		
Préparation traitements	■			■		■		■
Distribution traitements	■					■		
Préparation repas	■			■		■		
Repas		■						
Rangement SAM – vaisselle			■	■				
Réception chariot repas +			■	■			■	
Gestion			■	■				
Réception chariot de linée			■	■				
Rangement du linée			■	■				
Logistique pharmacie			■	■	■			
Rangement commande			■	■				
Intendance					
Préparation entretiens					
Entretiens infirmiers					
Entretiens médicaux					
Résultats analyse- prescription					
Accompagner consultation					
Accompagner patient au narc			■		■			
Accompagner patient en								

Annexe 10e : EPSM2 T8a (unité de psychiatrie générale), journée type

	6	8	10	12	14	16	18	20
Lecture dossiers / administratif	█		█		█			█
Relève	█	█			█			█
Transmissions orales		█					█	
Ouverture / fermeture		█					█	
Toilettes assistées /	█							
Réveils patients							
Prélèvements sanguins + dépôt		█		█			█	
Préparation traitements			█				█	
Distribution traitements		█		█			█	
Préparation repas			█		█		█	
Repas			█		█		█	
Rangement SAM – vaisselle					
Réception chariot repas- rangement					
Gestion					
Réception chariot de linge					
Rangement du linge					
Logistique pharmacie					
Rangement commande					
Intendance					
Préparation entretiens
Entretiens infirmiers			
Entretiens médicaux			
Résultats analyse- prescription			
Accompagner consultation			
Accompagner patient au parc			
Accompagner patient en			

	6	8	10	12	14	16	18	20
Sorties patients			████████████████████		████████			
Surveillance patients prêts		██████			██████			
Mouvements patients								
Admissions patients							
Transferts patients						████████████████████		
Gestion des visites						████████████████████		
Visites		████████████████████			████████████████████			
Préparation d'activités		████████████████████			████████████████████			
Activités								
Chambres								
Aeitation dans le service								
Renfort dans un autre service					████████			
Réunion / point patient								
Transcriptions écrites							
Gestion cigarettes								
Hygiène environnement								
Permanences téléphoniques			██████				████████████████████	
Temps téléphonique							
Démarches téléphoniques								
Tour								
Soins infirmiers								
Encadrement étudiant								
Accompagnement et écoute patients								
ouverture et fermeture porte								
surveillance des patients								

	6	8	10	12	14	16	18	20
Sorties patients		■			■			
Surveillance patients prêts							
Mouvements patients		■	■					
Admissions patients								
Transferts patients							■	■
Gestion des visites							■	■
Visites		■			■			
Préparation d'activités		■	■	■	■	■		
Activités								
Chambres							
Aeitation dans le service							
Renfort dans un autre service		■	■	■	■	■	■	■
Réunion / point patient								
Transcriptions écrites							
Gestion cigarettes								
Hygiène environnement								
Permanences téléphoniques		■					■	■
Temps téléphonique		■	■	■	■	■	■	■
Démarches téléphoniques							
Tour							
Soins infirmiers							
Encadrement étudiant							
Accompagnement et écoute patients							
ouverture et fermeture porte							
surveillance des patients							

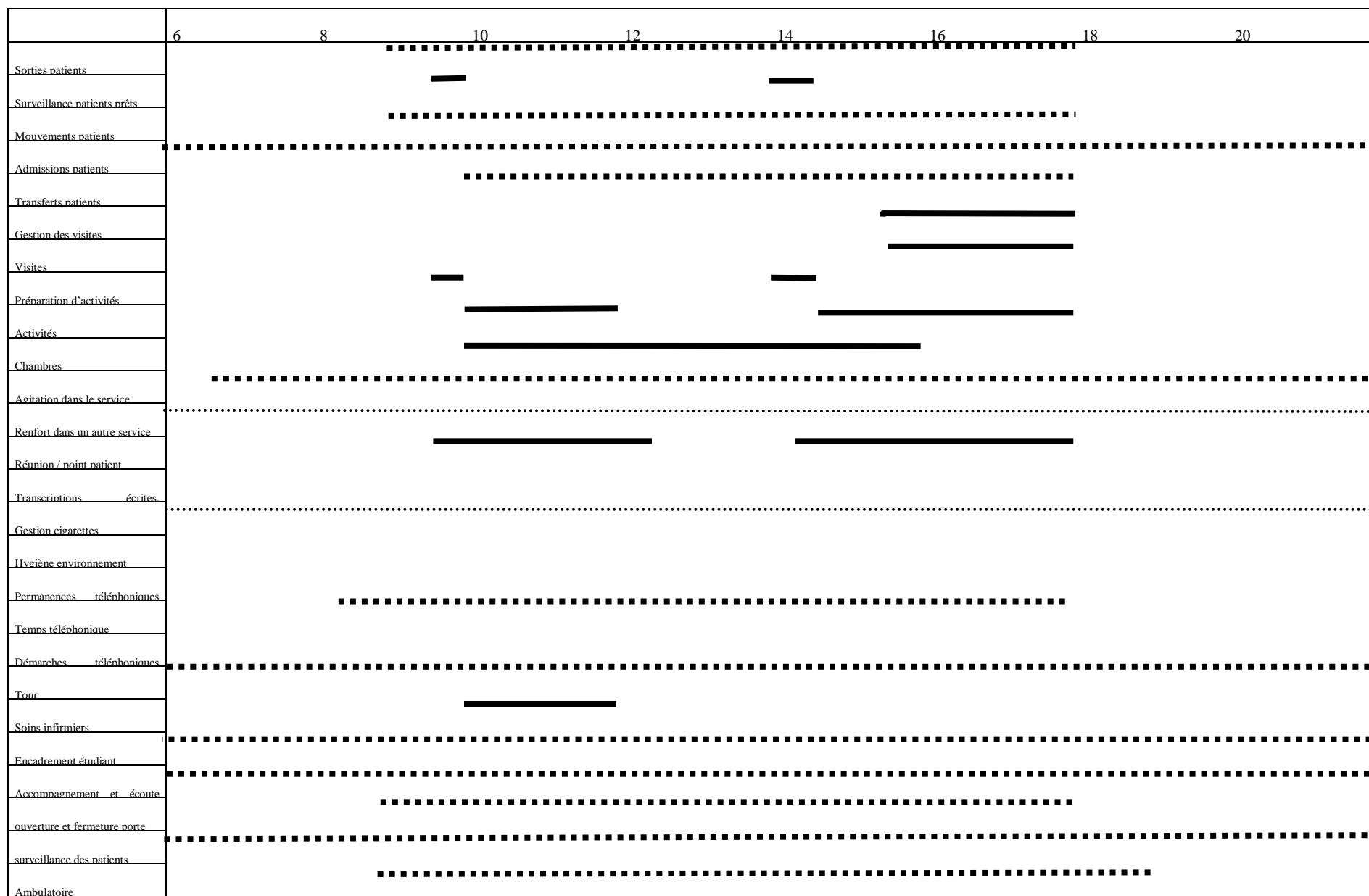
Annexe 10g : EPSM2 T5, journée type

	6	8	10	12	14	16	18	20
Lecture dossiers / administratif	█				█	█		█
Relève	█				█			█
Transmissions orales		█					█	
Ouverture / fermeture		█	█					
Toilettes assistées/ accompagnées		█						
Réveils patients	█							
Prélèvements sanitaires + dénat		█		█		█	█	█
Préparation traitements			█	█		█		█
Distribution traitements		█		█		█	█	█
Préparation repas								
Repas		█		█		█	█	█
Rangement SAM – vaisselle			█	█		█		█
Réception chariot repas/rangement
Gestion	
Réception chariot de linge	
Rangement du linge		█	█			█	█	
Logistique		█	█			█	█	
Rangement commande		█	█			█	█	
Intendance							
Préparation entretiens
Entretiens infirmiers			█	█				
Entretiens médicaux	
Résultats analyse- prescription			█	█				
Accompagner consultation			█	█				
Accompagner patient au parc	
Accompagner patient en externe	

	6	8	10	12	14	16	18	20
Sorties patients							
Surveillance patients prêts							
Mouvements patients							
Admissions patients							
Transferts patients							
Gestion des visites							
Visites							
Préparation d'activités							
Activités							
Chambres							
Acitation dans le service							
Renfort dans un autre service							
Réunion / point patient							
Transcriptions écrites							
Gestion cigarettes							
Hygiène environnement							
Permanences téléphoniques							
Temps téléphonique							
Démarches téléphoniques							
Tour							
Soins infirmiers							
Encadrement étudiant							
Accompagnement et écoute							
ouverture et fermeture porte							
surveillance des patients							

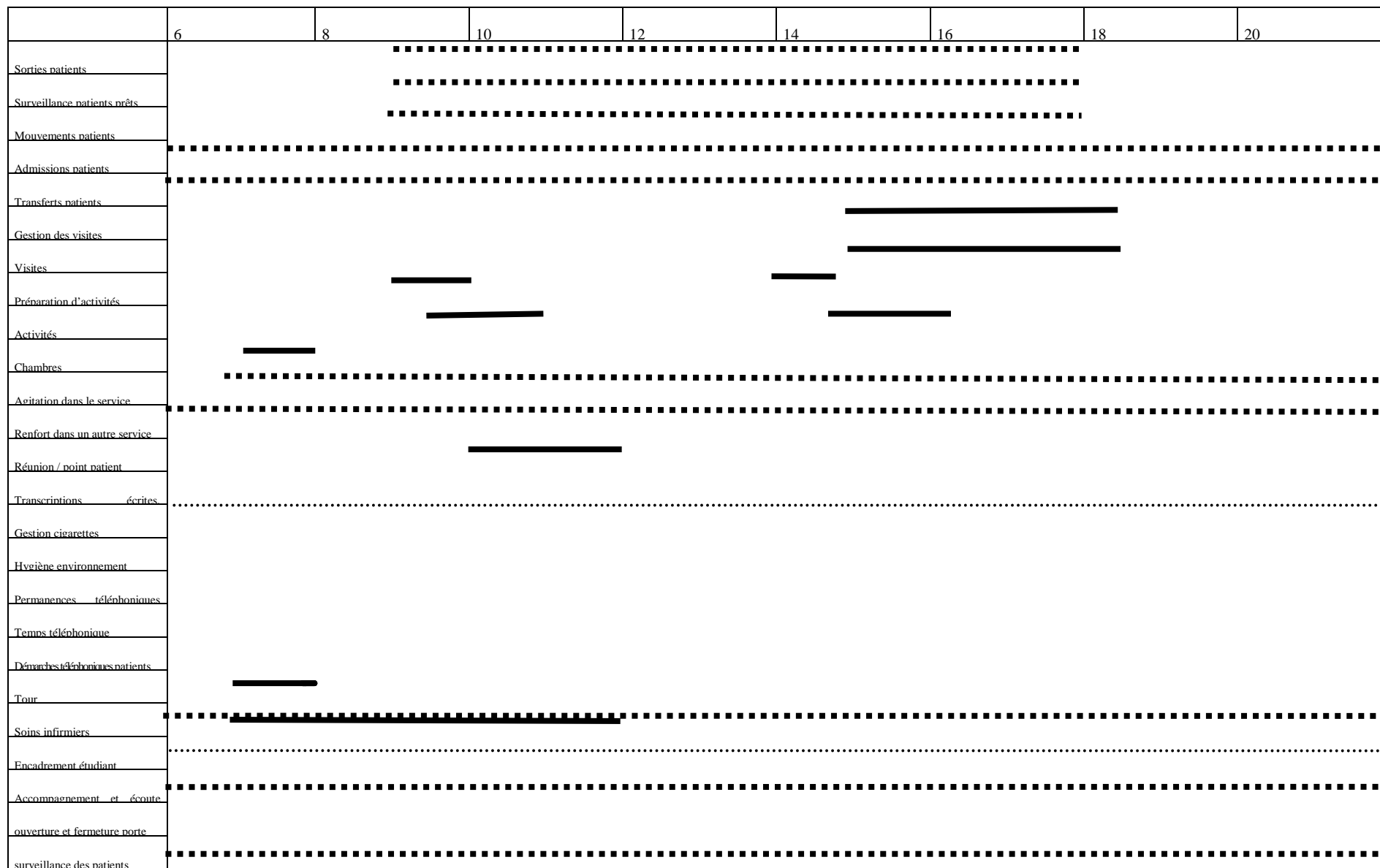
Annexe 10h : EPSM2 T6, journée type

	6	8	10	12	14	16	18	20	
Lecture dossiers / administratif	-----								
Relève	—				—			—	
Transmissions orales									
Ouverture / fermeture	—————								
Toilettes assistées / accompagnées	—————								
Réveils patients		—							
Prélèvements sanitaires + dénat		—					—	—	
Préparation traitements				—	—		—	—	
Distribution traitements	—	—		—			—	—	
Préparation repas		—		—		—	—		
Repas	-----								
Rangement SAM – vaisselle		—			—				
Réception chariot repas-rangement	-----								
Gestion									
Réception chariot de linée		—							
Rangement du linée	-----								
Logistique pharmacie	-----								
Rangement commande	-----								
Intendance		—			—				
Préparation entretiens		—	—	—	—	—	—	—	
Entretiens infirmiers		—	—	—	—	—	—	—	
Entretiens médicaux	-----								
Résultats analyse- prescription		—	—	—	—	—	—	—	
Accompagner consultation	-----								
Accompagner patient au parc	-----								
Accompagner patient en	-----								



Annexe 10i : EPSM2 T7, journée type

	6	8	10	12	14	16	18	20
Lecture dossiers / administratif	█							
Relève	█				█			█
Transmissions orales					█			
Ouverture / fermeture		█					█	
Toilettes assistées /	█							
Réveils patients								
Prélèvements sanguins + dénat								
Préparation traitements		█		█			█	
Distribution traitements		█		█			█	
Préparation repas	█			█			█	
Repas		█		█			█	
Rangement SAM – vaisselle								
Réception chariot repas + rangement								
Gestion								
Réception chariot de linée								
Rangement du linée								
Logistique pharmacie								
Rangement commande								
Intendance			█					
Préparation entretiens			█		█		█	
Entretiens infirmiers			█		█		█	
Entretiens médicaux			█		█		█	
Résultats analyse /			█		█		█	
Accompagner consultation								
Accompagner patient au parc								
Accompagner patient externe								



Annexe 10j : EPSM2 UAO -Unité d'Admission et d'Orientation intersectorielle, journée type

	6	8	10	12	14	16	18	20
Lecture dossiers / administratif	█				█			█
Relève	█		█	█	█			█
Transmissions orales			█			█	█	
Ouverture / fermeture	█	█						
Toilettes assistées /	█	█						
Réveils patients		█						
Prélèvements sanitaires + dévêt	█			█			█	█
Préparation traitements		█					█	█
Distribution traitements	█			█			█	█
Préparation repas		█		█				█
Repas		█		█				█
Rangement SAM – vaisselle		█		█		█	█	
Réception chariot repas-rangement		█		█			█	
Gestion
Réception chariot de linge
Rangement du linge
Logistique pharmacie
Rangement commande						█	█	
Intendance						
Préparation entretiens	█
Entretiens infirmiers	
Entretiens médicaux	
Résultats analyse / prescription				
Accompagner consultation	
Accompagner patient au parc	
Accompagner patient en externe	

	6	8	10	12	14	16	18	20
Sorties patients								
Surveillance patients prêts								
Mouvements patients								
Admissions patients								
Transferts patients								
Gestion des visites								
Visites								
Préparation d'activités								
Activités								
Chambres								
Acitation dans le service								
Renfort dans un autre service								
Réunion / point patient								
Transcriptions écrites								
Gestion cigarettes								
Hygiène environnement								
Permanences téléphoniques								
Temps téléphonique								
Démarches téléphoniques patients								
Tour								
Soins infirmiers								
Encadrement étudiant								
Accompagnement et écoute								
ouverture et fermeture porte								
surveillance des patients								

Annexe 10i : EPSM1 Planification, organisation et déroulement type de l'activité à l'UAO (Unité d'Admission et d'Orientation)

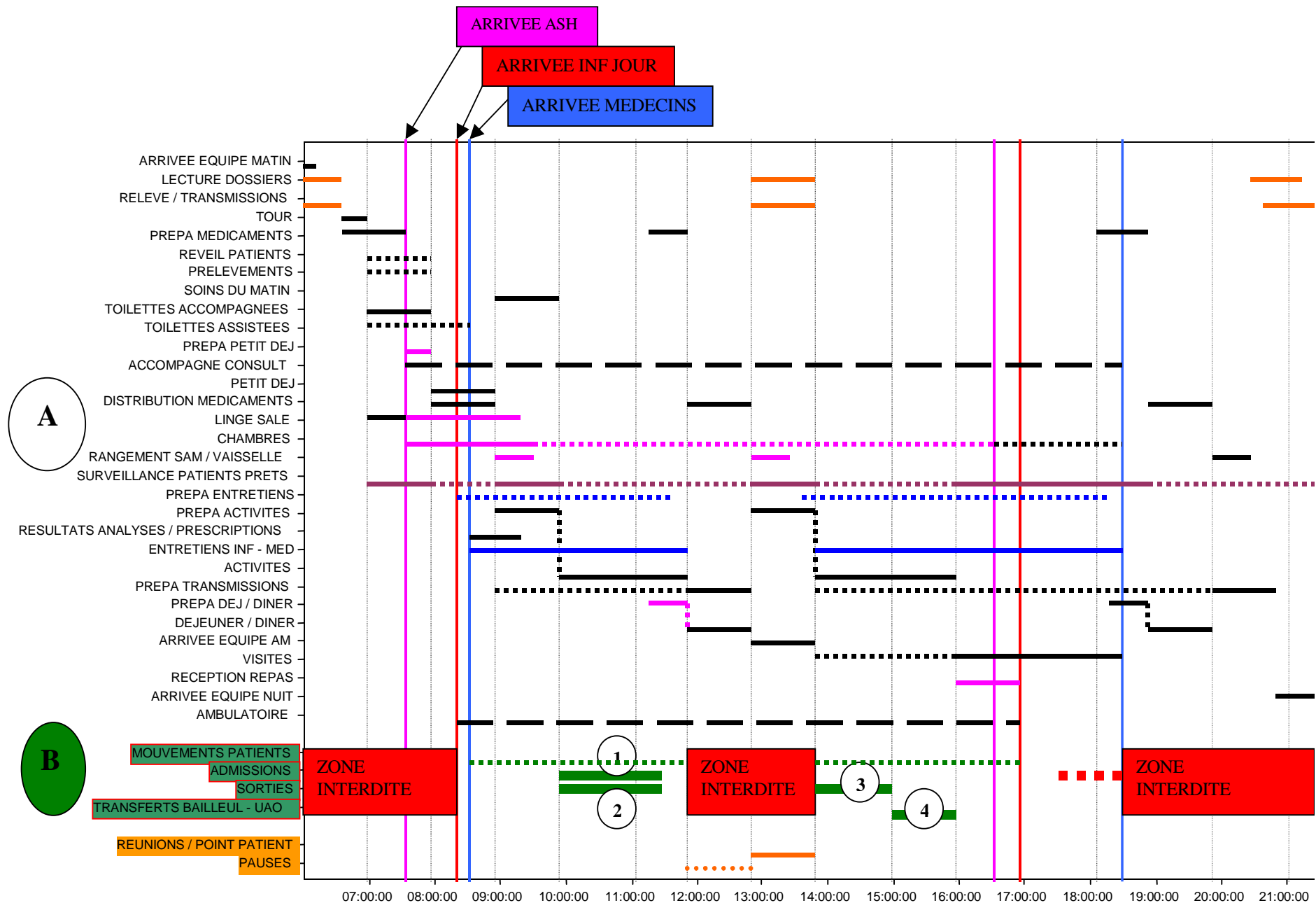
L'objectif étant de diminuer ces contraintes, la proposition centrale qui se dégage de ces premières analyses est relative à la mise en adéquation de l'organisation médicale avec la planification du travail des équipes soignantes.

En évitant les interférences entre les deux et avec une gestion des admissions et sorties ainsi que des transferts qui tient compte des contraintes respectives des médecins et soignants il paraît possible d'améliorer et les conditions de travail dans les structures et de maintenir la qualité de la prise en charge en ce qui concerne plus particulièrement la présence soignante lors des entretiens médicaux et le déroulement des activités à visée éducative et de resocialisation.

Le graphe d'activité (page suivante), réalisé à partir des observations sur le terrain, permet de mettre en perspective l'activité soignante avec la présence médicale, les contraintes temporelles, les simultanités et interruptions des tâches.

Il présente l'activité standard des équipes, dans un déroulement temporel type. Il comprend deux parties :

- la partie A représente le déroulement temporel de l'activité
- la partie B représente les propositions élaborées avec l'ensemble des cadres de T1 relatives aux mouvements des patients (mouvements intra unité, admissions prévues et prévisibles, sorties, transferts de l'UAO).



EXPLICITATION DU GRAPHE

Les Tâches type des équipes (A) et les Mouvements (B) sont représentées en abscisse et le déroulement temporel en ordonné.

L'arrivée et le départ (théoriques) des médecins, de l'infirmière de jour et de l'ASH sont représentés par des traits verticaux de couleur bleu, rouge et rose respectivement.

Partie A

Les traits pleins indiquent le déroulement temporel standard des tâches, les traits en pointillés indiquent la variabilité possible dans leur réalisation. Ainsi par exemple les Toilettes accompagnées / surveillées par un soignant se déroulent entre 7h et 8h (trait plein) et les toilettes assistées entre 7h et 8h30 (trait en pointillé), le temps étant variable en fonction du nombre de patients dépendants et /ou en « opposition » qu'il faut laver.

Certaines tâches sont fixes dans le temps, par exemple la distribution des médicaments, d'autres se déroulent sur des périodes moins délimitées comme par exemple l'accompagnement en consultation externe, représenté par un trait en pointillé, dont l'heure de départ et l'heure de retour ainsi que la durée d'absence échappent au contrôle des équipes.

Les traits de couleur noir renvoient à l'activité soignante, les traits oranges aux tâches collectives par essence (transmissions...), les traits bleus sont réservés à l'activité du couple Médecin – Infirmière (en plein les entretiens, en pointillé la préparation des entretiens), la couleur rose aux tâches exclusives de l'ASH durant sa présence (ainsi le nettoyage des chambres est représenté par un trait rose plein entre 7h30 et 9h, en pointillé roses jusqu'à 16h30 et en pointillés noirs par la suite).

Partie B

La réunion effectuée avec les cadres a permis de finaliser ce graphe et de construire une proposition de cadrage des mouvements de patients qui tient compte des charges fixes des équipes soignantes et de l'ASH.

PROPOSITION D'ORGANISATION DES ADMISSIONS / SORTIES ET TRANSFERTS

1 – Planification des admissions prévues de 10h à 11h 30.

Nous avons constaté que les soignants apprennent qu'une entrée est prévue au dernier moment. Si une admission est prévue elle est par définition planifiable, donc il est possible de lui fixer un créneau horaire et communiquer l'information aux soignants.

2 – Préparation des sorties de 10h à 11h30.

Partant de l'idée qu'il est nécessaire de fixer des créneaux horaires pour les sorties, il s'agit d'abord de les préparer. La proposition tient compte non seulement de la charge des soignants mais aussi du travail de l'ASH.

3 – Sorties effectives des patients de 14h à 15h.

Après donc le repas et les médicaments du midi, sur un créneau suffisant compte tenu de la préparation du matin.

4 – Arrivée effective dans les unités des patients transférés de l'UAO (Unité d'Admission et d'Orientation)

Les zones interdites correspondent à des périodes durant lesquelles le type d'activité (transmissions / relève matin- après midi), la charge de travail compte tenu de la simultanéité des tâches et des effectifs (avant l'arrivée de l'infirmière de jour) ou encore l'absence des médecins (avant 8h30 et après 18h30) rendent tout mouvement entrant ou sortant de patient, compliqué à gérer par les équipes soignantes.

Cette proposition devra être examinée avec les équipes et pour être définitivement validée, elle doit être mise en perspective avec l'organisation médicale qu'elle engendre, l'objectif étant d'éviter des nouvelles contraintes pour le médecins.

Annexe 11 : tableaux 6 : impacts de l'âge sur les facteurs étudiés / ANOVAS

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	F	p
Age	1	29,812	29,812	1,212	0,2758
Résidu	55	1353,331	24,606		

Tableau 6 a : impacts de l'âge sur F1

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	F	p
Age	1	3,914	3,914	0,091	0,7640
Résidu	55	2364,847	42,997		

Tableau 6 b : impacts de l'âge sur F2

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	F	p
Age	1	7,832	7,832	0,795	0,3766
Résidu	55	542,086	9,856		

Tableau 6 c : impacts de l'âge sur F3

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	F	p
Age	1	74,137	74,137	11,090	0,0016
Résidu	55	367,689	6,685		

Tableau 6 d : impacts de l'âge sur F4

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	F	p
Age	1	33,324	33,324	3,197	0,0793
Résidu	55	573,243	10,423		

Tableau 6 e : impacts de l'âge sur F5

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	F	p
Age	1	268,090	268,090	3,546	0,0650
Résidu	55	4158,736	75,613		

Tableau 6 f : impacts de l'âge sur F6

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	F	p
Age	1	3,914	3,914	0,091	0,7640
Résidu	55	2364,847	42,997		

Tableau 6 g : impacts de l'âge sur F7

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	F	p
Age	1	9,923	9,923	0,843	0,3624
Résidu	55	647,111	11,766		

Tableau 6 h : impacts de l'âge sur F8

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	F	p
Age	1	336,142	336,142	4,235	0,0444
Résidu	55	4365,811	79,378		

Tableau 6 i : impacts de l'âge sur F9

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	F	p
Age	1	1,068	1,068	0,021	0,8855
Résidu	55	2805,575	51,010		

Tableau 6 j : impacts de l'age sur F10

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	F	p
Age	1	217,378	217,378	4,032	0,0496
Résidu	55	2965,462	53,917		

Tableau 6 k : impacts de l'age sur F changements

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	F	p
Age	1	252,064	252,064	10,391	0,0021
Résidu	55	1334,175	24,258		

Tableau 6 l : impacts de l'age sur F impacts

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	F	p
Age	1	38,203	38,203	2,886	0,0950
Résidu	55	727,938	13,235		

Tableau 6 m : impacts de l'age sur F mise en oeuvre

Annexe 12 : tableau 7 : communauté des items concernant l'ensemble du Qerdops : perceptions du travail et facteurs de stress / R² Multiple

ITEMS DU QERDOPS	R² Multiple
REPETITIF	0,574047
RYTHME	0,729184
ASSEZ TEMPS	0,793864
SIMULTANEITE	0,781244
FAIRE PLUSIEURS CHOSES	0,799557
AUGMENTATION CADENCES	0,784760
QUANTITE	0,724152
DECISION	0,801036
INTERRUPTIONS	0,716738
COMPLEXE	0,794287
PAS HAUTEUR	0,696140
COMPETENCES MAL UTILISEES	0,804228
SENS	0,830021
SAVOIR FAIRE	0,800916
CONNAISSANCES	0,639372
EXCELLENCE	0,784617
MOT A DIRE	0,775664
PARTIE TACHES	0,777862
CHEF PENSE	0,864689
TRAVAIL BIENFAI	0,747537
ERREUR	0,780739
RESULTAT	0,829892
AVIS	0,844836
SANTE PHYSIQUE	0,782668
EQUILIBRE	0,762883
ATTENTES	0,725790
RESPONSABILITE	0,645006
CONSISTE	0,702624
CONTRADICTIONS	0,773511
ENTENT CHEF	0,728140
ENTENT COLLEGUES	0,787888
CONFLITS	0,745785
AIDE	0,835565
APPRECIE	0,735336
CONTACTS	0,727538
AMICALES	0,848589
EVOLUTION	0,635122
AGRSSIVITE PHYSIQUE	0,778801
FAIRE FACE PHYSIQUEMENT	0,829987
AGRESSIVITE VERBALE	0,686138
FAIRE FACE VERBALEMENT	0,779453
URGENCES PSYCHIQUES	0,824159
URGENCES SOMATIQUES	0,669432

Annexe 13 : tableau 8 : alphas de Cronbach sur les facteurs du Qerdops pour chaque solution factorielle

Facteurs	Alphas de Cronbach
F1	0,825
F2	0,855
F3	0,763
F4	0,865
F5	0,781
F6	0,902
F7	0,872
F8	0,770
F9	0,876
F10	0,902

Annexe 14 : tableau 9 : corrélations entre les facteurs du Qerdops

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10
F1	1,000	0,355	0,221	0,630	0,605	0,931	0,355	0,257	0,933	0,379
F2	0,355	1,000	0,163	0,215	0,393	0,391	1,000	0,197	0,395	0,994
F3	0,221	0,163	1,000	0,084	0,080	0,178	0,163	0,981	0,242	0,180
F4	0,630	0,215	0,084	1,000	0,449	0,693	0,215	0,102	0,706	0,233
F5	0,605	0,393	0,080	0,449	1,000	0,822	0,393	0,118	0,782	0,420
F6	0,931	0,391	0,178	0,693	0,822	1,000	0,391	0,222	0,990	0,419
F7	0,355	1,000	0,163	0,215	0,393	0,391	1,000	0,197	0,395	0,994
F8	0,257	0,197	0,981	0,102	0,118	0,222	0,197	1,000	0,296	0,211
F9	0,933	0,395	0,242	0,706	0,782	0,990	0,395	0,296	1,000	0,425
F10	0,379	0,994	0,180	0,233	0,420	0,419	0,994	0,211	0,425	1,000

Annexe 15 : tableau 10 : communauté des items concernant l'ensemble des items sur les perceptions des impacts et des mises en place des changements / R² Multiple

ITEMS	R² Multiple
CHANGEMENT CONTENU	0,736353
CHANGEMENT CHARGE TRAVAIL	0,743432
CHANGEMENT COMPETENCES	0,358035
CHANGEMENT AUTONOMIE	0,636159
CHANGEMENT MOYENS	0,583826
CHANGEMENT EFFICACITE EQUIPES	0,683443
CHANGEMENT PRISE EN CHARGE	0,810669
CHANGEMENT ENVIRONNEMENT	0,633819
CHANGEMENT RELATIONS PATIENTS	0,680869
CHANGEMENT RELATIONS DANS L'UNITE	0,663594
CHANGEMENT RELATIONS AVEC HIERARCHIE	0,559655
CHANGEMENT QUALITE DE VIE HORS TRAVAIL	0,674236
CHANGEMENT ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL	0,783990
CHANGEMENT SANTE PHYSIQUE PATIENTS	0,799187
CHANGEMENT SANTE PSYCHIQUE PATIENTS	0,837221
CHANGEMENT SECURITE SOIGNANTS	0,532343
DIFFICULTES PRISES EN COMPTE	0,581267
IMPLIQUE DANS PROJET	0,644566
HIERARCHE IMPLIQUE DANS PROJET	0,336286
PARTICIPATION	0,726103
AVIS PRIS EN COMPTE	0,754966

Annexe 16 : tableau 11 : poids factoriels et pourcentages de variances expliquées concernant les 21 items sur les impacts des changements et la mise en œuvre

Facteur	Valeur propre	Pourcentage total variance	Cumul propre	valeur	Cumul pourcentage
1	8,480945	40,38545	8,48095		40,38545
2	2,648285	12,61088	11,12923		52,99634
3	1,430146	6,81022	12,55938		59,80655
4	1,305524	6,21678	13,86490		66,02334
5	1,085865	5,17079	14,95077		71,19412

Annexe 17 : tableau 12 : poids factoriels sur l'ensemble des items sur le changement à partir de 3 facteurs

ITEMS	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
CHANGEMENT CONTENU	0,328236	0,205759	0,763324
CHANGEMENT CHARGE TRAVAIL	0,322003	0,207506	0,763120
CHANGEMENT COMPETENCES	0,102203	0,096018	0,628003
CHANGEMENT AUTONOMIE	0,276164	-0,035415	0,767446
CHANGEMENT MOYENS	0,574268	0,175720	0,368056
CHANGEMENT EFFICACITE EQUIPES	0,669045	0,001970	0,377059
CHANGEMENT PRISE EN CHARGE	0,781317	0,228427	0,341922
CHANGEMENT ENVIRONNEMENT	0,647667	0,138894	0,263548
CHANGEMENT RELATIONS PATIENTS	0,684170	0,015395	0,392780
CHANGEMENT RELATIONS DANS L'UNITE	0,562405	-0,03218	0,361236
CHANGEMENT RELATIONS AVEC HIERARCHIE	0,751427	0,196101	-0,156718
CHANGEMENT QUALITE DE VIE HORS TRAVAIL	0,380297	0,109300	0,541433
CHANGEMENT ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL	0,754879	0,302213	0,278385
CHANGEMENT SANTE PHYSIQUE PATIENTS	0,611304	0,168789	0,430266
CHANGEMENT SANTE PSYCHIQUE PATIENTS	0,789533	0,263674	0,149722
CHANGEMENT SECURITE SOIGNANTS	0,396268	0,070070	0,227694
DIFFICULTES PRISES EN COMPTE	0,252563	0,720642	-0,020770
IMPLIQUE DANS PROJET	0,180089	0,789748	0,068026
HIERARCHE IMPLIQUE DANS PROJET	0,129732	0,548803	0,097945
PARTICIPATION	-0,008332	0,897263	0,153144
AVIS PRIS EN COMPTE	0,108216	0,897180	0,152516

Annexe 18 : tableau 13 : poids factoriels sur l'ensemble des items sur le changement à partir de 2 facteurs

ITEMS	Facteur 1	Facteur 2
CHANGEMENT CONTENU	0,722421	0,195864
CHANGEMENT CHARGE TRAVAIL	0,717339	0,197104
CHANGEMENT COMPETENCES	0,465152	0,074501
CHANGEMENT AUTONOMIE	0,692591	-0,048683
CHANGEMENT MOYENS	0,672258	0,204567
CHANGEMENT EFFICACITE EQUIPES	0,758367	0,038903
CHANGEMENT PRISE EN CHARGE	0,816805	0,275166
CHANGEMENT ENVIRONNEMENT	0,666569	0,178794
CHANGEMENT RELATIONS PATIENTS	0,779489	0,052766
CHANGEMENT RELATIONS DANS L'UNITE	0,666060	-0,003066
CHANGEMENT RELATIONS AVEC HIERARCHIE	0,486169	0,263914
CHANGEMENT QUALITE DE VIE HORS TRAVAIL	0,629504	0,114482
CHANGEMENT ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL	0,754160	0,349444
CHANGEMENT SANTE PHYSIQUE PATIENTS	0,740046	0,197774
CHANGEMENT SANTE PSYCHIQUE PATIENTS	0,703176	0,319935
CHANGEMENT SECURITE SOIGNANTS	0,449442	0,091435
DIFFICULTES PRISES EN COMPTE	0,160041	0,739032
IMPLIQUE DANS PROJET	0,155603	0,797754
HIERARCHE IMPLIQUE DANS PROJET	0,143062	0,552366
PARTICIPATION	0,056501	0,885422
AVIS PRIS EN COMPTE	0,147623	0,894882
Var Expliquée	7,463083	3,666147
Proportion Totale	0,355385	0,174578

Annexe 19 : tableau 14 : pourcentages de variance expliquée sur les items sur les impacts changement

	Total Propre	Valeur	Cumul Variance	Cumul Propre	Valeur	Cumul pourcentage
1	7,779244		48,62028	7,77924		48,62028
2	1,427207		8,92005	9,20645		57,54032
3	1,290660		8,06662	10,49711		65,60695
4	1,022667		6,39167	11,51978		71,99862

Annexe 20 : tableau 15 : Poids factoriels sur l'ensemble des items sur les impacts du changement à partir d'un unique facteur

ITEMS	0,747169
CHANGEMENT CONTENU	0,739706
CHANGEMENT CHARGE TRAVAIL	0,465634
CHANGEMENT COMPETENCES	0,652076
CHANGEMENT AUTONOMIE	0,705503
CHANGEMENT MOYENS	0,740369
CHANGEMENT EFFICACITE EQUIPES	0,861530
CHANGEMENT PRISE EN CHARGE	0,695794
CHANGEMENT ENVIRONNEMENT	0,766466
CHANGEMENT RELATIONS PATIENTS	0,637385
CHANGEMENT RELATIONS DANS L'UNITE	0,540767
CHANGEMENT RELATIONS AVEC HIERARCHIE	0,634672
CHANGEMENT QUALITE DE VIE HORS TRAVAIL	0,820628
CHANGEMENT ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL	0,770465
CHANGEMENT SANTE PHYSIQUE PATIENTS	0,768161
CHANGEMENT SANTE PSYCHIQUE PATIENTS	0,462030
Variance Expliquée	7,779244
Proportion Totale	0,486203

Annexe 21 : tableau 16 : pourcentage de variance expliquée sur les items sur les mises en oeuvre des transformations

Pourcentage total de valeur propre	Cumul variance	Cumul valeur propre	Pourcentage
3,212608	64,25217	3,212608	64,25217

Annexe 22 : tableau 17 : Poids factoriels sur l'ensemble des items sur les mises en place des transformations

ITEMS	POIDS FACTORIELS
DIFFICULTES PRISES EN COMPTE	0,767625
IMPLIQUE DANS PROJET	0,812874
HIERARCHE IMPLIQUE DANS PROJET	0,566752
PARTICIPATION	0,898031
AVIS PRIS EN COMPTE	0,913745
Variance Expliquée	3,212608
Proportion Totale	0,642522

Annexe 23 : tableau 18 : validité divergente des facteurs impacts des transformations, mises en œuvre des transformations, et facteurs du Qerdops

	F conduite de projet	F impacts des transformations
F conduite de projet	1,000	0,386
F impacts des transformations	0,386	1,000
F1	0,379	0,409
F2	0,377	0,331
F3	-0,042	0,098
F4	0,203	0,423
F5	0,496	0,293
F6	0,451	0,421
F7	0,377	0,331
F8	-0,017	0,095
F9	0,441	0,435
F10	0,387	0,338

Annexe 24 : tableau 19 : statistiques descriptives concernant le Nottingham Health Profile

	moyenne	Déviati on standard	Erreur standard	nombre	manquants
Fatigué	1,333	0,479	0,088	30	1
Découragé	1,600	0,498	0,91	30	1
Médicaments dormir	1,233	0,430	0,079	30	1
Rien plaisir	1,172	0,384	0,071	29	2
Nerveux	1,483	0,509	0,094	29	2
Seul	1,310	0,471	0,087	29	2
Tout effort	1,233	0,430	0,079	30	1
Tôt matin	1,367	0,490	0,089	30	1
Difficultés contacts	1,100	0,305	0,056	30	1
Jours interminables	1,207	0,412	0,077	29	2
Colère facile	1,483	0,509	0,094	29	2
Personne parler	1,172	0,384	0,071	29	2
Eveillé nuit	1,138	0,351	0,065	29	2
Difficile faire face	1,172	0,384	0,071	29	2
Fatigue vite	1,517	0,509	0,094	29	2
Temps endormir	1,276	0,455	0,084	29	2
Charge pour autres	1,034	0,186	0,034	29	2
Soucis dormir	1,207	0,412	0,077	29	2
Vie pas vécue	1,069	0,258	0,048	29	2
Dors mal	1,345	0,484	0,090	29	2
Difficulté entente	1,103	0,310	0,058	29	2
Réveil déprimé	1,267	0,450	0,082	30	1

Annexe 25 : tableau 20 : impact des situations initiales et des conduites de projet sur les perceptions des changements

Variables	Coefficient	Erreur standardisée	Coefficient standard	Valeur du <i>t</i> de Student	Probabilité	R carré ajusté (% variance expliquée)
F1	0,627	0,166	0,409	3,780	0,0004	0,156
F2	0,382	0,130	0,331	2,952	0,0044	0,097
F3	0,238	0,286	0,098	0,834	0,4072	0,01
F4	1,194	0,303	0,423	3,939	0,0003	0,168
F5	0,708	0,274	0,293	2,587	0,0118	0,073
conduite de projet	0,815	0,231	0,386	3,528	0,0008	0,137

Annexe 26 : tableau 21 : impact des modèles de réorganisation sur les perceptions des situations initiales, des changements et des conduites de projet.

Probabilités corrigées de différences	Délocalisation–fusion de deux services	Délocalisation	Délocalisation-fusion de trois unités	Statut quo
F1 : 0,0269	33,893	30,304	49,306	37,731
F2 : 0,0006	47,646	24,018	41,917	46,885
F3 : 0,0125	45,143	37,554	41,667	20,577
F4 : 0,0037	26,321	32,036	50,889	39,962
F5 : 0,0005	44,071	23,696	47,222	43,885
Conduite de projet 0,0003	44,357	23,554	41,944	51,192
Changement : 0,0192	29,714	31,000	48,611	41,692

Les scores correspondent aux moyennes. Les perceptions sont d'autant plus négatives que les moyennes sont élevées

Annexe 27 : tableau 22 : perception des changements : impacts conjoints de perceptions de situations initiales et de conduite de projet, avec le modèle de transformation

Variables	R carré	Contrainte : constante	Facteur	Délocalisation	Délocalisation - fusion 2 unités	Statut quo
F1	0,16	-3,968 ; 0,0059 ; 0,019	0,168 ; 0,0090 ; 1,183	0,653 ; 0,3585 ; 1,922	1,450 ; 0,0857 ; 4,264	1,427 ; 0,1020 ; 4,165
F2	0,104	-3,146 ; 0,0872 ; 0,043	0,071 ; 0,1395 ; 1,074	0,931 ; 0,2245 ; 2,537	1,983 ; 0,0162 ; 7,261	1,461 ; 0,0829 ; 4,309
F3	0,098	-2,340 ; 0,1118 ; 0,096	0,120 ; 0,1907 ; 1,128	0,619 ; 0,3771 ; 1,857	1,965 ; 0,0169 ; 7,138	1,872 ; 0,0414 ; 6,499
F4	0,189	-3,341 ; 0,0028 ; 0,035	0,436 ; 0,0037 ; 1,547	0,234 ; 0,7426 ; 1,264	0,850 ; 0,3395 ; 2,340	0,999 ; 0,2485 ; 2,715
F5	0,175	-4,798 ; 0,0055 ; 0,008	0,334 ; 0,0064 ; 1,396	1,632 ; 0,0671 ; 5,113	2,137 ; 0,0184 ; 8,470	1,787 ; 0,0558 ; 5,969
conduite de projet	0,159	-4,337 ; 0,0059 ; 0,013	0,240 ; 0,0089 ; 1,272	1,386 ; 0,0893 ; 3,998	2,240 ; 0,0107 ; 9,389	1,342 ; 0,1167 ; 3,826

Annexe 28 : tableau 23 : impacts des relations et interactions avec la hiérarchie (F1)

Variables impactées par F1	Coefficient	Erreur standardisée	Coefficient standard	t de Student	probabilité	R ajusté	carré
F4	0,342	0,050	0,630	6,838	< 0,0001	0,389	
Changement dans les relations dans l'unité	0,043	0,015	0,325	2,894	0,0052	0,093	

Annexe 29 : tableau 24 : impacts des relations et interactions entre l'opérateur et ses collègues (F4)

Variables impactées par F4	Coefficient	Erreur standardisée	Coefficient t standard	t de Student	de probabilité	R carré ajusté
Energie	0,134	0,065	0,368	2,055	0,0498	0,135
Troubles du sommeil	0,120	0,093	0,242	1,296	0,2061	0,59
Epuisement émotionnel	0,429	0,112	0,601	3,838	0,0008	0,362
Isolement social	0,244	0,056	0,641	4,337	0,0003	0,4111

Annexe 30 : tableau 25 : impacts significatifs de la situation initiale autres que F4

Variables Dépendante / Indépendante	Coefficient	Erreur standardisée	Coefficient standard	t de Student	de probabilité	R carré ajusté
Troubles du sommeil / Conduite de projet	-0,206	0,092	-0,394	-2,226	0,0346	0,124
Epuisement émotionnel / F5	0,282	0,121	0,417	2,342	0,0272	0,142
Isolement social / F3	0,128	0,062	0,370	2,048	0,0484	0,105
Epuisement émotionnel / F1	0,170	0,069	0,435	2,463	0,0208	0,158
Isolement social / F1	0,102	0,037	0,465	2,726	0,0112	0,187

RESUME

Les conceptions du travail collectif et des écarts entre prescriptions et travail réel sont interrogées du point de vue de l'Ergonomie et des champs proches. L'étude du travail collectif, du point de vue des régulations à l'intérieur des organisations, enrichit l'analyse en termes d'écarts entre prescriptions et réel. Les manques et les excès de la prescription trouvent un écho spécifique dans le cadre des restructurations du secteur psychiatrique. L'Analyse Ergonomique du Travail, et en son sein l'Analyse Psychologique de l'activité, ont pour objectif de mettre en lumière les facteurs déterminants des situations de travail et des organisations. Les liens entre les objectifs de compréhension et de transformation dans le cadre de l'Ergonomie permettent d'obtenir et de discuter les données. Une méthodologie qualitative et quantitative analyse l'activité des soignants, leur stress, leurs représentations du travail, de l'environnement et des changements, les déterminants organisationnels et sociétaux, les projets, les modèles et les implémentations des changements.

A travers l'étude du travail réel soignant et l'intervention sur ses conditions de travail, le secteur psychiatrique montre l'utilité d'envisager l'ensemble des prescriptions inapplicables, ambiguës et incompatibles, et les dynamiques locales dans leurs diversités. Plus largement, l'analyse gagne à être élargie au travail collectif et aux différents corps de métiers, à leurs articulations et à leurs conflits, pour modéliser l'organisation au plus juste et intervenir efficacement sur celle-ci. Cette recherche montre l'utilité d'analyser les représentations du point de vue de leur homogénéité et de leur hétérogénéité, dans le but d'argumenter la nécessité d'analyser l'activité réelle de travail, l'organisation et les projets organisationnels. La prescription, la mise en œuvre des changements et les modèles de transformations impactent effectivement les perceptions, l'activité réelle de travail voire la santé du personnel, mais les collectifs de travail modèrent ces effets.

La centralité du travail collectif est confirmée, surtout si celui-ci est perçu dans sa diversité. Le secteur psychiatrique appuie l'intérêt d'une approche en termes de régulations organisationnelles, collectives et individuelles. Dans cette optique, l'Ergonomie peut à terme dépasser les critiques des organisations du travail en proposant de réelles alternatives. Les conséquences sont discutées des points de vues, complémentaires, théorique, méthodologique et interventionnel.

ABSTRACT

The collective work and the notion of differences between prescriptions and reality are questioned by the ergonomic sciences and the close disciplines. The analyses of differences between prescription and reality are growing richer by the investigation of collective work from the point of view of regulations in organisations. Lacks and preponderance of prescriptions are analysed within the context of the restructuring of psychiatric services. The ergonomic analysis of work and especially the psychological analysis of real working activity enable the author to investigate the main factors of work situations / organisations. The links between understanding objectives and transformation objectives in the activity ergonomic approach allow to obtain and to discuss these data. A qualitative and quantitative methodology analyzes the real working activity of nurses, the nursing stress, the nursing representations of work, environment and changes, the societal and organizational determinants, the projects, the restructuring models and the implementations.

The analyses of the real psychiatric nursing work, with the interventions for work conditions, show the utility to examine the whole inapplicable, equivocal and incompatible prescriptions, and the diversity of local realities. With the purpose of precisely modelling organizations and intervening in organizations, the analysis is better with the investigation of the collective work, the different specialities, the articulations between different specialities and the conflicts. The investigations show the utility to explore the homogeneity and the heterogeneity of representations, in order to argue about the necessity of the analyses of real working activity, organization and organizational projects. The prescription, the implementation of changes and the restructuring models impact the perceptions, the real working activity and the health. The working groups have effects on these impacts.

The centrality of collective work is proved correct, especially if the diversity of collective work is analyzed. The psychiatric sector shows the utility to analyze the organisational, collective and individual regulations. Beyond the criticism of work organization, the ergonomic sciences are able to suggest alternatives. The consequences in the organizations are discussed from the additional points of views of theory, methodology and interventions.

Mots clés : Ergonomie, prescription, travail collectif, régulations, activité, représentations, restructurations, travail soignant, hôpital, secteur psychiatrique, recherche et intervention

Key words: Ergonomics, prescription, collective work, regulations, activity, representations, organisational changes, nursing work, hospital, psychiatry, research and intervention