



Mobilisation des acteurs dans une démarche de prévention des troubles musculo-squelettiques et psycho-sociaux : un enjeu d'efficacité de l'intervention ergonomique : Le cas du secteur hospitalier

Elsa Laneyrie

► To cite this version:

Elsa Laneyrie. Mobilisation des acteurs dans une démarche de prévention des troubles musculo-squelettiques et psycho-sociaux : un enjeu d'efficacité de l'intervention ergonomique : Le cas du secteur hospitalier. Psychologie. Université Grenoble Alpes, 2015. Français. ⟨NNT : 2015GREAH001⟩. ⟨tel-01176421⟩

HAL Id: tel-01176421

<https://theses.hal.science/tel-01176421v1>

Submitted on 15 Jul 2015

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.



HAL Authorization

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

Spécialité : **Psychologie du travail et Ergonomie**

Arrêté ministériel : 7 août 2006

Présentée par

Elsa LANEYRIE

Thèse dirigée par **Sandrine CAROLY** et codirigée par **Alexis DESCATHA**

préparée au sein du Laboratoire **Interuniversitaire de Psychologie
Personnalité, Cognition et Changement Social (LIP/PC2S)** et le
Laboratoire **Politiques publiques, ACTION politique, TErritoires (Pacte)**

dans l'**École Doctorale Sciences de l'Homme, du Politique et du Territoire (SHPT)**

Mobilisation des acteurs dans une démarche de prévention des troubles musculo-squelettiques et psycho-sociaux : un enjeu d'efficacité de l'intervention ergonomique. Le cas du secteur hospitalier.

Thèse soutenue publiquement le **24 avril 2015**,

devant le jury composé de :

Mme. Marie, BELLEMARE

Professeure, Université Laval (Québec-Canada)

Rapporteur

M. François, DANIELLOU

Professeur, Institut Polytechnique de Bordeaux

Rapporteur

M. Régis, DE GAUDEMARIS

Professeur, Praticien Hospitalier, Université de Grenoble

Président du jury

Mme. Aurélie, LANDRY

Maitre de conférences, Université de Grenoble

Examineur

M. Alexis, DESCATHA

Professeur, Université de Versailles

Co-directeur

Mme, Sandrine, CAROLY

Maitre de conférences - HDR

Directrice de thèse



REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'acheminement de ces trois années de travail.

*Merci tout d'abord à **Sandrine Caroly** et **Alexis Descatha** pour m'avoir accompagnée, soutenue, conseillée mais surtout pour la confiance accordée tout au long de ce travail. Ils ont su me faire évoluer et me donner les meilleures conditions pour l'accomplissement de ce travail. Merci à **Aurélie Landry**, de m'avoir ouvert les portes du monde des ergonomes mais aussi de la recherche. Merci pour son aide précieuse et son soutien.*

*Merci à **Marie Bellemare**, **Aurélie Landry**, **Regis De Gaudemaris** et **François Daniellou** d'avoir accepté d'examiner ce travail.*

*Merci à la **CNRACL** d'avoir financé cette recherche et de m'avoir fait confiance. Merci à **Régis De Gaudemaris** pour son soutien. Merci à **l'école doctorale SHPT** pour la qualité des formations proposées et l'aide financière dont j'ai pu bénéficier.*

*Merci à **Julie Pavillet** pour l'aide précieuse qu'elle m'a apportée.*

*Merci à **Virginie Josselin** pour le temps qu'elle m'a accordé et ses réflexions toujours pertinentes sur le métier d'ergonome.*

*Merci à **Anissa Askri**, **Annie Amar**, **Eric Michel** et toute l'équipe pluridisciplinaire de médecine du travail de Grenoble.*

*Merci aux **différents professionnels** (dont je ne peux citer les noms pour des raisons de confidentialité) des terrains observés d'avoir accepté ma présence lors du déploiement de la démarche et de m'avoir consacré de leur temps.*

*Merci au **Laboratoire Inter-universitaire de Psychologie** (particulièrement l'équipe **TSCO** et **Marc Gandit** pour ses conseils), au laboratoire **PACTE** (particulièrement l'équipe **ESTO**, **Thomas**, et **Céline**) pour leur soutien humain et financier. Merci aux secrétaires qui permettent d'adoucir la difficulté de ce travail tout particulièrement **Agnès Rochette**, **Anne Chabaud** et **Véronique Sulli**.*

*Merci à la documentaliste **Sylvette Liaudy** pour l'aide précieuse qu'elle m'a apportée.*

*Merci au **super trio tuperthèses** (elles se reconnaîtront !) pour leur dynamisme, leur aide et leur positivisme. Nous y sommes finalement arrivées!!! Merci aux **collègues thésards** de Grenoble (**Caroline**, **Emmanuel**, **Christelle**, **Catherine**, **Cécile**, **Juliette**, **Mélissa**, **Carine**, **Aurélie**, **Perrine**, **Soufian**, **Lysiane**, **Damien**, **Charles**, **Oulmann**, **Nicolas**, **Anthony**, ...), et de Bordeaux (**Loïc**, **Yann** et **Célia**).*

*Merci à **mon père** pour ses conseils avisés et critiques pertinentes, pour aller de l'avant et creuser toujours plus loin au rhizome des idées. Merci à **ma mère** pour son accompagnement sans faille, sa bienveillance précieuse et son soutien inébranlable. Merci à **ma sœur** et à **mon frère** pour leur soutien, leur confiance et bien sûr leurs relectures. Enfin, merci à **Armand**, mon compagnon de vie, pour tout ce qu'il m'apporte au quotidien. Désolée de ne pas avoir partagé plus de temps ces trois dernières années avec vous, mais il en reste encore bien d'autres pour me rattraper !!*

*Merci à mes ami(e)s (et particulièrement à **Anaïs**, **Baptiste**, **Emma**, **Mathilde**, **Pia** et **Vincent**) et mon **entourage**. Merci pour la joie de vivre, la confiance et le soutien qu'ils m'apportent au quotidien. Merci à **Robert** pour m'avoir aidé à traduire mes communications en anglais.*

*Enfin merci à la compagnie des **Bandits Manchots** du mardi soir pour ces éclats de rire et aux **GECKOS** pour les sensations fortes qu'ils m'ont apportées.*

A toutes ces personnes et à celles que j'ai oubliées, je m'en excuse d'avance, merci !

RESUME

Cette thèse s'inscrit dans la contribution des recherches visant à recenser les conditions permettant de prévenir durablement les troubles musculo-squelettiques et psycho-sociaux dans les entreprises. Nous nous sommes interrogée sur la façon de créer les conditions de la mobilisation d'acteurs internes à un établissement, facteur d'efficacité des interventions, en vue de permettre la construction sociale de la prévention des troubles musculo-squelettiques et psycho-sociaux. Pour faire cela, nous avons suivis le déploiement d'une démarche de prévention des risques professionnels en milieu de soins appelée ORSOSA. Nous avons analysé qualitativement l'activité d'acteurs d'horizons et de niveaux hiérarchiques différents durant le déploiement d'une démarche de prévention primaire. Nos résultats nous amènent à identifier quatre catégories de conditions permettant la mobilisation des acteurs lors du déploiement d'une démarche préventive : en lien avec le contexte organisationnel, les stratégies utilisées par l'intervenant, le lien effectué par les acteurs internes entre leur activité individuelle et la démarche mise en œuvre et enfin le développement de l'activité collective. L'apport de cette thèse est à la fois de proposer une nouvelle méthodologie mais aussi un regard renouvelé aux praticiens et aux chercheurs, afin de mieux mobiliser des acteurs et ce le plus en amont possible lors du déploiement d'une démarche préventive.

Mots-clés : Intervention, Construction sociale, Mobilisation, Prévention, Efficacité, Acteurs.

ABSTRACT

This thesis aims to contribute to research aimed at identifying the conditions to sustainably prevent musculoskeletal and psychosocial disorders in companies. We brought into question how to create the conditions for the mobilization of stakeholders within an establishment, a factor for effective interventions, in order to enable the social construction of the prevention of musculoskeletal and psycho-social disorders. To do this, we followed the deployment of professional risk prevention approach in health care called ORSOSA. We qualitatively analyzed the activity of players backgrounds and different hierarchical levels during the deployment of a primary prevention approach. Our results suggest four categories of conditions for the mobilization of stakeholders when deploying a preventive approach: the organizational context, the strategies used by the practitioner, the link made by the internal stakeholders between their individual activity and gait implementation and finally the development of collective activity. The contribution of this thesis is to offer both a new methodology as well as a renewed overview to better mobilize stakeholders as early as possible when deploying a preventive approach, both to practitioners and researchers.

Keywords : Intervention, Social construction, mobilization, Prevention, Efficiency, stakeholders.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PARTIE I. CONTEXTE DE LA RECHERCHE : LE SECTEUR HOSPITALIER	9
Chapitre 1. De nouvelles directives impactant les modes d'organisation du travail	11
1. Une nouvelle gouvernance au sein des établissements de soins: l'organisation par pôles d'activité	12
1.1. Répartition du pouvoir hiérarchique	14
1.2. Principales fonctions des différents professionnels exerçant à l'hôpital	17
2. Une nouvelle tarification des soins prodiguée : la tarification à l'acte	19
Chapitre 2. Des répercussions sur la santé des soignants	23
1. L'origine de l'usure professionnelle des soignants	24
1.1. Les contraintes psychologiques et organisationnelles	25
1.2. Les troubles musculo-squelettiques	27
2. Lien entre les facteurs psycho-sociaux et les troubles musculo-squelettiques	28
3. Plusieurs déterminants des facteurs de risque à l'origine des TMS en milieu de soins	29
Chapitre 3. La prévention des risques professionnels des soignants	35
1. Une obligation réglementaire pour l'employeur	36
2. Les démarches préventives visant le maintien dans l'emploi des soignants	38
2.1. Différents outils à disposition des professionnels	39
2.2. Etat des lieux relatif aux dispositifs de maintien dans l'emploi au sein de trois établissements de soins	41
2.2.1. Les freins relatifs au dispositif de maintien dans l'emploi	42
2.2.2. Les ressources relatives au dispositif de maintien dans l'emploi	43
3. Agir sur l'organisation du travail par l'intermédiaire d'une démarche de prévention primaire : présentation de la démarche ORSOSA	44
3.1. Origine de la démarche ORSOSA 1	45
3.2. Vers un besoin d'accompagnement des unités : ORSOSA 2	48
PARTIE II. LA CONSTRUCTION SOCIALE DE LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS LORS DE L'INSTAURATION D'UNE DEMARCHE PREVENTIVE	53
Chapitre 1. La conduite de changement dans les organisations afin de prévenir les risques professionnels	55
1. Intervenir dans les organisations afin de prévenir les risques professionnels	56
1.1. Initier du changement dans les organisations	57
1.2. Les étapes clés de la démarche d'intervention	58
1.3. Etat des lieux des conditions pour une prévention durable des risques professionnels en entreprise	61
2. Evaluer l'efficacité d'une intervention en organisation	65
2.1. A quoi sert l'évaluation des interventions ?	65
2.2. Différentes dimensions à évaluer lors du déploiement d'une démarche préventive	67
Chapitre 2 : Le rôle du tiers intervenant dans les organisations	73
1. L'intervenant en prévention des risques professionnels	74
2. Une palette diversifiée de stratégies utilisées par l'intervenant pour mobiliser les acteurs internes à l'organisation	76
2.1. L'intervenant doit s'adapter au contexte de l'entreprise	76
2.1.1. Définition du concept de contexte d'intervention	76

2.1.2. Vers un développement du contexte d'intervention.....	77
2.1.3. A la recherche d'acteurs relais.....	80
2.2. L'intervenant place les acteurs de l'entreprise en capacité d'agir : vers un développement du pouvoir penser, débattre et agir de ces derniers.....	82
2.3. L'instauration de démarches participatives : Impulser la mise en débat sur l'activité.....	86
2.3.1. Développer les « représentations pour l'action » des acteurs.....	88
2.3.2. Développer les connaissances des acteurs sur l'activité réelle.....	89
2.3.3. Aider au développement des compétences des acteurs.....	90
2.4. L'intervenant utilise des outils : le cas d'objets intermédiaires.....	91

Chapitre 3. Caractériser le processus de mobilisation des acteurs durant une intervention en prévention des risques professionnels..... 95

1. Les individus ont besoin de créer du sens entre leur activité individuelle et le déploiement d'une démarche préventive	96
1.1. Définition du concept d'activité individuelle.....	96
1.2. Les individus sont acteurs de leur milieu de travail.....	100
1.2.1. L'activité est orientée par l'individu en fonction de ses motifs, de ses buts et des moyens dont il dispose.....	101
1.2.2. L'individu a des objectifs qui lui sont propres : stratégies d'acteurs et enjeux identitaires.....	102
1.2.3. L'individu peut rendre son environnement de travail capacitant : vers le développement des capacités.....	104
2. Vers un développement de l'activité collective des acteurs	107
2.1. L'activité collective : une combinaison du travail collectif et de collectif de travail entre les acteurs.....	107
2.1.1. Quand le travail collectif est un facteur de la mobilisation des acteurs.....	108
2.1.1.1. Vers le développement d'un référentiel opératif commun entre les acteurs.....	110
2.1.1.2. Du développement du travail collectif à l'élargissement des réseaux d'acteurs.....	111
2.1.2. Quand le collectif de travail est un ingrédient à la mobilisation des acteurs.....	113
2.2. La mobilisation des acteurs : une notion peu définie en sciences sociales.....	115

PARTIE III. PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE ET HYPOTHESES SOUTENUES..... 121

Chapitre 1. Question de recherche et problématique..... 123

Chapitre 2. Hypothèses de recherche soutenues..... 125

PARTIE IV. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE..... 129

Chapitre 1. Descriptif général des méthodes utilisées et des données recueillies..... 131

Chapitre 2. Appréhender le processus de mobilisation des acteurs au cours du déploiement d'une démarche préventive..... 133

1. Analyse des contextes des services de soins suivis	133
1.1. Les services de gériatrie : une variable contrôle.....	133
1.2. Les observations ergonomiques au sein des services suivis.....	134
2. Analyse des stratégies utilisées par l'intervenant et de son modèle d'intervention sous-jacent au cours du déploiement de la démarche ORSOSA	135
2.1. Entretiens avec l'intervenant sur ses stratégies d'intervention.....	135
2.2. L'observation du déploiement de la démarche ORSOSA.....	136
2.3. Les journaux de bord et les entretiens d'auto-confrontation.....	137
2.4. Recensement des traces à l'initiative de l'intervenant visant à communiquer avec d'autres acteurs.....	139

3. Analyse de l'activité des acteurs internes au cours du déploiement de la démarche	140
3.1. Les missions attribuées aux principaux acteurs d'un établissement de soins	140
3.2. L'observation du déploiement de la démarche ORSOSA	145
3.3. Les entretiens brefs	146
3.4. Les entretiens de fin de démarche	147
Chapitre 3. Caractérisation du type d'implication de chacun des acteurs durant le déploiement de la démarche	149
Chapitre 4. Présentation des trois monographies des terrains observés	151
1. Monographie du terrain 1	152
2. Monographie du terrain 2	158
3. Monographie du terrain 3	163
PARTIE V. COMPRENDRE LE PROCESSUS DE MOBILISATION DES ACTEURS LORS DE L'INSTAURATION D'UNE DEMARCHE PREVENTIVE	169
Chapitre 1. Analyse des contextes des trois terrains observés	171
1. Comparaison des trois établissements de santé suivis	171
2. Comparaison des trois services de soins observés	173
3. Comparaison de la politique des établissements observés en lien avec l'instauration de la démarche ORSOSA	177
Chapitre 2. Caractérisation du processus de mobilisation des acteurs durant le déploiement de la démarche ORSOSA	179
1. Les alertes du questionnaire ORSOSA pour chacun des services de soins suivis	179
2. Le processus d'implication des acteurs durant le déploiement de la démarche ORSOSA	181
Chapitre 3. Impact des stratégies utilisées par l'intervenant sur l'implication d'acteurs internes à l'établissement lors du déploiement de la démarche ORSOSA	185
1. Des stratégies d'intervention visant à mettre en relations plusieurs acteurs de l'établissement (terrain 1)	186
2. Des stratégies d'intervention difficiles à déployer compte tenu de l'opposition du cadre de santé, du médecin de l'unité et du cadre supérieur (terrain 2)	208
3. Des stratégies d'intervention visant à aider le cadre de santé et le médecin de l'unité à développer leurs projets de service (terrain 3)	227
Chapitre 4. Rôle de l'activité individuelle d'un acteur dans son implication lors du déploiement d'une démarche préventive	249
1. Quand les acteurs font des liens entre leur activité individuelle et le déploiement de la démarche ORSOSA (terrain 1)	250
1.1. Des acteurs favorables au déploiement de la démarche, en accord avec les mobiles et buts poursuivis dans leur activité individuelle	250
1.2. Les acteurs s'impliquent dans le déploiement de la démarche ORSOSA en lien avec leur activité individuelle	256
2. Quand les acteurs de terrain ne font pas de lien entre leur activité individuelle et le déploiement de la démarche ORSOSA (terrain 2)	265
2.1. Des acteurs de terrain défavorables au déploiement de la démarche dans leur service de soins	265
2.2. L'ensemble des acteurs de l'établissement s'implique peu dans le déploiement de la démarche	271

3. Quand la démarche ORSOSA s'inscrit au cœur des attentes des acteurs en charge de son déploiement (terrain 3)	280
3.1. Des acteurs très favorables au déploiement de la démarche ORSOSA dans leur établissement en accord avec les mobiles et buts poursuivis dans leur activité individuelle	280
3.2. Les acteurs s'impliquent massivement dans le déploiement de la démarche en lien avec leur l'activité individuelle	284

<u>Chapitre 5. Impact du développement de l'activité collective sur la mobilisation des acteurs durant le déploiement de la démarche ORSOSA</u>	295
1. Quand le travail collectif s'opère autour d'un acteur en difficulté (terrain 1)	295
2. Quand deux collectifs de travail distincts sont antinomiques : une absence de développement du travail collectif (terrain 2)	309
3. Quand l'activité collective permet la mobilisation des acteurs de l'établissement (terrain 3)	320

PARTIE VI. DISCUSSION	337

<u>Chapitre 1. Les conditions permettant la mobilisation des acteurs lors du déploiement d'une démarche préventive</u>	339
1. Rappel des objectifs de la recherche	339
2. Synthèse des principaux résultats	341
3. Quatre catégories de conditions recensées permettant la mobilisation des acteurs au cours du déploiement d'une démarche préventive	342
3.1. Les conditions en lien avec le contexte organisationnel de l'établissement	342
3.2. Les conditions en lien avec le rôle de l'intervenant	344
3.3. Les conditions en lien avec l'activité individuelle des acteurs	348
3.4. Les conditions en lien avec l'activité collective	350

<u>Chapitre 2. Les perspectives de recherche</u>	353

CONCLUSION	359

BIBLIOGRAPHIE	361

ANNEXES	385

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Table des tableaux

Tableau 1. Etat des lieux des principales conditions de la prévention durable en entreprise	64
Tableau 2. Fonctions des acteurs clés dans une organisation	81
Tableau 3. Les méthodes utilisées	132
Tableau 4. Caractéristiques des soignants observés	134
Tableau 5. Récapitulatif des données récoltées	148
Tableau 6. Organisation des données pour rendre compte de la mobilisation des acteurs dans le cadre d'une démarche préventive.....	150
Tableau 7. Analyse comparative de la présence des acteurs durant le déploiement de la démarche.....	151
Tableau 8. Comparaison générale des services suivis	173
Tableau 9. Comparaison de données relatives aux ressources humaines des services suivis.....	174
Tableau 10. Comparaison des trois services de soins en termes d'encadrement.....	175
Tableau 11. Comparaison des temps formels proposés aux équipes de soins	175
Tableau 12. Comparaison relative à la manière dont les soignants travaillent ensemble	176
Tableau 13. Comparaison relative à la politique institutionnelle vis-à-vis de la démarche.....	177
Tableau 14. Comparaison des seuils d'alerte des trois services de soins observés.....	179
Tableau 15. Processus de mobilisation pour le terrain 1.....	182
Tableau 16. Processus de mobilisation pour le terrain 2.....	183
Tableau 17. Processus de mobilisation pour le terrain 3.....	184
Tableau 18. Stratégies utilisées par l'intervenant au cours du déploiement de la démarche	188
Tableau 19. Impact des stratégies de l'intervenant sur les acteurs en présence.....	189
Tableau 20. Stratégies utilisées par l'intervenant au cours du déploiement de la démarche	210
Tableau 21. Impact des stratégies de l'intervenant sur les acteurs en présence.....	211
Tableau 22. Stratégies utilisées par l'intervenant au cours du déploiement de la démarche	228
Tableau 23. Impact des stratégies de l'intervenant sur les acteurs en présence.....	229

Tableau 24. Analyse comparative des stratégies utilisées par l'intervenant	246
Tableau 25. Objectifs visés des stratégies utilisées par l'intervenant	248
Tableau 26. L'activité du médecin chef de pôle durant le déploiement de la démarche	256
Tableau 27. L'activité de la direction des soins durant le déploiement de la démarche	258
Tableau 28. L'activité du cadre supérieur durant le déploiement de la démarche	259
Tableau 29. L'activité du cadre de santé durant le déploiement de la démarche	260
Tableau 30. L'activité du médecin de l'unité durant le déploiement de la démarche	261
Tableau 31. L'activité de l'ergonome durant le déploiement de la démarche	263
Tableau 32. L'activité du directeur qualité durant le déploiement de la démarche.....	271
Tableau 33. L'activité du cadre supérieur durant le déploiement de la démarche	273
Tableau 34. L'activité du cadre de santé durant le déploiement de la démarche	274
Tableau 35. L'activité du médecin de l'unité durant le déploiement de la démarche.....	275
Tableau 36. L'activité du médecin du travail durant le déploiement de la démarche.....	277
Tableau 37. L'activité de l'infirmier du travail durant le déploiement de la démarche	278
Tableau 38. L'activité de la direction des soins durant le déploiement de la démarche	285
Tableau 39. L'activité du gestionnaire des risques durant le déploiement de la démarche	286
Tableau 40. L'activité du cadre de santé durant le déploiement de la démarche	287
Tableau 41. L'activité du médecin de l'unité durant le déploiement de la démarche.....	288
Tableau 42. L'activité du médecin du travail durant le déploiement de la démarche.....	289
Tableau 43. L'activité de l'infirmier du travail durant le déploiement de la démarche	290
Tableau 44. Le développement de l'activité du cadre de santé	306
Tableau 45. Le développement de l'activité du cadre supérieur.....	307
Tableau 46. Le développement de l'activité de l'ergonome	307
Tableau 47. Le développement de l'activité du cadre de santé	329
Tableau 48. Le développement de l'activité du médecin de l'unité	330
Tableau 49. Le développement de l'activité de l'infirmier du travail	330
Tableau 50. Le développement de l'activité de la direction des soins.....	331

Tableau 51. Conditions favorables concernant le contexte organisationnel	344
Tableau 52. Conditions favorables concernant les stratégies utilisées par l'intervenant	347
Tableau 53. Conditions favorables au développement de l'activité des acteurs en présence	349
Tableau 54. Conditions favorables au développement de l'activité des acteurs en présence	352

Liste des figures

Organigramme 1. Les différents niveaux hiérarchiques dans les établissements de soins.....	14
Figure 1. L'organisation du pouvoir entre les différents acteurs (Mintzberg, 1986)	15
Figure 2. Contraintes Psychologiques et Organisationnelles (ANACT, 2009)	26
Figure 3. L'apparition des TMS (Bellemare, Marier, Montreuil, Allard et Prévost, 2002).	30
Figure 4. Déroulé de la démarche ORSOSA 2	49
Figure 5. La démarche d'intervention	59
Figure 6. Les stratégies de l'intervenant (Landry, 2008)	69
Figure 7. Influence des environnements internes et externes dans le déploiement d'une démarche (Fassier et Durand, 2010).....	78
Figure 8. Modèle d'analyse de Baril-Gingras, Bellemare et Brun (2004 ; 2006).....	79
Figure 9. Le modèle Homme, Tâche, Activité.....	97
Figure 10. Le modèle de l'activité (Vézina; 2001).....	98
Figure 11. Le modèle de l'activité dirigée (Clot, 1999)	99
Figure 12. Concept de capabilité (Fernagu-Oudet, 2012)	106
Figure 13. Hypothèses soutenues	125
Figure 14. Classification des données (Petit, Querelle et Daniellou, 2007)	131
Figure 15. Stratégies utilisées par l'intervenant au cours du déploiement de la démarche	187
Figure 16. Stratégies utilisées par l'intervenant au cours du déploiement de la démarche	208
Figure 17. Stratégies utilisées par l'intervenant au cours du déploiement de la démarche	227
Figure 18. Contenu des échanges collectifs au cours de la démarche (terrain 1)	295
Figure 19. Les interactions entre les acteurs lors du temps 1.	301

Figure 20. Les interactions entre les acteurs lors du COPIL	301
Figure 21. Les interactions entre les acteurs lors du temps 2.	302
Figure 22. Les interactions entre les acteurs lors du temps 4.	302
Figure 23. Les interactions entre les acteurs lors du temps 6.	303
Figure 24. Les interactions entre les acteurs lors du temps 7.	303
Figure 25. Les interactions entre les acteurs lors du temps 8	304
Figure 26. Contenu des échanges collectifs au cours de la démarche (terrain 2)	309
Figure 27. Les interactions entre les acteurs lors du temps 1.	313
Figure 28. Les interactions entre les acteurs lors du COPIL 1	313
Figure 29. Les interactions entre les acteurs lors du COPIL 2	314
Figure 30. Les interactions entre les acteurs lors du temps 2.	315
Figure 31. Les interactions entre les acteurs lors du temps 4.	316
Figure 32. Les interactions entre les acteurs lors du temps 6.	316
Figure 33. Les interactions entre les acteurs lors du temps 7.	317
Figure 34. Les interactions entre les acteurs lors de l'évaluation.....	317
Figure 35. Contenu des échanges collectifs au cours de la démarche (terrain 3)	320
Figure 36. Dynamique des échanges lors du temps 1.....	325
Figure 37. Dynamique des échanges lors du COPIL 1.....	325
Figure 38. Dynamique des échanges lors du temps 2.....	326
Figure 39. Dynamique des échanges lors du temps 4.....	326
Figure 40. Dynamique des échanges lors du temps 6.....	327
Figure 41. Dynamique des échanges lors du temps 7.....	327
Figure 42. Dynamique des échanges à 6 mois.....	328
Figure 43. Mobilisation des acteurs terrain 1	341
Figure 44. Faible mobilisation des acteurs terrain 2.....	341
Figure 45. Mobilisation des acteurs terrain 3	341
Figure 46. La construction sociale de la prévention des risques professionnels	354

Glossaire des sigles utilisés dans cette recherche

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de soins et médico-sociaux.

ARH : Agence Régionale de l'hospitalisation

ARS : Agence Régionale de la Santé

AS : Aide-soignant

ASH : Agent des services hospitaliers

CA : conseil d'administration

CEE : Centre d'Etude de l'emploi

CES-D : Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale

CH : Centre Hospitalier

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHSCT : Comité d'Hygiène de sécurité et des Conditions de Travail

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIRP : Comité Interprofessionnel de Réinsertion Professionnelle

CME : Comité médical d'établissement

CNRACL : Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales

CODIR : Comité de direction

COPIL : Comité de pilotage

CPO : Contrainte Psychologique et Organisationnelle

CTE : Comité Technique d'Etablissement

DGOS : Direction générale de l'offre de soin

DRH : Direction des Ressources Humaines

DRG : Diagnosis Related Groups

DS : Direction des Soins

DU : Document Unique

EPI : Equipement de Protection Individuelle

ERI : Questionnaire : Effort Reward Imbalance

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

GRH : Gestion des Ressources Humaines

HAS : Haute Autorité de Santé

HL : Hôpitaux locaux

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

IDE : Infirmier

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

InVs : Institut de Veille Sanitaire

IPRP : Intervenant en Prévention des Risques Professionnels

IRP : Instance représentative du personnel

JBD : Journal de Bord

NEXT : Nurses' Early Exit Study

NSS : Nursing Stress Scale

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORSOSA : Organisation des Soins et Santé des Soignants

OSHA : Occupational Safety and Health Administration

PRESST : Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail

RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicap

R-NWI : Revised Nursing Work Index

ROC : Référentiel opératif commun

RPS : Risques Psycho-sociaux

STAY-YB : State Trait Anxiety Inventory

SUMER : Surveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels

TEC : technicien d'étude clinique

T2A : Tarification à l'acte

TMS : Trouble Musculo-squelettique

UF : Unité Fonctionnelle

De la mobilisation, que diable !

A force de convoquer l'acteur,

*Oh, thèse bien aimée,
On en oublie le rédacteur,
Qui durant de longues heures,
En évitant tous les leurres,
Scrute ce qui fait vérité :
De l'implication
A la mobilisation
De l'intervenant stratège,
Mobilisateur de la subjectivité,
A l'acteur
Devenant auteur
De sa propre histoire de vie.*

*Oh, thésard !
A la quête d'un terrain d'investigation,
Utile à la modélisation des situations,
Pourtant toujours autant singulières,
Echappant aux lois de compréhension.*

*Mais sachez sans fards,
Préventeurs ! Que la construction sociale
Représente toujours votre quête.
Quand elle s'invite, c'est la fête.
Quand elle fuit, la reconquête
Est de mise ou requise.
Attention à la mouise,
Quand vous feignez de l'ignorer.
Elle surgit toujours au débotté
Et vos constructions vont vaciller.*

Et vous n'en serez plus qu'affables !

JML (2014)

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, nous observons en France une épidémie de troubles musculo-squelettiques et psycho-sociaux dans tous les secteurs d'activité. Cette question de santé préoccupante pour les travailleurs (Roquelaure et al., 2006 ; Hatzfeld, 2006) n'est pas sans incidence sur la performance des organisations (Bourgeois et al., 2000). Face à un tel constat, le législateur a intensifié son travail de normalisation : des directives ont été promulguées afin de pallier cette situation préoccupante pour les équilibres économiques et sociaux. Il est ainsi demandé aux directions des entreprises d'évaluer les risques professionnels, de prendre en compte le facteur humain dans l'organisation, tout en adaptant constamment les moyens et les mesures préventives nécessaires. Plusieurs démarches de prévention des risques professionnels (primaire, secondaire et tertiaire) sont donc mises en œuvre afin de préserver la santé des salariés. Cependant, **les recherches montrent qu'agir sur l'organisation du travail (prévention primaire), comparativement à des démarches centrées sur l'individu (prévention secondaire et tertiaire), comportent des effets plus efficaces et durables sur le milieu de travail (Brun, 2003) et la prévention des risques professionnels.**

Les interventions en ergonomie et en psychologie du travail s'intéressent, depuis plusieurs années, à la façon de prévenir les troubles musculo-squelettiques et psycho-sociaux dans les entreprises. De nombreuses conditions, permettant de préserver la santé des salariés durablement, ont été mises en exergue dans la littérature : des conditions relatives au contexte interne de l'entreprise (stabilité financière de l'entreprise, culture organisationnelle, environnement capacitant...), au contexte externe (obligations réglementaires, contraintes économiques globales ...), aux acteurs internes de l'entreprise (implication et engagement de la direction, capacités d'actions collectives des salariés et de leurs représentants, présence de porteurs de projet...) ainsi qu'aux types de démarches préventives mises en œuvre (adaptation au milieu de travail, objectifs de l'intervention, méthodologies utilisées...). Cependant, la généralisation d'une démarche préventive efficace ne va pas toujours de soi. Il ne suffit pas de transférer une démarche qui a fonctionné dans une entreprise pour atteindre une efficacité de la prévention.

C'est ainsi que de plus en plus de chercheurs et intervenants en ergonomie s'intéressent aux conditions de la construction sociale d'une démarche de prévention, avec les acteurs de l'entreprise. Il serait nécessaire de rendre les acteurs porteurs du déploiement d'une démarche préventive, pour que ses effets soient durables (Coutarel et Daniellou, 2007). Ainsi, la notion de mobilisation des acteurs est de plus en plus utilisée, sans que celle-ci soit réellement définie. **L'objectif de cette thèse est de montrer que la mobilisation des acteurs est à considérer, en ergonomie, comme une condition primordiale d'efficacité du déploiement d'une démarche préventive.** Plusieurs questions se posent alors : Qu'est ce qui fait qu'un acteur s'implique plus qu'un autre durant le déploiement d'une démarche préventive ? Comment faciliter l'implication des acteurs de l'entreprise dans une démarche préventive ? Quels sont les leviers, les freins ? Comment modifier les représentations des acteurs quant aux déterminants des risques professionnels ? Comment soutenir une prise en charge collective des risques professionnels en entreprise ? Comment permettre aux acteurs d'agir sur leur milieu de travail ? Comment créer du sens autour de la démarche afin que les acteurs déjà surchargés par leurs missions, participent au déploiement d'une telle démarche ? Comment maintenir leur mobilisation ? Voici plusieurs questions auxquelles nous tenterons de répondre dans ce manuscrit.

Cette recherche a été commanditée par la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales (CNRACL) suite à des difficultés à maintenir dans l'emploi les soignants en milieu hospitalier. La demande formulée était d'étudier les leviers à mettre en œuvre pour des actions préventives durables dans les services de soins. En effet, les établissements de soins sont contraints depuis plusieurs années à des mutations importantes entraînant une crise identitaire considérable (Brémond, Mick, Robert, Pascal et Claveranne, 2013). Le travail des soignants serait considéré comme « *la part oubliée de ces restructurations* » (Raveyre et Ughetto, 2003, p.95). Ces établissements sont soumis à d'importantes contraintes économiques voire même de rentabilité, comme il en est ainsi au sein des entreprises privées (Michel et al., 2007 ; Safy-Godineau, 2013), modifiant fortement le système de valeurs (Bressol, 2004), les pratiques professionnelles des soignants (Douguet et Muñoz, 2005 ; Krynen, Yeni et Fournales, 2011 ; Malet et Benchekroun, 2012) ainsi que leurs conditions de travail. Les soignants, soumis à une intensification du travail, doivent faire toujours plus et mieux avec moins de moyens financiers, logistiques et humains.

Pour faire face à ces difficultés et répondre à l'obligation réglementaire faite aux employeurs de maintenir dans l'emploi les soignants, de plus en plus de démarches de prévention primaire sont déployées au sein des établissements de soins dont l'objectif est de préserver la santé des soignants. Dans le cadre de cette recherche, nous avons suivi le déploiement de l'une d'entre elles, appelée ORSOSA (ORganisation des SOins et de la SAnté des soignants). Cette démarche de prévention primaire des risques professionnels vise à susciter une réflexion commune et globale entre différents acteurs internes de l'établissement (des médecins du travail, la direction des soins, la direction des ressources humaines, des cadres de santé, des médecins d'unités, des soignants...) sur l'organisation des services de soins. La démarche ORSOSA cherche plus particulièrement à promouvoir des transformations de l'organisation du travail au regard de l'activité réelle des soignants, du cadre de santé et du médecin de l'unité. Afin de caractériser les relations entre les acteurs et leurs capacités à se mobiliser dans une démarche de prévention primaire, nous nous sommes d'abord intéressée de façon exploratoire à une démarche de prévention tertiaire. Celle-ci nous a permis de commencer à caractériser les relations entretenues entre les acteurs institutionnels et les acteurs de la médecine du travail, dans la recherche de solutions principalement individuelles (de maintien dans l'emploi) pour les soignants en difficulté. Nous nous sommes dans un second temps intéressée au déploiement d'une démarche de prévention primaire.

L'originalité de notre recherche est l'analyse de l'activité dans le déploiement d'une démarche de prévention primaire, d'acteurs d'horizons et de niveaux hiérarchiques différents : des acteurs institutionnels (direction des soins, médecin chef de pôle, directeur de l'hôpital, directeur des ressources humaines, cadre supérieur); des acteurs de la médecine du travail (médecin du travail, infirmier du travail, ergonome et psychologue du travail) et enfin, des acteurs de terrain (cadre de santé, médecin de l'unité, soignants). L'ensemble de ces acteurs est alors amené à travailler ensemble autour d'un projet commun malgré des missions parfois divergentes. Nous nous demandons donc comment créer les conditions (les leviers et les freins) de la mobilisation des acteurs internes à un établissement en vue de permettre la construction sociale de la prévention des troubles musculo-squelettiques et psycho-sociaux? En effet, plusieurs études montrent que lorsque les acteurs d'une entreprise construisent socialement une intervention alors cette dernière est plus efficace. Cette question de recherche nous permet de poser la problématique de la mobilisation des acteurs comme un processus dynamique et temporel, initié par un tiers, permettant le travail collectif entre différents acteurs afin de construire socialement la

réalisation d'un objet commun dans un environnement capacitant pour la conduite du projet et l'activité individuelle de chacun.

Trois hypothèses découlent de cette problématique.

Hypothèse 1: Liens entre les stratégies utilisées par l'intervenant et l'implication des acteurs

Le rôle joué par un intervenant lors de l'implantation d'une démarche préventive est central. Une palette de stratégies est utilisée afin de mobiliser les acteurs internes à l'entreprise durant le déploiement de la démarche telles que l'instauration de démarches participatives (Teiger, 2007), l'utilisation d'objets intermédiaires (Jeantet, 1998 ; Vinck, 2009), le fait de s'adapter au contexte de l'entreprise (Fassier et Durand, 2010 ; Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004 ; 2006), l'usage de la traduction (Callon, 1989 ; Latour, 1992). L'intervenant cherche à aider les acteurs à développer leur pouvoir penser, leur pouvoir débattre et leur pouvoir agir (Daniellou, 1998).

Hypothèse 2 : Liens entre l'activité individuelle d'un acteur et son implication dans le déploiement d'une démarche

Les acteurs ne sont pas passifs face à leur environnement de travail (Canguilhem, 1966). Afin de réduire et d'en maîtriser les incertitudes, ils utiliseraient des « stratégies d'acteurs » (Crozier et Friedberg, 1977). Ils cherchent à agir sur leur milieu de travail afin de le transformer en « environnement capacitant » (Falzon, 2004 ; Fernagu-Oudelet, 2012). Ainsi, la façon dont s'implique un acteur durant le déploiement d'une démarche préventive dépend du lien qu'il réalise avec les mobiles, les buts qu'il poursuit, mais aussi avec ce qui lui est possible de faire (Clot, Faïta, Fernandez et Scheller, 2000a ; 2001a) dans son activité individuelle. L'acteur a besoin de créer du sens entre ses activités (les mobiles) et ses actions (les buts). Il s'agit alors de comprendre le rapport dynamique entretenu entre les activités, les actions et les opérations (moyens d'y parvenir) (Leontiev, 1975) amenant l'acteur à s'impliquer dans une démarche de prévention.

Hypothèse 3 : Liens entre l'activité collective et la mobilisation des acteurs

La démarche ORSOSA réunit différents acteurs de formations et de niveaux hiérarchiques différents au sein d'espaces de discussions sur le travail. Ces derniers vont pouvoir débattre du travail réel des soignants mais aussi des difficultés qu'ils rencontrent au quotidien. Cette mise en circulation de l'activité permettrait de développer différentes formes de travail collectif (Savoyant, 1977 ; De la Garza et Weill-Fassina, 2000 ; Caroly, 2010) autour d'un référentiel opératif commun (De Terssac et Chabaud, 1990 ; Leplat, 1991). Les acteurs découvrent alors de nouvelles ressources (Fernagu-Oudet, 2012) sur les manières de faire (Caroly, 2010) afin de gérer leur activité et y intégrer la prévention des risques professionnels, ce qui développe leur activité collective. L'activité collective créée va permettre la mobilisation des acteurs durant le déploiement de la démarche mise en œuvre.

Afin de repérer comment créer les conditions de la mobilisation d'acteurs internes à un établissement de soins, relatives à la construction sociale de la prévention des troubles musculo-squelettiques et psycho-sociaux, nous avons décomposé notre document de thèse en six parties.

Partie I : Nous commencerons par présenter le contexte interne et externe des établissements de soins du point de vue des récentes évolutions organisationnelles en milieu de soins (dont les principales sont l'organisation par pôle d'activité et la tarification à l'acte) (partie I, chapitre 1) et des professionnels y travaillant. Nous détaillerons ensuite les effets de l'organisation du travail sur la santé des soignants (partie I, chapitre 2). En effet, ces professionnels sont soumis à un malaise d'envergure se manifestant par des troubles musculo-squelettiques et psycho-sociaux liés aux conditions de réalisation de travail délétères. Ces troubles seraient responsables d'absentéisme, d'inaptitudes et d'arrêts de travail impactant la manière dont les soignants réalisent leur activité. Face à ces difficultés de santé, plusieurs démarches préventives (primaire, secondaire et tertiaire) portées par une diversité de professionnels (médecin du travail, direction des soins, directeur des ressources humaines...) sont mises en œuvre (partie I, chapitre 3). Certaines, de type tertiaire, visent à maintenir dans l'emploi les soignants, d'autres de type primaire, visent à mettre en questionnement l'organisation du travail des services de soins. Dans le cadre de cette recherche, nous avons suivi le déploiement d'une démarche préventive de type primaire, appelée ORSOSA, que nous décrirons.

Partie II : Afin d’appréhender d’un point de vue théorique la notion de mobilisation, plusieurs concepts ont été utilisés afin de la situer en ergonomie.

Nous nous sommes tout d’abord intéressée au processus de conduite de changement dans les organisations afin de prévenir les risques professionnels. Pour faire cela, nous avons présenté les étapes clés d’une démarche d’intervention ainsi que les conditions d’une prévention durable des risques professionnels en entreprise (Partie II, chapitre 1,1). Une synthèse de la manière dont doit être évaluée les effets d’une intervention (Partie II, chapitre 1, 2) a ensuite été réalisée.

Le déploiement d’une démarche préventive nécessite un tiers intervenant (Partie II, chapitre 2, 1). Nous avons alors cherché à identifier les stratégies qu’il peut utiliser durant le déploiement d’une démarche préventive (Partie II, chapitre 2, 2) afin de mobiliser les acteurs d’une entreprise. Quatre catégories de stratégies ont été recensées afin d’impliquer les acteurs à participer au déploiement d’une démarche préventive.

Enfin, nous nous sommes intéressée plus précisément au processus de mobilisation des acteurs au cours du déploiement d’une démarche préventive. L’acteur a besoin, pour s’impliquer durant le déploiement d’une démarche préventive, de créer du sens avec son activité individuelle (Partie II, chapitre 3, 1). Nous détaillerons comment l’acteur interagit avec son milieu de travail en nous intéressant aux concepts d’activité (et de son développement), de « stratégies d’acteur » et « d’environnement capacitant ». Les concepts de travail collectif et de collectif de travail (Partie II, chapitre 3, 2) nous ont de plus paru particulièrement intéressant à développer afin de comprendre le rôle de l’activité collective durant le processus de mobilisation des acteurs.

Partie III : Cette revue de littérature nous amène à nous interroger sur les conditions de la mobilisation d’acteurs internes à un établissement de soins en vue de permettre la construction sociale de la prévention des troubles musculo-squelettiques et psycho-sociaux (Partie III, chapitre 1). Trois hypothèses de recherche seront posées afin d’apporter des éléments de réponses (Partie III, chapitre 2) au regard du rôle de l’intervenant (hypothèse 1), du lien réalisé par l’acteur entre son activité individuelle et le déploiement de la démarche (hypothèse 2) et enfin de l’effet du développement de l’activité collective, sur les acteurs en présence (hypothèse 3).

Partie IV : Afin d’appréhender le processus de mobilisation des acteurs (Partie IV, chapitre 1), nous avons mis en œuvre une multitude de méthodologies qualitatives visant à identifier le contexte organisationnel des services suivis, les stratégies ainsi que le modèle sous-jacent de l’intervenant et l’activité individuelle et collective des acteurs internes durant le déploiement de la démarche ORSOSA (Partie IV, chapitre 2). Pour faire cela, nous avons utilisé différents types d’entretiens (entretiens brefs, entretiens d’auto-confrontation, entretiens de fin de démarche avec l’intervenant et les acteurs de l’entreprise), des observations ergonomiques dans les services de soins (visant à observer la pratique des soignants, les réunions formelles et informelles de la démarche ORSOSA, la pratique de l’intervenant suivi) et des journaux de bords. Cette méthodologie nous a permis de catégoriser ‘un processus d’implication standard des acteurs’ au cours du déploiement de la démarche ORSOSA (Partie IV, chapitre 3). Enfin, nous terminerons cette partie par une présentation des trois monographies des terrains suivis (Partie IV, chapitre 4) afin de décrire aux lecteurs le déploiement de l’intervention et ses effets.

Partie V : Nos résultats recensent des conditions permettant la mobilisation des acteurs lors de l’instauration d’une démarche préventive.

- Dans un premier temps, nous avons comparé **les contextes organisationnels de nos trois terrains de recherche** afin de repérer si l’un d’entre eux présentait un environnement plus « capacitant » au déploiement d’une démarche préventive efficiente (Partie V, chapitre 1).
- Dans un second temps, nous avons catégorisé le type d’**implication de chacun des acteurs** des terrains suivis durant le déploiement de la démarche (Partie V, chapitre 2).
- Dans un troisième temps, nous avons étudié quelles **stratégies ont été utilisées par l’intervenant** au sein des différents contextes d’intervention afin d’impliquer les acteurs en présence (Partie V, chapitre 3).
- Dans un quatrième temps, nous avons mis en exergue comment l’implantation de **la démarche ORSOSA faisait écho à l’activité individuelle** des acteurs en présence (Partie V, chapitre 4).
- Enfin dans un cinquième temps, nous avons montré comment **le travail collectif initié par la démarche préventive mise en œuvre peut favoriser le développement de l’activité collective des acteurs et donc leur mobilisation** (Partie V, chapitre 5).

Partie VI : Ces résultats seront discutés dans la dernière partie de cette recherche. Nous détaillerons les conditions permettant la mobilisation des acteurs au regard de l'efficacité de la prévention des risques professionnels en entreprise (Partie VI, chapitre 1). Une présentation des perspectives scientifiques et méthodologiques de cette recherche sera présentée dans un second temps (Partie VI, chapitre 2).

PARTIE I. CONTEXTE DE LA RECHERCHE :

le secteur hospitalier

« Concevez toujours une chose en la considérant dans un contexte plus large - une chaise dans une pièce, une pièce dans une maison, une maison dans un quartier, un quartier dans une ville »
(Eliel Saarinen)

Cette partie vise à présenter le contexte dans lequel notre travail de recherche s'inscrit.

Ainsi, nous reviendrons sur les grands changements qui incombent désormais aux hôpitaux (nouvelle gouvernance au sein des établissements de soins, tarification à l'acte,...) impactant principalement au quotidien le travail des soignants mais aussi celui de l'ensemble des professionnels exerçant dans les services de soins. Les nouvelles contraintes qui leur sont imposées modifient leur façon de travailler. Nous décrirons les tâches de plusieurs d'entre eux et présenterons l'organisation prescrite des établissements de soins. Chacun des professionnels ayant des missions précises à réaliser, il peut parfois être difficile de coopérer quand leurs objectifs ne sont pas similaires. Notre recherche vise à comprendre comment permettre à cette diversité d'acteurs de se mobiliser vers un objectif commun soit la prévention des risques professionnels (cf. chapitre 1).

Nous présenterons ensuite les liens entre conditions de travail en milieu de soins et santé des soignants. Nous verrons que le milieu hospitalier est un secteur en tension, facteur de Contraintes Psychologiques et Organisationnelles (CPO) et de troubles musculo-squelettiques (TMS) pour les soignants (cf. chapitre 2).

Face à ces difficultés aux enjeux considérables, il conviendra de comprendre comment maintenir dans l'emploi les soignants jusqu'à l'âge de la retraite. Nous reviendrons sur les outils à disposition des acteurs internes à un établissement et présenterons un état des lieux (des freins et des ressources) à la mise en œuvre d'actions visant le maintien dans l'emploi des soignants, que nous avons réalisé. Cependant, les actions de prévention de type tertiaire n'étant pas suffisamment efficaces (actions essentiellement sur l'individu), nous avons suivi dans un second temps le déploiement d'une démarche de prévention primaire appelée ORSOSA, agissant directement sur l'organisation du travail afin de prévenir les risques de TMS et de CPO en milieu de soins. Nous décrirons brièvement cette démarche (cf. chapitre 3).

Chapitre 1. De nouvelles directives impactant les modes d'organisation du travail

Ce chapitre présente plusieurs directives qui impactent les modes d'organisation des établissements de soins. Deux d'entre elles retiennent principalement notre attention.

Nous commencerons par présenter la réforme des « pôles d'activité » (1), introduisant notamment une nouvelle gouvernance au sein des établissements de soins (1.1.). Afin de comprendre comment sont organisés ces établissements (séparation entre les filières médicales, de soins et administratives), nous présenterons les missions principales de plusieurs acteurs clés (1.2.).

Enfin, la seconde partie de ce chapitre présentera la réforme de la tarification à l'acte appelée aussi T2A (2). Nous verrons que cette réforme modifie considérablement la façon de calculer l'offre en soins puisqu'il convient à présent de référencer toutes les activités réalisées pour un patient afin de justifier du budget alloué dans les services de soins.

L'ensemble de ces changements modifie l'organisation, la gestion des services de soins, alourdit la charge de travail des soignants mais aussi des professionnels exerçant au sein des services de soins. Les nouvelles contraintes imposées aux professionnels modifient leur façon de travailler.

1. Une nouvelle gouvernance au sein des établissements de soins : l'organisation par pôles d'activité

Les hôpitaux en France, sont des établissements publics ou privés ayant passé certaines conventions avec l'Etat (les Agences Régionales de Santé) qui permettent à toutes les personnes malades d'être soignées (Larousse, 2014). Ils se distinguent de par leur statut juridique, leurs missions, leurs spécialisations, la durée de séjour des patients et surtout par leur mode de financement. Dans cette recherche, nous nous intéresserons uniquement aux établissements publics (et plus précisément au Centre Hospitalier et Centre Hospitalier Universitaire¹).

Ces établissements assurant une mission de service public et soumis au contrôle de l'Etat² doivent à la fois être humains, techniques, efficaces et rentables (Martin et Gadbois, 2004). C'est ainsi que depuis les années 1990, de nouvelles directives impactant considérablement le mode d'organisation des établissements de soins voient le jour (Bobillier-Chaumon, Dubois et Retour, 2010) : création des départements médicaux³ (loi du 3 janvier 1984), création des schémas régionaux d'organisation sanitaire comme alternative à l'hospitalisation (loi du 31 juillet 1991), régionalisation étatique des établissements⁴ (loi du 24 avril 1996) et le plan « hôpital 2007 » (loi du 20 novembre 2002, loi du 2 juillet 2003⁵, loi du 4 septembre 2003⁶, loi du 2 mai 2005⁷). Ce dernier plan⁸ aux répercussions

¹ Il existe quatre types d'établissements publics (hôpital, 2014). Les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) : établissements de soins dispensant les soins les plus spécialisés au niveau régional. Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) : établissements de santé ayant les mêmes missions que les CHR mais étant aussi des lieux de recherche et d'enseignement. Les Centres Hospitaliers (CH) : établissements de soins, de catégories intermédiaires ayant pour mission d'offrir des services diagnostics et d'assurer toute la gamme de soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique, ainsi que les soins de suite et de longue durée. Les Hôpitaux Locaux (HL) : établissements de soins implantés à distance des CH, ils constituent un premier niveau de prise en charge. Ils assurent les soins médicaux courants des populations vivant dans les zones géographiques de proximité.

² Sous le contrôle du ministère de la santé, de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), de l'ARS et du préfet.

³ Institue une tutelle financière renforcée du préfet de département qui peut se substituer au conseil d'administration pour réformer le budget proposé pour chaque établissement de soins publique et privé participant au service public hospitalier (IRDES, 2014).

⁴ Création des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) qui associent l'Etat et l'assurance maladie. L'objectif étant de réduire les inégalités entre régions sur le territoire. Elles mettent de plus en place des procédures d'évaluations et d'accréditations. Création de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) qui fixe les normes de bonnes pratiques cliniques et des références médicales pour les hôpitaux et les services ambulatoires (IRDES, 2014).

⁵ Autorise le gouvernement à prendre par voie d'ordonnance des mesures de simplification et de réorganisation dans le domaine sanitaire et social (IRDES, 2014).

⁶ Elle permet une simplification de l'organisation du système de santé ainsi que des procédures de création

majeures pour les établissements de soins, vise trois principaux objectifs : permettre aux établissements l'autonomisation (en termes de financement et de gouvernance) ; accompagner la recomposition de l'offre hospitalière par l'Etat (investissement régionalisé confié aux Agences Régionales de l'Hospitalisation) ; et enfin l'assouplissement ainsi que la modernisation des hôpitaux publics⁹. Ce plan introduit la notion de « pôles d'activité » dans les établissements de soins. Il regroupe plusieurs services de soins (appelés aussi unités fonctionnelles) entre eux et ce en fonction : de leurs disciplines ; du type de population accueillie ; de leurs spécialités ; de leur mode de prise en charge ou encore par leur charge en flux (santé.gouv, 2014).

Alors que ce plan visait initialement à décloisonner les différentes logiques professionnelles au sein d'un pôle : médicales, administratives et soignantes (Zeggar et Vallet, 2010) il entraîne une compétition entre les services de soins. Les pôles deviennent ainsi des micro-entreprises (François, Broekaert et Berthomier, 2010). Le chef de pôle devient responsable de la gestion des coûts et le directeur de l'hôpital de la répartition du budget global en fonction de l'activité des pôles (Ibid). Le directeur a donc plus d'autonomie afin de procéder « *aux réorganisations internes, recruter et rémunérer en fonction de la stratégie d'entreprise arrêtée, de façon plus ou moins négociée, en conseil exécutif* » (Pierru, 2009, p.7). Cette réorganisation modifie considérablement l'organisation hiérarchique des établissements de soins.

d'établissements, de services sociaux ou médico-sociaux (IRDES, 2014).

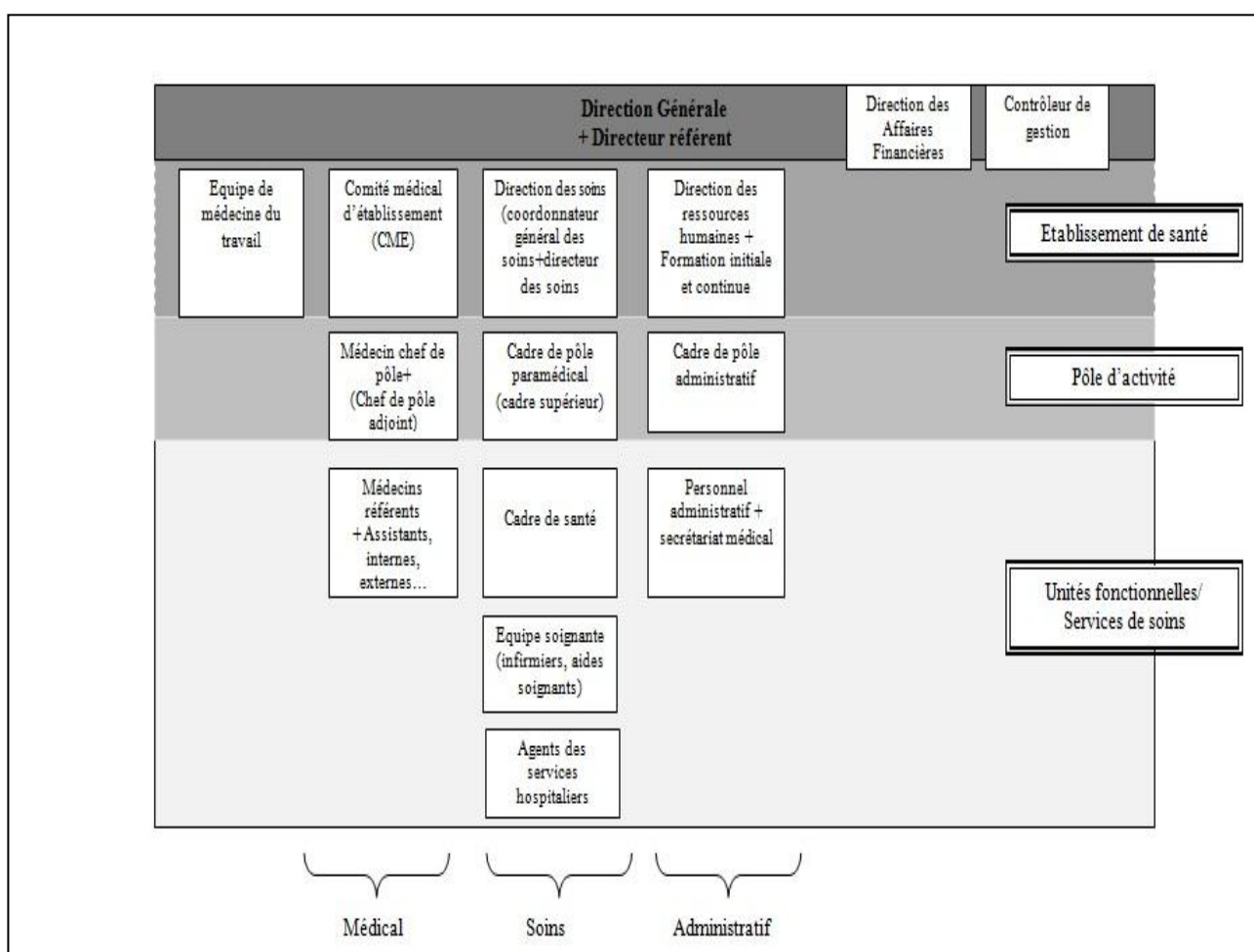
⁷ Rénovent l'organisation hospitalière en modernisant la gestion des établissements publics de santé. Elle impose des pôles d'activités cliniques et médico-techniques (IRDES, 2014).

⁸ Ce dernier a été renforcé par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) » (loi du 21 juillet 2009) et le « plan hôpital 2012 » (IRDES, 2014 ; Ministère de la santé et des sports, 2010) concourant à la modernisation des hôpitaux et à l'amélioration de la qualité des soins pour les patients.

⁹ La loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) » (2009) renforce cette volonté en créant notamment les ARS (Agences Régionales de Santé) qui assurent le pilotage unifié de la santé en région afin de répondre au mieux aux besoins des territoires.

1.1. Répartition du pouvoir hiérarchique

En France, 6,5 % de la population active travaille dans le secteur de la santé (santé.gouv, 2014) : « *il existe plus de 150 statuts renvoyant à des métiers différents* » (Loriol, 2004, p.58). Principalement, les métiers exercés sont ceux : de médecins (praticiens hospitaliers, chefs de clinique, internes, assistants), de cadres (de santé ou supérieurs), de fonctions supports (médecine du travail, direction des soins, direction des ressources humaines...), de soignants (infirmiers (IDE), aides-soignants (AS)), de personnels spécialisés (psychologue clinicien, psychiatre, kinésithérapeute, sage-femme...), d'agents de service hospitalier (ASH), mais aussi de techniciens (s'occupant de la maintenance, des cuisines...) (Raveyre et Ughetto, 2003). De nouveaux métiers apparaissent et continuent de se développer (santé.gouv, 2014). L'organigramme ci-dessous (cf. organigramme 1) illustre le rapport hiérarchique prescrit de plusieurs de ces professionnels.



Organigramme 1. Les différents niveaux hiérarchiques dans les établissements de soins

Cet organigramme (n'étant qu'une schématisation soit fausse par essence) illustre la séparation des niveaux hiérarchiques et des filières (relative au médical, aux soins et enfin à l'administration) dans

les établissements de soins. Il montre également quatre niveaux hiérarchiques : la direction générale de l'établissement et les directions transverses (1), les directions de pôle (2), les directions au niveau des unités fonctionnelles (3) et enfin les soignants (4). L'autorité hiérarchique est exercée par le directeur de l'établissement qui délègue à des directeurs adjoints (direction des finances, direction des soins, direction des ressources humaines ect.).

L'organisation du travail est bureaucratique et certaines professions¹⁰ sont réglementées par des décrets (telles que le médecin du travail, le directeur d'hôpital, le directeur des soins...). Ces décrets leur imposent parfois de travailler collectivement. Cet organigramme (cf. organigramme 1) peut être mis en lien avec les travaux de Mintzberg (1986) travaillant sur la notion de pouvoir entre les acteurs au sein des organisations. Ce dernier distingue cinq parties de base à une organisation (cf. figure 1).

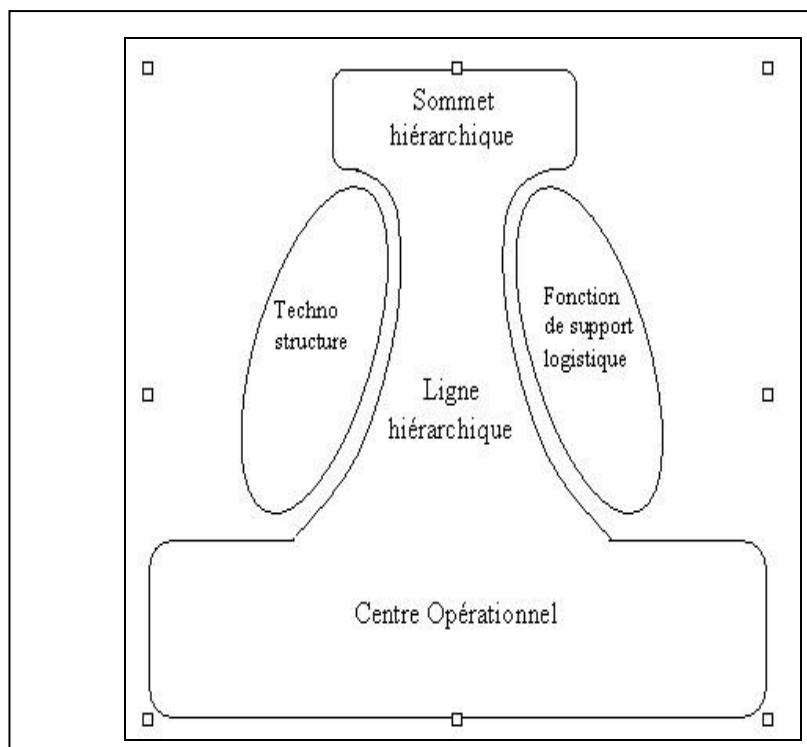


Figure 1. L'organisation du pouvoir entre les différents acteurs (Mintzberg, 1986)

¹⁰ Une distinction est faite entre les termes de profession et de métier. Daniellou et Brahim (2005) définissent la profession comme ce que va mettre en œuvre un groupe pour se créer un périmètre d'exercice professionnel, une certaine façon de défendre son territoire et d'assurer à l'intérieur de ce territoire le monopole d'exercice. Le métier quant à lui comprend les valeurs, les règles de métier et les manières de gérer les situations.

Dans le cas de notre recherche, « le sommet hiérarchique »¹¹ correspond à la direction générale ; « la ligne hiérarchique »¹² à la direction des soins, au médecin chef de pôle, aux cadres supérieurs et aux cadres de santé. « Le centre opérationnel »¹³ comprend les soignants. A l'extérieur de ce schéma sont rattachés deux types d'acteurs : « les analystes de la technostructure »¹⁴ ainsi que « la fonction de support logistique »¹⁵ correspondant à la direction des ressources humaines et à l'équipe de médecine du travail.

Mintzberg en prenant appui sur son schéma générique (cf. figure 1) définit cinq configurations possibles des organisations (Nizet et Huybrechts, 1998) : entrepreneuriale, missionnaire, adhocratique, professionnelle et celle qui nous intéresse ici, bureaucratique. Cette dernière renvoie à une organisation fortement marquée par la division du travail, la standardisation des procédés. Cependant, le fonctionnement de l'hôpital est souvent considéré comme hybride : en effet, la configuration dominante est souvent dépendante des rapports de force entre les différents groupes professionnels. Par exemple, les médecins d'unité vont composer avec « le sommet hiérarchique » alors qu'ils sont généralement en conflit avec le pôle administratif, encadré lui-même par des contraintes provenant de l'autorité publique. Il convient alors d'appréhender plus en détails les fonctions attribuées à chacun de ces professionnels afin de mieux comprendre leur activité.

¹¹ Assure la responsabilité de l'ensemble et prend des décisions stratégiques.

¹² Est constituée des acteurs situés entre le sommet stratégique et les opérateurs. Ils prennent des décisions managériales.

¹³ Ces acteurs sont à la base de l'organisation, ils sont en contacts avec les produits ou les clients et prennent des décisions opérationnelles.

¹⁴ Ces acteurs s'occupent des différentes formes de standardisation dans l'organisation : mettent au point des machines, des formations, élaborent des règlements de travail... (Nizet et Huybrechts, 1998).

¹⁵ Ces acteurs remplissent une série de fonctions annexes telles que celles liées au service juridique, au nettoyage des bâtiments, au restaurant d'entreprise... (Nizet et Huybrechts, 1998). Ils fournissent un support indirect aux opérateurs et au reste de l'organisation.

1.2. Principales fonctions des différents professionnels exerçant à l'hôpital

Cette partie présente de façon synthétique la diversité des missions des acteurs que nous avons suivis au cours du déploiement des démarches observées (cf. Partie IV, chapitre 2, 3.1). Ceci nous paraît important car cette recherche s'intéresse à leur activité individuelle mais aussi collective. Comprendre les missions de chacun permet de mieux comprendre comment les acteurs s'impliquent lors du déploiement d'une démarche en prévention des risques professionnels. Nous présenterons les missions générales de ces acteurs suivant que leurs missions se placent au niveau de l'établissement, des pôles d'activité ou des unités fonctionnelles (cf. organigramme 1).

Les principaux acteurs qui interviennent au niveau de l'établissement :

Le directeur d'établissement : Ses missions consistent à conduire la politique générale de l'établissement en cohérence avec la politique de santé sur le territoire, permettant une prise en charge optimale des populations.

Le directeur des ressources humaines : Ses missions consistent à gérer le personnel sur la base du projet d'établissement et de la réglementation en matière de droit du travail (politique générale de rémunération, de recrutement, de formation, de mobilité, de temps de travail et la gestion des relations sociales et des conditions de travail).

Le directeur des soins : Ses missions consistent à concevoir, piloter et évaluer les résultats de la politique de soins de l'établissement. Ses fonctions visent la coordination générale des tâches de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

L'équipe de médecine préventive : Ses missions consistent à veiller à la préservation de la santé du personnel. Principalement, nous retrouvons les médecins du travail et les infirmiers du travail.

Les principaux acteurs qui interviennent au niveau des pôles d'activité :

Le cadre coordonnateur de pôle (cadre supérieur) : Ses missions visent à organiser, coordonner et encadrer les moyens humains, financiers, techniques d'un pôle.

Le directeur qualité : Ses missions visent à définir, piloter et contrôler la mise en œuvre de la politique qualité dans l'établissement (portant sur les produits, les matériaux, les investissements, les modifications de procédés, etc...) vis-à-vis des référentiels réglementaires en vigueur (différentes normes).

Le coordonnateur/gestionnaire des risques : Ses missions consistent à mettre en lien l'ensemble des dispositifs de prévention de l'établissement.

Le médecin chef de pôle : Ses missions sont réglementées. Il met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés.

Les principaux acteurs qui interviennent au niveau des unités fonctionnelles :

Le cadre de proximité ou de santé : Ses missions consistent à organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe de soins et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations données par les soignants.

Le médecin de l'unité : Il est le responsable médical de l'organisation générale de son service de soins. Il veille à définir et appliquer un projet médical.

Les soignants : Il existe plusieurs types de soignants au sein des services : les aides-soignants (AS) et les infirmiers (IDE). Ces derniers ont pour mission principale de dispenser des soins (de préventions, de maintien, techniques...) aux patients.

L'agent des services hospitaliers (ASH) : Ses missions consistent à être en charge de la propreté de l'ensemble des locaux en respectant les règles de sécurité et les mesures de prévention des bio-contaminations.

En synthèse, chacun de ces professionnels est empreint d'un « *monde de référence* » lui permettant de réaliser au quotidien son activité. Ces mondes sont influés par la formation du professionnel, les valeurs structurantes d'une profession, leur collaborations, les outils utilisés, sa trajectoire biographique, la culture organisationnelle de l'entreprise... (Daniellou et Brahim, 2005). Ces acteurs ont des statuts hiérarchiques différents, prescrivant parfois certaines collaborations avec d'autres professionnels. Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes notamment intéressée

à l'influence de l'activité exercée par un acteur, en fonction du métier pratiqué, sur la façon dont il s'implique lors du déploiement de démarches préventives. En effet, les différents acteurs d'un même établissement de soins ont des missions parfois différentes (objectifs en lien avec le pôle d'activité, en lien avec la sécurité et la qualité des soins, en lien avec la sécurité du personnel hospitalier, ect.) pouvant constituer un frein à certaines collaborations.

Au regard de cette diversité, Nasciemento (2009) et Cuvelier (2011) ont travaillé sur la notion de culture collective de sécurité en milieu de soins. La culture de sécurité collective n'est pas la somme de comportements individuels mais une réelle construction¹⁶.

Nous nous intéressons dans cette recherche aux déterminants d'une dynamique collective préventive entre différents acteurs d'un établissement de soins. Cependant, il convient auparavant de prendre en considération le contexte dans lequel intervient chacun de ces professionnels. En effet, de nouvelles réglementations impactent l'organisation en milieu de soins. Ceci modifie fortement la façon dont ils doivent travailler au quotidien.

2. Une nouvelle tarification des soins prodiguée : la tarification à l'acte

Les hôpitaux sont montrés du doigt depuis plusieurs années car ils coûteraient trop cher à l'Etat (François, Broekaert et Berthomier, 2010). Plusieurs lois ont eu pour objet la tarification des soins prodigués au sein des hôpitaux : 9 août 1963¹⁷, 4 janvier 1978¹⁸, 29 décembre 1979¹⁹, 19 janvier et 11 août 1983²⁰, 31 juillet 1991²¹) (IRDES, 2014). Actuellement et ce depuis 2003 la sécurité sociale a institué une nouvelle modalité de financement des établissements de soins (loi du 18 décembre 2003) appelée la tarification à l'acte (T2A). Elle est « *une déclinaison française des Diagnosis Related Groups (DRG) américains, inventés au milieu des années 1970 par une équipe de*

¹⁶ Nasciemento (2009) montre que les professionnels de métiers différents n'appréhendent pas de la même manière les risques liés à l'activité de soins. Ces différences seraient fonction des acteurs et de l'influence de l'organisation sur la culture de sécurité. Plusieurs préconisations sont proposées telles que la favorisation des pratiques collectives existantes et leur développement ; l'intégration des pratiques collectives informelles au sein des organisations ; la mise en visibilité des métiers de chacun...

¹⁷ Mise en place d'une enveloppe globale pour les services de soins plutôt que la tarification à la journée.

¹⁸ Renforce le forfait de soins et créer des unités de long séjour.

¹⁹ Le ministère de la santé peut autoriser la suppression de lits.

²⁰ Mettent en œuvre la dotation globale de financement et instaurent le forfait journalier à la charge de l'assuré.

²¹ L'objectif est de réduire le nombre de lits dans les services. La loi instaure en outre de nouvelles instances de participation réunissant différentes catégories de personnels : comme la commission des services de soins, des conseils de service ou de département, le Comité Technique d'Etablissement (CTE) composé de représentants des personnels.

chercheurs en gestion de l'Université de Yale (...) (Pierru, 2009, p.7) ». Le recours à ce procédé avait au départ quatre objectifs : médicaliser le financement, introduire plus d'équité dans l'allocation des ressources, unifier les modes de financement des secteurs publics et privés et responsabiliser les acteurs (Boure, Bonneville, Grosjean et Mayère, 2009). Cette nouvelle tarification modifie la façon de calculer l'offre en soins : il convient de référencer toutes les activités réalisées afin de justifier du budget obtenu pour financer le service de soins. Une finalité comptable et statistique s'installe ainsi dans les établissements de soins (Urio, 1998 ; Gaudin, 1999 ; Bauduret et Jaeger, 2002). C'est alors que la tarification à l'acte est contestée car elle impose un modèle de pensée unique sur la performance hospitalière entre l'accroissement de la productivité et la réduction des coûts (Brémond, Mick, Robert, Pascal et Claveranne, 2013). Cordier (2008) a montré que son instauration était perturbée par des moyens humains insuffisants et des difficultés de gestion du personnel (absentéisme, turn-over, difficultés de recrutements...). Entre ne pas pourvoir des postes pour des raisons budgétaires et les pourvoir afin d'engendrer plus d'activité dans le service de soins, les effectifs deviennent des variables d'ajustements. Les hôpitaux, fonctionnant désormais comme des entreprises (Michel et al., 2007 ; Safy Godineau, 2013) sont évalués sur la production, la qualité de leur activité de soins et la performance économique qui en résulte (Cornière et Guaquere, 2005). Ainsi, dans un souci de rationalisation, les établissements accroissent leurs activités ambulatoires (hospitalisation de moins d'une journée) et la sous-traitance de services supports (comme l'hôtellerie, les activités techniques...) (Desriaux, 2009). Ces changements, modifient l'organisation, la gestion des services de soins et alourdissent la charge de travail des soignants : il convient désormais de sélectionner des patients dits « rentables » (plus de tâches et d'examen médicaux annexes à réaliser).

Si la fonction première de ces directives était de diminuer les coûts du fonctionnement des établissements, il en résulte une augmentation des « coûts humains » pour les soignants. Comme le soulignent Gheorghiu et Moatty (2014) dans une récente recherche du Centre d'Etudes de l'Emploi *« les réformes de l'institution hospitalière, si elles ont contribué à accroître la productivité du travail et à respecter l'objectif de maîtrise des dépenses, elles ont aussi conduit à prendre l'emploi comme variable d'ajustements et à sous-estimer les incidences sur le travail »* (p.4). Les répercussions du travail sur la santé des soignants seraient tellement importantes que la Haute Autorité de Santé (HAS) a intégré la qualité de vie au travail dans les dimensions à prendre en

compte pour les certifications des établissements de soins²². Il convient alors de détailler plus précisément les liens entretenus entre les conditions de travail imposées aux soignants et les répercussions sur leur santé.

²² « La certification est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Des professionnels de santé mandatés par la HAS réalisent les visites de certification sur la base d'un manuel. Ce référentiel permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé. Mise en œuvre par la HAS, la procédure de certification s'effectue tous les quatre ans. Son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement de santé » (HAS, 2014).

Chapitre 2. Des répercussions sur la santé des soignants

Ce chapitre s'intéresse aux effets, sur la santé des soignants, des conditions de travail délétères proposées dans les services de soins.

Nous nous intéresserons dans un premier temps à l'origine de l'usure professionnelle des soignants (1). Des facteurs psycho-sociaux et physiques sont identifiés comme source d'usure professionnelle. Nous définirons alors les concepts de Contraintes Psychologiques et Organisationnelles (1.1.) et de TMS (1.2.) afin d'étudier le lien qu'ils entretiennent (1.3.) et donc de mieux prévenir leurs effets dans les organisations.

Enfin, nous présenterons plusieurs déterminants des facteurs de risque (techniques, organisationnels et humains) à l'origine des TMS en milieu de soins (2.).

Les conditions de travail des soignants ont des effets négatifs sur leur santé. Plusieurs études ergonomiques réalisées dans les services de soins (Estryn-Behar et Fouillot, 1990 ; Villate, Gadbois, Bourne et Visier, 1993 ; Grosjean et Lacoste, 1999 ; Martin et Gadbois, 2004) montrent que les soignants sont sujets à des troubles musculo-squelettiques (TMS) et psycho-sociaux (RPS). La littérature consacrée aux soignants décrit un malaise d'envergure internationale : insatisfactions (Aiken et al., 2001 ; Hasselhorn, Tackenberg, et Muller, 2003 ; Ravallec, Brasseur, Bondéelle et Vaudoux, 2009), souffrance mentale (Canouï et Mauranges, 2001 ; Hasselhorn, Tackenberg, et Muller, 2003) et épuisement professionnel (Canouï et Mauranges, 2001 ; Boissières, 2002 ; Lorient, 2004 ; Estryn-Behar, 2008 ; Gaudart et Chassaing, 2009 ; Bami, Damart et Kletz, 2013). Ceci est d'autant plus prégnant compte tenu de la pénurie de personnel, du taux d'absentéisme des soignants dans les services de soins (Vidick et Mairiaux, 2008 ; Meuleman, 2011) et de la population active vieillissante (Chiron, 2008). Il convient alors de s'intéresser aux origines des troubles musculo-squelettiques et psycho-sociaux en milieu de soins.

1. L'origine de l'usure professionnelle des soignants

Deux courants explicatifs coexistent afin d'expliquer l'usure professionnelle des soignants.

- Le premier courant recense les **difficultés inhérentes au métier de soignant**. En effet, ces professionnels sont confrontés aux aspects « *cachés, sombres de l'âme humaine* » (Delbrouck, 2005, p.18). Le métier de soignant nécessite un investissement et une disponibilité importante : « *Le soignant, souvent malgré lui, est projeté face à une multitude de questions métaphysiques, éthiques, morales, psychologiques, émotionnelles, qu'il n'aurait pas rencontrées s'il avait choisi une autre profession. De plus, la question de la mort, de la maladie, de la souffrance, de l'injustice, de l'inégalité, des pulsions interdites, taboutiques refoulées deviennent répétitivités et prégnantes au fil des jours et des consultations* » (Delbrouck, 2008, p.47). Certaines problématiques vécues par les patients peuvent faire échos avec celles des soignants.
- Le second courant, s'attachant **aux conditions de réalisation du travail**, nous paraît plus pertinent à développer, étant donné qu'il permet d'investiguer l'organisation du travail et ainsi d'y apporter des transformations. En effet, les conditions d'exercice du métier de soignant renvoient aujourd'hui aux critères de pénibilité définis par le code du travail (article 4121-3-1 texte en vigueur depuis le 1/01/12). Y sont définis principalement trois critères de pénibilité :

des contraintes physiques marquées (manutentions, postures pénibles...); un environnement physique agressif (agents chimiques dangereux, bruits...) et enfin, un rythme de travail atypique (travail de nuit, travail répétitif, travail en équipes successives alternantes...). Ceci est d'autant plus prégnant que cette pénibilité n'est pas toujours reconnue par les autorités. De plus, selon Safy-Godineau (2013 s'inspirant de Chanlat, 1990) les soignants seraient sujets à de l'épuisement professionnel « *les sujets souffriraient d'une incapacité à négocier les situations pathogènes du travail en raison d'une quantité limitée de ressources dont ils disposent pour faire faire aux exigences du travail* » (p.5). Le sentiment de ne pas être en mesure d'accueillir correctement le patient et de répondre à ses attentes est source de stress pour les professionnels (Estryn-Behar, 2004 ; Clot, 2008 ; Clot 2010). Le soignant étant en contradiction entre son idéal professionnel et sa pratique réelle (Estryn-Behar, 2004 ; Ploton, 2005; Raveyre et Ughetto, 2003). Ces conditions de réalisation du travail néfastes sont entre autres liées aux Contraintes Psychologiques et Organisationnelles (CPO).

1.1. Les Contraintes Psychologiques et Organisationnelles

Ce terme rompt avec les approches individualisantes du stress et s'intéresse aux causes organisationnelles pouvant avoir un impact sur la santé des soignants. Selon plusieurs chercheurs (Aiken et Fagin, 1997 ; Bourbonnais, Brisson, Malenfant et Vézina, 2005) ces contraintes seraient en partie liées aux politiques de restructuration des hôpitaux calquées sur les modèles d'amélioration de la productivité utilisés dans le monde industriel. Ces contraintes ont des répercussions plus ou moins importantes sur l'individu au niveau physique et psychique (fatigue, épuisement, troubles du sommeil, troubles du comportement...) mais aussi sur les performances des entreprises : absentéisme, désorganisations, demande de mutations, démission, conflits institutionnels, manque de coopération ...) (Manoukian, 2009).

S'inspirant du modèle de l'ANACT (2009), les Contraintes Psychologiques et Organisationnelles sont définies comme un ensemble de contraintes au travail (psychologiques, mentales, sociales, et organisationnelles), susceptibles d'induire des effets néfastes sur la santé : « tensions du côté des relations, des comportements »²³ « tensions du côté des contraintes du travail », « tensions du côté des changements du travail »²⁴ et enfin « tensions du côté des valeurs et

²³ Ces tensions peuvent prendre la forme de conflits ouverts, de luttes de pouvoir, de freins à la collaboration...

²⁴ Ces tensions se manifesteront par de l'anxiété (pour les changements à venir, la précarité redoutée, la peur de perdre

exigences du salarié²⁵ (cf. figure 2).

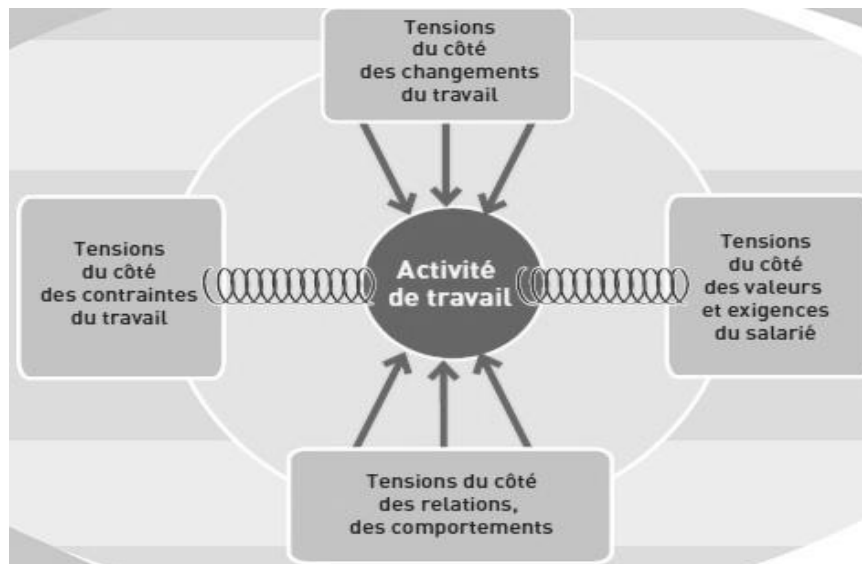


Figure 2. Contraintes Psychologiques et Organisationnelles (ANACT, 2009)

Cette figure met en exergue des tensions entre « les contraintes du travail » et « les exigences du salarié ». Ces dernières peuvent être augmentées ou atténuées en fonction des difficultés liées « aux changements » et « aux relations dans le travail ». Les actions de prévention doivent ainsi porter sur l'identification, la réduction des tensions et le développement des régulations individuelles et collectives des salariés et de leur encadrement. Cependant, l'instauration de démarches préventives n'est pas toujours simple à mettre en œuvre puisque les soignants peuvent être confrontés dans leur pratique à la fois à des CPO mais aussi à des TMS.

au change), de la frustration ou de la colère (pour les changements qui n'ont pas été favorables).

²⁵ Ces tensions concernent plus particulièrement le salarié et son investissement dans le travail...

1.2. Les troubles musculo-squelettiques

La France est confrontée depuis plusieurs années à une « épidémie » de TMS des membres supérieurs liés au travail (Dedessus-Le Moustier et Douguet, 2010 ; Descatha, Leclerc, Aublet-Cuvelier et Roquelaure, 2012). Les spécialistes observent une progression importante depuis plusieurs années de cette pathologie « *18% par an depuis plus d'une décennie* » (Dedessus-Le Moustier et Douguet, 2010, p.28). Les TMS, représentant 85% des maladies professionnelles reconnues (Dedessus-Le Moustier et Douguet, 2010), constituent la principale cause d'incapacité médicale au travail ainsi que la première cause d'invalidité avant l'âge de 45 ans (Lasfargues, Roquelaure, Fouquet et Leclerc, 2003). Cette croissance des pathologies met en exergue une problématique préoccupante d'enjeux de santé publique sur le plan de la santé des travailleurs (Roquelaure et al., 2006 ; Hatzfeld, 2006) et des performances des organisations concernées (Bourgeois et al., 2000). En effet, les troubles musculo-squelettiques sont des pathologies qui touchent les muscles, les tendons, les articulations, parfois les nerfs et peuvent prendre la forme de tendinites, d'épicondylites, de syndromes du canal carpien ou de lombalgies. Ils seraient liés à une hyper-sollicitation d'origine professionnelle (Lasfargues, Roquelaure, Fouquet et Leclerc, 2003) multifactorielle. Cette sollicitation rend difficile la réalisation des gestes professionnels et quotidiens (Dedessus-Le Moustier et Douguet, 2010).

Les approches de la psychodynamique du travail et de la clinique de l'activité qualifient les TMS de « *pathologie de l'activité et du geste* ». Plusieurs termes sont employés afin de qualifier cette pathologie soit celui « *d'hypo-sollicitation de l'activité* » (Clot, 2005) et « *d'hypo-socialisation* » (Simonet, 2011). Les spécialistes considèrent cette pathologie comme l'expression de la souffrance d'un individu à autrui (Dejours, Dessors et Molinier, 1994). Les gestes réalisés par les individus afin de réaliser leur activité auraient ainsi une histoire sociale, une identité de genre qui se traduirait par des postures spécifiques (Derriennic, Pezé, et Davezies, 1997; Clot, 1999). Lorsque l'organisation du travail ne permet plus au salarié de réaliser son activité, alors des symptômes de souffrance apparaissent. En effet, lorsqu'un écart trop important s'instaure entre ce que le salarié souhaiterait effectuer dans son travail (« *le travail bien fait* »), et ce qu'il est attendu de lui en termes de performance (Clot parle alors « *d'activité empêchée* »), le travail ne devient qu'une suite de tâches répétitives, sans sens, ne permettant aucun développement. « *Le sens même de l'action en cours se perd quand disparaît dans le travail le rapport entre les buts auxquels il faut se plier, les résultats auxquels il faut s'astreindre et ce qui compte vraiment pour soi et pour les collègues de travail dans la situation* » (Clot, 2011a, p.16). Ces différentes définitions montrent un

lien important entre les troubles musculo-squelettiques et le rapport à autrui dans son activité.

1.3. Liens entre les facteurs psycho-sociaux et les troubles musculo-squelettiques

Les recherches traitant du lien entretenu entre les troubles musculo-squelettiques et les facteurs psycho-sociaux sont récentes. Plusieurs facteurs psycho-sociaux auraient un impact sur l'exposition des TMS : « *la latitude au travail, le soutien des collègues de travail ou des supérieurs ou les exigences quantitatives du travail (...). Avoir la possibilité de contrôler le rythme du travail, par exemple, peut permettre au travailleur de réduire l'impact des efforts de manutention de charges lourdes. Au contraire, un manque de latitude décisionnelle peut, par exemple, limiter le déploiement de stratégies de gestion des contraintes physiques qui réduiraient le risque de TMS* » (Stock, Nicolakakis, Messing, Turcot et Raiq, 2013, p.12). De plus l'intensification du travail entraînerait du stress (Kompier et Levy, 1994 ; Dhondt, 1997) et des TMS (Eurofound, 2002).

Lors du 3^{ième} congrès francophone sur les TMS (2011), plusieurs chercheurs et praticiens ont fait état de leurs recherches sur le lien entretenu entre les troubles musculo-squelettiques et les facteurs psycho-sociaux. Aublet-Cuvelier (2011) propose la synthèse suivante : un état de stress chronique aurait un impact sur l'activité musculaire (augmentation du tonus, perturbation de la coordination motrice, altération de la vascularisation et du métabolisme musculaire, etc.) en entraînant un manque de récupération tissulaire et une diminution de l'efficacité du geste. Il agirait aussi indirectement en augmentant les contraintes biomécaniques de la tâche en raison de la pression temporelle, des efforts accrus et de la diminution des temps de récupération. De plus, l'organisation du travail et les pratiques managériales (Petit et Dugué, 2011) auraient un rôle majeur, déterminant les conditions d'expositions aux facteurs biomécaniques et psycho-sociaux liés au travail. Ces conditions d'expositions comportent des incidences sur les contraintes des situations de travail, mais également sur les ressources individuelles et/ou collectives pour y faire face. En effet, l'apparition de TMS est amplifiée par la perte des capacités collectives des salariés à réguler les contraintes du milieu de travail : diminution des marges de manœuvre (Coutarel, 2004, Aublet-Cuvelier, Douillet, Escriva et Piette, 2013), intensification du travail (Gollac et Volkoff, 2007), réduction des effectifs, absence de formation... (Lasfargues, 2001 ; Herisson, Fouquet et Codine, 2001 ; Dedessus-Le Moustier et Douguet, 2010 ; Simonet, 2011). Il convient alors de s'interroger et ce afin de mieux prévenir les TMS des soignants, aux déterminants des facteurs de risque à l'origine de ces pathologies en milieu de soins.

2. Plusieurs déterminants des facteurs de risque à l'origine des TMS en milieu de soins

Les soignants sont exposés aux risques de TMS (Maumet, De Gaudemaris, Caroly et Balducci, 2005; Vidick et Mairiaux, 2008) principalement des membres supérieurs. Ils seraient la population professionnelle qui connaît le plus de lombalgies passant ainsi devant le secteur du bâtiment (Ravallec, Brasseur, Bondéelle et Vaudoux, 2009). Selon Meyer, un soignant sur cinq souffre de sciatique à 45 ans (Ravallec, Brasseur, Bondéelle et Vaudoux, 2009). Une étude épidémiologique en milieu de soins (Lamy, 2013), utilisant des données issues de la démarche ORSOSA 1 (étude longitudinale de 2006 à 2008²⁶) montre que la moitié des agents interrogés (54,4%) ont eu une consultation, un arrêt ou un traitement pour des douleurs liées aux TMS au cours de l'année écoulée (Trichard et al., 2009). Soixante-neuf pourcent de la population étudiée déclarent avoir eu des douleurs liées aux TMS au cours de la semaine précédente, principalement au rachis (85,3%) et aux épaules (37, 8%). Les douleurs d'épaule²⁷ se font de plus en plus ressentir chez les soignants et principalement chez les femmes âgées entre 50 et 60 ans. Les plus jeunes (20-30 ans) ont principalement des douleurs au dos.

Les TMS proviendraient de « *déterminants des facteurs de risque* » de plusieurs ordres (cf. figure 3) : soit techniques (outils, équipements, matières premières...), soit organisationnels (cycles de travail, rotations, supervisions...), soit humains (méthodes de travail, formations...). Ces déterminants opéreraient sur des « *facteurs de risque* » (postures, efforts, vibrations, froids, facteurs psycho-sociaux...) agissant sur des mécanismes physiopathologiques provoquant alors des TMS (Bellemare, Marier, Montreuil, Allard et Prévost, 2002, p.14).

²⁶ Cf. partie I, chapitre 3 pour plus de précisions

²⁷ La fréquence d'apparition des troubles de la coiffe des rotateurs est associée à la force nécessaire requise pour effectuer une tâche (>10%), au port de charge (>20kg>10 fois/ jour), aux mouvements répétitifs, et à un haut niveau de sollicitation psychosociale (Van Rijn, Huisstede, Koes, et Burdorf, 2010).

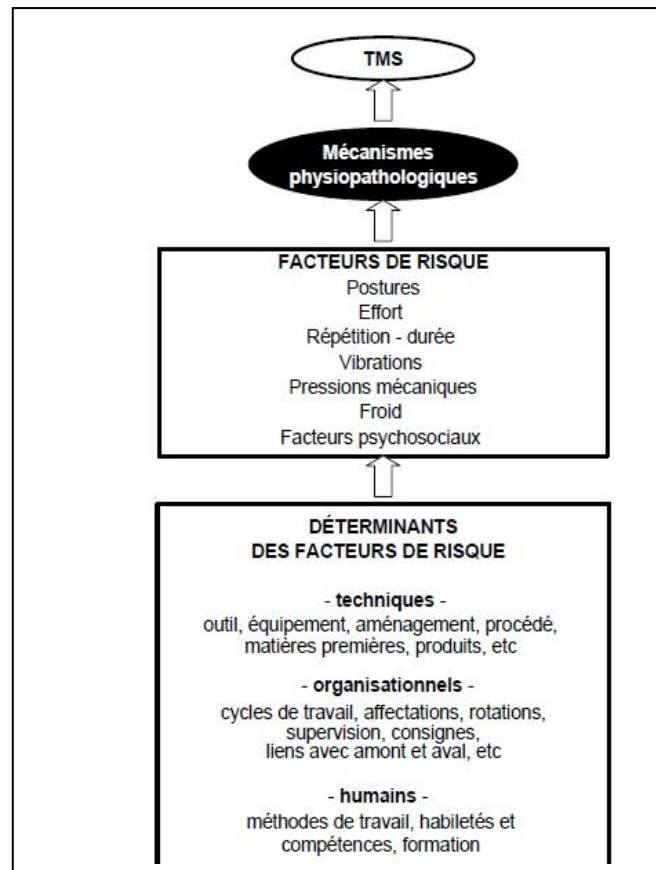


Figure 3. L'apparition des TMS (Bellemare, Marier, Montreuil, Allard et Prévost, 2002).

Trois « déterminants des facteurs de risque » sont identifiés dans cette figure. Ces « déterminants » ont des répercussions sur les facteurs de risque des salariés. Nous allons détailler chacun d'eux au regard de l'activité des soignants.

Des déterminants techniques :

Les nombreuses enquêtes réalisées en milieu de soins recensent de nombreuses manipulations (des patients, du matériel, des chariots, du linge....) effectuées par les soignants (Estry-Behar et Fouillot, 1990 ; Villate, Gadbois, Bourne et Visier 1993 ; Lagerström, Hansson et Hagberg, 1998 ; Alcouffe et al., 2001 ; Jasseron, Estry-Behar, Le Nezet et Rahhali, 2006 ; Vidick et Mairiaux, 2008). Une enquête réalisée sur la base du questionnaire de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) (Roquelaure, Moisan, Brinon et Juret, 2006) dans sept Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) montre que 79% des aides-soignants manipulent 1 à 10 fois par jour des patients lourds (+100kg) contre 69% des infirmiers (Caroly, Moisan, Juret et Roquelaure, 2011). Estry-Behar (2008) montre que 83,2% des aides-soignants et 68,6% des infirmiers sont debout six heures et plus durant leur

journée. L'enquête PRESST NEXT en France montre que 50% des soignants s'estiment insatisfaits des conditions physiques de leur travail²⁸.

Certains déterminants sont en liens avec **l'aménagement des services de soins** (Estryn-Behar et Fouillot, 1990 ; Martin et Gadbois, 2004 ; Caroly, 2005 ; Lee et al., 2014). La taille des chambres mais aussi leurs dispositions (chambre encombrée, mobilier bas...) ne permettent pas toujours l'utilisation d'outils d'aide à la manutention (Vilatte, Gadbois, Bourne et Visier, 1993). De plus, les services de soins, souvent de grandes tailles amènent les soignants à de nombreux déplacements.

Différents **outils d'aide à la manutention** sont proposés aux soignants. Cependant, plusieurs études montrent que ce matériel est peu utilisé (Vilatte, Gadbois, Bourne et Visier, 1993) car non adapté aux besoins des soignants (Estryn-Behar et Fouillot, 1990 ; Villate, Gadbois, Bourne et Visier 1993 ; Caroly, 2005 ; OETH, 2010 ; Lee et al., 2014) ni même des patients (Moisan et al., 2008). Si les patients résistent, sont trop dépendants et/ ou ont des troubles du comportement alors l'utilisation d'aide à la manutention est rendu difficile (Moisan et al., 2008). Kotowski, Davis, Wiggermann et Williamson (2013) montrent que les mouvements des patients dans leur lit (résistance aux soins prodigués par les soignants ; dépendance totale des patients ne leur permettant pas d'aider les soignants...) peuvent être un facteur de TMS chez les soignants. De plus, l'introduction de nouveaux équipements modifient le geste professionnel des soignants alors moins en contact avec les patients (Moisan et al., 2008). « *L'appropriation des outils par le personnel dépend de la façon dont ils peuvent reconstruire leur relation avec le patient, de la manière dont ils peuvent échanger collectivement sur les transformations de leur métier* » (Ibid, p.37).

²⁸ La posture des soignants a fait l'objet de plusieurs recherches (Villate et Gadbois, 1993). Selon Langlet (1990), la posture « *est le résultat d'un compromis dans l'espace et le temps entre un individu et ses connaissances, son expérience, sa motricité, sa fatigue et une situation de travail complexe avec ses aléas et ou l'action des autres (collègues, malade), l'environnement (organisationnel, architectural) sont aussi déterminants. Rythme de travail et durée influencent la posture qui se rigidifie* ».

Des déterminants organisationnels :

La façon dont est organisée le travail a un impact sur l'apparition des TMS. Une organisation du travail mal adaptée à l'activité des soignants est source d'interruptions de tâches (Lamy, 2013), de confusions de rôle entre les professionnels, et d'alourdissement des tâches à réaliser... (Estryn-Behar et Fouillot, 1990 ; Villate, Gadbois, Bourne et Visier 1993 ; Grosjean et Lacoste, 1999 ; Martin et Gadbois, 2004).

Les caractéristiques organisationnelles d'une unité de soins auraient une influence sur le risque de développer des TMS. Lamy et al. (2014) montrent que ces caractéristiques impactent l'exposition biomécanique des soignants et leurs perceptions individuelles des efforts fournis versus récompenses obtenues. Ainsi, une succession d'efforts fournis sans les récompenses attendues est source de dépression chez les soignants.

Face à **l'intensification du travail**, les soignants ont des difficultés à faire face à la charge de travail qui leur incombe (Canouï et Mauranges, 1998 ; Estryn-Behar, 2008 ; Raveyre et Ughetto, 2003). Les savoirs à maîtriser sont plus pointus (personnels spécialisés, évolutions techniques), la durée d'hospitalisation des patients se réduit (il y a plus de flux au sein des services) (Acker, 2005), les services de soins passent à l'informatisation (importance accrue d'activités administratives initialement opérées par le secrétariat), davantage de protocoles sont à respecter, le temps de travail des soignants a diminué (passage aux 35 heures) mais pas le nombre de tâches à réaliser (Estryn-Behar, 2008). Nous observons ainsi une densification du travail (Ughetto, 2007).

Cette charge de travail est amplifiée par **des interruptions de tâches** devenues tellement quotidiennes qu'elles ne sont plus considérées comme un dysfonctionnement de l'organisation du travail. Selon les services, les interruptions de tâches représentent 10 à 25% du nombre total d'actes sur un temps court et sont suivies d'actes complémentaires induits (Canouï et Mauranges, 1998). Des études ont montré que la parcellisation du travail des soignants (recherche d'informations, traçabilité des patients, préparations des médicaments, rangements divers associés aux soins...) empêche un accompagnement relationnel de qualité des patients (Estryn-Behar, 1996, 1997, 2001 ; Villate, Gadbois, Bourne et Visier, 1993 ; Raybois, 2014).

La politique en matière **de remplacement des soignants absents** peut aussi être source de TMS (Moisan et al., 2008) : les services ont-ils accès à un pool de remplacement, à des soignants en intérim ? L'étude de Lamy (2013) montre que les infirmiers qui ont l'impression de travailler en sous-effectif en 2006 ont un risque de développer des symptômes dépressifs en 2008. Kim et al.

(2013) montrent un lien entre le travail en sous-effectif et l'apparition de douleurs dos et de facteurs psycho-sociaux. Lorsque les soignants ne sont pas en nombre suffisant et que l'absentéisme est élevé, les contraintes temporelles s'accroissent et se concentrent sur une fraction de soignants : changements d'horaires, dépassements imprévus, gestion plus serrée des plannings, congés compromis... (Gheorghiu et Moatty, 2014). Le manque de personnel ne permet plus de faire « *le beau et bon travail* » que le soignant s'est fixé (Francois, Broackaert et Berthomier, 2010, p.146).

Un dernier déterminant que nous avons recensé est en lien avec la supervision des soignants. En effet, l'étude de Lamy (2013) montre que les soignants ne se sentent pas **soutenu par leur cadre de santé** en 2006 ont des risques de développer des symptômes dépressifs en 2008. En revanche, le fait que les soignants se sentent en sécurité et stable dans leur emploi a un effet protecteur sur la survenue de TMS chez les infirmiers (Lamy et al., 2013).

Des déterminants humains :

La façon dont les soignants travaillent et développent leur activité (formation, travail collectif, groupe d'analyse de la pratique...) est aussi un élément important afin de prévenir les risques de TMS et de CPO.

Principalement, les recherches montrent que les soignants manquent **de formation** (Alcouffe et al., 2001 ; Moisan et al., 2008) à l'utilisation du matériel d'aide à la manutention, ce qui rend leurs utilisations difficiles. Madan et Walker- Bone (2013) montrent que prendre le temps de réaliser une formation à la prévention des TMS permet aux participants de partager leurs connaissances sur le travail et les risques associés mais aussi d'échanger, sur les comportements de protection acquis. Lee et al., (2014) montrent que l'adoption de bonnes pratiques au travail a des effets positifs quant à la réduction des TMS.

Par ailleurs, les soignants se plaignent d'un **manque de travail collectif**. Caroly (2005) montre que chaque corps de métier (IDE, AS et ASH) dans les services de soins suit sa propre logique professionnelle sans une réelle coordination inter-métier. Cette absence de collaboration ne permet pas aux agents de développer des stratégies efficaces de préservation de l'usure professionnelle. Les agents travaillent ainsi souvent seuls et notamment pour manutentionner les patients. L'insuffisance du travail en équipe est un des déterminants majeurs d'arrêts maladies, de la crainte de commettre des erreurs dans la réalisation des soins et de la survenue d'événements

violents. Des départs précoces peuvent ainsi être influencés par une déficience du travail d'équipe et l'épuisement émotionnel ressenti (Estryn-Behar et al., 2011). Ceci est renforcé par le manque d'effectif au sein des services de soins (Raveyre et Ughetto, 2003 ; Malet et Benchekroun, 2012).

De plus, les soignants **ont peu de lieux d'échanges à leur disposition** : ces derniers sont restreints par la charge de travail et par le nombre de résidents à prendre en charge. Une étude d'Estryn-Behar et al., (2011) montre qu'au sein d'un service de long séjour, les échanges de plus de cinq minutes lors des réunions sont exceptionnels pour les équipes soignantes (tous métiers confondus). La majorité des conversations observées durent en moyenne 1 minute 30.

Ceci est renforcé par la réduction du temps de transmissions due au passage des 35 heures dans les services (Ibid). Or, un collectif de travail ne peut émerger sans échange entre soignants, alors enfermés dans des logiques individuelles, réalisant leur tâche de façon morcelée. Le manque d'échange entre collègues influe sur la qualité et la satisfaction de leur travail (Ravallec, Brasseur, Bondéelle et Vaudoux, 2009). Jolivet et al. (2010) montrent qu'une mauvaise relation entre les agents, les empêchent de communiquer (sur le travail, les patients...) ce qui entraîne chez les soignants un déséquilibre entre les efforts fournis et les récompenses obtenus (modèle de Siegrist), source de symptômes dépressifs. Les soignants travaillent ainsi seuls, sans pouvoir demander de l'aide à leurs collègues et notamment pour les manutentions des patients. Face à ces difficultés, il convient de recenser quelles approches préventives sont mises en œuvre au sein des établissements de soins afin de pallier aux risques professionnels des soignants et favoriser leur maintien dans l'emploi. Il est nécessaire à la fois d'améliorer l'organisation du travail des services de soins tout en donnant aux soignants les ressources leur permettant de faire un travail de qualité.

Chapitre 3. Prévenir les risques professionnels des soignants

Ce chapitre s'intéresse aux démarches préventives mises en œuvre dans les établissements de soins afin de prévenir les risques professionnels des soignants et ainsi les maintenir dans l'emploi. Cette partie a pour objectif de présenter plusieurs de ces démarches.

Nous commencerons par rappeler l'obligation réglementaire des employeurs en matière de prévention des risques professionnels (1).

La seconde partie de ce chapitre présentera un type de démarche préventive visant le maintien dans l'emploi des soignants (2). Nous exposerons les outils à disposition des acteurs internes à un établissement (2.1) et présenterons un état des lieux (des freins et des ressources) à la mise en œuvre d'actions visant le maintien dans l'emploi des soignants, que nous avons réalisé (2.2).

Cependant, les actions de prévention de type tertiaire ne s'avérant pas suffisamment efficaces, nous avons suivi dans un second temps le déploiement d'une démarche de prévention primaire appelée ORSOSA, agissant directement sur l'organisation du travail afin de prévenir les risques de TMS et de CPO en milieu de soins (3).

1. Une obligation réglementaire pour l'employeur

La prévention est définie comme l'amélioration de « *l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents, et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie* » (l'article L1417-1 du code de la santé publique). Prévenir serait ainsi reconnaître l'incidence de multiples facteurs sur la santé des salariés, nécessitant de combiner des interventions individuelles et collectives (Morisset, Chambaud, Joubert et Rochon, 2009).

Les employeurs doivent mettre en œuvre des démarches de prévention primaires, secondaires et tertiaires dans leur entreprise. En effet, les directions doivent veiller à la sécurité et à la protection de la santé physique et mentale de leurs salariés (directive de 1989 transcrite en droit français en 1991) en prenant des mesures de prévention des risques professionnels²⁹. Il est demandé aux directions d'évaluer les risques professionnels (le document unique), de prendre en compte le facteur humain dans l'organisation, d'exercer une veille technologique et ce, tout en adaptant constamment les moyens et les mesures préventives nécessaires (CNRACL, 2012). L'accord du 22 octobre 2013 signé entre le gouvernement, les représentants des employeurs publics et les organisations syndicales (puis la circulaire du 25 juillet 2014) demande à ce que les hôpitaux et les services de l'Etat élaborent au plus tard en 2015 des plans de prévention des risques psycho-sociaux dont l'objectif est « *de prévenir et réduire les conséquences sur la santé des agents, de facteurs négatifs liés aux conditions d'emploi, à l'organisation et aux relations au travail* » (localtis info, 2014).

²⁹ Le risque professionnel correspond à « *la possibilité qu'un danger s'actualise, c'est-à-dire entraînant effectivement des dommages dans des conditions de travail déterminées* » (Kouabenan, Cadet, Hermand et Muñoz Sastre, 2007, p.27) : il est toujours lié à une situation soit à l'interaction des caractéristiques d'un sujet avec des conditions d'exécution de cette action.

Trois types de démarches préventives se distinguent (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Eurofound, Occupational Safety and Health Administration (O.S.H.A), ou l'Organisation Internationale du Travail (O.I.T.)) :

La prévention tertiaire (réparer): essentiellement curative, elle vise à prendre en charge des salariés en souffrance (physiquement et/ou psychologiquement). Ce type de prévention se met en place souvent dans l'urgence et vise à réduire les conséquences du stress, des TMS sur les personnes (suivi psychologique, numéro vert, relaxation, méditation...). Les interventions préventives de type tertiaire visent principalement le retour au travail durable et le suivi des agents en difficulté. L'objectif, comme pour la prévention secondaire est d'analyser les contextes d'action des acteurs afin de leur permettre de retrouver du pouvoir d'agir (Sarnin, Bobillier-Chaumont, Cuvillier et Grosjean, 2012).

La prévention secondaire (réduire ou corriger): essentiellement corrective, elle cherche à renforcer la résistance individuelle (développer les stratégies de *coping* (faire face)) des salariés vis-à-vis de situations stressantes ou handicapantes. Elle vise ainsi à ce que les TMS ou les RPS ne s'aggravent pas ou ne récidivent pas (Roquelaure, Brunet et Petit, 2004).

La prévention primaire (prévenir): essentiellement collective, elle est définie comme la plus efficace et vise à réduire les risques professionnels à la source en agissant directement sur les conditions de travail, l'organisation du travail afin de favoriser le développement du métier (Sarnin, Bobillier-Chaumont, Cuvillier et Grosjean, 2012). L'objectif est de diminuer l'incidence des TMS.

Ces « trois temps » de la prévention ne sont que schématiques car dans la réalité ils sont souvent intriqués dans la pratique (expliquant pourquoi les définitions varient d'une discipline à une autre). Prévenir les risques professionnels en entreprise de façon efficace c'est contribuer au développement du pouvoir d'agir des individus mais c'est surtout agir sur l'organisation du travail, à la source des difficultés (cf. partie I, chapitre 3). Cependant, lorsque les effets du travail se font ressentir sur la santé des salariés, il convient de mettre en œuvre des démarches de prévention secondaire et tertiaire afin d'y pallier, bien que ce types d'approches soient peu efficaces dans la durée.

2. Les démarches préventives visant le maintien dans l'emploi des soignants

Le maintien dans l'emploi constitue une problématique majeure au sein des hôpitaux (El Houari, Steudler, Minares et Bertrand, 2003 ; Bouchaut-Rolnin, 2004) dont les enjeux humains et financiers sont importants. Le maintien en emploi se réfère principalement à la gestion de situation de handicap. *« Il y a (situation de) handicap lorsqu'une personne ayant des altérations durables de ses capacités (fonctions) physiques, sensorielles, mentales ou psychiques rencontre des difficultés dans ses activités personnelles au quotidien ou dans sa participation à la vie sociale. C'est donc par rapport à une situation donnée (ici celle de travailler) que s'exprime et se mesure le handicap. Il apparaît comme un déséquilibre entre les aptitudes (et non pas les limitations) et les exigences de la situation de travail »* (Hamonet, Magalhaes, De Jouvencel et Hamadi, 2004, p.217).

Face à l'augmentation du nombre d'agents confrontés à des restrictions d'aptitude, les décideurs sont contraints d'imaginer des modalités de prise en charge individuelle (prévention secondaire voire tertiaire) afin de maintenir dans l'emploi les soignants jusqu'à l'âge de la retraite³⁰ (Ozguler, Loisel, Boureau et Leclerc, 2004) dans des conditions de moindre pénibilité (Sassoon, 2003 ; Escriva, 2004 ; Caillard, 2004). Cependant, une autre vision plus constructive reconsidère le maintien dans l'emploi. Il ne suffirait pas seulement de maintenir dans l'emploi le salarié en difficulté mais aussi de lui permettre de se développer tout au long de sa carrière professionnelle (Quériaud, 2014). Il convient alors pour le salarié de sortir du statut 'de malade'. Selon Lefeuvre, Garcia et Namolovan (2009) le développement professionnel serait considéré comme la capacité *« de construire de nouvelles ressources, de manière individuelle et/ou collective, pour apprendre et maîtriser son métier »* (p.14).

³⁰ Ceci est d'autant plus prégnant avec l'allongement de la vie professionnelle (loi de 2003) qui nécessite de réfléchir à moyen et long termes aux modalités de prévention face à une population vieillissante.

2.1. Différents outils à disposition des professionnels

Principalement six étapes sont recensées dans la littérature afin de déployer des démarches visant le maintien dans l'emploi des salariés en difficulté (ENSP, 2000 ; GEDER 2003 ; ANACT 2005 ; Gantner, 2008 ; Herin et al., 2009 ; efigip, 2009 ; Saint- Arnaud et Pelletier, 2013) : le signalement, l'analyse de la demande, le traitement de la situation, le suivi de la demande, les ajustements nécessaires et enfin l'évaluation de l'action mise en œuvre (cf. thèse de Célia Quériaud, 2014 pour plus d'informations). Le dispositif de maintien en emploi est complexe puisqu'il nécessite de prendre en compte plusieurs temporalités : en lien avec l'agent (ses difficultés, son vécu, sa participation dans le dispositif,...) ; celle de son champ relationnel (soit les personnes qui travaillent avec la personne en difficulté) ; en lien avec les modalités d'organisation du travail (l'adaptation du poste de travail, ect.), relative au cadre législatif (contrat du salarié, droit et devoir du salarié, ect) et enfin en lien avec l'entreprise (fonction, politique adoptée pour les salariés en situation de handicap...) (Lancry-Hoestlandt, Akiki et Houillon, 2004). Il existerait des interactions multiples entre la législation sur le handicap, les caractéristiques de l'entreprise, les salariés en situation de handicap et les collègues... (Stone et Collela, 1996).

Des chercheurs se sont intéressés aux facteurs clés d'une démarche de maintien en emploi³¹ : telle que la précocité du signalement (ENSP, 2000 ; Caillard, 2004 ; Soulat et al., 2006 ; Efigip, 2009 ; Saint-Arnaud et Pelletier, 2013) ; des représentations positives en matière de maintien en emploi (Jones, 1997) ; **des interactions et de la coordination entre acteurs internes à l'établissement** (ENSP, 2000 ; GEDER, 2003 ; Jabes, 2007) ; **la mobilisation en amont de ces derniers** (clarification des missions et fonctions de chacun d'entre eux) (ENSP, 2000 ; Efigip, 2009) ; **l'implication des salariés** (Jabes, 2007 ; Ozguler, Loisel, Boureau et Leclerc, 2004 ; Saint-Arnaud et Pelletier, 2013) ; **l'implication de l'employeur et du responsable hiérarchique** (permettant le dialogue entre le salarié et son supérieur hiérarchique ainsi que la prise en considération des difficultés éprouvées par le salarié) (Baril, Berthelette, Ross, Gourde, Massiocotte et Pajot, 2001 ; Michel et al., 2007 ; Jabes, 2007 ; Saint-Arnaud et Pelletier, 2013) ; la prise en compte du projet professionnel du salarié ; la durée de l'arrêt de travail (Spitzer et al., 1987) ; la prise en compte des facteurs internes et externes à l'entreprise (Baril, Berthelette, Ross, Gourde, Massiocotte et Pajot, 2001 ; Fassier et Durand, 2010 ; Saint-Arnaud et Pelletier, 2013).

³¹ Les principales recherches nous semblent être les suivantes. Bien sûr cette liste est non exhaustive.

Le dispositif de maintien en emploi à l'hôpital (service public, 2014) concerne quatre types d'acteurs³² les acteurs de la santé au travail (médecins du travail, infirmiers du travail, ergonomes, psychologues du travail, ergothérapeutes), les acteurs des ressources humaines (directeur des ressources humaines, la direction des soins, responsable recrutement et formation, assistant social), les Instances Représentatives du Personnel et enfin les acteurs de terrain (cadre de santé, cadre supérieur et le soignant concerné). Dans cette recherche, nous nous intéressons à la façon dont ils se mobilisent dans ce type de démarche.

Plusieurs outils sont à la disposition de ces derniers afin de trouver une solution pérenne pour l'agent en difficulté (cf. Quériaud, 2014).

- le cadre légal : la déclaration des accidents du travail, la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH), l'avis d'aptitude ou d'inaptitude du médecin du travail, le reclassement.
- des objets intermédiaires : la visite médicale, les propositions d'amélioration des conditions de travail du médecin du travail, les fiches de liaison entre les acteurs en charge du maintien en emploi, le bilan de compétences.
- l'aménagement du poste de travail : l'étude ergonomique de poste, l'amélioration du poste de travail (avec l'aménagement du temps de travail (le temps partiel thérapeutique, la préretraite...), l'aide au maintien dans un poste, ou relatifs à la formation de l'agent (la formation continue, le congé individuel de formation...), l'accessibilité).

Malgré ces outils et une méthodologie d'intervention formalisée, ce type de dispositif n'apporte pas toujours les résultats escomptés.

³² Il est à noter hélas que l'équipe soignante n'est pas toujours mobilisée face à cette problématique : réflexion sur les tâches annexes à réaliser, intégration de l'agent en difficulté...

2.2. Etat des lieux relatif aux dispositifs de maintien dans l'emploi au sein de trois établissements de soins

Nous avons réalisé une étude exploratoire afin d'identifier la façon dont les acteurs, en charge du déploiement de démarches préventives de maintien dans l'emploi des soignants, se mobilisent. Cette thématique ne constitue pas directement notre sujet de thèse. Cependant, il nous a semblé pertinent de présenter cet état des lieux³³ caractérisant le contexte des hôpitaux vis-à-vis de la prévention. Nous nous sommes principalement intéressée à l'activité des acteurs en charge de maintien dans l'emploi au sein de trois établissements de soins de différentes tailles (1 CHU et 2 CH). Des entretiens individuels (soit 31) ont été réalisés avec l'ensemble des acteurs³⁴ travaillant sur le maintien dans l'emploi. De plus, nous avons observé dix Comités Interprofessionnel de Réinsertion Professionnelle³⁵ (CIRP) réunissant les acteurs institutionnels et le médecin du travail. Enfin, nous avons analysé les traces de l'activité de ces derniers en reprenant des dossiers dits « difficiles »³⁶. Plusieurs constats ont pu être réalisés.

³³ L'ensemble de cette étude a été présentée lors d'une communication à la SELF (Laneyrie et Caroly, 2013).

³⁴ Nous nous sommes entretenues avec chacun d'eux lors d'entretiens semi-directifs d'une durée variable (de 45 min à 1h30). La grille d'entretien, similaire pour tous les acteurs, traite de quatre principaux thèmes : le parcours professionnel de l'interviewé, ses représentations au sein de l'institution quant au maintien dans l'emploi, le ressenti de l'interviewé vis-à-vis de cet existant et enfin la façon envisagée de travailler avec d'autres professionnels au sein de l'établissement.

³⁵ Ces comités ont lieu tous les deux mois, réunissant le médecin du travail référent, la directrice des ressources humaines (DRH), l'adjoint des cadres à la DRH, la direction des soins, les syndicats, le médecin agréé attaché pour le CHU, l'ergonome et l'assistant social. Lors de cette instance, cinq dossiers sont en général discutés afin de trouver une solution pour un agent en difficulté. Durant cette période les acteurs en présence échangent sur chacun des agents et se répartissent le travail à réaliser.

³⁶ « Les traces représentent toutes les formes de marques tangibles qui demeurent après que l'action soit terminée. Elles renseignent directement sur le résultat d'action mais aussi sur les stratégies des individus dans l'action ou leurs déplacements dans un espace de vie » (Blanchet, Ghiglione, Massonat et Trognon, 2005, p.59). Ces données montrent les modifications volontaires effectuées par les acteurs (Bobiller-Chaumon et Samin, 2012). Ainsi, nous avons repris dix dossiers clos d'agents considérés comme « difficiles » par les acteurs institutionnels. Ces dossiers ont été choisis en compagnie du directeur des soins et de l'adjoint des cadres à la DRH du CHU. Ces agents étaient des AS ou IDE ayant des douleurs d'épaule. Les dossiers des agents étaient constitués des différents mails échangés entre les acteurs ; des avis d'inaptitudes réalisés par les médecins du travail et différents courriers des médecins spécialistes ayant « expertisés » l'agent. Nous n'avons pas eu accès au dossier médical de l'agent pour des soucis de confidentialité.

2.2.1. Les freins relatifs au dispositif de maintien dans l'emploi

Plusieurs freins lors du déploiement de démarches de maintien dans l'emploi sont recensés.

- ***Un manque de formalisation du dispositif de prise en charge malgré la présence d'outils :*** chaque hôpital gère la problématique du maintien dans l'emploi à sa façon. Les acteurs se plaignent de ne pas avoir de mission claire et établie sur cette thématique. Ce manque de formalisation des pratiques de chacun ne leur permet pas d'avoir une vision commune des différentes étapes clés d'une intervention (telles que la visite du salarié chez le médecin du travail) et entraîne ainsi des tensions au sein de l'équipe en charge de répondre à cette problématique. Cette confusion ne permet pas une visibilité extérieure efficiente des rôles et missions de chacun (notamment pour les salariés).
- ***Des représentations biaisées :*** les acteurs interrogés dressent un bilan plutôt mitigé de la prise en charge actuelle des agents en difficulté. La prise en charge est perçue par les acteurs interrogés comme plus facile au sein des CH quand ils appartiennent à un CHU et inversement. Les acteurs des CH envient les moyens financiers du CHU ainsi que les compétences disponibles. Les acteurs du CHU, quant à eux, expriment qu'au sein des CH il y a moins d'agents et une meilleure connaissance des acteurs entre eux. Les acteurs concernés par le maintien dans l'emploi, moins nombreux, pourraient davantage travailler ensemble et ainsi prendre des décisions plus rapidement.
- ***Des acteurs en difficulté face au maintien dans l'emploi :*** les acteurs ne semblent pas avoir de moyens (financiers, humains, logistiques...) pour trouver des solutions aux agents en difficulté. Plusieurs d'entre eux ont exprimé une lassitude. Chaque acteur, quel que soit sa fonction, semble démuni pour trouver des solutions par rapport à la situation de l'agent.
- ***Des directions qui ne s'inscrivent pas dans la durée de l'action :*** les directeurs changent d'établissement très régulièrement (environ tous les cinq ans). Cette instabilité ne permet pas d'inscrire leur hôpital dans des projets sur le long terme.
- ***Une diversité d'acteurs :*** les acteurs en charge de cette thématique se sont souvent plaints de manquer de temps et de légitimité pour intervenir. Ils déplorent de plus un manque de pilote, de coordonnateur afin d'animer ce dispositif.
- ***Le secret professionnel :*** est une limite au partage d'informations sur le soignant (pour les médecins du travail et les psychologues du travail vis-à-vis des autres professionnels).

Les freins recensés sont principalement en lien avec la difficulté qu'ont les acteurs interrogés à travailler collectivement. Élément que nous tenterons de comprendre dans le cadre de cette recherche.

2.2.2. Les ressources relatives au dispositif de maintien dans l'emploi

Plusieurs ressources lors du déploiement de démarches de maintien dans l'emploi sont recensées.

- ***Une communication informelle, source de régulation*** : les acteurs interrogés travaillent ensemble sur d'autres projets. Ils se rencontrent régulièrement et ont ainsi l'occasion de pouvoir échanger à la fin de réunion de façon informelle. Des liens se tissent, souvent déterminés par le positionnement géographique des bureaux des acteurs.
- ***Un besoin de travailler en collectif*** : selon les acteurs, travailler en collectif nécessite « des objectifs communs », « des temps communs de rencontre » afin que chacun puisse apporter sa plus-value, « ses compétences ». Ils sont demandeurs de travailler plus collectivement afin de bénéficier des compétences de chacun. Or, plusieurs d'entre eux font part de dysfonctionnements de communication, de manque de connaissance et donc de reconnaissance des compétences de chacun des acteurs.

Les ressources recensées sont en lien avec la volonté de travailler collectivement. Élément que nous étudierons par la suite dans le cadre de la mobilisation des acteurs durant le déploiement d'une démarche de prévention primaire des risques TMS/RPS.

Les dispositifs de prévention secondaire et tertiaire au sein des établissements de soins montrent des limites importantes, basés essentiellement sur la réparation (Brun, 2003) soit des actions « pansements ». Ces démarches ont de plus un coût financier et humain considérable, ne produisant pas toujours les résultats souhaités. En outre, elles demandent du temps aux professionnels (acteurs institutionnels et de la médecine du travail principalement) en charge des soignants devant faire face à des situations individuelles problématiques plutôt que collectives.

C'est ainsi que nous nous sommes intéressée à une démarche de prévention primaire appelée ORSOSA. En effet, les démarches de prévention primaire sont plus efficaces car elles agissent sur l'organisation du travail et touchent ainsi plus d'individus. La démarche ORSOSA, vise à sortir des

logiques de réparation, de protection individuelle afin de transformer l'organisation du travail (Bonneterre, 2004).

3. Agir sur l'organisation du travail par l'intermédiaire d'une démarche de prévention primaire : présentation de la démarche ORSOSA

Cette démarche, créée par une équipe pluridisciplinaire composée de médecins du travail, d'épidémiologistes et d'ergonome (R. de Gaudemaris, T. Lang, A. Sobaszek, S. Caroly, A. Descatha, Y. Roquelaure, V. Bonneterre) est financée par la CNRACL (la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales)³⁷. Plusieurs articles scientifiques ont été écrits sur le sujet (Bonneterre, Liaudy, Chatellier, Lang et De Gaudemaris, 2008 ; Jolivet et al., 2010 ; Bonneterre et al., 2011 ; De Gaudemaris et al., 2011; Lamy, 2013 ; Askri, Josselin, Sicard, Caroly et De Gaudemaris, 2013 ; Pavillet et al., 2013). La construction de la démarche ORSOSA est inspirée des hôpitaux appelés « magnétiques »³⁸ visant à retenir et attirer le personnel soignant. Les recherches nord-américaines se sont concentrées depuis le début des années 80 sur les conditions favorables à l'exercice de la fonction de soignant (Kramer et Schmalenberg, 1988 ; Scott, Sochalski et Aiken, 1999) telles que l'autonomie clinique, le contrôle sur la gestion de l'environnement de travail, la qualité des relations entre les médecins et les soignants, ect.

La démarche ORSOSA a pour objectif premier d'évaluer et de prévenir l'impact des CPO et des contraintes biomécaniques au travail sur la santé du personnel soignant. Dans ce même temps, son déploiement dans les services de soins vise :

- **A permettre à l'ensemble des acteurs de l'unité de soins d'avoir une réflexion commune et globale sur l'organisation du travail et les pratiques quotidiennes au sein du service.**

³⁷ La CNRACL créée par l'ordonnance 45-993 du 17 mai 1945 est l'un des principaux régimes spéciaux de la sécurité sociale. Elle vise à verser les retraites aux fonctionnaires selon le principe de la répartition (cotisation versée/ paiement des retraites). Dans ce cadre, elle est aussi amenée, à l'aide d'un fond national de prévention, à financer la mise en œuvre de démarches préventives en milieu de soins notamment afin de maintenir dans l'emploi les soignants.

³⁸ Actuellement, le « magnet hospitals » est un label pouvant être délivré par un système d'accréditation établi par l'American Nurses Credentialling Center (Buchan, 1999).

- **A consolider le lien entre l'équipe médicale et paramédicale.**
- **A repérer les ressources et les points à améliorer de l'organisation du travail au sein du service.**
- **A penser les améliorations des conditions de travail au sein des unités au regard de l'activité réelle des soignants, du cadre de santé et du médecin de l'unité.**
- **A permettre l'appropriation de la démarche par les acteurs institutionnels afin de garantir la mise en place des actions et leur suivi.**

Dans le cadre de notre recherche, nous avons suivi le déploiement de cette démarche dans trois services de soins. Il convient alors d'apporter des explications quant à sa constitution.

3.1. Origine de la démarche ORSOSA 1

La démarche ORSOSA 1 est constituée d'un questionnaire. Plusieurs outils internationaux ont été utilisés afin de le construire.

La construction de l'outil ORSOSA 1

-le Siegrist (ERI questionnaire), évalue le **déséquilibre entre les efforts fournis et les récompenses** obtenues par les soignants. La version utilisée est le questionnaire simplifié en 26 items et validée en Français.

-le Nursing Stress Scale (NSS), mesure la **charge affective** liée au métier de soignants.

-le Revised Nursing Work Index (R-NWI), mesure **l'autonomie et le contrôle des soignants au travail ; le soutien du cadre de santé ; les collaborations des soignants avec les médecins**. Cet outil est très discriminant pour caractériser les « magnet hospital » Il met en évidence les aspects organisationnels qui caractérisent l'environnement de travail des soignants.

D'autres dimensions ont été ajoutées car manquantes aux outils précédents

- Organisation collective du travail ;
- Dysfonctionnements organisationnels ;
- Soutien de l'administration ;
- Sens du travail.

Des **grilles d'observations ergonomiques** (s'intéressant aux désorganisations liées au matériel, aux interruptions de tâche, au travail collectif, à la qualité de la relation avec le patient, aux transmissions, ect.) ainsi qu'un **questionnaire à destination du cadre de santé** (s'intéressant aux effectifs théoriques et couramment présents dans le service de soins, à la présence médicale, aux marges de manœuvre et soutien institutionnel du cadre de santé, à l'organisation pratique du travail (turn-over des lits, types de patient dans le service, dysfonctionnements)) ont été ajoutés afin de recueillir des éléments objectifs sur l'activité et l'organisation des services de soins.

En parallèle, d'autres mesures ont été effectuées auprès des soignants.

- Sur **son état de santé mentale** (anxiété et humeur dépressive) par auto questionnaire :
 - Le State Trait Anxiety Inventory (STAY-YB), échelle d'autoévaluation de l'anxiété. Outil construit à partir d'une population générale « en bonne santé », traduite dans une quarantaine de langues (Spielberger, 1989 ; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg et Jacobs, 1993).
 - Le Center for Epidemiologic Studies-Depression (Scale CES-D), questionnaire utilisé pour évaluer la « dépressivité ». Cette échelle permet d'identifier la présence d'une humeur dépressive et d'en évaluer la sévérité (Fuhrer et Rouillon, 1989).
- Sur son **état de santé cardio-vasculaire** (Radi et al., 2004), effectuée lors d'un examen clinique. L'incidence de l'hypertension artérielle est mesurée à deux ans (2006-2008) sur la base de deux visites à un mois d'intervalle.
- **L'échelle de Borg** (échelle d'efforts ressentis) : cette échelle évalue la perception individuelle des efforts effectués sur une journée de travail.
- **Une mesure de prévalence des TMS** répartie en trois dimensions : « Contraintes de manipulation du malade », « Contraintes de manipulation autour du malade », « Gestes et postures ». Ce questionnaire a été élaboré par les membres du groupe TMS des pays de la Loire (plusieurs publications ont été réalisées avec ce questionnaire notamment par Y. Roquelaure).

Déploiement de la démarche ORSOSA 1 dans les unités de soins

ORSOSA 1 est une cohorte épidémiologique nationale conduite dans sept CHU (Grenoble, Bordeaux, Nancy, Toulouse, Limoges, Lille et Strasbourg) entre 2006 et 2008 (le même questionnaire a été proposé à deux ans d'intervalle : approche longitudinale) par des techniciens d'étude clinique (TEC). Ces techniciens avaient une formation initiale d'infirmier.

Un recueil de données épidémiologiques s'est effectué auprès de plus de 4300 soignants dans trois secteurs de soins (Chirurgie, Médecine, Urgence/ réanimation) regroupant 210 unités fonctionnelles. La population cible est celle de soignants (infirmiers, aides-soignants) des **hôpitaux membres du réseau national CNRACL-CHU**. Les sujets interrogés, devaient travailler au moins à 50% dans les unités de soins, être titulaires de leur poste et stables (départ du service non prévu dans les deux ans suivant). Les agents interrogés en 2006 mais absents du service en 2008 recevaient un questionnaire afin de recueillir leurs motifs de départ (raisons personnelles, de santé, choix de mobilité...).

La méthodologie prescrite de la démarche

- Envoi d'un courrier aux responsables des établissements de soins appartenant au réseau CNRACL-CHU.

- Si les responsables acceptent l'étude, le technicien d'étude clinique présente la démarche en Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) afin de sensibiliser un maximum d'acteurs.

- Des unités fonctionnelles sont sélectionnées afin d'implanter la démarche (laisse le choix aux établissements : unités volontaires versus tirage au sort) dans l'établissement. Le TEC prend alors contact avec le cadre de santé des unités sélectionnées afin de lui présenter la démarche. Un courrier est envoyé au cadre supérieur afin de l'en avertir.

- Présentation par le TEC du protocole aux équipes, remise des questionnaires (délai d'une semaine pour le remplissage) et planification des observations avec le cadre de santé.

- Récupération des questionnaires par le TEC, mesures cliniques auprès des soignants et observations ergonomiques.

- Restitution des résultats : Cette phase varie d'un établissement à l'autre. Certains TEC ont simplement envoyé les résultats du diagnostic au cadre de santé, d'autres ont fait une restitution

orale au cadre de santé, d'autres encore ont fait plusieurs restitutions séparément au cadre de santé et aux équipes.

- Absence de suivi et de préconisation

Plusieurs analyses statistiques transversales et longitudinales ont permis de vérifier la validité, la cohérence entre les données subjectives et objectives des contraintes de travail et leurs effets sur la santé. Ainsi le questionnaire ORSOSA 1 final comprend 42 questions du R-NWI, 26 questions du questionnaire Siegrist, 10 questions du questionnaire NSS, 20 questions de l'échelle STAY-YB et enfin 20 questions du questionnaire CES-D. Les données descriptives de cette cohorte « de référence » permet de faire des comparaisons entre groupes professionnels (infirmier ou aide-soignant), entre différentes unités fonctionnelles (chirurgie, médecine, urgences, réanimations...) mais aussi à l'échelle d'un établissement de soins. Les résultats d'ORSOSA 1 permettent donc de constituer une base de donnée nationale (Trichard et al., 2009) concernant la population de soignants.

3.2. Vers un besoin d'accompagnement des unités de soins : ORSOSA 2

De 2008 à 2012, le projet ORSOSA n'a pas été financé mais l'équipe pluridisciplinaire de recherche a travaillé sur l'outil afin de le valider statistiquement.

La validation de l'outil ORSOSA 2 (cf. annexe A1)

Huit dimensions comprenant 22 questions ont été retenues.

- « **Organisation qui permet la communication** »
- « **Soutien du cadre de santé** »
- « **Effectif suffisant dans le service** »
- « **Interruptions dans le travail** »
- « **Relations au sein de l'équipe soignante et médicale** »
- « **Partage des valeurs de travail** »
- « **Soutien de l'administration** »
- « **Organisation qui permet le respect des congés** »

Le questionnaire est complété par l'échelle de Borg et une évaluation des contraintes de manutention³⁹.

La méthodologie prescrite de la démarche ORSOSA 2

La démarche est déployée par un psychologue du travail, recruté au sein de chaque CHU participant au projet. Ce professionnel est affilié au service de médecine du travail (service de santé au travail autonome). Il a été décidé de choisir un psychologue du travail compte tenu de ses capacités à animer des groupes de travail, maîtriser les démarches de types questionnaire et réaliser des entretiens individuels et collectifs.

Cinq phases principales⁴⁰ sont identifiées (cf. figure 4) dans cette démarche (Askri, Josselin, Sicard, Caroly et De Gaudemaris, 2013). Il est à noter que la durée du déploiement de la démarche n'est pas prescrite. En moyenne son implémentation au sein des services de soins dure un an.

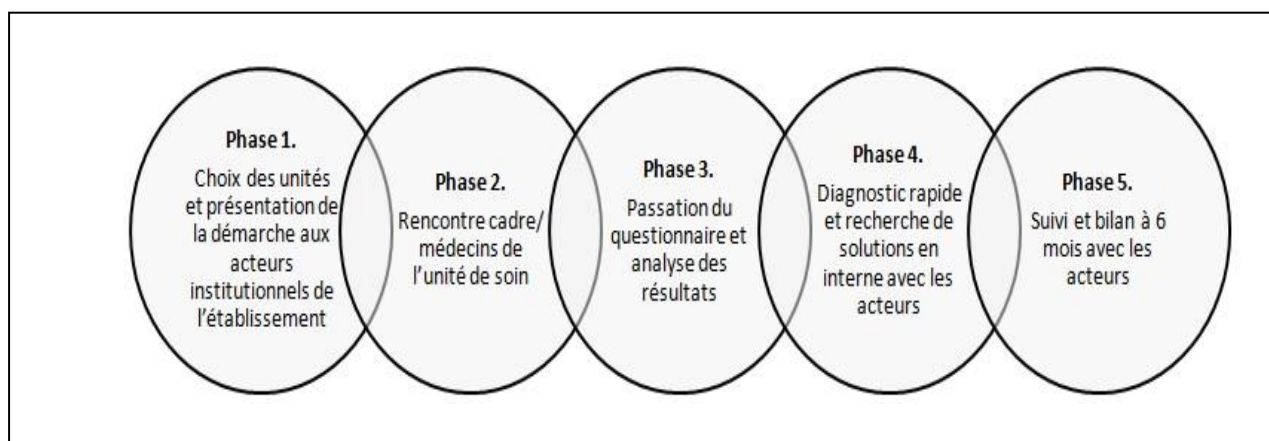


Figure 4. Déroulé de la démarche ORSOSA 2

La démarche prescrite d'ORSOSA comporte cinq principales phases, réunissant différents acteurs. Chacune d'entre elles a des objectifs précis qu'il convient d'explicitier.

³⁹ Il n'y a plus de mesure de santé, de mesures cliniques, d'observations ergonomiques, ni d'entretien avec le cadre de santé : Données considérées comme présentes au sein des huit dimensions sélectionnées du questionnaire.

⁴⁰ Nous verrons que tout au long de l'instauration de la démarche, l'intervenant a ajouté plusieurs phases et ce en fonction du contexte organisationnel des établissements dans lequel il est intervenu, de la mobilisation des acteurs (comité de pilotage, entretiens cadres, entretiens médecins...). Nous détaillerons cela dans la partie résultat (partie V, chapitre 3) de cette recherche.

Phase 1⁴¹ Choix des unités et présentation de la démarche aux acteurs institutionnels

-Identifier et impliquer les porteurs de la démarche en interne (DRH, médecine du travail, directions des soins, gestionnaire des risques, direction qualité...) afin qu'ils suivent et accompagnent son implantation.

-Identifier les unités de travail concernées (dans lesquelles il est possible de faire de la prévention primaire).

-Inciter les acteurs à présenter la démarche en CHSCT afin de l'inscrire dans un suivi institutionnel.

Phase 2. Rencontre cadre de santé / médecin de l'unité

Présentation de la démarche à la hiérarchie de proximité et écoute de leurs attentes. Ce temps permet à l'intervenant en psychologie du travail d'avoir des éléments sur le contexte et le fonctionnement du service. Il est nécessaire d'intégrer le cadre de santé afin de créer une dynamique de prévention collective. Ce temps permet de plus d'organiser la suite du déploiement de la démarche au sein du service de soins.

Phase 3. Passation du questionnaire et analyse des résultats

Lors des transmissions (13h30-14h), l'intervenant présente la démarche à l'ensemble de l'équipe. Il distribue les questionnaires, laisse une urne et précise les modalités de réponses (délais, garanties...). Un acteur interne identifié en amont (souvent la médecine du travail) retourne dans l'unité chercher l'urne avec les questionnaires. Les réponses des agents sont ensuite saisies par l'intervenant sur un logiciel créé à cet effet et sont présentés sous la forme d'un tableau identifiant des seuils d'alerte⁴² (cf. annexe A2)."

⁴¹ Les acteurs de la médecine du travail et les acteurs institutionnels sont libres de pouvoir participer quand ils le souhaitent aux différents temps prévus par la démarche ORSOSA. Leur présence n'est ainsi pas « prescrite ».

⁴² La cohorte d'ORSOSA 1 a permis d'élaborer des seuils d'alertes sur chacune des dimensions du questionnaire ORSOSA. Ces seuils d'alerte sont définis comme étant la valeur au 75 ème percentile de la distribution des scores des 210 unités auditées. Au-delà de ce seuil, la dimension mesurée a un score faisant partie des 25% les plus élevés des 210 unités fonctionnelles.

Phase 4. Diagnostic rapide et recherche de solutions en interne avec les acteurs de l'établissement

-*Restitution au cadre de santé et au médecin de l'unité* : L'intervenant présente la synthèse, sous la forme d'un tableau, des résultats généraux aux questionnaires afin de réaliser un état des lieux. Cette phase permet d'échanger sur les premières hypothèses d'interprétation, de s'approprier les scores et de laisser émerger des préconisations en adéquation avec le contexte de l'unité, la politique de l'établissement et les exigences de qualité des soins.

-*Restitution à l'équipe* : L'intervenant, à l'aide de la même synthèse des scores de l'étape précédente demande aux soignants de les analyser (sans le cadre de santé, ni le médecin de l'unité) : un état des lieux du service de soins est ainsi fait. L'idée est de mettre en débat les forces et les obstacles du service afin de permettre aux soignants de s'exprimer sur leur activité et les difficultés qu'ils rencontrent. Des premières préconisations provenant des soignants peuvent émerger.

- *Restitution au cadre de santé et au médecin de l'unité* : L'intervenant fait le point avec le cadre de santé et le médecin de l'unité des préconisations proposées tout au long du déploiement de la démarche. Un premier essai de priorisation des préconisations est réalisé.

-*Restitution collective (équipe, cadre de santé, médecin de l'unité)*: l'intervenant présente un document récapitulatif reprenant les seuils d'alerte et les préconisations qui en découlent, proposés par les différents acteurs lors des restitutions antérieures. Chaque acteur peut ainsi donner son avis. L'objectif est de construire un diagnostic partagé et un plan d'actions selon les indicateurs d'alertes. Il est demandé à cette occasion aux acteurs de prioriser les préconisations.

Phase 5. Suivi, bilan et implication des acteurs

Un suivi est réalisé par l'intervenant à 6 mois. A cette échéance, il retourne dans le service de soins afin de faire le point sur les préconisations mises en œuvre ou les difficultés rencontrées (antécédentes ou nouvelles). Des ajustements peuvent être mis en place.

La démarche ORSOSA comprend donc un outil validé et une méthodologie formalisée en plusieurs phases. Cette dernière permet de mettre en débat l'activité et les difficultés rencontrées par les acteurs. Notre recherche a consisté à observer le déploiement de cette démarche au sein de trois établissements de soins (cf. partie IV, pour plus de précisions). Notre objectif était de suivre l'intervenant à chacune des étapes de la démarche et de comprendre comment les acteurs de l'établissement se mobilisent pour faire de la prévention.

Résumé de cette première partie

Le secteur hospitalier est soumis depuis plusieurs années à de nombreuses évolutions dont les principales sont le passage en pôle d'activité et la tarification à l'acte. Ces réorganisations modifiant les contraintes de travail des soignants entraînent des troubles musculo-squelettiques et psycho-sociaux.

Les directions des hôpitaux face à un absentéisme et à un taux d'inaptitudes grandissant doivent mettre en œuvre des dispositifs préventifs (primaire, secondaire et tertiaire) afin de prévenir les risques professionnels des agents. Afin de comprendre comment les différents acteurs en charge de ces dispositifs travaillent collectivement, nous avons réalisé un état des lieux, au sein de trois établissements de soins, sur une démarche de maintien dans l'emploi. Des freins et des ressources ont pu être recensés. Nous nous sommes entre autres aperçue qu'un grand nombre d'acteurs (aux missions variées), en charge de ce type de démarche, regrettent de ne pas travailler plus systématiquement collectivement.

L'instauration de la démarche ORSOSA (démarche de type primaire) dans les services de soins permet justement à différents acteurs de formations, et de niveaux hiérarchiques différents de se rencontrer et d'échanger sur l'organisation et les difficultés rencontrées dans leur activité. Nous nous intéressons à cette démarche de prévention primaire puisqu'elle vise par une démarche participative, à mobiliser les acteurs internes des établissements afin de recenser les ressources et les faiblesses des services de soins et améliorer l'organisation du travail. Nous avons donc suivi son déploiement dans trois unités de soins. Nous nous demandons ainsi si la mobilisation des acteurs est source d'efficacité lors du déploiement d'une démarche préventive.

La partie qui suit (partie II) s'intéresse particulièrement au concept de construction sociale de la prévention des risques professionnels, facteur d'efficacité des interventions en prévention des risques professionnels. Afin d'appréhender ce concept, il apparaît essentiel dans la partie théorique de comprendre dans un premier temps comment s'élabore la conduite de changement dans les organisations afin de prévenir les risques professionnels (chapitre 1). Cependant, le tiers intervenant ayant un rôle central, il conviendra de recenser dans un second temps les stratégies qu'il utilise lors du déploiement d'une démarche préventive (chapitre 2). Enfin, nous caractériserons le processus de mobilisation des acteurs durant une intervention (chapitre 3).

PARTIE II : LA CONSTRUCTION SOCIALE DE LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS LORS DE L'INSTAURATION D'UNE DEMARCHE PREVENTIVE

La partie I a décrit le contexte actuel du secteur hospitalier. Nous avons présenté plusieurs directives qui transforment considérablement les modes d'organisation du travail et qui ont des effets sur la santé des soignants. Afin de faire face à ce fléau, plusieurs types de démarches préventives se mettent en place dans les établissements de soins (démarches de prévention primaire, secondaire et tertiaire). Cependant pour être efficaces, elles nécessitent que les acteurs internes de l'établissement se mobilisent afin de les mettre en œuvre et pérenniser leur déploiement.

Cette partie s'intéresse à la façon dont s'élabore la construction sociale de la prévention des troubles musculo-squelettiques et psycho-sociaux lors de l'instauration d'une démarche préventive. En effet, c'est en permettant aux acteurs d'une entreprise de construire socialement l'instauration d'une démarche préventive qu'elle va être source d'efficacité. Ceci ne va cependant pas de soi et nécessite l'instauration d'une méthodologie d'intervention. Nous nous intéresserons alors dans le chapitre 1 au concept de conduite de changement. Pour cela, nous verrons comment initier du changement, détaillerons les étapes clés d'une intervention en organisation et les ressources associées à une prévention durable des risques professionnels. Enfin, afin de déterminer les effets d'une intervention sur le milieu de travail et les acteurs de l'entreprise, nous terminerons ce chapitre sur la manière dont il faut l'évaluer.

La conduire du changement nécessitant l'intervention d'un tiers intervenant, le chapitre 2 explicite son rôle dans les organisations. Nous verrons quel est son statut et quelles stratégies sont à sa disposition afin d'impliquer les acteurs internes durant le déploiement de démarches préventives. Nous verrons qu'il utilise plusieurs types de stratégies liées à la posture de l'intervenant mais aussi à l'utilisation d'objets intermédiaires.

Enfin, le chapitre 3 s'intéresse particulièrement à la notion de mobilisation des acteurs. Nous cherchons à comprendre comment initier et maintenir la mobilisation d'une diversité d'acteurs au cours du déploiement d'une démarche préventive. L'état des lieux réalisé dans ce chapitre nous permettra dans la partie suivante de poser notre problématique de recherche (partie III).

Chapitre 1. La conduite de changement dans les organisations afin de prévenir les risques professionnels

Ce chapitre s'intéresse à la conduite de changement dans les organisations. En effet, la manière dont est déployée une démarche dans une organisation a des effets sur la mobilisation des acteurs internes à un établissement. Nous verrons ainsi comment initier du changement dans les organisations (1.1), les grandes étapes de la conduite du changement (étape initiale, étape diagnostique, phase de programmation et de planification et phase de conclusion) (1.2) et recenserons plusieurs leviers (1.3) permettant une prévention durable des risques professionnels (ressources liées aux acteurs internes et externes de l'entreprise ; au contexte interne et externe de l'entreprise ou encore liées à la démarche préventive mise en œuvre).

Afin d'appréhender les effets et l'efficacité (sur le milieu de travail mais aussi sur les acteurs de l'entreprise) de la conduite de changement en entreprise, il est nécessaire de s'intéresser à la notion d'évaluation d'une intervention (2.1). Pour cela, principalement quatre dimensions relatives à l'intervention mise en œuvre doivent être prises en considération (2.2) : le processus d'intervention; les stratégies d'intervention; le contexte de l'entreprise et enfin, les résultats de l'intervention sur les situations de travail et les acteurs de l'entreprise.

1. Intervenir dans les organisations afin de prévenir les risques professionnels

Nous nous centrerons, dans cette partie, principalement sur les interventions en ergonomie et en psychologie du travail visant à prévenir les risques professionnels en milieu de travail. En effet, l'intervenant que nous observons⁴³ dans le cadre de cette recherche est psychologue du travail et la méthodologie d'intervention ORSOSA a été imaginée par des chercheurs en ergonomie⁴⁴, en médecine du travail et en épidémiologie.

Selon le dictionnaire Larousse (2014), une intervention serait le fait « *d'agir, prendre part à une action pour régler un problème, faire cesser un phénomène néfaste, enrayer une situation dangereuse* ». Ainsi, l'intervention ferait suite à une situation problématique. Elle serait perçue « *comme un processus opérationnel déclenché par l'expression d'un problème particulier, dont il s'agit de gérer le bon déroulement et dont les objectifs sont la production de connaissance, l'aide à la décision et l'implication active des différents protagonistes* » (Friedberg, 1993, p.322). Les interventions en ergonomie (et en psychologie du travail) visent à comprendre et transformer la dynamique d'une situation de travail, elle-même composée de l'activité des opérateurs, des conditions de travail qui la déterminent et de ses effets sur les opérateurs (Lamonde, 2000). Saint Vincent et al. (2011) proposent la définition suivante : « *les interventions ergonomiques sont réalisées dans un contexte donné, à un moment donné, en vue de transformer les situations de travail pour les améliorer selon des critères de santé et d'efficacité. L'intervention implique la mise en œuvre d'un système organisé d'actions menées en interaction avec des acteurs de l'entreprise. La conduite d'une intervention ergonomique s'apparente à la conduite d'un projet* » (p.64). L'intervention en organisation vise alors l'action, la transformation des situations de travail, en cherchant à avoir des effets sur les acteurs de l'établissement mais aussi sur le milieu de travail.

⁴³ Il est à rappeler que notre position de recherche nous a placés dans une démarche compréhensive du déploiement de la démarche : nos interventions étant seulement en lien avec le besoin de recueillir le point de vue des acteurs et de l'intervenant (voir partie IV pour plus de précisions).

⁴⁴ Il est de plus à signaler que l'intervenant a suivi un diplôme universitaire en ergonomie.

1.1. Initier du changement dans les organisations

L'organisation est définie comme « *un ensemble de ressources situées dans des structures que les acteurs mobilisent pour la réalisation de leurs actions et dont les résultats participent à l'actualisation de ces mêmes structures* » (Mourgues, 2000, p.20). L'organisation est constituée d'une « *structure et des interactions sociales qui agissent avec et sur la structure* » (Petit, 2005, p.172).

Comme le souligne Arnoud (2013) « *changer une organisation ne peut se réduire à une modification de la structure décidée et programmée puisque le changement se construit aussi dans les interactions* » (p.79). « *Le changement se construit sur le terrain dans les interactions entre les individus en fonction de leur perception et de leur capacité à interagir* » (Autissier, Vandangeon-Derumez et Vas, 2010, p.98). Le changement dans les organisations est une nécessité afin de s'adapter à son environnement⁴⁵. Il se définit comme une rupture significative avec les modes de fonctionnements antérieurs⁴⁶ et nécessite alors un effort d'adaptation pour les individus concernés (Autissier et Moutot, 2007) : il convient de passer d'une « situation connue », existante à un « futur promis », incertain. Toutes les entreprises n'ont pas la même capacité de changement. Soparnot (2009) la définit comme « *l'aptitude de l'entreprise à produire des réponses concordantes (contenu) à des évolutions environnementales (contexte externe) et/ou organisationnelles (contexte interne) et à rendre effective au sein de l'entreprise la transition induite par ces dernières (processus)* » (p.106). Il convient alors de dynamiser cette capacité, à l'aide de démarche de type « conduite de changement » allant de l'identification d'un problème d'organisation à la définition d'un cadre d'actions (Autissier et Moutot, 2007) pour y remédier. Ainsi, l'intervention en organisation est une réelle construction avec les acteurs de l'entreprise (Daniellou, 1996 ; Jackson, 1998 ; Landry, 2008). L'intervention va produire un effet « *sur les fonctionnements sociaux, les interactions, l'exercice du pouvoir et l'intervenant met ce savoir à disposition des acteurs de l'organisation en le faisant circuler* » (Jobert, 2007, p.33). Cette circulation permet aux savoirs de « *devenir des instruments de développement* » (Ibid, p.33).

45 Il existe différents types de changement : continu, proposé, dirigé, organisé (les lecteurs intéressés pourront se référer aux écrits suivants : Autissier et Moutot (2007); Autissier, Vandangeon-Derumez et Vas, 2010 ; Autissier et Meslin, 2012)).

46 Des pratiques, des conditions de travail, des outils, de l'organisation du travail, du métier, de la culture de l'entreprise (Autissier et Moutot, 2007).

Plusieurs ergonomes positionnent l'intervention comme un acte pédagogique (Rabardel, Teiger, Laville, Rey et Desnoyers, 1991 ; Lacomblez, Montreuil et Teiger, 2000) nécessitant la transmission de savoirs (registre de l'expertise), l'apprentissage par les acteurs (registre de l'apprentissage) et enfin des échanges sur les valeurs véhiculées par le travail, la culture (Dugué, Petit et Daniellou, 2010). En conséquence, de nouvelles façons de travailler, de « *nouvelles pratiques en matière de gouvernance* » et de « *gestion des ressources humaines* » apparaissent (Grenier et Zeller, 2014, p.87).

Cependant, il n'existe pas un modèle strict d'intervention. Chaque intervention nécessite une construction dépendante de plusieurs facteurs tels que le type d'entreprise (situation géographique, taille, secteur, historique de l'entreprise,...), le statut des intervenants (interne ou externe à l'entreprise), la nature des demandes terrain (et le type d'acteur en demande), les transformations probables des situations de travail (aménagement, conseil, accompagnement,...) (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen, 1991 ; 2006). Ainsi, l'intervention ergonomique n'est pas uniquement l'action d'appliquer des méthodes mais se doit « *d'ajuster ses méthodes et les conditions de leur application au contexte, aux questions, et aux enjeux identifiés. D'inscrire les possibilités de transformations du travail qui en résultent dans un processus d'élaboration auquel participent les différents acteurs concernés avec leurs points de vue et leurs intérêts propres* » (Ibid, 2006, p.23). Pour cela, plusieurs étapes méthodologiques sont incontournables.

1.2. Les étapes clés de la démarche d'intervention

De nombreux chercheurs ont formalisé les différentes étapes d'une intervention ergonomique (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen, 1991 ; Martin, Escouteloup et Daniellou, 1996; Lamonde, 2000 ; Martin et Baradat, 2003 ; Falzon, 2004 ; Saint-Vincent et al., 2011). Selon Arnoud (2013) « *le point de départ privilégié pour une action sur l'organisation est une situation problématique non résolue pour l'organisation. Il convient d'analyser les déterminants des contradictions auxquelles l'activité a à faire face, et de faciliter la mise en débat d'une nécessaire évolution organisationnelle pour diminuer ces contradictions et favoriser la construction d'un compromis* » (p.23).

Plusieurs étapes incontournables d'une intervention ergonomique sont présentées dans la figure suivante (cf.figure 5).

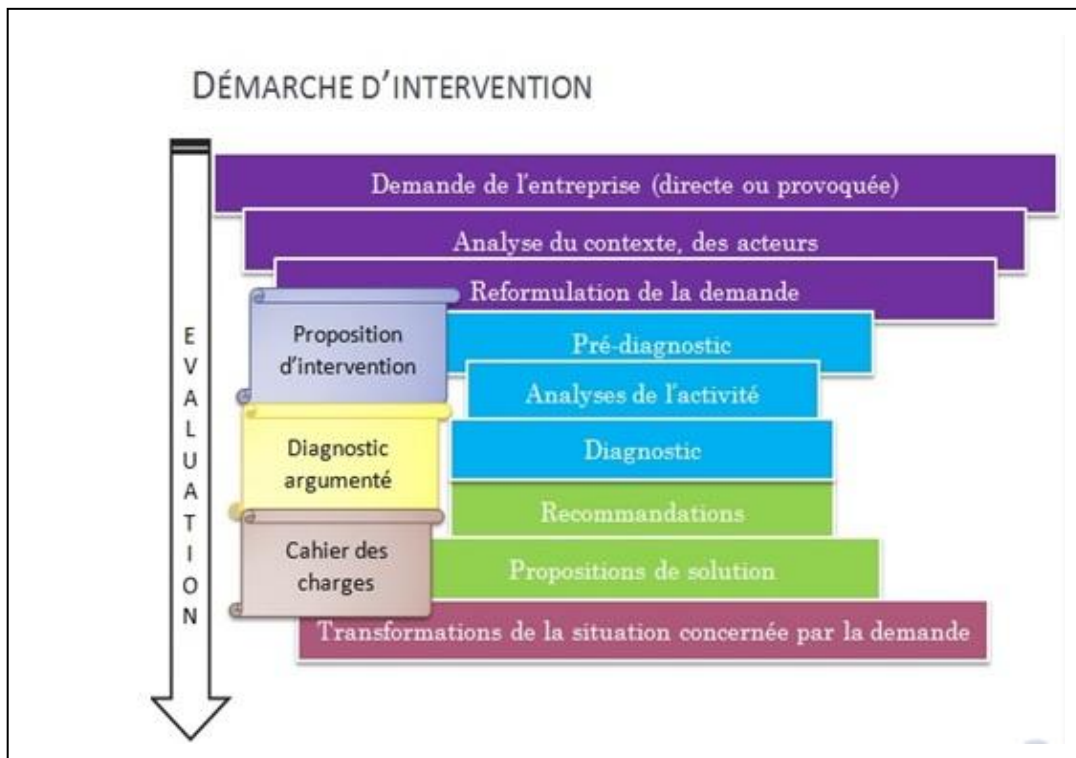


Figure 5. La démarche d'intervention (Landry, 2012, inspirée de Martin, Escouteloup et Daniellou 1996)

La démarche d'intervention est donc un processus constitué de plusieurs étapes. Selon Moisdon (2007), il est nécessaire de partir « *d'une demande, donc d'un problème, d'une question, avoir du temps, disposer d'une liberté de circulation et d'échange dans l'organisation, mettre en place des structures de pilotage, s'appuyer sur des collectifs intervenants plutôt que sur des individus* » (p.95). Principalement, quatre étapes (Querelle, 2008) lors d'une intervention sont recensées : ces dernières « *ne sont pas étanches les unes aux autres* », « *des retours en arrière sont possibles à tout moment et d'autre part, les étapes peuvent se chevaucher* » (p.45).

- **L'étape initiale** : cette étape correspond aux premiers contacts entre l'intervenant et l'entreprise. L'intervenant doit démontrer en quoi sa future intervention est pertinente compte tenu des difficultés rencontrées par l'entreprise. Il va « *s'agir pour l'ergonome d'identifier, en peu de temps, les enjeux, les objectifs de cette demande, ainsi que le ou les demandeurs et décideurs* » (Dugué, Petit et Daniellou, 2010, p.5). Cette étape nécessite d'avoir analysé et reformulé la demande de l'entreprise et ce, en prenant en compte les différents acteurs en présence. Il est nécessaire d'identifier les demandeurs car l'expression

d'une demande peut dissimuler des jeux d'acteurs (Pichault, 2006).

A la suite de cette analyse, l'intervenant propose généralement une proposition d'intervention à l'entreprise à partir de sa compréhension de la situation existante. Dans le cadre de la démarche ORSOSA cette étape correspond aux temps 1, 2 et 3 (cf. partie I., chapitre 3)⁴⁷.

- **L'étape du diagnostic** : cette étape nécessite d'analyser le travail au sein de l'entreprise et d'entrer en contact avec l'ensemble des acteurs. L'intervenant se construit un chemin d'action en cherchant à comprendre le terrain auquel il est confronté et ce qu'il a à faire (Lamonde, 2000). L'objectif principal est d'enrichir la compréhension des difficultés rencontrées par le milieu de travail. Pour cela, l'intervenant utilise une diversité d'outils telle que des entretiens, des observations, des questionnaires... Des premières hypothèses émergent alors formalisées de la façon suivante : « *il semble que tels facteurs conduisent les opérateurs à travailler de telles façons, ce qui peut expliquer telles conséquences* » (Guérin, Laville, Daniellou et Kerguelen, 2006, p.137). Ainsi, selon Leplat (2000), cette étape permet une aide à la décision ; un instrument de production de connaissances (prise en compte des différents points de vue de l'entreprise) et une aide à l'élaboration du plan d'actions. En effet, les résultats obtenus lors de cette phase constituent des constats afin d'établir des recommandations. Dans le cadre de la démarche ORSOSA cette étape correspond aux temps 4, 5 et 6 (cf. partie I., chapitre 3). L'intervenant ne réalise pas d'observation. Il fait son diagnostic à l'aide des différentes rencontres prévues par la démarche ORSOSA.
- **L'étape de programmation et de planification** : cette étape consiste en l'élaboration de solutions compte tenu des difficultés observées dans l'entreprise (généralement sous la forme d'un rapport) qui sont ensuite proposées aux différents acteurs. Ces propositions sont alors modifiées et planifiées dans un objectif de réalisation avec les acteurs (démarches participatives). Dans le cadre de la démarche ORSOSA cette étape correspond au temps 7 (cf. partie I., chapitre 3).

⁴⁷ La démarche ORSOSA comporte cependant quelques variantes par rapport à une démarche préventive « classique ».

- **L'étape de conclusion** : l'intervention se termine par la remise d'un document final. Ce temps permet aux acteurs d'évaluer l'intervention. Cette étape peut amener à une prolongation de l'intervention (accompagnement des acteurs et mise en œuvre des préconisations) voire à une nouvelle demande de l'entreprise. Dans le cadre de la démarche ORSOSA cette étape correspond au 8 (cf. partie I., chapitre 3).

Chacune de ces étapes est plus ou moins présente dans la démarche ORSOSA. Cependant, la simple application de ces quatre étapes n'est pas automatiquement source de succès pour l'intervenant. La littérature recense un certain nombre de déterminants à prendre en considération pour une intervention durable en prévention des risques professionnels.

1.3. Etat des lieux des conditions pour une prévention durable des risques professionnels en entreprise

Nous avons recensé plusieurs études traitant des conditions de la prévention durable des risques professionnels en entreprise. Cette revue de littérature, non exhaustive est faite en utilisant des revues électroniques telles qu'@ctivité, PISTES ou encore des actes des Journées sur la pratique de Bordeaux et des communications de la SELF. Plusieurs moteurs d'aide à la recherche tels que Cairn, psychinfo, psycharticle mais aussi des sites de référence tels que ceux de l'INRS, l'IRSST et de l'ANACT ont été utilisés. Nous nous sommes de plus intéressée à des ouvrages et des thèses en ergonomie et en psychologie du travail traitant de ce sujet. Les mots clés recherchés étaient : « prévention durable » (15)⁴⁸, « implantation démarche prévention » (21), « leviers prévention » (12), « prévention troubles musculo-squelettiques » (50), « prévention troubles psycho-sociaux » (44), « conduite de changement » (35), « intervention ergonomique » (40), « évaluation intervention » (17) et « travail collectif » (18).

Par souci de clarté, nous avons retenu 20 documents, nous paraissant particulièrement pertinents, relatant des conditions de la prévention durable des risques professionnels en entreprise. Nous les avons classés sous la forme d'un tableau en les séparant en quatre catégories : les ressources en lien avec les acteurs (1) ; l'entreprise (2) ; la démarche préventive mise en place (3) et enfin le contexte externe à l'entreprise (4) (cf. tableau 1).

⁴⁸ Nombre de documents faisant référence à cette catégorie.

	Facteurs de prévention durable des risques de TMS et de CPO
Ressources liées aux acteurs internes et externes de l'entreprise	- Implication et engagement explicite de la haute direction dans la démarche (Martin et Gadbois, 2004 ; Autissier et Moutot, 2007 ; Caroly et al., 2008 ; Fassier et Durand, 2010 ; Saint-Arnaud, Gignac, Gaudeau, Pelletier et Vézina, 2010 ; Tanguy et al., 2012 ; Sarnin, Bobillier-Chaumon, Cuvillier et Grosjean, 2012 ; Bellemare et al., 2013). - Stabilité de la direction (Caroly et al., 2008; Fassier et Durand, 2010). - Délégation des responsabilités (Fassier et Durand, 2010). - Formation et appropriation de la démarche par la hiérarchie de proximité (Fassier et Durand, 2010 ; Bellemare et al., 2013). - Expérience et implication active des représentants des salariés pour la santé au travail (Fassier et Durand, 2010). - Capacité d'action collective des salariés leur permettant de faire valoir les enjeux de santé au travail parmi les priorités de l'entreprise (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004 ; Fassier et Durand, 2010. Tanguy et al., 2012). - Présence d'un porteur du projet identifié, stable et engagement de plusieurs acteurs (Martin et Gadbois, 2004 ; Autissier et Moutot, 2007 ; Caroly et al., 2008 ; Saint-Arnaud, Gignac, Gaudeau et Pelletier, 2010 ; Rouat et Sarnin, 2013). - Coordination des acteurs externes en santé travail de l'entreprise (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2006 ; Caroly et al., 2008; Fassier et Durand, 2010 ; Tanguy et al., 2012).
Ressources liées à l'entreprise	- Dynamisme et santé financière de l'entreprise (Baril- Gingras, Bellemare et Brun, 2006 ; Caroly et al., 2008 ; Fassier et Durand, 2010, Tanguy et al., 2012). - Culture organisationnelle développée en santé et sécurité au travail (Baril- Gingras, Bellemare et Brun, 2006 ; Le Boterf, 2010 ; Fassier et Durand, 2010). - Mise à disposition des ressources nécessaires (temps, formation, délégation de pouvoir) (Baril- Gingras, Bellemare et Brun, 2004, 2006 ; Caroly et al., 2008 ; Fassier et Durand, 2010 ; Le Boterf, 2010 ; Tanguy et al., 2012 ; Bellemare et al., 2013).

	- Qualité du dialogue et des relations dans l'entreprise (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2006 ; Caroly et al., 2008 ; Fassier et Durand, 2010 ; Tanguy et al., 2012). Mise en place durable d'espaces de débats sur le travail (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004 ; Detchessahar, Minguet et Pinel, 2009 ; Clot, 2010). - Mise en place d'un comité de pilotage géré de façon paritaire (Fassier et Durand, 2010).
Ressources liées à la démarche mise en place	- La présence d'un tiers tel que l'intervenant afin d'influencer les prises de décision (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004). - Correspondance des actions proposées avec d'autres projets stratégiques de l'entreprise (Martin et Gadbois, 2004 ; Baril- Gingras, Bellemare et Brun, 2006 ; Caroly et al., 2008 ; Fassier et Durand, 2010). - L'intervention doit concerner le champ des changements techniques, organisationnels et la mobilisation des acteurs et de leurs relations (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2006 ; Caroly et al., 2008). L'intervention doit porter sur l'organisation du travail (Saint-Arnaud, Gignac, Gaudeau et Pelletier, 2010) et nécessite un diagnostic, une mise en œuvre d'actions planifiées, une évaluation et un suivi de ces dernières (Landry, 2008 ; Saint Arnaud, Gignac, Gaudeau et Pelletier, 2010 ; Sarnin, Bobillier-Chaumon, Cuvillier et Grosjean, 2012). - Obtenir rapidement des améliorations même minimales (Bellemare, Marier, Prévost, Montreuil et Perron, 2000 ; Caroly et al., 2008) et veiller à la durée et au rythme de l'intervention (Pichault, 1993 ; Minvielle et Contandriopoulos, 2004). - Utiliser des démarches participatives (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004 ; Falzon, 2005 ; Caroly et al., 2008 ; Vézina, 2008 ; Fassier et Durand, 2010 ; Le Boterf, 2010 ; Saint Arnaud, Gignac, Gaudeau et Pelletier, 2010 ; Tanguy et al., 2012 ; Sarnin, Bobillier-Chaumon, Cuvillier et Grosjean, 2012 ; Bellemare et al., 2013). - Prise en compte des capacités et des dispositions des acteurs de l'entreprise (Baril- Gingras, Bellemare et Brun, 2004, 2006 ; Caroly et al., 2008). L'intervention vise à augmenter les marges de manœuvre dont disposent les différents acteurs (Coutarel, 2004 ; Caroly et al., 2008), à encourager la prise de responsabilité des acteurs (Lescarbeau, Payette et Saint-Arnaud, 2003).

	- L'intervenant doit mettre en relations différentes logiques professionnelles en présence (Pichault, 1993 ; Gagnon, 2009). - L'intervention doit utiliser le contexte de l'organisation (Pichault, 1993 ; Minvielle et Contandriopoulos, 2004 ; Gagnon, 2009), la culture et l'histoire de l'organisation comme fondements du changement (Pichault, 1993 ; Minvielle et Contandriopoulos, 2004 ; Autissier et Moutot, 2007 ; Gagnon, 2009). - L'intervention doit mettre à disposition des acteurs un ensemble d'informations relatives à la démarche leur permettant de s'en saisir (Autissier et Moutot, 2007 ; Minvielle et Contandriopoulos, 2004 ; Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004).
Ressources liées au contexte externe de l'entreprise	- Obligations réglementaires (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2006 ; Fassier et Durand, 2010 ; Tanguy et al., 2012). - Contexte économique global actuel (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004).

Tableau 1. Etat des lieux des principales conditions de la prévention durable en entreprise

L'état des lieux que nous avons réalisé suggère quatre catégories de conditions à prendre en considération pour un déploiement efficient et durable des démarches préventives en entreprise. Cependant, s'intéresser aux conditions d'un déploiement efficient d'une démarche préventive nécessite de s'interroger aussi sur l'évaluation des interventions. En effet, cette notion est particulièrement importante puisqu'elle permet à la fois de rendre compte, à la suite d'une intervention, des transformations éventuelles du milieu de travail mais aussi des acteurs. L'évaluation d'une intervention permet d'en évaluer son efficacité, d'un point de vue des résultats obtenus mais aussi du processus initié.

2. Evaluer l'efficacité d'une intervention en organisation

« Le vrai génie réside dans l'aptitude à évaluer l'incertain, le hasardeux, les informations conflictuelles » (Winston Churchill).

Depuis plusieurs années, les recherches sur l'évaluation de l'efficacité des interventions sont devenues plus nombreuses. L'enjeu de ces dernières est crucial car elles permettent de comprendre en partie la réussite du déploiement des démarches au sein des organisations. Ainsi, les recherches sur l'évaluation permettent aux professionnels et aux chercheurs d'évaluer quels sont les indicateurs à prendre en considération afin de mener à bien une intervention. Nous considérons aujourd'hui l'évaluation comme un processus faisant partie intégrante de la démarche d'intervention à penser en amont (Coutarel et al., 2009). Evaluer les effets d'une intervention en prévention des risques professionnels c'est s'intéresser à des indicateurs quantitatifs mais aussi qualitatifs. En effet, les effets d'une intervention en prévention des risques professionnels n'étant pas toujours directement quantifiables, il convient de s'intéresser à des effets intermédiaires (les acteurs se mobilisent-ils lors du déploiement d'une démarche préventive dans leur entreprise ? Les acteurs sont-ils ressources pour l'intervenant ? Les acteurs travaillent-ils plus collectivement ? Les acteurs ont-ils développé des compétences ? Leurs représentations sur les liens travail/ santé ont-elles changé ?...). Dans cette sous-partie, nous présenterons une synthèse du concept d'évaluation. Les lecteurs intéressés pourront notamment se référer aux travaux de Berthelette, aux thèses de Landry (2008) et de Coutarel (2004) pour une revue de littérature et une analyse plus approfondie.

2.1. A quoi sert l'évaluation des interventions ?

Selon le dictionnaire Larousse (2014), l'évaluation serait « *l'action de déterminer la valeur de quelque chose* ». Dans cette recherche, nous nous intéressons à l'évaluation des processus d'intervention en organisation. Les enjeux d'une telle démarche sont nombreux « *ils peuvent être officiels ou officieux, explicites ou implicites, consensuels ou conflictuels, acceptés par tous les acteurs concernés ou propres à certains seulement* » (Contandriopoulos, Champagne, Denis et Pineault, 1993, p.2). Contandriopoulos, Champagne, Denis et Avargues (2000a) distinguent quatre fonctions principales à l'évaluation (p.13) :

- **Stratégique** : *aider à la planification et à l'élaboration d'une action* (OMS, 1981).
- **Formative** : *fournir de l'information pour améliorer une intervention en cours de route, gagner des marges de manœuvre pour l'action* (Scriven, 1967 ; Coutarel et al., 2009).
- **Sommative** : *déterminer les effets d'un intervenant* (Scriven, 1967 ; Conseil scientifique de l'évaluation, 1996 ; Escriva, Maline et Depincé, 2001) *et d'une intervention afin de décider s'il faut la maintenir, la transformer ou l'arrêter.*
- **Fondamentale** : *contribuer à l'avancement des connaissances empiriques et théoriques* (Coutarel et al., 2009) *sur l'intervention, favoriser le débat et l'émergence de nouvelles pratiques* (Conseil scientifique de l'évaluation, 1996 ; Weiss, 1997).

Contandriopoulos, Champagne, Denis et Avargues (2000a) définissent alors l'évaluation de la façon suivante « *porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif capable de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes sur cette intervention ou sur n'importe laquelle de ces composantes de façon à ce que les différents acteurs concernés qui peuvent avoir des champs de jugement différents, soient en mesure de prendre position sur l'intervention et de construire un jugement qui puisse se traduire en action* » (p.518). Ainsi, cette définition mentionne la nécessité d'avoir recours à des indicateurs fiables permettant aux acteurs concernés de se mobiliser dans la démarche : ce qui est évalué est alors le degré d'implantation d'une intervention en organisation plutôt que ses effets (Fassier et Durand, 2010 ; Baril-Gingras, Bellemare, Poulin et Ross, 2010). Il convient alors d'explicitier les relations entretenues entre le déroulement, le contexte et les effets des interventions (Landry, Mary-Cheray et Tayar, 2006 ; Berthelette, Bilodeau et Leduc, 2008). « *La recherche évaluative vise à analyser par des méthodes scientifiques valides et reconnues les relations qui existent entre les différentes composantes d'une intervention* » (Contandriopoulos, Champagne, Denis et Avargues, 2000a, p.518).

2.2. Différentes dimensions à évaluer lors du déploiement d'une démarche préventive

La façon dont sont évalués les effets d'une intervention est dépendante de la définition attribuée au concept d'intervention. Plusieurs niveaux d'analyse sont donc référencés dans la littérature. Par exemple, pour Pettigrew (1987) la démarche d'intervention se réfère à trois niveaux : au contenu (cohérence avec les connaissances produites par rapport aux représentations des acteurs concernés et la nature des informations récoltées), au contexte (les modalités de l'intervention doivent être sans cesse discutées avec les acteurs et adaptées au milieu) et au processus (les transformations au sein du milieu de travail). Il conviendra donc de se centrer sur ces trois éléments afin d'évaluer l'effet d'une intervention. Quelques années plus tard, Querelle (2008) apporte des précisions et recense quatre niveaux d'analyse : les étapes de l'intervention (processus d'actions); les services apportés (finalité de l'intervention); les rôles adoptés par l'intervenant ainsi que la nature du résultat et la démarche utilisée pour produire ce dernier. Actuellement, dans la littérature sont recensées principalement quatre dimensions à évaluer lors d'une intervention. Les différentes dimensions identifiées par Pettigrew et Querelle en font partie.

- **1) Le processus d'intervention** : ce dernier correspond aux différentes étapes de l'intervention et dynamiques initiées au sein des entreprises. Les relations entre l'intervenant et les acteurs internes, les ajustements durant l'intervention doivent être recensés (Landry, 2008). Pour faire cela, il convient de décrire précisément durant l'intervention le déroulement de l'intervention implantée (Contandriopoulos, Champagne, Denis et Avargues 2000a, Landry, 2008, Coutarel et al., 2009) et les écarts vis-à-vis de la prescription.
- **2) Les stratégies d'intervention** : Selon Argyris et Schön (1974), deux théories expliquent les stratégies utilisées : la théorie mobilisée dans l'action et la théorie revendiquée. Il convient de différencier les stratégies sous-jacentes de l'intervenant de ses stratégies d'implantation.

-**Les stratégies sous-jacentes de l'intervenant** sont « *l'ensemble des relations qui peuvent exister entre les ressources investies dans les programmes et les services produits et d'autre part les relations entre les services dispensés et les effets qu'ils cherchent à produire* » (Berthelette, 2002, citée par Landry, 2008, p.95). Ces stratégies se construisent par rapport aux expériences précédentes des intervenants, à leur maîtrise des connaissances produites sur le sujet et leurs formations professionnelles (Berthelette, 2002). Il est important de les référencer car ces stratégies permettent de comprendre le cheminement causal de l'intervenant.

-La stratégie d'implantation est définie comme « *la mise en œuvre de l'action dans un contexte précis, liée aux caractéristiques des intervenants, aux caractéristiques des organisations, aux caractéristiques des organisations, des bénéficiaires de l'action et au contexte dans lequel l'action va être mise en place* » (Berthelette, 2002, citée par Landry, 2008, p.96). Il y a toujours un écart entre ce que l'intervenant souhaite mettre en œuvre (les stratégies sous-jacentes) et ce qui, compte tenu du contexte est réalisable (les stratégies d'implantation). Selon Landry (2008), il est nécessaire « *d'aborder le rôle de l'intervenant par rapport au souhaitable, approchable dans la stratégie sous-jacente et la stratégie d'implantation⁴⁹ et le réalisé, documenté par l'analyse de l'intervention mise en œuvre* » (p.139). Il est alors nécessaire d'identifier les objectifs visés, les décisions prises (Neumann, Kilhlberg, Medbo, Mathiassen et Winkel, 2002) par l'intervenant au regard du milieu de travail.

Landry (2008) a schématisé l'inter-relation entre les théories sous-jacentes de l'intervenant et ses stratégies d'implantation. Elle a montré que les théories sous-jacentes de l'intervenant influent sur ses stratégies sous-jacentes (représentant une prescription du travail pour les préventeurs). Lors des interventions, l'intervenant réajuste ses stratégies en fonction du milieu de travail prenant connaissance de ses caractéristiques, des acteurs en présence et évaluant ainsi l'amplitude de ses marges de manœuvre. Cette prise d'information va modifier les stratégies sous-jacentes de l'intervenant et ainsi enrichir les théories sous-jacentes du professionnel (cf. figure 6).

⁴⁹ Dans cette recherche, nous nous intéressons particulièrement aux stratégies déployées par l'intervenant. Plusieurs outils tels que l'observation, l'entretien sont utilisés afin de les recenser. Nous détaillerons la méthodologie utilisée dans la partie IV (méthodologie) de cette recherche.

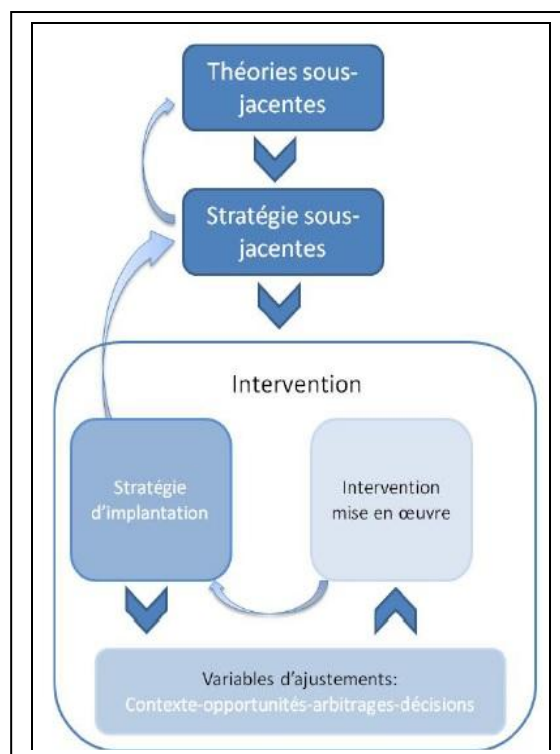


Figure 6. Les stratégies de l'intervenant (Landry, 2008)

- **3) Le contexte de l'entreprise** : l'implantation d'une intervention en organisation est influencée par des facteurs internes et externes à l'entreprise (Fassier et Durand, 2010). Ceci nécessite d'en recenser les barrières et les leviers⁵⁰. Des recherches de Baril-Gingras, Bellemare et Brun (2004 ; 2006) que nous présenterons dans le chapitre 2 (cf. partie 2.1) proposent entre autres des indicateurs afin d'évaluer l'effet du contexte lors d'une intervention en entreprise.
- **4) Les résultats de l'intervention sur les situations de travail et sur les opérateurs** : il est nécessaire d'identifier les effets de l'intervention à la fois sur les situations de travail mais aussi sur l'opérateur⁵¹. Pour cela, il convient de s'intéresser aux effets intermédiaires et aux effets inattendus d'une intervention.

⁵⁰ Pour ce faire, plusieurs outils sont utilisés, tels que des indicateurs de gestion de projet, des outils permettant d'évaluer les capacités et les dispositions des acteurs (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2006), le recueil du point de vue de l'intervenant vis-à-vis de l'entreprise et du déploiement de la démarche.

⁵¹ En conséquence, plusieurs outils sont utilisés (mesuré avant et après la mise en place des transformations) : les observations de l'activité, les mesures de l'exposition aux facteurs de risque, les indicateurs de performance, l'évaluation de la représentation des opérateurs sur les risques, la satisfaction des acteurs, les suites données à l'intervention,... (Landry, 2008).

Prendre en compte ces quatre dimensions et les relations qu'elles entretiennent entre elles, permettrait alors d'appréhender les effets en milieu de travail du déploiement d'une démarche préventive. Nous utiliserons dans la partie V (résultat) de cette recherche plusieurs de ces dimensions afin d'évaluer l'impact du déploiement de la démarche ORSOSA sur la mobilisation des acteurs.

D'autre part, nous pensons que l'évaluation des interventions en prévention des risques professionnels est à penser en amont, durant et à la fin du déploiement d'une démarche préventive. La présence de l'intégralité des acteurs ayant participé à l'instauration de la démarche est selon nous un levier important. Les critères d'évaluation d'une intervention doivent être discutés avec les acteurs en présence lors du déploiement d'une démarche préventive, au risque d'engendrer du mécontentement. **En effet, comme nous l'avons signalé, les effets d'une intervention en prévention des risques professionnels ne sont pas toujours directement quantifiables (baisse du nombre d'arrêts maladie, baisse de l'absentéisme...). Ils s'appréhendent sur le long terme, c'est pourquoi nous nous intéressons aux effets intermédiaires d'une intervention en organisation (les acteurs travaillent-ils plus collectivement ensemble ?, les acteurs ont-ils développé des compétences, leurs représentations sur les liens travail/ santé...).**

Résumé du premier chapitre

Lorsqu'une intervention en organisation est réussie, les praticiens cherchent à comprendre ce qui a fonctionné. Intervenir en entreprise est complexe car il ne peut y avoir de transposition organisationnelle simple sans tenir compte du contexte et des acteurs. Cependant, la méthodologie d'intervention peut être similaire et donc transférable, elle repose sur quatre grandes étapes : l'étape initiale, l'étape du diagnostic, l'étape de programmation et de planification et enfin l'étape de conclusion. Il convient pour l'intervenant d'utiliser un maximum de ressources disponibles dans le milieu de travail afin de prévenir durablement les risques professionnels, en collaboration avec les acteurs de l'organisation audité. Les conditions d'une prévention durable dépendent de quatre principaux facteurs : liés aux acteurs internes et externes de l'entreprise (1), au fonctionnement de l'entreprise (2), à la démarche préventive mise en œuvre (3) et enfin au contexte externe (réglementaire) de l'entreprise (4). Le recensement de ces conditions est donc important pour évaluer l'impact d'une intervention.

La seconde partie de ce chapitre traite de l'évaluation. Nous avons montré que ce concept est à appréhender dès le démarrage d'une intervention afin de mettre en œuvre des indicateurs fiables permettant d'analyser le processus d'intervention dans les organisations. Plusieurs dimensions durant le déploiement d'une démarche sont recensées dans la littérature afin d'en évaluer ses effets : le processus d'intervention, les stratégies d'intervention, le contexte de l'entreprise et les effets de l'intervention sur le milieu de travail et les opérateurs. Ces différentes dimensions nécessitent d'aller plus loin dans notre réflexion et de s'intéresser plus particulièrement au rôle central de l'intervenant initiant ce type de démarche. En effet, ce dernier utilise différents types de stratégies d'intervention, afin d'impliquer les acteurs de l'entreprise, lors du déploiement de la démarche préventive mise en œuvre qu'il convient de référencer.

Le chapitre qui suit vise donc à expliciter le rôle et les stratégies d'un tiers intervenant dans les organisations afin de mobiliser les acteurs durant le déploiement d'une démarche préventive (chapitre 2).

Chapitre 2. Le rôle du tiers intervenant dans les organisations

« Vouloir élaborer la stratégie sur la base d'une démarche mécanique ne peut aboutir qu'à des résultats médiocres » (Henry Mintzberg).

Le chapitre précédent s'est intéressé à la conduite de changement dans les organisations et particulièrement aux différentes conditions nécessaires à un déploiement optimal d'une démarche préventive. L'une de ces conditions relève de l'intervenant.

Ce chapitre cherche à comprendre comment un intervenant en prévention des risques professionnels peut impliquer des acteurs internes à un établissement dans une démarche préventive. L'intervenant est considéré comme un initiateur à l'implication des acteurs lors de ce type de démarche. Rappelons que l'implication des acteurs est source d'efficacité lors de l'instauration de démarche préventive.

La première partie de ce chapitre consiste à expliciter le rôle particulier d'un intervenant en prévention des risques professionnels dans les organisations (1). Nous verrons que de par son statut (extérieur à l'entreprise) il est en position privilégié pour construire avec les acteurs de l'entreprise une compréhension du travail commune aidant à mettre en œuvre le changement.

La seconde partie de ce chapitre identifie plusieurs stratégies que l'intervenant peut utiliser afin de déployer des démarches préventives dans les organisations (2) avec les acteurs de l'entreprise. Nous avons identifié quatre principales stratégies utilisées : celles en lien avec la prise en compte du milieu de travail (2.1.), celles en lien avec le développement de la capacité d'agir des acteurs (2.2.), celles relatives à l'utilisation de démarches participatives (2.3.) et enfin celles en lien avec l'utilisation d'outils intermédiaires (2.4.). .

1. L'intervenant en prévention des risques professionnels

L'intervenant⁵² a un statut particulier et privilégié au sein des entreprises dans lesquels il intervient. Il bénéficie d'une certaine légitimité pour intervenir (Pichault, 2006) de par son mandat, son expérience, sa capacité à s'insérer dans les processus décisionnels, sa capacité à respecter la confidentialité des données. Ce professionnel doit planifier le déroulement du processus, choisir et utiliser une méthodologie adéquate (animer des réunions ou des groupes de travail, prendre contact avec les acteurs, conduire des entretiens, observer l'activité, coordonner des activités, préparer des dossiers...), mettre les acteurs en position d'agir (Lescarbeau, Payette et Saint-Arnaud, 2003 ; Pichault, 2006 ; Querelle et Thibault, 2007). L'intervenant doit impliquer les acteurs de l'entreprise à participer au déploiement de la démarche préventive qu'il met en œuvre (Coutarel et Daniellou, 2007). Cette implication a un double enjeu : d'efficacité et de préservation de la santé des salariés (Schwartz, 1987 ; Clot, 2001a). En effet, plusieurs recherches en ergonomie montrent que la simple intervention d'un ergonome en entreprise, bien que centrée sur le travail, ne permet pas de transformer efficacement les situations de travail (Ibid). Selon Daniellou (1995) il convient de construire socialement⁵³ avec les acteurs de l'entreprise la démarche préventive mise en place. Pour cela, l'intervenant doit identifier les acteurs de l'entreprise avec lesquels il va travailler et identifier dans le même temps comment sont organisées les relations entre ces derniers.

Le but de l'intervenant est de « *construire, avec les acteurs de l'entreprise, une compréhension du travail qui aide à concevoir et mettre en œuvre le changement* » (Noulin, 1996, p.336). L'intervenant est lui-même acteur « *du jeu relationnel en train de se dérouler dans l'organisation* » (Hatchuel, 1994, cité par Pichault, 2006, p.4). Il invite les personnes concernées à mettre en commun leurs représentations et participe à leurs transformations (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen, 1991 ; De Terssac et Lompré, 1994) afin d'orienter les changements prioritaires à réaliser (Lescarbeau, Payette et Saint-Arnaud, 2003) dans l'organisation. L'intervenant s'appuie sur les savoir-faire des différents acteurs du milieu de travail mais aussi sur leurs connaissances relatives au processus de transformation des situations de travail. Il doit « miser » sur la capacité des acteurs à identifier les éléments de la situation de travail à transformer (Teiger et

⁵² Nous ne parlerons dans cette recherche uniquement d'intervenant externe

⁵³ « *l'action de construire quelque chose socialement* » (Larousse, 2014).

Montreuil, 1995, p.2) et leur permettre de définir leurs propres besoins : « *les priorités dans l'action* » (Wilson, 1994 ; Montreuil, Marier, Bellemare, Prévost et Allard, 2004, p.9). L'intervenant doit établir une relation de confiance avec les acteurs de l'entreprise afin de développer leurs capacités, leurs dispositions ainsi que la façon dont ils travaillent collectivement. **L'intervenant agit sur les dispositions et les capacités des acteurs de l'entreprise (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004 ; 2006⁵⁴)**. Nous entendons par capacités : les ressources à disposition des acteurs (les compétences, les connaissances, les moyens ...) et par dispositions : les représentations de ces derniers sur les liens travail/santé, le déploiement de la démarche... Nous utiliserons ces notions de capacités et de dispositions des acteurs dans l'analyse de nos résultats (cf. partie V, chapitre 3).

Selon Querelle (2008), l'intervention est une parenthèse plus ou moins longue de l'histoire de l'entreprise. Dès le démarrage, l'intervenant doit préparer son départ afin que le milieu de travail soit engagé dans un processus dynamique de changement : « *la participation du consultant régresse au fur et à mesure que l'intervention progresse* » (Lescarbeau, Payette et Saint-Arnaud, 2003, p.49). Le rôle de l'intervenant ne se réduit donc pas qu'à la production d'informations (Vrancken, 1998) : l'objectif étant de réunir les conditions favorables permettant l'implantation d'une démarche afin d'avoir une utilisation efficiente des ressources du milieu (Lescarbeau, Payette et Saint-Arnaud, 2003). L'intervenant doit ainsi composer avec les acteurs de terrain : « *Il ne s'agit pas de faire à la place, de prendre les commandes ou de prétendre décider de la route à suivre, il s'agit de rejoindre le client dans son histoire pour lui offrir la ressource pour la poursuivre* » (Hubault, 2007, p.81). L'intervenant doit être perçu comme une ressource collaborant avec d'autres ressources (Lescarbeau, Payette et Saint-Arnaud, 2003) pour les acteurs de l'entreprise. Ce positionnement de l'intervenant est considéré comme une stratégie d'intervention. Il se place comme accompagnateur devant composer avec les acteurs du milieu de travail. Pour faire cela, plusieurs stratégies sont utilisées par l'intervenant. La partie qui suit vise à identifier plusieurs d'entre elles afin de comprendre plus précisément son rôle dans le processus de mobilisation des acteurs de l'entreprise.

⁵⁴ Notions empruntées à Dawson, Willman, Bamford et Clinton (1988)

2. Une palette diversifiée de stratégies utilisées par l'intervenant pour mobiliser les acteurs internes à l'organisation

« Rien ne sert de courir il faut partir à point » (La Fontaine, 1668)

Il est nécessaire, afin qu'une démarche préventive remplisse les objectifs attendus, d'impliquer les différents acteurs de l'entreprise (Daniellou et Martin, 2007) à s'investir dans l'intervention. Pour cela, l'intervenant peut utiliser des stratégies d'intervention, soit *« l'art de coordonner des actions, de manœuvrer habilement pour atteindre un but »* (Larousse, 2014). Ces stratégies permettent *« de favoriser la compréhension qu'ont les acteurs de l'entreprise des questions relatives au travail et/ou celles liées à la prévention en santé et sécurité »* (Chadoin, Tougas et Brunet, 2014, p.1). Les sous-parties qui suivent présentent les stratégies utilisées par un intervenant au cours du déploiement d'une démarche préventive afin de mobiliser les acteurs à participer au déploiement de la démarche préventive qu'il met en œuvre. Nous les avons classées en quatre catégories : celles en lien avec la prise en compte du milieu de travail, celles en lien avec le développement de la capacité d'agir des acteurs, celles relatives à l'utilisation de démarches participatives et enfin celles en lien avec l'utilisation d'outils intermédiaires.

2.1. L'intervenant doit s'adapter au contexte de l'entreprise

2.1.1. Définition du concept de contexte d'intervention

L'intervenant doit prendre en compte le contexte dans lequel il intervient afin de garantir l'efficacité de l'implantation de la démarche qu'il met en œuvre. Il convient alors de définir le contexte d'une entreprise.

Contandriopoulos (2006) définit le contexte d'intervention *« comme les éléments structurant le champ dans lequel l'intervention est mise en œuvre, tous les autres systèmes organisés d'action avec lesquels l'intervention interagit »*. Berthelette, Bilodeau et Leduc (2008) utilisant la définition de Scheirer (1987) le définissent comme *« les caractéristiques sociales, politiques, organisationnelles et culturelles des milieux de travail dans lesquels les interventions ont été implantées »* (p.174). Ces définitions montrent que le contexte fait notamment référence aux éléments stables d'une entreprise. Le contexte d'un établissement comprend des facteurs internes et

externes à l'entreprise. Le contexte interne de l'entreprise est constitué des caractéristiques structures de l'établissement : soit la taille de l'entreprise, la stabilité ou l'instabilité d'emploi, le climat social, le type de management, le niveau de qualification de la main-d'œuvre, de l'organisation et des activités en prévention de l'établissement ..., tandis que le contexte externe est composé du contexte économique général, du contexte réglementaire et législatif (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004 ; 2006 ; Fassier et Durand, 2010).

Baril- Gingras, Bellemare et Brun (2004 ; 2006) ajoutent que la description du contexte d'une entreprise doit prendre en compte les « *capacités en prévention* » et les « *dispositions à agir en prévention* » des acteurs présents dans l'entreprise (2004, p.25). En effet, ces « *concepts s'expliqueraient à la fois par des facteurs structurels et par les relations entre les acteurs à l'échelle de l'entreprise, du secteur d'activité économique et de la société, dans une période économique et politique donnée* » (Ibid, 2006, p.16).

L'ensemble de ces éléments nous intéresse particulièrement car nous cherchons dans la partie résultat (cf. partie V, chapitre 1) de cette recherche à définir et comparer le contexte d'intervention des trois terrains que nous avons observé. En effet, nous verrons que le contexte initial de nos services de soins a influencé le déploiement de la démarche ORSOSA. Il convient à présent de comprendre comment un intervenant peut agir sur le contexte de l'entreprise dans laquelle il intervient.

2.1.2. Vers un développement du contexte d'intervention

Le contexte (interne ou externe) d'une entreprise est empreint de « facilitateurs » et de « barrières » impactant la mise en place d'une intervention (cf. figure 7). Les caractéristiques contextuelles « *peuvent avoir une incidence sur la bonne mise en œuvre d'une intervention, certaines facilitant ou entravant son implantation* » (Berthelette, Bilodeau et Leduc, 2008, p.174).

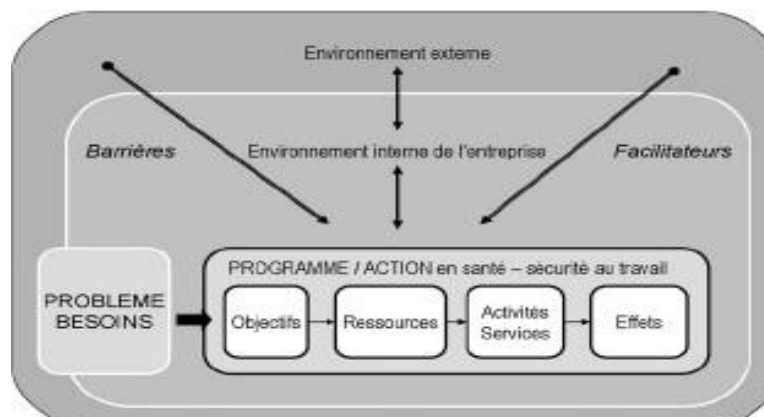


Figure 7. Influence des environnements internes et externes dans le déploiement d'une démarche (Fassier et Durand, 2010)

Cette figure montre l'impact du contexte organisationnel sur le déroulement d'une intervention. Ainsi, chaque étape de la démarche est impactée par des « *barrières* » mais aussi des « *facilitateurs* ». Il convient alors pour l'intervenant de les recenser au plus vite afin de pouvoir s'en servir à son avantage. L'intervenant compose en fonction du contexte : ses hypothèses et diagnostics vont être modifiés, réajustés en fonction du milieu de travail (Saint Vincent et al., 2011) dans lequel il intervient.

Selon Baril-Gingras, Bellemare et Brun (2004 ; 2006) les changements lors du déploiement d'une démarche dépendent des caractéristiques du contexte mais aussi de l'intervention en elle-même (elle-même influencée par le contexte de l'entreprise) (cf. figure 8). Selon ce modèle, il est nécessaire d'examiner l'influence du dispositif mis en place « *pour organiser les rapports entre le conseiller et les acteurs et entre ces derniers, les caractéristiques des activités, les méthodes et outils utilisés (prototype, rapport, etc., soit des « objets intermédiaires ») et la nature et de la forme (plus ou moins opérationnalisée) des propositions de transformation qui sont formulées* » (2004, p.25).

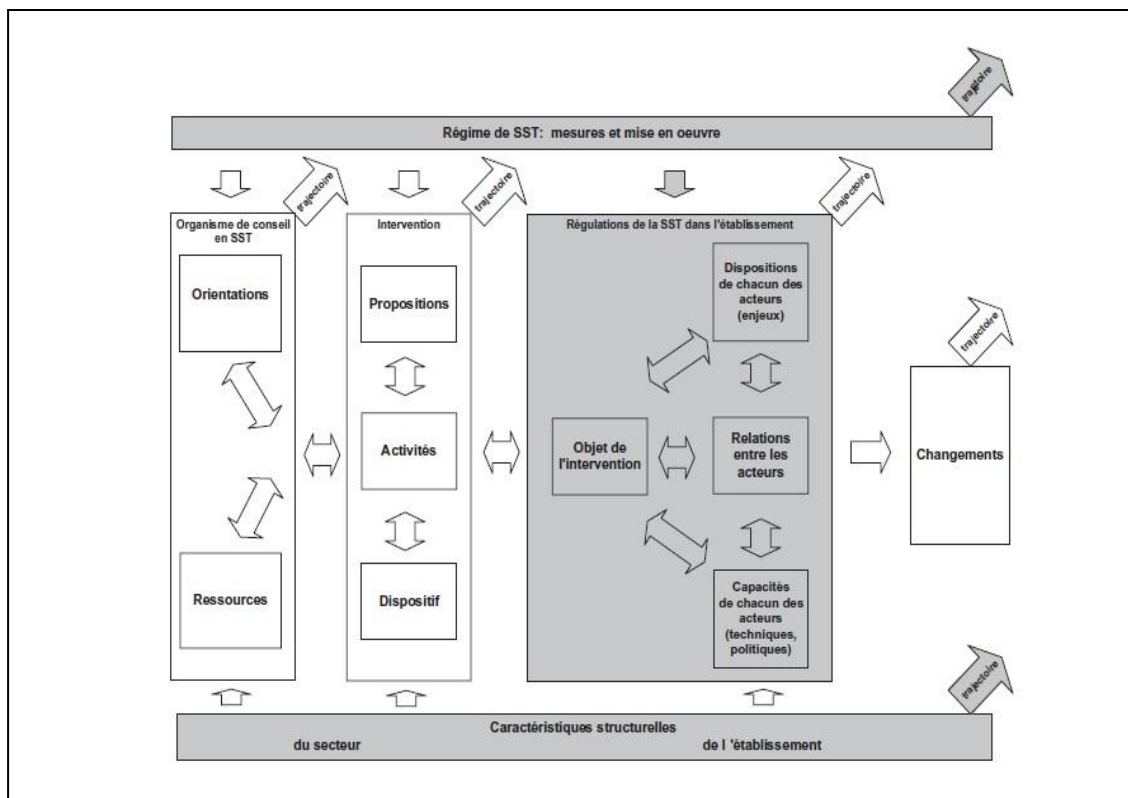


Figure 8. Modèle d'analyse de Baril-Gingras, Bellemare et Brun (2004 ; 2006)

Les changements observés dans ce modèle sont des effets intermédiaires.

Trois niveaux d'analyse du contexte sont différenciés dans cette figure :

- Un niveau macro, correspondant aux caractéristiques de chacun des secteurs d'activité, du régime en vigueur en santé travail.
- Un niveau méso, correspondant aux caractéristiques de l'entreprise et celle de l'entreprise de rattachement de l'intervenant : « l'intervention est d'une part : le produit de la rencontre entre les orientations et les ressources de l'intervenant et de son cabinet de rattachement et d'autre part avec les caractéristiques propres à l'établissement (contexte, acteurs présents...) ».
- Un niveau micro correspondant aux interactions entre les intervenants, les acteurs de l'entreprise et les acteurs entre eux au cours d'une intervention. En conséquence, l'intervenant va pouvoir identifier des acteurs clés et s'appuyer sur eux afin de déployer la démarche dans de bonnes conditions.

Il ne s'agit donc pas seulement de prendre en compte le contexte de l'entreprise, il convient de rendre visible les ressources de l'entreprise aux acteurs (des ressources organisationnelles, humaines, logistiques, financières...) afin de les développer. L'intervenant doit chercher « à *placer l'opérateur en capacité d'agir, en intervenant sur les conditions dans lesquelles son activité se déploie par la promotion d'un environnement capacitant* »⁵⁵ (Falzon, 2013, p.3). L'un des enjeux de l'intervenant est d'articuler les ressources internes et externes de l'entreprise : il utilise ce qui existe déjà dans l'entreprise (Baril-Gingras et al., 2001 ; Hubault, 2007) en augmentant les capacités de l'organisation pour laquelle il mène l'intervention (Baril-Gingras, Bellemare, Poulin et Ross, 2010).

2.1.3. A la recherche d'acteurs relais

L'intervenant doit chercher des acteurs relais l'aidant au déploiement de la démarche. Un facteur essentiel du succès des interventions réside dans la capacité d'action collective des travailleurs (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004). Il convient donc lors d'une intervention en organisation pour l'intervenant d'analyser les relations entretenues par les acteurs internes avec leur environnement : l'idée étant de s'appuyer sur les acteurs ressources pour mobiliser les réfractaires. « *Se créer des relais c'est d'abord identifier les enjeux collectifs et individuels des acteurs de l'entreprise afin de savoir quel acteur sera le plus proche de la vision du travail, à quel moment et pour quel sujet. C'est identifier comment les gens fonctionnent dans l'entreprise en tenant compte de la culture de l'entreprise, ses spécificités régionales, son histoire particulière (histoire de l'entreprise et histoire des gens de l'entreprise)* » (Godard, 2005, p.54).

Dans la littérature en science de gestion, plusieurs typologies d'acteurs en entreprise ont été définies. Nous nous intéresserons principalement aux travaux de Bruyère (2004) qui catégorisent la participation de cinq types d'acteurs (p.62) :

- **les fondateurs** : des personnes motivées qui se consacrent au développement du réseau,
- **les décideurs** : souvent représentés par l'institution, participant selon les difficultés rencontrées,
- **les acteurs à forts potentiels relationnels** : ces personnes facilitent les échanges,

⁵⁵ Notion présentée dans le chapitre 3 de la partie II.

- **les référents** : ces personnes font le pont entre plusieurs professionnels et facilitent la circulation d'informations en donnant la possibilité d'utiliser des chemins plus directs et plus fluides aux acteurs,
- **les coordonnateurs** : ces personnes sont des référents du réseau qui assument la continuité du projet : produisent des écrits, diffusent l'information.

Cependant, la participation des acteurs peut se modifier durant l'intervention.

Baril-Gingras, Bellemare et Brun (2004, p.88) ont identifié le rôle de plusieurs acteurs clés dans une organisation lors de la conduite d'une intervention : soit celle de la direction, des superviseurs, des représentants syndicaux et des travailleurs. Ainsi, chaque acteur a une valeur ajoutée lors de la mise en œuvre d'un projet dans l'entreprise (cf. tableau 2).

La direction	Les superviseurs	Les représentants syndicaux	Les travailleurs
-Allouer des ressources, -Déléguer l'autorité	- Apporter des connaissances sur les situations de travail, - Décider de certaines transformations - Relai politique de la direction.	-Sources de propositions. - Peuvent favoriser les transformations - Peuvent participer à la réalisation de certaines transformations - Relai des préoccupations des travailleurs -Peuvent influencer l'allocation de ressources et élargir l'action en prévention.	-Apportent des connaissances quant aux situations de travail, -Favorisent la cohérence des propositions avec le contexte -Aident à la mise en place des transformations.

Tableau 2. Fonctions des acteurs clés dans une organisation

Le défi est alors de faciliter l'implication de chacun des acteurs tout en développant leur capacité à travailler collectivement.

2.2. L'intervenant place les acteurs de l'entreprise en capacité d'agir : vers un développement du pouvoir penser, débattre et agir de ces derniers

Intervenir au sein d'une entreprise, c'est souvent être confronté à des acteurs démunis, ne sachant pas comment faire face aux difficultés rencontrées. En effet, plusieurs décisions sont souvent imposées aux salariés sans pouvoir en discuter. Ceci a des impacts sur leur santé se traduisant par une augmentation des troubles du sommeil (Elovainio et al., 2009), des syndromes métaboliques (Gimeno et al., 2010), des pathologies cardiovasculaires (Elovainio, Leino-Arjas, Vahtera et Kivimäki, 2006) et des dépressions (Ylipaavalniemi et al., 2005). Cet ensemble conduit à un renforcement de l'absentéisme pour maladie (Elovainio, Kivimäki et Vahtera, 2002). Une expérience de Jay Weiss dans les années 70 sur des rats de laboratoire (Davezies, 2008a) montre que garder un contrôle même partiel sur une situation fait reculer les pathologies du stress. L'absence du pouvoir d'agir aurait une « valeur de stress chronique »⁵⁶. Ainsi disposer d'un contrôle sur les situations constitue un facteur majeur de préservation de la santé. Selon Ricoeur (1990), la souffrance au travail des opérateurs est définie non pas uniquement par la douleur physique ou mentale mais « *par la diminution, voir la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir faire, ressentie comme une atteinte à l'intégrité de soi* » (p.223). La souffrance serait caractérisée par une « *impuissance à dire, à faire, à raconter, à s'estimer* » (Clot, 2001, p. 47).

Les acteurs d'une entreprise cherchent à agir sur leur activité « *à créer leur milieu professionnel en l'habitant par leur histoire propre. Ils ne sont pas que le réceptacle ou le théâtre de force qui agissent sur eux à leur insu et surtout n'y sont pas réductibles* » (Caroly, Simonet, Vézina, à paraître). La mise en circulation de l'activité et ses difficultés permet aux acteurs de hiérarchiser (Carballeda, Béguin, Garrigou et Jackson, 1997) les premières actions à mettre en place pour y pallier. Il convient alors de les aider à développer leur marges de manœuvre⁵⁷ (Coutarel, 2005), à

⁵⁶ Pour démontrer cela, Weiss a mis en situation trois rats, dont deux reçoivent des chocs électriques dans la queue. Le troisième est un animal contrôle (ne recevant pas de choc). Le premier rat peut bloquer les chocs reçus pour les deux animaux en actionnant une roue placée devant lui (par le biais d'un conditionnement). Les deux premiers animaux reçoivent le même nombre de chocs électriques (de même intensité) sauf que le premier contrôle les chocs reçus. Alors que le premier et le troisième rats n'ont pas de pathologie liée aux chocs électriques, le second présente des ulcérations gastriques ainsi qu'une série de comportements anxieux et dépressifs.

⁵⁷ Les marges de manœuvre sont de trois types : organisationnelles, collectives et individuelles. Elles visent à organiser le travail afin de faire face à la diversité des caractéristiques des opérateurs et des situations de travail (Laville, 1995). Ces dernières permettent de développer les propres manières de faire des acteurs tout en développant leurs stratégies de préservation de la santé. Caroly (2001) les définit comme « *la possibilité ou liberté dont dispose un travailleur pour élaborer différentes façon de travailler afin de rencontrer les objectifs de production et ce, sans effet sur la santé* » (p. 87).

restaurer leur pouvoir d'agir. L'intervenant aide les acteurs à se replacer en position dynamique vis-à-vis de leur travail, à ré-intervenir eux-mêmes dans leur organisation (Léonard, 2007). Il est alors nécessaire de créer une dynamique favorable dans l'entreprise afin de permettre aux acteurs d'acquérir de nouvelles ressources et de se développer (Petit et Coutarel, 2013 ; Barcellini, Détienne et Burkardt, 2013). Pour cela, l'intervenant peut contribuer au développement du « pouvoir penser », du « pouvoir débattre », et du « pouvoir agir »⁵⁸ des acteurs en présence (Daniellou, 1998).

- **Le pouvoir agir** : Ce concept ⁵⁹est apparu récemment dans le champ de la psychologie du travail et de l'ergonomie (Clot, 1997, Rabardel, 1998, Clot, Faïta, Fernandez et Scheller, 2000a ; 2001). Il « *mesure le rayon d'action effectif [le pouvoir de re-création] du sujet ou des sujets dans leurs milieux professionnels habituels...* » et correspond à « *la manière dont individuellement et collectivement on parvient à faire autorité dans le travail* » (Clot, 2008, p.13). Le pouvoir d'agir peut être assimilé aux ressources et à l'autonomie des acteurs de l'entreprise (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004). Il correspond à ce que le sujet peut faire⁶⁰ compte tenu des caractéristiques concrètes et singulières des situations dans laquelle il réalise son travail et déploie son activité. Développer le pouvoir d'agir d'un acteur renvoie donc à renforcer les ressources de ce dernier lors de son activité.

Coutarel et Petit (2013) font un rapprochement entre les marges de manœuvre situationnelle et le pouvoir d'agir des acteurs. Selon eux, ces marges de manœuvre seraient fonction des caractéristiques de l'individu et de celles de l'environnement de travail. Leur développement permettrait la libération de ressources situationnelles et donc de nouvelles potentialités pour l'opérateur. En effet, les opérateurs ne font pas que subir leur environnement de travail : ils vont essayer de le transformer.

⁵⁸Un concept proche de celui de pouvoir d'agir est l'empowerment (définition littérale : autonomisation). Ce dernier est défini comme la capacité des personnes et des communautés à exercer un contrôle sur les changements qui les concernent (Gouedard et Rabardel, 2012). Il correspond à l'ensemble de pratiques visant à accorder aux employés plus de pouvoir décisionnel, de contrôle, d'autorité et une liberté d'action dans le travail (Koberg, Boss, Senjem et Goodman, 1999 ; Niehoff, Moorman, Blakely et Fuller, 2001).

⁵⁹ Cf. l'article Caroly, Simonet, Vézina, à paraître pour une présentation détaillée des différentes définitions du pouvoir d'agir.

⁶⁰ A différencier de la capacité d'agir définie comme ce que le sujet est capable de faire dans son activité compte tenu de ses ressources. Un individu peut avoir la capacité d'agir mais pas le pouvoir.

- **Le pouvoir débattre** : Ce concept représente la possibilité de faire se rencontrer (souvent par l'intermédiaire d'un tiers) et se confronter les différentes logiques professionnelles (managériales et opérationnelles) présentes dans l'entreprise (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004 ; Detchessahar, 2013). Il nécessite la reconnaissance de la diversité des logiques professionnels (de qualité, de production, de préservation de la santé des salariés...) des acteurs en présence (Clot, 1997).

Réunir des acteurs de formations et de niveaux hiérarchiques différents nécessite de les accompagner vers le développement d'un langage commun. L'intervenant reconnu comme légitime (Grosjean et Lacoste, 1999), doit traduire ce que veut dire chacun des acteurs dans le langage de « l'autre ». Principalement deux sociologues ont travaillé sur ce champ théorique (Callon 1989 ; Latour, 1992). Par traduction « *on entend l'ensemble des négociations, des intrigues, des actes de persuasion, des calculs, des violences grâce à quoi un auteur ou une force se permet ou se fait attribuer l'autorité de parler ou d'agir au nom d'un autre acteur ou d'une autre force* » (Akrich, Callon et Latour, 2006, p.13). Elle consiste à « *transformer un énoncé problématique particulier dans le langage d'un autre énoncé particulier* » (Callon, 1974-1975, p.19). Cette traduction va être « transformée », « *l'énoncé va changer en passant de main en main* » (Akrich, Callon et Latour, 2006, p.40). Selon Desmarais et Abord de Chatillon (2010), la traduction consiste à « *articuler les différentes règles, attentes et prescriptions de l'environnement interne et externe dans un ensemble le plus cohérent et actionnable possible qui fasse sens pour les acteurs* » (p.448). L'intervenant exerce ce rôle tout au long du déploiement d'une démarche préventive mais surtout lors des restitutions⁶¹.

Afin d'explicitier la notion de traduction, Callon et Latour (Callon, 1989) utilisent une recherche qu'ils ont menée auprès de différentes parties prenantes ayant un quelconque enjeu à l'égard des coquilles saint jacques (pêcheurs, scientifiques, membres du pouvoir public, élus, ...). L'objectif était de comprendre comment maintenir la production de ces coquillages malgré leur disparition. Cette recherche montre que chacun de ces acteurs a des logiques différentes vis-à-vis de cet objet

⁶¹ Les restitutions seraient « *l'art d'exposer des faits et de produire un sens à travers la théorisation mais aussi l'art de transmettre les émotions, les couleurs, la vie réelle d'un monde social en un temps relativement bref* » (Uhalde, 1999, p.2). C'est un moment important pour l'intervenant et les acteurs de l'entreprise : « *tout peut s'y jouer, s'y construire ou s'y défaire* » (Uhalde, 1999, p.1). Les restitutions permettent aux acteurs de l'entreprise de prendre du recul sur les situations, de s'exprimer (l'intervenant sera ainsi vigilant aux jeux d'acteurs en train de se dérouler), d'initier une conscience collective des difficultés...

appelé « actant ». Il est ainsi nécessaire pour l'intervenant (animant les espaces de rencontre entre ces derniers) de traduire le projet dans le langage de chacun c'est-à-dire en fonction de leurs préoccupations et leurs représentations.

C'est seulement en donnant un rôle mais aussi une légitimité à ces différents professionnels qu'ils s'engagent dans une telle démarche : « *la capacité de traduction permet de maintenir son identité et celle de son entité en gérant les tensions et contradictions entre les multiples faisceaux de prescriptions, les contraintes, les ambiguïtés et incohérences qui traversent l'organisation du travail* » (Richard, 2012, p.449).

- **Le pouvoir penser** : Ce concept regroupe la possibilité de faire évoluer les représentations des acteurs de l'entreprise (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004). Il s'agit pour les acteurs de pouvoir penser leur activité ainsi que celle de leurs collègues permettant la reconnaissance et la contribution individuelle et collective de chacun (Clot, 1997).

L'intervenant durant le déploiement d'une démarche agit en parallèle sur les trois angles de ce triptyque. C'est en partie en aidant les acteurs en présence à développer leurs marges de manœuvre, leurs possibilités d'agir, qu'une intervention peut contribuer à non seulement développer le milieu de travail mais aussi leur activité afin qu'ils puissent faire face aux variabilités et difficultés rencontrées (Coutarel, 2005). C'est alors qu'il est nécessaire d'impliquer à chaque étape d'une démarche ou d'un projet, l'ensemble des acteurs du milieu de travail. L'acteur découvre son pouvoir dans son activité avec les autres, de par l'action conjointe sur les objets du monde réel (Caroly, Simonet, Vézina, à paraître). Nous verrons dans la partie résultat (Partie V, chapitre 3) que l'intervenant agit sur les trois angles de ce triptyque afin d'impliquer les acteurs à participer au déploiement de la démarche ORSOSA.

2.3. L'instauration de démarches participatives : Impulser la mise en débat sur l'activité

La majorité des interventions ergonomiques⁶² sont participatives. Ces interventions visent à rassembler dans un même groupe, plusieurs acteurs ayant des niveaux hiérarchiques différents, ne travaillant pas forcément ensemble : « *c'est la première, voire la seule occasion pour différents acteurs de l'entreprise de se rencontrer, de se parler* » (Teiger, 2007). En effet, elles permettent aux acteurs d'une organisation « *de pouvoir dire* », « *de pouvoir être entendu* », « *de pouvoir être reconnu* », « *de pouvoir se reconnaître* » et enfin de « *de pouvoir influencer et de pouvoir agir sur son environnement* » (Pierre et Jouvenot, 2010). Par conséquent, la démarche participative serait considérée comme un « *espace de négociation entre des personnes aux savoirs, positions stratégiques et professionnels différentes* » (Petit et Dugué, 2013, p.213). Un statut particulier est alors donné à la parole considérée comme un acte plutôt qu'une suite de mots (Dejours, 1993). « *Le langage manifeste une énonciation singulière (je) ou collective (nous, on), pose les acteurs les uns par rapport aux autres (eux, les autres)* » (Grosjean et Lacoste, 1999, p.208). Les acteurs vont échanger des informations contextuelles (Rognin, Salembier et Zouinar, 2000 ; Salembier et Zouinar, 2004), permettant « *aux connaissances cachées d'être explicitées* » (Daniellou, 1998) et partagées.

Dans de nombreuses organisations, il existe un cloisonnement des différentes logiques professionnelles (dû à des modèles étiologiques différents entre acteurs, au peu de retour d'expérience, à des difficultés dans le pilotage de projets,...). Cette rupture est notamment due à une absence de lieu de débat sur l'activité (du point de vue des perturbations, des aléas, des variabilités, des conflits de buts, du collectif de travail...) (Caroly, 2010). Les démarches participatives permettent de créer des espaces de débats (Clot, 2010) dans lesquels les différents acteurs peuvent s'exprimer sur les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien mais aussi sur les transformations attendues.

⁶² Mais aussi le cadre législatif notamment avec l'instauration de la loi Auroux (le 4 août 1982) permettant la participation directe des salariés dans les entreprises : « *les salariés bénéficient d'un droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail. Cette expression a pour objet de définir les actions à mettre en oeuvre pour améliorer leurs conditions de travail, l'organisation de l'activité et la qualité de la production dans l'unité de travail à laquelle ils appartiennent et dans l'entreprise...* ».

Detchessahar (2001) utilise le terme d'espace de discussion⁶³ qu'il définit comme « *un espace, à la géographie variable, de construction d'une perspective commune, d'un point de vue partagé entre acteurs différents qui servira pour un temps de base d'inférence et d'actions, de point d'appui à l'action collective* » (p.40). Ces espaces étant perçus comme un « *lieu protégé où les sujets peuvent exercer leur réflexivité et redéployer leur emprise et leur pouvoir d'agir sur les situations de travail, ce qui rend possible une communication et une gestion personnalisée et contribue à maintenir le bien-être et la santé au travail* » (Richard, 2012, p.141).

Selon Detchessahar, ces espaces de discussion répondent à plusieurs caractéristiques (2001, p.40).

- Ils sont **ouverts** : ces frontières ne sont pas strictement délimitées, des partenaires extérieurs à l'organisation peuvent en faire partie.
- Ils sont **structurés** : ils nécessitent des règles de fonctionnement.
- Ils sont **décentralisés** : ils sont construits « *au plus près du réel de travail... des enjeux de l'activité qui se déploie sur le terrain* ».
- Ils sont **différenciés** : bien que les participants soient sur des trajectoires diverses, ces espaces instaurent des lieux de confiance mutuelle.
- Ils **permettent la construction collective et des solutions productives** : ces lieux impliquent un « *savoir-faire ensemble* », le déploiement « *d'une intelligence collective* ».

Dans notre recherche, nous utilisons le terme d'espace de débat. Les termes d'espace de discussion, de débat, d'échange, de négociation sont souvent utilisés indifféremment. Caroly l'a d'ailleurs souligné lors du dernier fil rouge de la SELF (La Rochelle, 2014). Selon nous, la particularité principale des espaces de débat comparativement aux espaces de discussion, est qu'ils se centrent sur le travail réel de ces participants. Ces espaces visent la transformation à la fois des situations problématiques mais aussi à rendre les participants, acteurs de leur milieu de travail.

⁶³ Il existe deux niveaux d'espaces de discussion (Detchessahar, 2001,p.87) :

-la « conversation opérationnelle » : animée par l'encadrement de proximité, elle vise à mettre en débat avec l'équipe, l'exécution des tâches quotidiennes ainsi que les difficultés et contraintes qui en résultent. Ces espaces permettent de mettre en exergue le vécu associé aux situations de travail, ce qui est perçu par les salariés comme des contraintes mais aussi les ressources.

-la « conversation stratégique » : tout ce qui ne peut être résolu au niveau de l'équipe sera remonté à la direction et ou à ceux dont dépend la mise en place des solutions recherchées : elle vise à favoriser la mise en débat entre le manager de proximité et sa ligne managériale.

Les démarches participatives, notamment en introduisant des espaces de débat permettent de développer : les représentations de chacun des acteurs en présence, leurs connaissances sur l'activité réelle, mais aussi leurs compétences. Nous allons détailler chacun de ces points dans les sous-parties suivantes.

2.3.1. Développer les « représentations pour l'action » des acteurs

Les démarches participatives permettent aux acteurs de découvrir, de transformer leurs représentations sur le travail (Weill-Fassina, Rabardel, et Dubois, 1993) et d'avoir une connaissance partagée du travail réel. Les représentations font l'objet de multiples recherches depuis plusieurs années en sciences humaines et sociales. Il est important de les prendre en considération car elles auraient « *une visée pratique d'organisation, de maîtrise de l'environnement (matériel, social) et d'orientation des conduites et des communications* (entre des personnes d'une même communauté). Enfin, elles concourent à l'établissement d'une vision de la réalité commune à un ensemble social (groupe, classe) ou culturel donné » (Jodelet, 1991, p.668). En situation de travail, les valeurs qui fondent les cultures de métier modèlent les représentations des acteurs (Villeneuve, 1998). Ceci explique notamment comment certains acteurs se positionnent vis-à-vis d'une démarche ou encore d'un autre acteur. C'est alors qu'il semble pertinent de rappeler que le risque (et donc les risques professionnels) est une représentation sociale dépendante de catégories sociales liées à une période et une histoire précise : « *le risque se traduit par une série de craintes plus ou moins partagées à l'intérieur d'une collectivité sociale* » (Le Breton, 2012, p.31). Ainsi, le risque est socialement construit. Il dépend de la perception (Kouabenan, Cadet, Hermand et Muñoz Sartre, 2007) et de la signification que ce dernier a pour les acteurs d'un même milieu social. Les acteurs de différents mondes sociaux ont des valeurs différentes, des logiques spécifiques vis-à-vis des risques professionnels (Cru, 1995), ce qui entraîne des manières différentes de s'en protéger.

Dans ce travail, nous nous intéressons aux « représentations pour l'action ». Weill-Fassina, Rabardel et Dubois (1993), les abordent « *comme des réseaux de croyances, de connaissances, de savoirs, de savoirs faire et de sensations éprouvées, construites, sélectionnées au cours de l'histoire du sujet, à partir de l'expérience, de l'intention et des besoins de l'action. Elles assurent en retour, le guidage et l'organisation de l'action en vue de l'adaptation de la conduite à son but* » (p.317). Selon Teiger (2003a) elles seraient « *des constructions subjectives, faites d'éléments divers* » (savoirs, connaissances), permettant une « *mobilisation orientée de l'ensemble de l'organisme,*

marquée par la totalité de l'histoire du sujet et en particulier par les concepts de descriptions socialement disponibles » (Daniellou, 1992, p.58). Ainsi, les représentations sont considérées comme un processus (Cru, 1988), dépendantes de l'état à un instant T d'un acteur, pouvant être modifiées par des évolutions de l'environnement, des interactions (Weill-Fassina, Rabardel et Dubois, 1993). Il convient alors pour l'intervenant de chercher à modifier les représentations des professionnels lorsque celles-ci sont éloignées du travail réel. En effet, modifier ses représentations permet une *« ouverture du plan cognitif qui change le rapport au travail »*, (Teiger, 1993a), *« transforme les sujets »* (Daniellou, 1992, p.57), change ce que les acteurs considèrent comme possible (Teiger et Montreuil, 1995 ; Daniellou, 2001) et influence alors leur action (Carballeda, Béguin, Garrigou et Jackson, 1997).

Dans cette recherche, nous nous intéressons particulièrement aux changements de représentations des acteurs au cours de la démarche ORSOSA (vis-à-vis de la démarche, d'autres acteurs, des liens travail/ santé...). Cette analyse permet de comprendre comment les acteurs se saisissent de la démarche ORSOSA et développent leur activité individuelle et collective. Chaque acteur possède des représentations particulières (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen, 1991) qu'il convient de transformer afin d'aboutir à une représentation commune du travail (De Terssac et Lompré, 1994) et des risques professionnels associés. Ces transformations amènent dans un second temps les acteurs à développer leurs connaissances sur l'activité réelle au sein d'un service de soins par exemple.

2.3.2. Développer les connaissances des acteurs sur l'activité réelle

Selon Dugué, Petit, Daniellou (2010), les démarches participatives permettent d'acquérir *« une connaissance la plus précise possible du travail réel, de la façon dont les personnes sont sollicitées dans le cours de leur activité de travail, et des formes de coûts que cela représente pour elles »* (p.4). Une étude de Caroly, Cholez et Landry (2012) sur les médecins du travail montre que ce type de démarche leur a permis de débattre collectivement de leur activité individuelle. Cette mise en débat, a donné de nouvelles ressources aux médecins du travail permettant de prendre conscience des diverses pratiques d'intervention. Ainsi, ces espaces permettent de co-construire du sens au travail, de fixer de nouvelles directions à suivre, d'avoir un soutien collectif entre pairs, de mettre en exergue les différentes injonctions de l'entreprise. Ils permettent un dialogue profond sur l'activité réelle telle qu'elle est vécue par les acteurs (Pauchant, Morin, Gagnon, Cauchon et Roy, 2004 ; Arnaud, 2011). L'individu peut ainsi *« parler de son vécu subjectif de l'expérience de travail, de ses*

sentiments positifs ou négatifs et être accueilli avec respect et ouverture » par le groupe (Richard, 2012, p.158). Les démarches participatives permettent une libération de la parole des acteurs afin de permettre au travail d'être « objet de pensée » (Clot, 2008). Chaque participant découvre ainsi qu'il existe différents points de vue qui ne considèrent pas la situation de travail sous le même angle. La mise en place de ces démarches permet la restauration d'un « espace-temps » pour « prendre soin du travail ». Les acteurs procèdent alors « à des arbitrages », des « conflits » (Haradji, Valléry, Haué et Valentin, 2006) afin d'aboutir à des « accords locaux » visant à réaliser la tâche confiée (Detschessar, 2001). Ils favorisent l'activité collective en développant la créativité et en actant les prises d'initiative (Richard, 2012). C'est ainsi que des débats relatifs au « *travail bien fait* », « *à la norme* » apparaissent entre les différentes logiques professionnelles (Grosjean et Lacoste, 1999 ; Béguin, 2005 ; Daniellou, 2006).

Ainsi, réunir différents acteurs d'une organisation afin de débattre de leur activité, permet de développer leurs connaissances sur l'activité réelle de chacun. Les acteurs peuvent alors découvrir de nouvelles ressources liées à l'activité d'autrui.

2.3.3. Aider au développement des compétences des acteurs

Le concept de compétence est polysémique : les termes de savoir-faire⁶⁴, d'expertise⁶⁵, de capacité⁶⁶ ou d'habileté⁶⁷ sont souvent utilisés sans distinction. Dans ce travail, nous considérons que les compétences « *se constituent, se développent, se figent, se dégradent, s'allient à d'autres compétences quelles transforment et qui les transforment* » (Leplat, 2000, p.70). En effet, comme le souligne Le Boterf (2010) agir avec compétence suppose de « *combiner et mobiliser non seulement ses propres ressources (connaissances, savoirs faire, qualités, culture, expérience...) mais également des ressources de son environnement : réseaux professionnels, réseaux documentaires, banque de données, manuel de procédures...* » (p.69). L'intervenant a donc l'objectif de mettre en exergue les conditions de l'organisation permettant aux acteurs de développer leurs compétences. Plusieurs recherches en didactique professionnelle illustrent le rôle que joue un intervenant sur le

⁶⁴ Connaissances permettant de réaliser une tâche

⁶⁵ « *Sorte de connaissances opératives* » caractérisées par « *sa générativité ou aptitude à agir dans des situations nouvelles et sur sa puissance ou capacité à résoudre des problèmes* » (Johnson et al., 1987 cité par Amalberti, De Montmollin et Theureau, 1991). L'expertise est une sorte de connaissance qui est utilisée pour exécuter une tâche.

⁶⁶ Pour Piéron (1962 dans Amalberti, De Montmollin et Theureau, 1991) « *la potentialité actuelle conditionnant une réussite que l'on peut apprécier et mesurer directement* ».

⁶⁷ « *Comportements flexibles s'adaptant à des buts changeants* » Brainbridge et Quintanilla (1989 dans Amalberti, De Montmollin et Theureau, 1991).

développement des compétences des acteurs. Aider les acteurs à développer leurs compétences durant une intervention est un enjeu important pour l'intervenant. En effet, plus les acteurs de l'entreprise ont des compétences, plus l'intervenant bénéficie de ressources afin de déployer la démarche et s'assurer de sa pérennité en son absence. Il convient « *de continuer à faire vivre l'apport des ergonomes (ou d'autres intervenants de formations différentes) après la fin de l'intervention en transmettant un certain nombre de savoirs qui vont être 'mis à l'épreuve' dans les structures existantes ou celles mise en place pour l'intervention : groupes de pilotage, groupes de travail, groupes de suivi, CHSCT...* » (Dugué, Petit et Daniellou, 2010, p.4).

Pour cela, l'intervenant tente de développer les compétences collectives des acteurs. La compétence collective n'est pas la somme des compétences individuelles et nécessite une action commune entre les acteurs face à la complexité des problèmes à résoudre (Le Boterf, 2000 ; Leplat, 2000). Selon Dubois et Retour (1999) elle se traduit par « *la capacité d'un collectif d'individus au travail à inventer en permanence son organisation bien au-delà de la seule déclinaison d'un schéma d'ensemble formalisé par des règles organisationnelles* ». L'intervenant peut, afin d'accomplir cet objectif, utiliser différents outils.

2.4. L'intervenant utilise des outils : le cas d'objets intermédiaires

Les objets intermédiaires « *circulent, orientent, contraignent, ou sont mis à l'épreuve, critiqués, corrigés, complétés, bref ils constituent au minimum un support, quand ce n'est pas un partenaire, au travail collectif des acteurs engagés dans le processus* » (Boujut et Jeantet, 1998). C'est ainsi qu'ils sont éphémères car transitoires (ils se développent avec le processus). Les objets intermédiaires sont de deux types :

- ils sont *primaires*, telle une technologie, une démarche sur laquelle l'intervenant ou les acteurs veulent agir,
- ils sont *secondaires* et prennent la forme de documents de tous types (documents officiels, méthodes, prototypes...).

Dans le cadre de notre recherche, nous nous intéresserons à ces deux types d'objets intermédiaires. La démarche ORSOSA, pour les acteurs internes des établissements de soins est un objet intermédiaire primaire. Les différents documents (compte-rendu, mails, diaporamas... envoyés par l'intervenant et retravaillés par les acteurs) sont des objets intermédiaires secondaires.

Ces objets intermédiaires permettent aux acteurs d'interagir entre eux : « *Ils tentent de rendre compte du fait que le développement d'une trajectoire suppose l'interaction d'acteurs provenant de mondes sociaux différents, qui doivent partager une certaine compréhension commune* » (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004, p.12). Ces objets sont des médiateurs, jouant un rôle de tissage quotidien des liens sociaux (Jeantet, Tiger, Vinck et Tichkiewitch, 1996 ; Star et Griesmer, 1989 ; Haradji, Valléry, Haué et Valentin, 2006) : « *Ces objets sont comme des symboles qui agissent au cœur de l'interaction, la façonne et la cadre* » (Ibid). Selon Vinck (2009) « *l'identification et le suivi des objets intermédiaires aideraient alors à cartographier et à qualifier les relations entre acteurs et à documenter leurs pratiques dans cet univers de production de connaissances scientifiques* » (p.55). C'est alors que l'objet intermédiaire représente « *ceux qui les ont conçus. Il matérialise leurs intentions, leurs habitudes de travail ou de pensée, leurs rapports et leurs interactions, leurs perspectives et les compromis qu'ils ont établis* » (Vinck, 2009, p.56). Ils sont d'autant plus importants à prendre en compte car « *ils apportent quelque chose à l'action, parce qu'ils la prolongent ou qu'ils la transforment* » (Ibid, p.54).

Résumé du second chapitre

Ce chapitre traite de la façon dont un intervenant peut influencer l'implication d'acteurs lors d'une démarche préventive. Nous avons montré que son rôle et son statut le place dans une posture stratégique et centrale afin de construire le sens porté à la démarche préventive qu'il met en œuvre avec la participation des acteurs de l'organisation.

Pour cela, il peut utiliser plusieurs stratégies, visant à développer les capacités des acteurs, leurs dispositions et leur façon de coopérer. Ces stratégies sont en lien avec le contexte de l'entreprise (aide à la mise en visibilité des ressources de l'entreprise, recherche d'acteurs relais), le fait d'aider les acteurs à se positionner en capacité d'agir (développement du pouvoir penser, débattre et agir des acteurs), l'usage de démarches participatives (permettant aux acteurs de l'entreprise le développement de leurs représentations pour l'action, de leurs connaissances et compétences) et l'utilisation d'objets intermédiaires (afin de travailler collectivement avec les acteurs de l'entreprise).

Indépendamment de l'influence de l'intervenant sur le processus de mobilisation des acteurs, nous cherchons à comprendre pourquoi un acteur s'implique dans le déploiement d'une démarche préventive. Qu'est ce qui permet aux acteurs d'une même entreprise de construire socialement le déploiement d'une démarche préventive ? Le chapitre 3 apporte des éléments d'explication en lien avec l'activité individuelle et collective des acteurs.

Chapitre 3. Caractériser le processus de mobilisation des acteurs durant une intervention en prévention des risques professionnels

Le chapitre précédent cherchait à comprendre quel était le rôle d'un tiers intervenant lors de l'implantation d'une démarche préventive dans une organisation afin d'initier la mobilisation des acteurs en présence.

Le chapitre 3 s'intéresse tout particulièrement à caractériser le processus de mobilisation des acteurs durant une intervention en prévention des risques professionnels. En effet, la prévention des risques professionnels suppose la mobilisation d'acteurs singuliers selon des formes adaptées non définissables par avance, dans des contextes spécifiques (culturels, sociaux, économiques...) (Coutarel et al., 2009). L'individu a donc un rôle actif durant le déploiement d'une telle démarche.

Afin d'illustrer nos propos, ce chapitre se divise en deux parties.

La première partie cherche à comprendre comment les acteurs créent du sens entre leur activité individuelle et le déploiement d'une démarche préventive. En effet, comprendre les déterminants de l'activité d'un acteur permettrait d'appréhender ce qui lui permet de s'impliquer lors du déploiement d'une démarche préventive. Nous partirons de la définition du concept d'activité individuelle (1.1) pour comprendre la façon dont l'individu est acteur en situation de travail (1.2) agissant en fonction de ses motifs, de ses buts et des moyens dont il dispose. Ainsi, l'individu cherche à élaborer des « stratégies d'acteurs » visant à rendre son environnement de travail capacitant afin de développer ses capacités. Cependant, l'activité n'est pas seulement une simple composante individuelle, elle est aussi collective.

La seconde partie, s'intéresse alors aux ingrédients favorisant l'activité collective lors de l'instauration d'une démarche préventive. Nous commencerons par montrer que l'activité collective est une combinaison entre le travail collectif et le collectif de travail (2.1). Cette dernière contribue au développement des compétences des acteurs, au bon fonctionnement du collectif de travail, à préserver la santé des salariés, mais aussi à mobiliser ces derniers vis-à-vis d'un objet commun.

Intéressés par le processus de mobilisation, nous conclurons cette partie par une revue de littérature sur la notion de mobilisation. Nous montrerons que différentes disciplines en sciences sociales s'y sont intéressés (2.2).

1. Les individus ont besoin de créer du sens entre leur activité individuelle et le déploiement d'une démarche préventive

1.1. Définition du concept d'activité individuelle

Les définitions du concept d'activité⁶⁸ ne couvrent pas les mêmes réalités d'un auteur ou d'un courant de pensée à l'autre : « *le concept d'activité porte avec lui des questions philosophiques considérables, couvrant des champs aussi bien épistémologiques que pratiques, aussi bien historiques qu'éthiques* » (Schwartz, 2007a, p.131). Il est de plus à considérer que l'activité est toujours plus riche, plus compliquée que ce qu'en décrivent les questionnaires passant à côté « *des savoirs faire, d'intelligence rusée ou de métis* » (Détienne et Vernant, 1974).

En ergonomie, l'activité est définie comme « *l'ensemble des phénomènes (physiologiques, psychologiques, psychiques...) qui caractérisent l'être vivant accomplissant des actes. Ceux-ci résultent d'un mouvement d'ensemble de l'homme (le corps, la pensée, les désirs, les représentations, l'histoire) adapté à cet objectif* » (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen, 2006, p.36)⁶⁹. Selon Clot, Faïta, Fernandez et Scheller (2000a), le réel de l'activité est non seulement « *ce qui est réalisée* » mais aussi « *ce qui ne se fait pas, ce que l'on cherche à faire sans y parvenir- le drame, des échecs- ce que l'on aurait voulu ou pu faire, ce que l'on pense pouvoir faire ailleurs* » (Ibid, p.2) et comprendrait ainsi plusieurs niveaux : la tâche prescrite pour l'agent ; la tâche redéfinie et la tâche réalisée ou effective (Leplat, 1997). L'activité ne se limite pas à la bonne application d'un mode opératoire mais consiste à faire face à des aléas, des incidents, des dysfonctionnements (Rabardel et Pastré, 2005).

⁶⁸ Deux notions sont principalement à différencier de l'activité :

-La tâche est ce qu'il y a à faire, le prescrit (Leplat et Hoc, 1983) ;

-Le travail, est envisagé comme l'unité de travail, des conditions réelles et des résultats effectifs de cette activité (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen, 2006). Selon Teiger (1993a) « *le travail est une activité finalisée, réalisée de façon individuelle ou collective par un homme ou une femme donné, dans une temporalité donnée, située dans un contexte particulier qui fixe les contraintes de la situation* » (p.79).

⁶⁹ L'activité correspond à la mise en œuvre d'un ensemble de modalités et de processus (physiques, cognitifs, psychiques, sociaux, organisationnels...) qui engendrent le comportement effectif (ANACT, 2001).

Afin d'analyser les différentes dimensions de l'activité, plusieurs modèles en ergonomie et en psychologie du travail existent. Trois d'entre eux nous paraissent particulièrement pertinents afin d'appréhender les différentes facettes de ce concept. Tout d'abord, l'un des plus anciens « le modèle Homme, Tâche, Activité » (Leplat et Cuny, 1974) permettant d'appréhender l'inter-relation entre les déterminants organisationnels et humains et leurs effets sur l'activité. Le second (Vézina, 2001), empreint de ce premier modèle y ajoute les notions de marges de manœuvre et de régulations. L'individu compose entre autres son activité en fonction des conditions et moyens offerts par l'entreprise. Enfin, le dernier modèle (Clot, 1999), considère l'activité comme un triptyque et insiste sur sa fonction collective.

Le modèle « Homme, Tâche, Activité » (Leplat et Cuny, 1974 puis retravaillé par Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen, 1986 ; 1991) suppose que l'activité est en interaction avec plusieurs dimensions (cf. figure 9) : les caractéristiques de l'opérateur (1), les caractéristiques de la tâche (2), les effets du travail sur la santé des opérateurs (3) et la performance de l'entreprise (4).

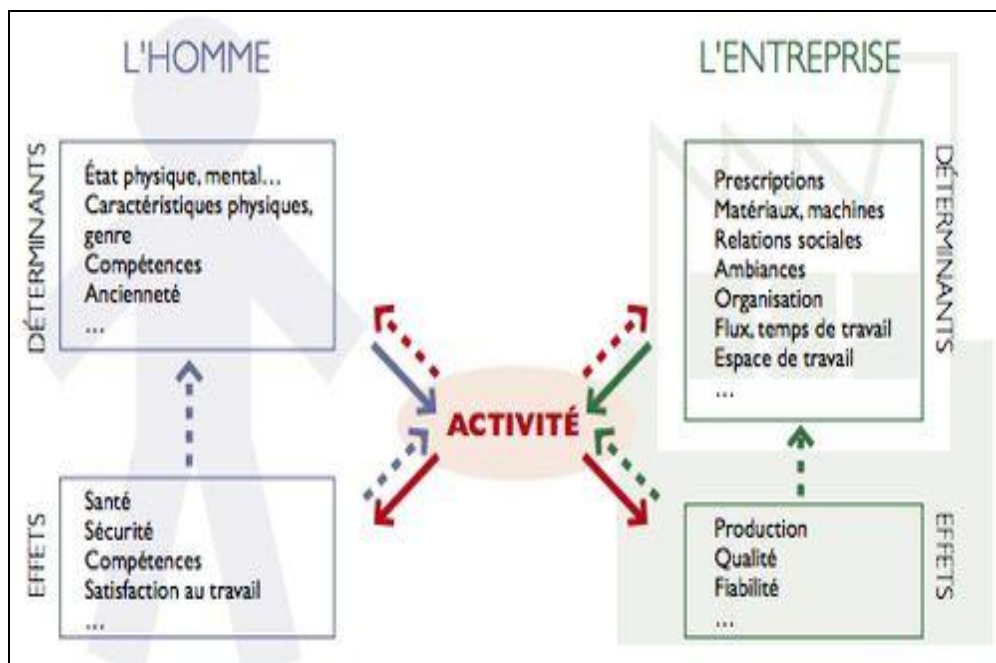


Figure 9. Le modèle Homme, Tâche, Activité

Selon ce modèle, l'activité dépend à la fois de déterminants humains (caractéristiques de l'opérateur) et organisationnels (liées aux conditions de travail) ayant des répercussions sur la santé des opérateurs et le système. Cependant, les effets des déterminants humains et organisationnels sur les opérateurs et le système influent à leur tour la façon de réaliser l'activité, ce qui dans un second

temps modifie aussi les déterminants humains et organisationnels. Chacune de ces dimensions est donc inter-reliée (représentées par des flèches de couleur).

Le second modèle (Vézina, 2001), inspiré du premier, ajoute la notion de marges de manœuvre et de régulation au concept d'activité (cf. figure 10). Ce modèle se centre sur l'individu en activité (prenant en compte ses composantes physiques, mentales et sociales) en situation de travail. Les conséquences de l'activité d'un individu seraient doubles : à la fois sur sa propre santé (en termes de bien-être physique et mental) mais aussi sur la productivité de l'entreprise (en termes de quantité et de qualité). Les « conditions et moyens offerts par l'entreprise » (aménagement des postes, outils à disposition, répartition du travail...), les « exigences de la production » et les « attentes des différents interlocuteurs » (tels que des collègues par exemple) déterminent l'activité mais aussi l'état de l'individu. *« Ces déterminants vont peser plus ou moins lourdement sur la personne en conditionnant l'importance de la marge de manœuvre dont elle disposera pour réguler son activité »* (p.47).

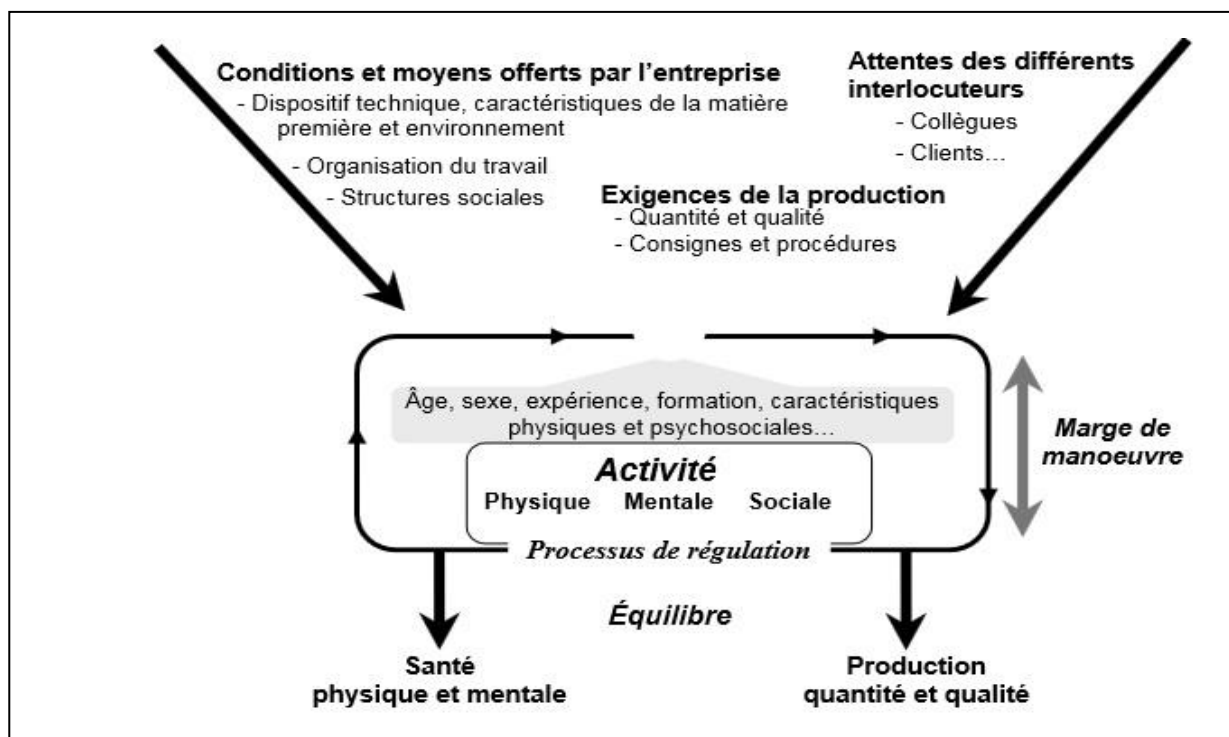


Figure 10. Le modèle de l'activité (Vézina, 2001)

Selon ce modèle, l'individu doit s'adapter et s'ajuster continuellement au système dans son ensemble. Pour cela, il développe différentes stratégies permettant de tenir compte de la variabilité des conditions de travail et de sa propre variabilité afin de maintenir l'équilibre entre sa santé et les

objectifs de productivité attendues par l'entreprise.

Le troisième modèle qui nous intéresse particulièrement provient de la clinique de l'activité (Clot, 1999). L'activité serait au centre d'une triangulation entre « le Sujet », « l'Objet » et « Autrui » (cf. figure 11). Ces trois éléments ne peuvent « *ni s'exclure l'un l'autre, ni se substituer ni se juxtaposer l'un à l'autre. Ils doivent se combiner organiquement sur la base d'une méthodologie qui parte des discordances dans l'activité réelle, afin de ne pas sacrifier ses possibilités de développement* » (Clot, 1999, p.106). De façon synthétique le pôle « Sujet » correspondrait à la façon dont un individu préserve sa santé, sa sécurité, le pôle « Autrui » ferait référence aux relations entre les collègues, la hiérarchie, l'entourage social au travail. Enfin, le pôle « Objet » correspondrait à ce sur quoi porte l'activité (aux outils de travail, aux règles et procédure de travail, aux missions et objectifs de l'entreprise...).

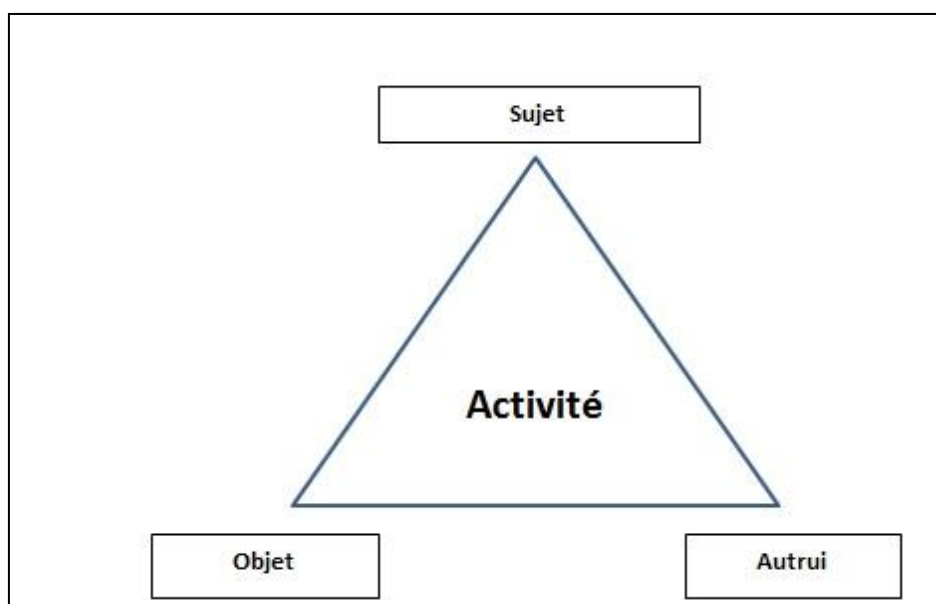


Figure 11. Le modèle de l'activité dirigée (Clot, 1999)

Selon ce modèle « *l'activité du sujet est tournée non seulement vers son objet (ce sur quoi porte l'activité) mais simultanément vers l'activité d'autrui portant sur cet objet (...). Tirillé entre plusieurs injonctions qui la convoquent l'activité du sujet ne cesse de s'adresser aux autres et de compter avec leurs histoires, soit pour les réfuter, soit pour les hiérarchiser, mais toujours en polémique entre elles. L'intention naît du débat entre ces valeurs comme une tentative pour s'affranchir de leurs contradictions. Elle se forme dans l'effort pour surmonter les conflits provoqués dans l'activité du sujet par l'échange social et en porte la trace* » (Clot, 1995, p.163-164).

Ces trois modèles nous permettent de recenser plusieurs dimensions à prendre en considération afin d'étudier l'activité individuelle et collective d'un acteur. Comprendre comment se construit et se développe l'activité permet entre autres de comprendre comment et pourquoi les acteurs se mobilisent lors d'une démarche préventive par exemple. Les chapitres 4 et 5 de nos résultats (cf. partie V) s'intéressent particulièrement aux liens entretenus entre activité et mobilisation. Cependant, comme nous venons de le montrer l'activité n'est pas statique et se développe constamment. Il convient dans la sous partie suivante d'identifier plus en détail comment l'acteur développe son activité au quotidien.

1.2. Les individus sont acteurs de leur milieu de travail

Selon Canguilhem (1966), l'activité serait le contraire de l'inertie et plus précisément « *une lutte contre l'inertie* » (cité par Schwartz, 2007, p.131). L'activité serait ainsi dynamique. L'individu de par son activité cherche à en influencer l'issue « *à être pour quelque chose dans les règles qui prévaudront dans les faits à re-normaliser le milieu* » (Canguilhem, 1966 cité par Daniellou, 2006, p.7). L'activité n'est donc pas neutre : elle « *engage et transforme en retour celui (celle) qui l'accomplit* » (Teiger, 1993, p.19). L'opérateur est acteur en situation de travail et son action dépend du système dans son ensemble que l'opérateur essaie de développer⁷⁰ (Rabardel et Pastré, 2005). Selon Béguin (2007), l'activité de travail met l'accent « *sur la personne comme un agent intelligent (un acteur humain plutôt qu'un facteur humain), qui possède certaines habiletés et partage des pratiques professionnelles développées durant son expérience avec autrui, qui a la capacité de contrôler (réguler et coordonner) et de construire sa conduite afin d'atteindre un but* » (p.108).

Les sous-parties suivantes appréhendent comment l'acteur influence son activité. Nous verrons comment s'oriente l'activité d'un acteur (1.2.1), les « stratégies d'acteur » qu'il peut mettre en œuvre (1.2.2) afin d'atteindre ses propres objectifs et enfin comment il contribue à transformer un contexte en environnement capacitant (1.2.3).

⁷⁰ Le système étant composé d'un ensemble de contraintes.

1.2.1. L'activité est orientée par l'individu en fonction de ses motifs, de ses buts et des moyens dont il dispose

L'activité trouve ses mobiles et certains de ses buts dans l'ensemble de l'histoire de la personne, dans des dimensions professionnelles et non professionnelles (Daniellou, 2006). Les intentions et les buts d'un individu permettent d'orienter la direction de l'activité. Leontiev⁷¹ (1976), inspiré par les travaux de Vygotski (1934/1985) dans « la théorie de l'activité » en prenant l'exemple de la chasse primitive⁷², définit l'activité par « *des processus qui sont psychologiquement caractérisés par le fait que ce vers quoi ils tendent dans leur ensemble (leur objet) coïncide toujours avec l'élément objectif qui incite le sujet à une activité donnée, c'est-à-dire avec le motif* » (p.288). Leontiev considère l'activité comme un système, un ensemble de rapport en tension qui médiatise les relations des hommes avec le monde qui l'entoure.

Selon Leontiev, l'activité serait tripolaire et constituée :

- **d'activités** : soit des motifs, des mobiles de l'individu dans le but de réaliser une action. Il n'y aurait pas d'activité sans motif. Un même motif peut donner lieu à une multiplicité d'actions. Afin de réaliser des activités il convient que « *les motifs et les buts de l'individu coïncident* » (Leontiev, 1975/1976, p. 297).
- **d'actions** : soit les buts conscients visant un objet immédiat. Une fois atteint, les buts vont influencer les motifs (l'activité est un processus de transformations). Les activités les englobent au sein de contextes spécifiques pour répondre à des motifs plus vastes. Les actions s'effectuent par des opérations. Une action peut servir plusieurs activités. « *Pour que surgisse une action, il est nécessaire que son objet (son but immédiat) soit conscientisé dans son rapport au motif de l'activité dans laquelle est insérée cette action.* » (Leontiev, 1976, p.293).
- **d'opérations** : soit des conditions, des moyens de réaliser une activité. Elles correspondent à des actions dont la production a été « *automatisée à force de réalisations successives* » : soit des modes opératoires.

⁷² L'exemple de la chasse primitive: « *les motifs de l'activité consistent à se nourrir et à se vêtir, le but de l'action du rabatteur consiste à traquer le gibier et à le rabattre vers des chasseurs chargés de le capturer. Dans un cas comme dans l'autre les dimensions sociales et collectives sont présentes. L'activité renvoie à des ressorts sociaux, des valeurs partagées, à l'histoire ou la tradition d'un groupe social, etc. L'action, qui répond à un but précis, peut se réaliser de façon individuelle, collective ou partagée (division sociale du travail). Mais pour être comprise, pour en saisir le sens, il faut pouvoir relier l'action à l'activité des autres et aux motifs qui la suscitent. Ainsi, on ne comprend pas l'action du rabatteur si elle n'est pas mise en relation avec celle des chasseurs. On peut même considérer l'action d'effrayer le gibier comme contraire au but recherché de capturer la proie* » (Amigues, 2003, p.8).

Ce rapport dynamique entre « les activités », « les actions » et « les opérations » permet de comprendre comment se transforme et se développe l'activité individuelle⁷³: *« l'activité peut perdre le motif qui l'a fait naître et se transformer alors en une action réalisant peut être un tout autre rapport au monde, une autre activité; à l'inverse, l'action, peut acquérir une force motivante autonome et devenir une activité particulière; enfin l'action peut se transformer en moyens d'atteindre un but, en opération capable de réaliser certaines actions »*. (Leontiev, 1975/1979, p.121). Selon Clot (2008) *« les mobiles initiaux de ce dernier (de l'individu) sont transformés par de nouveaux à travers la création d'opérations nouvelles pour atteindre les buts »* (p.128).

Les travaux de Leontiev nous intéressent particulièrement dans cette recherche puisqu'ils permettent de mieux comprendre comment se développe l'activité individuelle d'un acteur. Il semble nécessaire afin d'analyser l'activité d'un acteur de prendre en compte « ses motifs », « ses buts » et « les moyens dont il dispose ».

1.2.2. L'individu a des objectifs qui lui sont propres : stratégies d'acteurs et enjeux identitaires

La sociologie des organisations s'intéresse à la notion « de stratégies d'acteurs » afin de comprendre comment l'acteur s'investit dans son activité. Une multitude de significations est attachée à la notion d'acteur en sciences sociales. Selon le dictionnaire le Robert (2014).: *« un acteur est une personne qui prend une part active, joue un rôle important »*⁷⁴. L'acteur est celui qui agit, qui change son environnement matériel et social *« en transformant la division du travail, les modes de décision, les rapports de domination et les orientations culturelles »* (Farro, 2000). L'acteur agit à l'intérieur d'un système (ici le milieu de travail, empreint de contraintes, de possibilités) qu'il contribue à construire mais qui dans le même temps l'influence.

Dans cette recherche, nous entendons par « acteur » chaque personne participant de près ou de loin à la démarche ORSOSA. L'idée sous-jacente étant que chaque personne peut à un moment donné s'engager, être à l'initiative de propositions vis-à-vis de la démarche mise en place. Nous considérons comme acteur, un individu présent aux réunions organisées par l'intervenant afin de

⁷³ C'est ainsi que Clot (1995) s'est inspiré des travaux de Leontiev afin de créer le concept « de pouvoir d'agir » (cf. Partie 2, chapitre 2, 2, 2.).

déployer la démarche ORSOSA. Un individu qui reconnaît l'ampleur d'une problématique rencontrée dans son milieu de travail, qui est prêt à y faire face et à chercher des moyens (quels qu'ils soient) pour y pallier est considéré comme un acteur. Selon Contandriopoulos, Champagne, Denis et Avargues (2000a), « *les acteurs sont caractérisés par leurs projets, leurs conceptions du monde et leurs convictions, les ressources qu'ils ont ou qu'ils contrôlent et leurs dispositions à agir. Ils interagissent dans un jeu permanent de coopération et de concurrence, pour accroître leur contrôle sur les ressources critiques du système d'action* » (p.522).

La démarche ORSOSA mobilise plusieurs acteurs au sein d'un même établissement d'horizons et de niveaux hiérarchiques différents. Leur implication dans cette démarche peut donc varier. La « théorie des jeux d'acteurs » de Crozier et Friedberg (1977) montre les formes dynamiques des interactions entre les acteurs dans une organisation. Selon cette théorie, bien que toute organisation soit soumise à des incertitudes (en termes économiques, organisationnelles, socioculturelles, technologiques), certains acteurs seraient capables de maîtriser, réduire certaines d'entre elles. Il existe différentes façons de maîtriser ces zones d'incertitude au sein des organisations : contrôler des ressources matérielles et financières ; avoir des savoir-faire et compétences particulières ; gérer la production d'informations et leurs diffusions ; avoir la possibilité de créer, modifier, interpréter et faire appliquer des règles de fonctionnement ; avoir la capacité de déplacer, muter, changer de poste d'autres acteurs (Bobillier-Chaumon et Sarnin, 2012). Ainsi, les acteurs mettent en œuvre des stratégies afin d'atteindre « *des objectifs propres* » (Soparnot, 2005, p.77). Mettre en parallèle cette approche avec la théorie des motifs de Leontiev (cf. Partie II, chapitre 3, 1.2.1) nous paraît alors pertinent. Chaque stratégie est rationnelle dans la logique des acteurs. Ces derniers cherchent à améliorer leur capacité d'actions, s'aménager des marges de liberté parfois au détriment de celles des autres. Crozier et Friedberg (1977) suggèrent d'analyser les stratégies des acteurs en termes de contraintes et d'opportunités afin de dégager : les caractéristiques et les projets des acteurs ; les enjeux tels qu'ils les perçoivent ; les ressources et les handicaps dont ils disposent ; les relations entretenues avec d'autres (Bobillier-Chaumon et Sarnin, 2012). Cette analyse permettrait de comprendre les stratégies de certains professionnels dans une organisation donnée.

Cette approche nous intéresse particulièrement pour deux raisons. Elle nous permet dans un premier temps de comprendre comment les acteurs se saisissent de la démarche ORSOSA afin de développer des stratégies qui leur sont propres. Secondement, cette approche permet de comprendre comment les individus déploient leur activité individuelle dans un système de relation d'interdépendance entre les acteurs qui fonde « l'organisation vivante du travail » (Bellemare, 1995 ; Petit, 2005). Nous allons à présent nous intéresser à la façon dont un individu contribue à transformer un contexte en environnement capacitant.

1.2.3. L'individu peut rendre son environnement de travail capacitant : vers le développement des capacités

Dans notre recherche, nous chercherons à comprendre ce qui différencie les établissements suivis entre eux (en termes de leviers et d'obstacles à la prévention des risques TMS/ RPS) et comment les acteurs internes s'accommodent de cet environnement. La littérature recense des organisations du travail plus propices que d'autres aux développements de l'activité des acteurs : l'organisation formatrice, l'organisation qualifiante, l'organisation apprenante ou encore l'organisation capacitante. Cette dernière est de plus en plus étudiée par les chercheurs en ergonomie (Falzon, 2004 ; 2005 ; 2013 ; Coutarel, 2004 ; Arnoud, 2013). Elle serait définie comme « *une organisation capable de préserver les marges de manœuvre des différents acteurs* » (Coutarel, 2004), « *c'est-à-dire leurs capacités à faire face aux variations de la production et aux changements réguliers dont elle est la cible, voire à anticiper ces variations* » (Coutarel et Daniellou, 2007, p.11). Les environnements capacitants permettent aux individus de développer de nouvelles compétences⁷⁵, connaissances, d'élargir leurs possibilités d'action, leur degré de contrôle sur leur tâche et sur la manière dont ils la réalisent, c'est-à-dire leur autonomie (Falzon, 2005).

Le sujet est donc appréhender comme un être en devenir et en développement considéré comme « *capable* », acteur au quotidien dans son travail, poursuivant des buts intentionnels et poussés par des motifs (Rabardel, 2005). Un environnement capacitant permet donc aux acteurs « *de mettre en œuvre leurs capacités de façon efficace et fructueuse (...) un environnement qui rend les personnes capables* ».

⁷⁵ Cette organisation mettrait à disposition des individus, des ressources en leur permettant de les utiliser (pour pouvoir agir et apprendre) (Falzon, 2005 ; 2013 ; Fernagu-Oudet, 2012).

Cet environnement permet aux individus « *de développer de nouveaux savoir-faire et de nouvelles connaissances, d'élargir leurs possibilités d'actions, leur degré de contrôle sur leur tâches et sur la façon dont ils la réalisent, c'est-à-dire leur autonomie : un environnement d'apprentissage continu* » (Falzon, 2013, p.4). L'organisation est considérée sous l'angle du développement : « *le fonctionnement d'une organisation capacitante doit permettre et encourager un travail d'organisation, favoriser les débats et confrontations, et être propice à la construction de collectifs de toute sorte* » (Arnoud, 2013, p.321). C'est ainsi qu'un environnement capacitant est préventif (non agressif pour les individus, préservant les capacités), universel (sensible aux différences inter-individuelles) et développemental (doit permettre d'être efficace, de réussir, de développer de nouveaux savoirs et de nouvelles compétences) (Falzon, 2013). Nous verrons dans la partie résultats de ce travail (partie V, chapitre 1) que nos terrains d'observation se différencient par rapport à cette notion. L'implantation de la démarche ORSOSA dans les trois terrains suivis ne correspond pas aux mêmes types environnements.

Cependant, l'environnement de travail n'est pas figé et peut être développé par des acteurs internes et externes à l'entreprise. Par exemple, la démarche ORSOSA pourrait contribuer à rendre un contexte en environnement capacitant. La notion de capabilité (*capabilities*) développée par Sen⁷⁶ en 1999 nous intéresse alors particulièrement. Les capabilités se définissent « *comme l'ensemble des fonctionnements humains disponibles à un individu, qu'il s'en serve ou non* » (Falzon, 2005, p.7), un champ des possibles pour l'individu qui va dépendre des ressources qu'il va mobiliser et convertir en conduites ou réalisations potentielles (Fernagu-Oudet, 2012) permettant d'assurer une liberté de choix, garantir le développement personnel et le déploiement de son activité (Daniellou, 1992). Ainsi, la notion de capabilité met en lien la question des libertés à la capacité d'agir⁷⁷ (Fernagu-Oudet, 2012). Les travaux de Fernagu-Oudet (2012) explicite ce processus de développement et notamment le rôle des facteurs de conversion (cf. figure 12).

⁷⁶ A reçu le prix Nobel d'économie (prix de la banque de Suède) en 1998

⁷⁷ La capacité est définie comme le fait de savoir faire quelque chose tandis que la capabilité est le fait d'être en mesure de faire quelque chose, de pouvoir faire (différent du pouvoir agir).

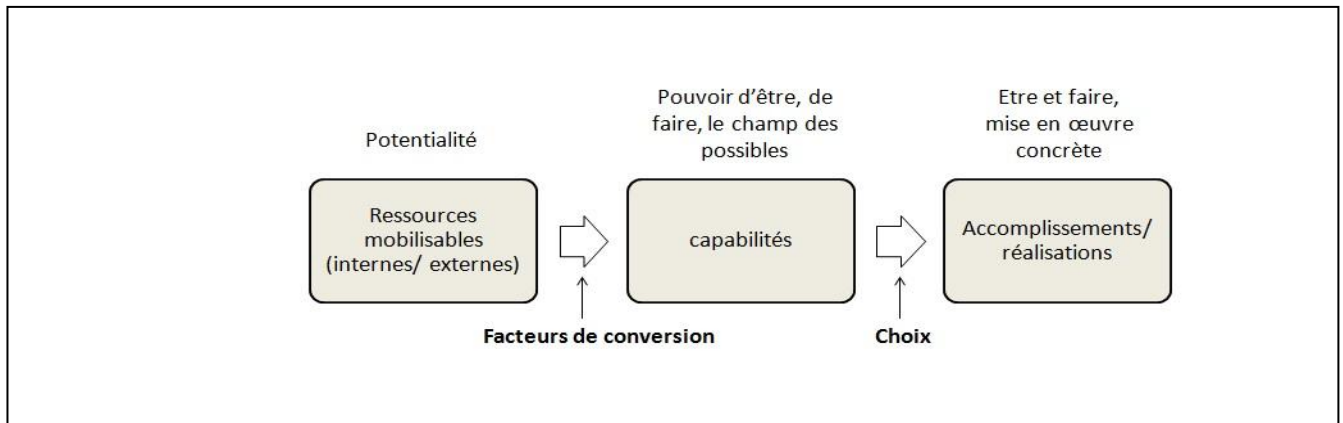


Figure 12. Concept de capacité (Fernagu-Oudet, 2012)

L'individu aurait à sa disposition un ensemble de ressources mobilisables (internes ou externes) pouvant subir des conversions permettant la réalisation d'action⁷⁸. Ces facteurs de conversions auraient plusieurs formes et désigneraient « *les dispositifs humains, organisationnels, techniques et sociaux qui vont permettre la transformation des ressources et moyens disponibles en facultés personnelles de déployer un travail pour lequel chacun accorde de la valeur* » (Arnoud et Falzon, 2013, p.110). Ces facteurs de conversion ouvrent « *le champ des actions possibles* » des individus (Rabardel, 1995, p.156). Ces facteurs peuvent être individuels (sexe, âge, expériences...)⁷⁹, et environnementaux (contraintes, opportunités et moyens techniques, organisation du travail...) (Fernagu-Oudet, 2012). La démarche ORSOSA pourrait ainsi être considérée comme un facteur de conversion au niveau de l'environnement ou de l'organisation du travail. Cependant, « *en l'absence de ces facteurs, la «mise en main de l'organisation par les opérateurs s'avérera coûteuse* » (Arnoud et Falzon, 2013, p.110). Il convient ainsi pour l'acteur de se saisir de son organisation du travail afin de la transformer. Cette implication va dépendre comme nous l'avons montré de l'activité individuelle mais aussi de l'activité collective. En effet, l'activité est un lieu de tension entre « *l'usage de soi par soi* » et « *l'usage de soi par les autres* » (Schwartz, 2000) : elle est dirigée vers l'activité des autres. Les actions collectives s'élaborent sur des activités individuelles. La partie suivante cherche à comprendre comment se construit l'activité collective.

⁷⁸ Sen utilise les concepts « d'accomplissements » ou de « fonctionnements ».

⁷⁹ Le travail collectif peut être considéré comme un facteur de conversion.

2. Vers un développement de l'activité collective des acteurs

Au sein des hôpitaux, une multitude d'acteurs travaillent autour d'un même objet central : la santé du patient (Kostulski, 2000 ; Vaxevanoglou, 2002 ; Amourous, 2004 ; Sainsaulieu, 2006). Travailler collectivement devient alors une obligation afin de préserver la santé des patients mais aussi celle des professionnels de santé. Cependant, Pascal (2004) dépeint une « *crise hospitalière* » se concrétisant par des difficultés à travailler ensemble. Il est ainsi nécessaire de comprendre comment développer l'activité collective entre les acteurs au sein des organisations.

2.1. L'activité collective : une combinaison de travail collectif et de collectif de travail entre les acteurs

L'activité collective aurait pour fonction de développer les compétences des opérateurs, de préserver leur santé et de contribuer au bon fonctionnement du collectif de travail (nourrissant la vitalité de ce dernier). L'activité collective s'élabore par des processus de réélaboration collective des règles de métier (partage d'expérience, transmissions des gestes du métier, apprentissages...) donnant « *du pouvoir d'agir aux sujets, des possibilités d'engagement et de création de nouvelles activités, en permettant de construire les critères du « travail bien fait* » (Caroly, 2010, p.149). Selon Caroly (2010) « *il est important de distinguer le travail collectif qui renvoie au mode de régulations collectives pour faire face à une situation critique, du collectif de travail, qui correspond aux manières d'être en relation, de vivre ensemble dans le travail* » (p.111).

L'activité collective serait appréhendée comme une combinaison entre le travail collectif et le collectif de travail (Ibid, 2010). Caroly (2010) montre **qu'un travail collectif sans collectif de travail** peut amener à des situations de souffrance pour les opérateurs : Les travailleurs sont obligés de travailler ensemble (relevant de la prescription), sans pour autant élaborer une représentation commune du travail à réaliser et avoir des objectifs et manières de procéder partagées. En revanche, **un travail collectif en lien avec un collectif de travail** permet aux individus de développer leurs compétences, d'évoluer vers plus de coopérations, d'enrichir la vitalité du collectif de travail mais surtout de préserver leur santé.

Pour certains chercheurs, appréhender le concept d'activité nécessite d'insister sur la dimension collective de l'activité individuelle, pour d'autres sur le travail collectif ou le collectif de travail ou encore sur des allers-retours permanents entre l'activité du sujet, le travail collectif et le fonctionnement du collectif de travail (Caroly, 2010). Nous allons détailler à présent les concepts de travail collectif et de collectif de travail afin de comprendre comment l'activité collective contribue au processus de mobilisation des acteurs durant le déploiement d'une démarche préventive.

2.1.1. Quand le travail collectif est un facteur de la mobilisation des acteurs

La bonne mise en œuvre d'une intervention visant la prévention des risques professionnels dépend en grande partie des relations entretenues (formelles et informelles) entre les acteurs de l'entreprise. L'intervention est considérée comme un processus de construction sociale puisque des compétences et des expertises diverses sont mobilisées afin d'aboutir à un projet commun. Il convient alors pour les acteurs de travailler collectivement afin d'agir sur leur milieu de travail. En effet, le travail collectif initié par une démarche préventive est de nature à favoriser la mobilisation des acteurs au service d'une démarche commune, qui se veut durable et efficace. Etudier la façon dont les professionnels travaillent collectivement nous semble alors pertinent pour notre recherche car ce concept renvoie à l'efficacité d'une action collective et apparaît comme un facteur favorable à la santé des individus (Flores, 1996 ; Avila Assunção, 1998 ; Caroly et Clot, 2004).

Le travail collectif correspond à la manière de travailler ensemble (Avila Assunção, 1998 ; De la Garza et Weill-Fassina, 2000 ; Caroly, 2010 ; Tran Van, 2010) en termes de répartition des tâches, d'échanges de savoirs, d'élaboration de règles communes. Selon Caroly (2010) le travail collectif *« est défini comme l'exécution d'une tâche mais surtout comme la mise en œuvre de régulations collectives d'une activité de travail. Le travail collectif entraîne des actions coordonnées de plusieurs opérateurs : un travail collectif n'est pas un agrégat d'activités individuelles mais la réalisation conjointe d'une même activité par plusieurs opérateurs, dans des lieux, des temps qui peuvent être communs ou différents »* (p.90).

Ainsi, décrire le travail collectif nécessite comme le souligne Tran Van (2010) *« un décryptage de la nature des activités collectives réalisées, la définition des modalités de coopération ou de coordination, l'étude des modes de partage des tâches, mais aussi par une compréhension des processus cognitifs en action, des structures organisationnelles d'accueil et des groupes ou collectifs de travail mobilisés »* (p.47).

Il existe plusieurs formes de travail collectif (Savoyant, 1977 ; Neboit, 1993 ; De la Garza, 1995 ; Barthe et Queinec, 1999 ; De la Garza et Weill-Fassina, 2000 ; Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen, 2006) comme présentées brièvement ci-dessous.

- **La coordination** : *« implique des opérateurs qui ont à tenir compte mutuellement de l'ordonnancement de leurs actions et décisions respectives, même s'ils poursuivent des buts immédiats différents »* (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen, 2006, p.100). La co-action *« est la forme particulière de coordination où des opérateurs réalisent des actions parallèles, devant se rejoindre à un moment donné »* (Ibid, p.100).
- **La collaboration** : *« met en jeu des opérateurs qui habituellement ne travaillent pas sur un même objet, mais mettent en commun leurs compétences pour traiter une situation particulière ou des familles de situations »* (Ibid, p.100).
- **La coopération** : correspond au fait que les opérateurs effectuent un travail en commun (Barthe et Quéinnec, 1999) impliquant un processus d'actions finalisées de plusieurs opérateurs, orientées vers le même résultat (De la Garza, 1995). Les acteurs co-construisent et co-définissent le projet au fil de leurs interactions.
- **L'aide et l'entraide** : situation dans laquelle un professionnel vient aider un autre sans que ce dernier ne lui ait demandé (Avila Assunção, 1998).

Nous verrons dans la partie résultats (partie V, chapitre 5) de cette recherche que l'instauration de la démarche ORSOSA au sein des trois terrains suivis n'a pas suscité le même type de travail collectif.

Le travail collectif nécessite cependant le recours à une représentation commune du travail, des difficultés rencontrées appelées référentiels opératifs commun. La sous-partie qui suit explicite cette notion au regard du travail collectif.

2.1.1.1. Vers le développement d'un référentiel opératif commun entre les acteurs

Afin de travailler collectivement, les acteurs ont besoin de recourir à une représentation commune du travail, des difficultés rencontrées, appelée référentiel opératif commun (ROC). Les démarches participatives permettent aux acteurs d'une même organisation de développer ce référentiel vis-à-vis des situations de travail actuelles et futures. Ce dernier est constitué des « *représentations fonctionnelles communes qui orientent et contrôlent l'activité* » des acteurs (De Terssac et Chabaud, 1990 ; Leplat, 1991, 2001 ; Tran Van, 2010). Il semblerait alors que la construction sociale de la prévention des risques professionnels nécessite d'élaborer un référentiel opératif commun entre les acteurs autour de la démarche mise en place et de ses objectifs. En effet, ce référentiel « *guide l'activité conjointe des opérateurs et il est aussi le résultat de cette activité collective, de l'articulation des compétences de chacun* » (Grosjean et Lacoste, 1999, p.36).

Le référentiel opératif commun comprend plusieurs propriétés (De Terssac et Chabaud, 1990).

- Il est **opératif** : c'est-à-dire qu'il a pour fonction la réalisation d'une action.
- Il est **transitoire et éphémère** : c'est-à-dire qu'il se modifie lors de nouvelles actions, il évolue avec le temps et les interactions.
- Il est **élaboré par les acteurs impliqués** dans l'action et résulte d'une confrontation entre ces derniers sur la façon de s'y prendre.
- Il est **élaboré par une mise en commun des compétences** de chacun des acteurs. Ce référentiel conduit à « *exploiter les compétences de chacun, à les rendre accessibles et utilisables par les autres membres du collectif..., chaque membre acquiert, par cette mise en commun, le complément de compétence dont il a besoin pour agir* » (De Terssac et Chabaud, 1990, p.17).

Le référentiel opératif commun se construit à l'aide de « clarifications » (Backer, 2004), « d'explications » (Salembier et Zouinar, 2004), de « négociations » et « d'ajustements » (Karsenty et Pavard, 1997) permettant de construire « *une intelligibilité mutuelle dans la situation* » (Salembier et Zouinar, 2004) et d'élaborer alors des connaissances plus pérennes sur le travail collectif.

Le déploiement d'une démarche impliquant de nombreux acteurs (direction, acteurs des ressources humaines, services médicaux, fournisseurs, partenaires sociaux, experts, chef de projet....) conduit l'intervenant à construire socialement un projet collectif (Daniellou et Béguin, 2002) avec ces derniers. Chacun des acteurs, aux logiques professionnelles différentes est invité à s'exprimer, débattre, afin d'aboutir à un consensus sur des problématiques communes.

2.1.1.2. Du développement du travail collectif à l'élargissement des réseaux d'acteurs

L'instauration de démarches participatives ou de projets communs peut aider au développement de l'activité collective notamment en modifiant les réseaux sociaux de l'entreprise préalablement établis. Les réseaux sociaux sont « *une méta-organisation rassemblant des humains mis en intermédiaires les uns avec les autres* » (Amblard, Bernoux, Herreros et Livian, 2005, p.134). Ils déterminent la nature des interactions existantes entre les acteurs d'une organisation (Coutarel et Daniellou, 2007). Le réseau d'un acteur comprend son entourage proche (liens forts) ainsi qu'un réseau plus étendu de personnes non liées entre elles (liens faibles pouvant jouer le rôle de pont avec d'autres cercles sociaux) (Lièvre et Lecoutre, 2006). Chaque acteur a un potentiel réseau lui permettant de mobiliser un autre professionnel dans un projet, de développer des liens avec le réseau de ce dernier (appelés par les auteurs « *liens faibles potentiellement coopératifs* »). Selon Coleman (1990) le réseau est un capital social, considéré comme une ressource pour l'action.

L'implantation d'une démarche en entreprise modifie ces réseaux, la dynamique collective existante (les alliances et les exclusions) (De Terssac et Maggi, 1996; Coutarel et Daniellou, 2007) et le « *processus organisationnel* »⁸⁰. Coutarel et Daniellou (2007) suggèrent que l'intervention ergonomique modifie les réseaux sociaux préalable de l'entreprise : « *transformer l'organisation, parce que source de dysfonctionnement(s), conduit alors à agir sur les réseaux sociaux existants pour en construire de nouveaux, à l'occasion du projet, plus aptes à assumer la complexité du travail et des systèmes de production... Il faut alors convenir du fait que transformer les réseaux sociaux par l'intervention ergonomique peut contribuer à l'amélioration des conditions de travail* » (Ibid, p.6).

⁸⁰ Soit le « *résultat d'un enchaînement d'événements et des interactions entre acteurs et organisation en place* » (Van De Ven, 1992 ; Langley, 1997 ; Alter, 1999 ; Denis, Lamothe et Langley, 2001 ; Coutarel et Daniellou, 2007, p.5).

En effet, le développement des réseaux sociaux permet aux acteurs :

- De **développer leurs relations** : les acteurs découvrent de nouveaux collègues avec qui ils vont coopérer.
- De **développer leurs compétences** : chacun des acteurs met à profit ses compétences. Ils perçoivent d'autres ressources inhérentes aux différentes logiques professionnelles.
- De **créer de nouvelles règles** de fonctionnement sur la manière de réaliser l'activité
- De **créer de nouveaux outils** d'aide à l'activité collective ou de modifier certains existants.
- **D'acquérir de nouvelles marges de manœuvre** pour faire face aux variabilités quotidiennes du travail.
- De **développer et d'élargir leur pouvoir agir**.
- **D'autonomiser les acteurs** autour d'un projet commun à la suite d'une intervention.

Il convient alors d'analyser lors d'une intervention l'évolution des réseaux, des interactions existantes entre les différents acteurs (Noyer et Barcellini, 2014), considérés comme un effet intermédiaire de l'intervention. Nous montrerons dans la partie résultat (partie V, chapitre 5) de cette recherche, comment l'instauration d'une démarche préventive est de nature à développer le réseau social des acteurs d'une entreprise.

Le développement du travail collectif (notamment dû au développement d'un référentiel opératif commun et à l'élargissement du réseau social d'un acteur) peut dans certain cas se transformer en collectif de travail. La sous-partie qui suit traite de ce concept.

2.1.2. Quand le collectif de travail est un ingrédient à la mobilisation des acteurs

Le collectif de travail est défini comme une affiliation fonctionnelle et sociale de l'ensemble de ses membres ayant une dynamique propre, des normes de fonctionnements, et des règles de régulations communes (Vaxevanoglou, Six, Merchi et Frimat, 1993). Il se distingue du groupe, d'une équipe ou encore d'un réseau de travail (Caroly, 2010). Selon Cru (1988), les collectifs professionnels concourent « *à une œuvre commune dans le respect des règles de métier de chacun* » (p.44).

Le collectif de travail permet à ses membres de mettre en débat les difficultés rencontrées dans l'activité (Davezies, 2005). « *Le collectif est ressource quand il permet à chacun de savoir ce qu'il faut faire et comment le faire en respectant le prescrit mais aussi en l'inventant* » (Reille-Baudrin et Werthe, 2010, p.212). La vitalité d'un collectif désigne un fonctionnement « *ni destructeur, ni compétitif de l'équipe* », mais coopératif donnant ainsi la possibilité à chacun de développer ses compétences et de préserver, construire sa santé (Caroly, 2010). Ainsi, comme le souligne Caroly (2002), l'absence de collectif de travail conduit à un « handicap de situation », à « une impuissance » de pouvoir dire, de pouvoir faire, de pouvoir penser . Le collectif de travail donne du pouvoir d'agir (Clot, 2008) à l'opérateur. Il existerait donc une relation étroite entre l'activité collective et l'activité individuelle des acteurs : « *l'activité collective ne peut pas se construire seulement à partir des activités individuelles mais par des allers-retours permanents entre l'activité du sujet, le travail collectif et le fonctionnement du collectif de travail* » (Caroly, 2010, p.107). L'activité collective peut influencer l'activité individuelle de l'opérateur (Caroly et Clot, 2004) en la développant au regard de la relation aux autres, et des instruments de coopération (Rabardel, 2005). Nous démontrerons ce lien entre activité individuelle et collective dans la partie résultat (Partie V, chapitre 5).

En revanche, une des difficultés afin d'appréhender le collectif de travail est qu'il « *ne se décrète pas ! Il peut être fuyant, s'échappant quand on tente de le convoquer, quand on croit le tenir. Mais il peut aussi surgir, au détour d'efforts conjoints...* » (Reille-Baudrin et Werthe, 2010, p.212). Face à cette difficulté, nous avons souhaité mettre en avant les modalités qui permettent son développement.

Caroly (2010) suggère que la construction du collectif de travail repose sur :

- **L'existence de règles de métiers**, elles apparaissent comme facteur de cohésion du groupe. La création de règles de métiers (Cru, 1995) permet d'orchestrer les différentes façons de travailler à partir de débats permanents « *sur le comment faire, comment faire un travail de qualité* » et « *le comment faire ensemble* ». Ainsi, le collectif répond à quatre types de règles construites collectivement par les pairs :
 - les **règles sociales**, qui organisent les relations entre les personnes,
 - les **règles techniques** qui organisent les activités et les façons de faire,
 - les **règles éthiques** qui donnent les valeurs et les normes de référence,
 - les **règles langagières**, qui supposent le recours à un langage commun⁸¹. Il s'agit d'apprendre à comprendre ce que veut dire « l'autre » quand il parle, et l'importance que cela représente pour son métier (Vinck, 2001).
- **La reconnaissance des compétences**, elle nécessite de connaître le travail de l'autre (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen, 2006) afin de prendre en considération l'ensemble des logiques inhérentes à l'entreprise. Dejours (2007) distingue « le jugement d'utilité » (reconnaissance par la hiérarchie, portant sur l'utilité technique, sociale du sujet), « du jugement de beauté » (reconnaissance des pairs portant sur la conformité des contributions du sujet aux règles du métier). Par conséquent, la stabilité des membres du collectif est requise (Wisner, 1993).
- **La confiance réciproque**, elle génère un sentiment de sécurité dans l'autre (Alter, 2009). La confiance se construit et nécessite du temps, de la coopération. Elle ne se décrète pas. Selon Capul (1998) « *la confiance tient alors de la visibilité que chacun offre de son comportement des arrangements quotidiens qu'il met en œuvre, la confiance repose sur la connaissance que chacun a des principes éthiques qui organisent les conduites de l'autre et l'existence de règles morales communes qui assurent la prévisibilité et la régularité des comportements* ».

⁸¹ Communiquer (Rognin, Salembier et Zouinar, 2000 ; Jeffroy, Theureau et Haradji, 2006) c'est permettre à l'ensemble des opérateurs de posséder des connaissances, des croyances, des représentations communes afin d'appréhender de la même manière le contexte de l'entreprise : l'on parle alors « *de contexte partagé* » (Ibid, p.64).

Nous montrerons dans notre recherche comment s’instaure un collectif de travail avec des acteurs de métiers différents (cf. partie V, chapitre 5). Il conviendra de repérer comment ce collectif pluridisciplinaire est en mesure de discuter collectivement des règles mises en place dans l’organisation. Les acteurs réélaborent de nouvelles règles d’actions par la « concertation », la « négociation », le « compromis » mais aussi grâce à la production de règles effectives permettant au collectif de travail l’action collective (Caroly, 2010).

Cette partie nous a permis de recenser plusieurs leviers permettant la mobilisation des acteurs lors du déploiement d’une démarche préventive. Ainsi, nous avons montré que l’individu agit sur son milieu de travail : Il oriente son activité en fonction de ses motifs, de ses buts et des moyens dont il dispose. Il peut par ailleurs utiliser des stratégies afin d’atteindre ses objectifs et rendre son environnement de travail capacitant. Nous avons de plus montré que le travail collectif et le collectif de travail pouvaient être un facteur de mobilisation. La partie qui suit vise à appréhender comment la notion de mobilisation est définie dans la littérature.

2.2. La mobilisation des acteurs : une notion peu définie en sciences sociales

La notion de mobilisation des acteurs lors du déploiement d’une démarche préventive est importante à définir puisqu’elle est un enjeu d’efficacité des interventions en ergonomie et en psychologie du travail.. Ceci est d’autant plus important que ces actions « *peuvent conduire, selon leurs moyens, à une évolution des représentations et des compétences des acteurs, à une évolution de l’organisation, une évolution des structures, de la culture* » (Brunet, 2014, p.4).

Dans la littérature, plusieurs concepts sont associés à la notion de mobilisation tels que : la participation⁸², l’engagement⁸³, la motivation⁸⁴, l’appropriation⁸⁵, l’implication⁸⁶.

⁸² Action de participer, de prendre part à quelque chose (Le Robert, 2014).

⁸³ Soit le fait de se lier par une promesse, une conviction au sein d’un processus dynamique (Le Robert, 2014).

⁸⁴ Ce qui motive un acte, un comportement, qui pousse quelqu’un à agir (Le Robert, 2014).

⁸⁵ Action de s’approprier quelque chose, de rendre propre à son usage (Le Robert, 2014). De nombreuses recherches s’intéressent à ce concept. Cuvelier et Caroly (2009) montrent entre autres que l’appropriation s’inscrit à plusieurs niveaux : des outils, des procédures et des gestes de travail.

⁸⁶ « *Action d’impliquer quelqu’un dans une affaire. Engager dans une action, un processus* » (Le Robert, 2014). **Nous utiliserons dans cette recherche le concept d’implication lorsqu’un acteur s’engage (individuellement) de par sa participation ou son action dans le déploiement de la démarche.**

A notre connaissance, les recherches en **psychologie du travail et en ergonomie** n'apportent pas de définition sur cette notion alors qu'elle est très largement utilisée dans les études. Récemment lors du dernier congrès de l'Association Canadienne d'Ergonomie (Montréal, 2014) un symposium autour de la notion de mobilisation a été organisé. Plusieurs chercheurs et consultants ont fait part de leurs recherches autour de cette notion. Ces derniers semblent s'accorder autour du fait que la mobilisation des acteurs est une condition essentielle à la transformation des situations de travail : « *la mobilisation des acteurs de l'entreprise est un facteur de la réalisation de l'action* », « [lors d'intervention visant à promouvoir la santé dans les entreprises] *la mobilisation vient soutenir les processus qui intègrent la dimension santé dans les décisions et en perspective, de concourir à une transformation du travail avec les personnes concernées* » (Brunet, 2014, p.4).

Plusieurs chercheurs (Vézina et Tougas, 2008 ; Chadoin et al., 2013 ; Brunet, 2014) utilisent le terme « *d'intervention de mobilisation* » pour désigner le fait d'intervenir auprès d'acteurs afin de les amener à participer à une démarche ou un projet commun. Brunet (2014) définit trois « axes » s'apparentant à des ingrédients de ce type d'intervention :

- L'objet de l'intervention doit s'intéresser aux salariés de l'entreprise et notamment aux acteurs décisionnaires : « *le processus de décision dans l'entreprise est au cœur de la préoccupation de l'intervenant* » (Brunet, 2014, p.4). Il convient « *de construire un état des lieux sur les processus de décision et la façon dont les acteurs peuvent trouver un intérêt à accepter l'intervention en SST (santé et sécurité du travail)* » (Ibid, p.4). L'auteur insiste sur la dimension évolutive de cet état des lieux fluctuant en fonction du contexte et des connaissances de l'intervenant sur ce dernier.
- Le statut de l'intervention doit placer « *la commande institutionnelle et la demande des entreprises* » au même niveau. C'est alors que l'intervention doit s'adapter aux prédispositions et aux attentes des acteurs : « *Plus l'entreprise et ses acteurs qui la composent sont réfractaires à l'intérêt de prendre en considération la SST dans leur décision d'organisation du travail, plus la fonction de mobilisation des acteurs s'impose dans la construction de l'offre de service. A l'inverse, quand les acteurs de l'entreprise sont en capacité d'intégrer la SST dans leur décision, alors on peut penser qu'ils sont aussi en capacité de se mobiliser pour problématiser les questions de prévention et formuler des demandes plus précises en direction des ressources* » (Brunet, 2014, p.5).

- L'intervention doit s'inscrire dans la durée. Il convient de faire perdurer l'intérêt des acteurs envers la démarche mise en place et de réunir les conditions organisationnelles (notamment l'instauration d'espaces de débats) nécessaires : « *la durée de l'intérêt ne se décrète pas, mais se construit et s'entretient* » (Brunet, 2014, p.6).

La notion de mobilisation est appréhendée ici à travers l'action d'un acteur extérieur cherchant à « mobiliser » des acteurs réfractaires à l'implantation d'une démarche préventive. Selon Vézina et Tougas (2014), l'activité de mobilisation serait par exemple utilisée quand des acteurs « *ne perçoivent pas les risques de TMS ou ne sont pas disposés à agir pour les prévenir* » (p.9).

D'autres chercheurs tels que Bellemare et al. (2002) ont décrit ce que nous appelons le « **processus de mobilisation des acteurs** » afin d'illustrer le passage du diagnostic à une solution implantée en entreprise. Ce processus comporte six phases différentes.

- **Une implication** : obtention de l'engagement d'un acteur face aux exigences de l'intervention ;
- **Une expérimentation** : l'intervention est reconnue comme une situation exceptionnelle et temporaire de formation ;
- **L'intégration** : la volonté de relier différents acteurs par le biais de la démarche ;
- **La transformation** : la mise en œuvre réussie des solutions retenues dans le cadre de la démarche ergonomique ;
- **L'appropriation** : l'apprentissage d'une démarche qui rend autonome les acteurs. Des résultats rapides renforcent la mobilisation des acteurs (Proulx, 2001 ; Godowski, 2004 ; De Vaujany, 2005) ;
- **L'institutionnalisation** : le maintien des compétences et des groupes de travail dans le temps en l'absence de l'intervenant.

Ce découpage nous paraît particulièrement pertinent puisqu'il tient compte de la **dimension dynamique et évolutive** (qui se construit par étapes) de la mobilisation des acteurs. Ce processus montre le caractère actif des individus passant de la phase « d'implication » à celle « d'institutionnalisation » lors d'une intervention.

La revue de littérature effectuée sur la notion de mobilisation en psychologie du travail et en ergonomie peut être complétée par les apports d'autres disciplines telles que les sciences de l'éducation, la sociologie ou encore la gestion.

En effet, des recherches, principalement canadiennes, s'inscrivant dans le champ des sciences de l'éducation étudie le fonctionnement des communautés et les conditions de leur développement. Cette approche étudie par exemple comment permettre le développement des contre-pouvoirs dans la société, de l'éducation populaire ou encore de la participation citoyenne sur des thématiques précises. Bien que cette notion ne soit pas liée aux acteurs en situation de travail, elle nous a particulièrement intéressée. Selon cette approche « *la mobilisation est une action, un processus qui conduit un nombre important de personnes à former des groupes ou des organisations, concernés par un même problème social, à prendre part à une action commune avec tout l'investissement en temps et en énergie que cela suppose pour faire aboutir un [projet](...). La mobilisation est conçue comme le processus par lequel un groupe cesse d'être passif pour devenir un élément actif dans la vie publique* » (dictionnaire critique de l'action sociale). La notion de mobilisation s'apparente donc à un processus de mise en mouvement considérant l'individu comme acteur : « *on se mobilise parce que nous sommes motivés par un objectif de changement* » (Charlot, 1999).

D'autres approches telles que celles des sociologues ont retenu notre attention. En effet, selon Chazel (2003), la mobilisation « *est une création de nouveaux engagements et de nouvelles identifications* » donnant lieu « *à un rassemblement d'acteurs ou de groupes d'acteurs* » dans un but précis. Cette conception se rapproche des concepts de travail collectif et de collectif de travail.

Enfin, des recherches en gestion et en management définissent la mobilisation comme « *une masse critique d'employés qui accomplissent des actions positives, faisant parti ou non de leur contrat de travail, rémunéré ou non, visant à favoriser le maintien et l'amélioration de la santé sociale et psychologique de leur milieu de travail et à rendre l'organisation meilleure et plus performante* » (Tremblay et Wils, 2005, p.60). Cette définition met en lien la notion de mobilisation avec celle « d'environnement capacitant » (cf. Partie II, chapitre 3, 1.2.3.). Selon ces auteurs, les acteurs se mobilisent pour améliorer leur milieu de travail : « *un employé mobilisé est une personne qui déploie volontairement des efforts au-dessus de la normale de façon à réussir à faire un travail de qualité, un travail avec une valeur ajoutée et un travail d'équipe* » (Wils, Labelle, Guérin et Tremblay, 1998, p.573). Les individus sont donc considérés comme acteur dans leur situation de

travail (cf. Partie II, chapitre 3, 1.2.1 et 1.2.2.).

Selon ce type d'approche les employés fourniraient des efforts de trois ordres afin de se mobiliser (Grenier et Zeller, 2014)

- « *des efforts individuels d'amélioration continue (travail de qualité)* »
- « *des efforts de collaborations spontanées (travail en équipe)* »
- « *des efforts d'alignement stratégique* » (allant dans le sens des priorités organisationnelles)

Ces définitions nous semblent très éloignées de l'activité réelle des acteurs puisqu'il s'agit principalement d'une évocation du « *contrat de travail* ». Les concepts d'activité individuelle et collective ne sont pas traités dans les liens possibles avec la mobilisation des acteurs. Par ailleurs, des acteurs peuvent se mobiliser dans certain cas à l'encontre d'une démarche préventive (comme nous le verrons dans la partie résultat de cette recherche) et donc ne pas accomplir « *des actions positives* » favorisant le déploiement d'une démarche mise en œuvre. Enfin, nous ne partageons par l'idée que la mobilisation des acteurs nécessite de leur part « *des efforts au-dessus de la normale* ». En effet, se mobiliser autour d'un projet commun peut faire partie intégrante de l'activité individuelle des acteurs.

Définir la notion de mobilisation constitue donc un enjeu pour l'ergonomie. En effet, cette notion est particulièrement importante puisque la mobilisation des acteurs lors du déploiement d'une démarche préventive est considérée comme un levier d'efficacité des interventions. L'objectif de cette thèse visera à définir les contours de cette notion et plus particulièrement à comprendre les conditions de la mobilisation des acteurs afin de favoriser l'efficacité des interventions dans le domaine de la prévention des risques professionnels.

Résumé du troisième chapitre

Ce chapitre traite de la façon dont les acteurs internes à un établissement peuvent se mobiliser autour d'un objet commun : soit la prévention des risques professionnels. Cette notion est particulièrement importante puisqu'elle détermine l'efficacité d'une intervention en prévention des risques professionnels. En effet, si les acteurs internes à une organisation se mobilisent dans le déploiement d'une démarche, des actions de prévention sur le milieu de travail peuvent émerger. C'est ainsi qu'il nous a semblé pertinent de revenir sur les concepts centraux d'activité individuelle et collective.

Les individus ont besoin de créer du sens entre leur activité individuelle et le déploiement d'une démarche préventive pour s'impliquer. L'activité d'un acteur dépend de ses motifs, de ses buts et de ses moyens. C'est ainsi que l'individu est considéré comme acteur dans son milieu de travail.

C'est en permettant aux différentes logiques professionnelles de se rencontrer que les acteurs vont pouvoir collaborer plus étroitement (travail collectif) et construire, au regard des démarches préventives mises en place, leur propre fonctionnement, réélaborer de nouvelles règles de fonctionnement (collectif de travail). Ceci modifie le réseau social préalable au sein de l'entreprise et apporte de nouvelles ressources aux acteurs.

La dernière partie de ce chapitre à présenter une brève revue de littérature sur la notion de mobilisation des acteurs. Nous avons vu qu'il n'existe ni en psychologie du travail, ni en ergonomie de définition unifiée de cette notion. Les approches en sciences de l'éducation, en sociologie ou encore en gestion se sont emparées de cette thématique. En revanche, ces disciplines n'appréhendent pas cette notion, en prenant en compte l'activité des acteurs dans la mobilisation, ce qui pourtant nous intéresse en ergonomie.

La partie qui suit explicite notre problématique de recherche au regard de la notion de mobilisation ainsi que les hypothèses soutenues.

PARTIE III. PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE ET HYPOTHESES SOUTENUES

La partie précédente visait à comprendre comment s'élabore la construction sociale de la prévention des risques professionnels en entreprise dans le cadre d'une démarche préventive. C'est ainsi que plusieurs concepts clés ont été présentés en lien avec la conduite de changement dans les organisations (chapitre 1), le rôle du tiers intervenant (chapitre 2) et le processus de mobilisation des acteurs (chapitre 3). En revanche, notre revue de littérature montre qu'il n'existe pas, à notre connaissance, de définition communément partagée en ergonomie ou en psychologie du travail concernant la notion de mobilisation. Or, définir les contours mais aussi les conditions de la notion de mobilisation nous intéresse particulièrement car elle semble influencer l'efficacité des interventions visant la prévention des risques professionnels en entreprise.

Notre question de recherche se formalise alors de la façon suivante : **Comment créer les conditions de la mobilisation d'acteurs internes à un établissement en vue de permettre la construction sociale de la prévention des troubles musculo-squelettiques et psycho-sociaux ? Cette question de recherche nous permet de poser la problématique de la mobilisation des acteurs au cours du déploiement d'une démarche préventive comme facteur d'efficacité des interventions en prévention des risques (chapitre 1).**

La mobilisation des acteurs dans une démarche préventive sera regardée selon trois hypothèses (chapitre 2) : les stratégies de l'intervenant (hypothèse 1), l'activité individuelle exercée par les acteurs internes de l'établissement (hypothèse 2) et enfin l'impact des démarches préventives sur le développement de l'activité collective de ces derniers (hypothèse 3).

Chapitre 1. Question de recherche et problématique

Face aux difficultés des établissements de soins à maintenir dans l'emploi les soignants, la CNRACL (Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales) nous a fait la demande d'étudier les ressources afin de mettre en œuvre des actions préventives durables dans les services de soins. Plusieurs chercheurs ont étudié cette question à partir des ressources de l'agent en difficulté (Baril, Martin, Massicotte, et Lapointe 1994 ; Jabes, 2007 ; Saint-Arnaud et Pelletier, 2013), de la démarche mise en place (ENSP, 2000 ; Durand et Loisel, 2001 ; Caillard, 2004 ; Soulat et al., 2006 ; Saint-Arnaud et Pelletier, 2013), des acteurs institutionnels devant mettre en œuvre la démarche (ENSP, 2000 ; GEDER, 2003 ; Jabes, 2007 ; Durand, Berthelette, Loisel et Imbeau, 2012 ; Queriaud, 2014) et enfin du service de soins (Baril et al., 2001 ; Fassier et Durand, 2010). Nous avons choisi d'étudier cette question sous l'angle de la dynamique d'acteurs (ces démarches concernent une diversité de professionnels : des soignants, des cadres, des médecins, la direction des soins, la DRH, la médecine du travail...), s'occupant directement ou indirectement des dispositifs préventifs mis en place dans les établissements de soins. Afin de caractériser les ingrédients permettant la mobilisation de ces acteurs durant la mise en œuvre d'une démarche préventive, nous avons suivi le déploiement de l'une d'entre elles, appelée ORSOSA au sein de trois établissements de soins, en tant qu'observateur extérieur.

La démarche ORSOSA est analysée dans cette recherche sous l'angle d'un instrument (Rabardel, 2005). Les concepts d'intervention en prévention des risques professionnels (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen, 2006 ; Jobert, 2007 ; Querelle, 2008), d'activité individuelle et collective (Clot, Faïta, Kerguelen et Scheller, 2000a ; 2001 ; Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen, 2006 ; Caroly, 2010), d'environnement capacitant (Falzon 2004 ; 2005 ; 2013 ; Fernagu-Oudet, 2012) et d'intervention de mobilisation (Vézina et Tougas, 2008 ; Chadoin et al., 2013 ; Brunet, 2014) ont particulièrement retenu notre attention. En effet, il est nécessaire afin qu'une démarche préventive soit efficace (mais aussi que ses effets perdurent en l'absence de l'intervenant) que les acteurs internes à l'établissement se mobilisent lors de son instauration (Coutarel et Daniellou, 2007). Cependant, comme nous l'avons montré à la fin du chapitre précédent (chapitre 3) il n'existe pas de définition communément admise de la notion de mobilisation en sciences sociales.

Afin de définir cette notion, nous sommes alors partis dans un premier temps de la définition commune du terme « mobilisation » présentée dans le dictionnaire (Le Robert, 2014) :

Mobiliser : « *c'est faire appel à un groupe pour une œuvre commune ou une action collective* »

Selon cette définition, la mobilisation nécessiterait la participation d'une tierce personne devant « *faire appel* » à un « *groupe* » (constitué d'individualités ayant leurs propres ressources, afin de réaliser leur activité) autour d'une « *œuvre commune* » (soit une raison commune d'agir). Cependant, cette définition n'appréhende pas l'activité des acteurs se mobilisant. En effet, pour se mobiliser dans un projet collectif (par exemple), les acteurs ont besoin de motifs (les activités), de buts (les actions) mais aussi de moyens (les opérations) (Leontiev, 1975/1979). Plus un mobile interpelle un individu et plus il aura une volonté d'agir. Il semblerait que l'activité de mobilisation soit un processus dynamique et évolutif, caractérisé par des transformations constantes (des changements de motifs individuels et collectifs). Ainsi, c'est en s'impliquant (individuellement), en se mobilisant (collectivement) que l'individu se construit et c'est en construisant qu'il se mobilise. La mobilisation considérée comme un processus ne se décrète pas, elle se construit. Elle se déploie par l'individu à sa propre initiative (Bichon, 2005), en fonction de son activité mais aussi par l'intermédiaire de l'organisation du travail donnant aux individus des « *possibilités et des raisons de se mobiliser* » (Wils, Labelle, Guérin et Tremblay, 2008, p.24).

Cette recherche vise justement à comprendre quels sont les leviers permettant la mobilisation d'acteurs lors du déploiement d'une démarche préventive. En effet, plusieurs études montrent que lorsque les acteurs de l'entreprise construisent socialement une intervention alors cette dernière est plus efficace. La question de recherche posée est alors : **Comment créer les conditions de la mobilisation d'acteurs internes à un établissement en vue de permettre la construction sociale de la prévention des troubles musculo-squelettiques et des risques psycho-sociaux ?** Considérant la mobilisation comme un ingrédient essentiel à la construction sociale nous posons la problématique suivante :

La mobilisation des acteurs dans une démarche de prévention est un processus dynamique et temporel, initié par un tiers, permettant le travail collectif entre différents acteurs afin de construire socialement la réalisation d'un objet commun (ici la démarche de prévention primaire ORSOSA) dans un environnement (contexte de travail particulier) capacitant pour la conduite du projet et l'activité individuelle de chacun.

Cette problématique de recherche nous amène à poser trois hypothèses de recherche.

Chapitre 2. Hypothèses de recherche soutenues

Trois hypothèses de recherche sont posées au regard de notre problématique de recherche (cf. figure 13). Nous développerons chacune de ces hypothèses dans la partie résultat (cf. Partie V, chapitres 3 à 5) de cette recherche.

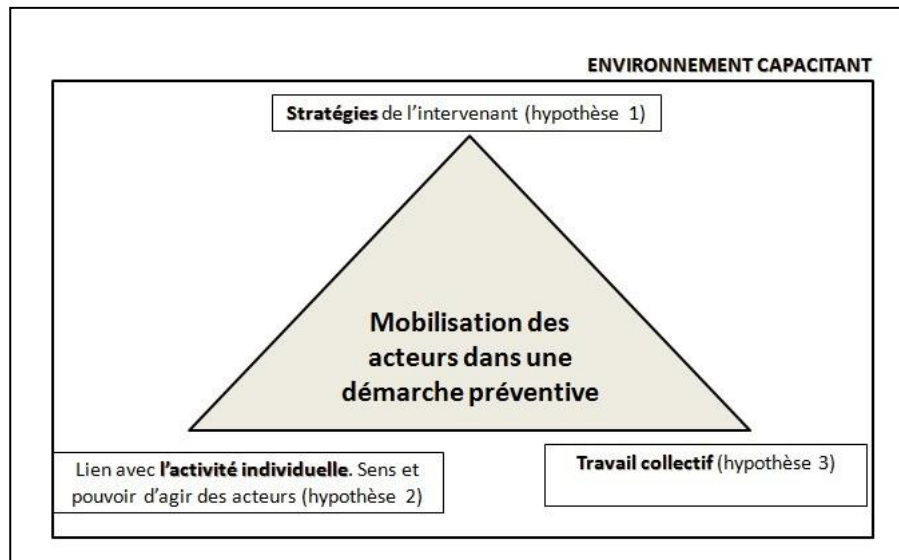


Figure 13. Hypothèses soutenues

- **Hypothèse 1 : Liens entre les stratégies utilisées par l'intervenant et l'implication des acteurs durant le déploiement de la démarche**

Comme nous l'avons montré dans la partie précédente (partie II, chapitres 1 et 2), le rôle joué, lors de l'implantation d'une démarche par un intervenant est central. Ce dernier doit soutenir la transformation des représentations des acteurs sur les liens travail/santé, aider à l'amélioration des conditions de travail, permettre la transformation des situations de travail difficiles, contribuer à la mise en œuvre d'actions de prévention... Une palette de stratégies est utilisée afin de mobiliser les acteurs internes à l'entreprise lors du déploiement d'une démarche préventive, ici la démarche ORSOSA. Ceci nous amène à poser l'hypothèse suivante: **l'implication d'un acteur interne à un établissement dans une démarche préventive reposerait sur l'intervention d'un tiers utilisant différentes stratégies à des temps variés de l'intervention, visant à développer les dispositions⁸⁷, les capacités⁸⁸ des acteurs en présence et le travail collectif entre ces derniers.**

⁸⁷ Nous entendons par dispositions les représentations des acteurs vis-à-vis de la prévention, du lien travail/santé et les

- **Hypothèse 2: Liens entre l'activité individuelle d'un acteur et son implication dans le déploiement de la démarche**

Comme nous l'avons montré dans la partie I (chapitre 1), l'ensemble des acteurs d'un établissement de soins a des missions définies et bien différentes (système bureaucratique). L'instauration d'une démarche préventive, nécessitant l'implication de tous, a un impact différent sur l'activité individuelle de chacun. Ceci nous amène à poser l'hypothèse suivante: **L'implication d'un acteur interne dans une démarche préventive dépendrait de la pertinence de celle-ci avec son activité individuelle.** Selon nous, un acteur s'implique dans une démarche préventive si elle fait sens avec sa pratique quotidienne : du point de vue des mobiles et des buts qu'il poursuit ; de ce qui lui est possible de faire au quotidien et du rôle qui lui est attribué dans l'établissement.

- **Hypothèse 3: Lien entre l'activité collective et la mobilisation des acteurs**

Comme nous l'avons montré dans la partie II (chapitre 3), l'instauration de démarches préventives participatives dans un établissement réunit des professionnels d'horizons et de niveaux hiérarchiques différents autour d'un objet commun, au sein de mêmes espaces de débats sur le travail. Ces espaces leur permettent de se rencontrer, de débattre et ainsi de travailler ensemble. Le développement du travail collectif fait émerger de nouvelles préoccupations, modifie les réseaux sociaux initiaux de l'établissement et permet aux acteurs d'acquérir de nouvelles ressources humaines, logistiques voire financières dans leur activité. Ceci nous amène à poser l'hypothèse suivante : **le travail collectif, initié par la démarche ORSOSA, réunit les acteurs autour d'un objet commun, permettant de développer de l'activité collective qui les mobilisent durant le déploiement d'une démarche préventive.**

enjeux que représente l'objet de l'intervention pour ces derniers.

⁸⁸ Nous entendons par capacité, les ressources à disposition des acteurs (les compétences, le temps, les connaissances...), l'autonomie décisionnelle et les relations entre les acteurs (soit la possibilité d'influencer le cours de l'action à mettre en place).

Résumé de la troisième partie

L'objectif de cette recherche est de recenser les conditions permettant la mobilisation des acteurs durant le déploiement d'une démarche préventive en entreprise. Notre question de recherche se formalise de la façon suivante : Comment créer les conditions de la mobilisation d'acteurs internes à un établissement en vue de permettre la construction sociale de la prévention des troubles musculo-squelettiques et psycho-sociaux ?

Face au manque de définition (communément admise en sciences humaines et sociales), et considérant la mobilisation comme un facteur d'efficacité des interventions en prévention des risques professionnels, nous proposons la problématique de recherche suivante : *la mobilisation est un processus dynamique et temporel, initié par un tiers, permettant le travail collectif entre différents acteurs afin de construire socialement la réalisation d'un objet commun (ici la démarche de prévention primaire ORSOSA) dans un environnement (contexte de travail particulier) capacitant pour la conduite du projet et l'activité individuelle de chacun.*

Trois hypothèses de recherche sont ensuite posées afin de recenser les conditions de la mobilisation d'acteurs dans le cadre du déploiement d'une démarche préventive.

La partie qui suit (partie IV) présente la méthodologie déployée afin de répondre à cette problématique de recherche.

PARTIE IV. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

« Il n'y a pas une méthode unique pour étudier les choses » (Aristote).

La partie précédente a présenté notre problématique de recherche et les hypothèses soutenues. Afin d'y répondre nous avons utilisé une méthodologie de recherche s'appuyant sur plusieurs méthodes d'analyse en ergonomie et en psychologie du travail (chapitre 1).

Nous avons cherché à rendre compte de l'activité de l'intervenant et des acteurs internes vis-à-vis de la démarche ORSOSA au cours de son déploiement afin de comprendre le processus de mobilisation (chapitre 2). Pour cela, plusieurs méthodologies qualitatives ont été utilisées : différents types d'entretiens (entretiens brefs, entretiens de fin de démarche, entretiens d'auto-confrontation, entretiens sur les stratégies d'intervention utilisées par l'intervenant...), des observations ergonomiques en milieu de soins mais aussi des observations de réunions prévues par la méthodologie ORSOSA et enfin l'utilisation de journaux de bords... Nous présenterons chacune de ces méthodes et ce qu'elles nous ont permis d'appréhender au regard du contexte organisationnel des services suivis (1), de l'activité de l'intervenant (2) et de l'activité des acteurs internes à l'établissement (3). Nous présenterons ensuite la manière dont nous avons catégorisé le processus d'implication des différents acteurs (chapitre 3) pour terminer sur une présentation des monographies des trois terrains observés (chapitre 4).

Chapitre 1. Descriptif général des méthodes utilisées et des données recueillies

Comme mentionné dans la partie I de ce travail (contexte de la recherche) nous avons suivi l'intervention du psychologue du travail au sein de trois services de soins : en aucun cas nous ne sommes intervenus lors du déploiement de la démarche ORSOSA.

Compte tenu de nos objectifs de recherche soit de recenser les conditions qui permettent à des acteurs internes de se mobiliser durant le déploiement d'une démarche préventive, nous avons mis en place un ensemble de méthodes qualitatives. Nous nous sommes inspirée de la classification de Petit, Querelle et Daniellou (2007) afin d'organiser nos données (cf. figure 14).

Données pour la recherche sur la pratique de l'ergonome Data for research on the ergonomist's practice					
Hypothèses initiales et buts des intervenants	Composantes formelles de l'intervention	Composantes de la méthodologie et stratégie d'implantation	Retournements de situation et ajustements méthodologiques	Résultats et impacts de l'intervention	Mise en récit de l'intervention
Identifier la théorie sous-jacente de l'intervenant (par ex. favoriser la mise en circulation du point de vue du travail ou s'insérer dans les espaces décisionnels) <i>Recueil de données :</i> Enregistrements des réunions de l'équipe d'intervenants, auto-confrontation de l'intervenant aux traces de son activité, verbalisation sur les buts de l'intervenant (« technique du sosie »), analyse du journal de bord <i>Principales difficultés :</i> Obtenir des « données d'époque », accéder aux espaces de débats entre les intervenants, mettre à jour les implicites qui guident les échanges entre les intervenants	Identifier les éléments formels qui constituent la structure de l'intervention <i>Recueil de données :</i> Proposition d'intervention, journal de bord, planning, documents officiels (convocations aux réunions, comptes rendus de réunions), notes sur le déroulement des réunions <i>Principales difficultés :</i> Conserver et accéder aux documents qui permettent le recueil de données	Identifier la stratégie de l'intervenant permettant de maintenir la mise en place des composantes formelles <i>Recueil de données :</i> Liste des acteurs en contact avec l'intervenant, liste des échanges avec ces acteurs et contenu des échanges, journal de bord <i>Principales difficultés :</i> Accéder aux espaces officiels d'échanges entre l'intervenant et les acteurs	Identifier les éléments qui permettent de comprendre les changements de situation et les ajustements développés par l'intervenant pour y faire face <i>Recueil de données :</i> Idem que pour les données sur les hypothèses initiales et buts des intervenants <i>Principales difficultés :</i> Idem que pour les données sur les hypothèses initiales et buts des intervenants	Identifier ce que l'intervenant prend en compte pour évaluer les résultats et les effets produits par son intervention <i>Recueil de données :</i> Proposition d'intervention, tableaux de bord, outils d'évaluation <i>Principales difficultés :</i> Créer des liens de causes à effets entre l'action de l'intervenant et les effets ou résultats produits, pouvoir évaluer à moyen et long termes	Établir des liens hypothétiques entre les éléments factuellement décrits pour argumenter la validité du « modèle 2 » <i>Recueil de données :</i> Résultat de la mise en forme des données indiquées ci-contre

Figure 14. Classification des données (Petit, Querelle et Daniellou, 2007)

Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes intéressée dans un premier temps aux stratégies utilisées par l'intervenant et à ses modèles sous-jacents d'intervention (ceci nécessite d'étudier ses hypothèses initiales, ses buts, les composantes de la méthodologie et les retournements

de situation). Puis, nous nous sommes centrée sur l'impact de ce type de démarche préventive (les résultats) sur les acteurs en charge de son déploiement.

Nous avons ajouté à cette classification des données contextuelles relatives aux établissements suivis (cf. tableau 3).

Données recherchées	Méthodes utilisées
1. Contexte d'intervention des établissements suivis	-Observations ergonomiques au sein des services -Entretiens brefs -Contenu des réunions
2. Stratégies de l'intervenant et modèles sous-jacents	-Entretiens avec l'intervenant sur sa stratégie d'intervention -Journaux de bord -Entretiens d'auto-confrontation simple -Entretien avec l'intervenant sur les mails envoyés aux différents acteurs -Contenu des réunions
3. Développement de l'activité individuelle et collective des acteurs internes (résultats de l'instauration de la démarche)	-Entretiens brefs -Entretiens de fin de démarche -Contenu des réunions -Nature des préconisations et suivis à 6 mois

Tableau 3. Les méthodes utilisées

Une diversité de méthodes a été utilisée dans cette recherche afin de recenser les conditions permettant la mobilisation des acteurs au cours du déploiement d'une démarche préventive. Il convient dans les sous parties qui suivent de décrire chacune d'elles.

Chapitre 2. Appréhender le processus de mobilisation des acteurs au cours du déploiement d'une démarche préventive

1. Analyse des contextes des services de soins suivis

1.1. Les services de gériatrie : une variable contrôle

Nous avons suivi le déploiement de la démarche ORSOSA dans les trois premiers services de gériatrie⁸⁹ audités par l'intervenant. La similarité des services nous a permis de recourir à une variable contrôle permettant de faire une analyse comparative (même type de population, même savoir-faire, et plus ou moins les mêmes contraintes dans la réalisation de l'activité...). Nous avons choisi ce type de service de soins car plusieurs études et spécialistes s'accordent à dire que c'est au sein de ces derniers que les conditions de travail sont les plus difficiles. Selon Chauvenet⁹⁰ (1978), les services de gériatrie appartiendraient à la « *filière de relégation médicale (...) qui débouche parfois sur des formes institutionnalisées d'abandon social* » (cité par Lorient, 2004; p.52). Ces services auraient moins de moyens comparativement à d'autres spécialités et seraient soumis à un absentéisme important (Hugonnet, 1999; Rapiou et Riondet, 2009 ; Hazif-Thomas et Thomas, 2011). Plusieurs explications sont données dans la littérature.

- Des patients nécessitant une prise en charge particulière : les soignants sont en contact avec des patients de plus en plus âgés. Les soins prodigués sont assimilés à une fin de vie (Hugonnet, 1999 ; Ploton, 2005). Les soignants sont ainsi confrontés quotidiennement à la mort, à la dépendance, au déclin (Estryn-Behar, 2004 ; Manckoundia et al. ; 2005; Cotta, 2008 ; Lopez-Tourres et al., 2010 ; Chapiro, 2011; Estryn-Behar et al., 2011 ; Hazif -Thomas et Thomas, 2011 ; Estryn –Behar et al., 2013) ce qui ne coïncide pas avec leur idéal de soin : soigner, guérir, faire vivre (Estryn –Behar et al., 2013). Un sentiment d'impuissance peut ainsi se faire sentir. Des études sur les soignants travaillant en service de gériatrie et en maison de retraite montrent que ces derniers, comparativement à des soignants d'autres spécialités, sont plus insatisfaits de leur possibilité de donner à leurs patients la qualité des soins dont ils ont besoin (Ibid).

⁸⁹ La gériatrie est une *discipline médicale consacrée aux maladies dues au vieillissement* (Larousse, 2014).

⁹⁰ Cet auteur a catégorisé en trois filières les différents services de soins à l'hôpital: « la filière de pointe » la mieux dotée en matériel et effectifs; « la filière de masse » et la « *filière de relégation médicale* »

- Des contraintes physiques importantes : les soignants manutentionnent des patients souvent grabataires (Rapiau et Riondet, 2009), sans avoir recours à du matériel adapté (Hugonnet, 1999). C’est ainsi que les services de gériatrie seraient les plus générateurs de TMS en milieu hospitalier (Ravallec, Brasseur, Bondéelle et Vaudoux, 2009 ; Estryn- Behar et al., 2013). Ces soignants sont parmi les plus insatisfaits de leurs conditions physiques de travail et du soutien psychologique reçu au travail (Estryn-Behar et al., 2013).
- Des représentations négatives véhiculées : ces services sont dévalorisés et parfois considérés comme les services « punitions » dans lesquels sont affectés les nouveaux professionnels, ou les soignants jugés peu performants. La spécialité de la gériatrie est dévalorisée aux limites « voire aux marges de la médecine hospitalière, par opposition à la triade cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie » (Vega, 2005, p.3).

1.2. Les observations ergonomiques au sein des services suivis

Nous avons réalisé des observations ergonomiques au sein des trois services de soins suivies (2 jours par service de soins soit 48 heures d’observation). L’activité des infirmiers et des aides-soignants lors du service du matin (6H30-14H30) a été observée : période réputée comme la plus dense de la journée par les professionnels (Guide Aract, 2010). Pour faire cela, des observations ouvertes puis systématiques ont été réalisées. Le tableau ci-dessous (cf. tableau 4) présente les caractéristiques des soignants observés : nous avons choisi des profils différents en termes de profession (infirmiers, aides-soignants), d’ancienneté dans la profession et d’âge.

	Aides-soignantes observées			Infirmières observées		
	Sexe	Ages	Expériences	Sexe	Ages	Expériences
Terrain 1	F	37	15 ans	F	24	Inférieur à un an
Terrain 2	F	36	6 ans	F	35	13 ans
Terrain 3	F	25	8 ans	F	35	8 ans

Tableau 4. Caractéristiques des soignants observés

L'analyse des observations permet :

- **De repérer comment est organisé le service de soins.**
- **De recenser d'éventuelles variabilités d'un service à l'autre.**
- **De comprendre l'activité individuelle et collective des soignants (régulations, entraides, organisation du travail, communications...).**
- **D'identifier le lien entre le manque de matériel et la façon de réaliser son activité individuelle (postures pathogènes, régulations...).**
- **D'appréhender le rôle du cadre de santé auprès de son équipe.**
- **D'observer comment les informations sont échangées et transmises dans le service (présence lors des relèves).**

2. Analyse des stratégies utilisées par l'intervenant et de son modèle d'intervention sous-jacent au cours du déploiement de la démarche ORSOSA

Nous avons suivi dans le cadre de cette recherche un seul intervenant. Ce dernier a obtenu un Master 2 en psychologie du travail et a été embauché dans le CHU du terrain 1 pour une durée de 3 ans afin de déployer la démarche ORSOSA (premier poste). Durant sa prise de fonction et à sa demande, il a suivi une formation en ergonomie (diplôme universitaire sur 1 an).

2.1. Entretiens avec l'intervenant sur ses stratégies d'intervention

Le psychologue du travail a été interrogé sur ses stratégies d'intervention (cf. Annexe B1) avant de commencer à déployer la démarche et deux ans après (deux entretiens semi-directifs). Ces entretiens, enregistrés et retranscrits, d'une durée moyenne d'une heure comportent 39 questions. Plusieurs points ont été abordés : son parcours universitaire et professionnel ; sa prise de poste et missions confiées ; son modèle d'intervention et théories l'influençant et enfin ses collaborations avec d'autres professionnels du CHU.

L'analyse de ces entretiens permet :

- **De connaître les influences théoriques et méthodologiques du psychologue du travail lors de ses interventions.**
- **De recenser les différentes représentations de l'intervenant vis-à-vis de la démarche.**
- **D'identifier les difficultés observées par l'intervenant vis-à-vis de son activité.**
- **D'appréhender le développement de l'activité de l'intervenant et le développement de ses collaborations depuis sa prise de fonction.**

2.2. L'observation du déploiement de la démarche ORSOSA

Nous avons suivi l'intervention du psychologue du travail durant le déploiement de la démarche ORSOSA dans nos trois terrains de recherche. Nous avons assisté à l'ensemble des réunions (26 pour le terrain 1, 13 pour le terrain 2 et 22 pour le terrain 3) et des entretiens menés par l'intervenant. Chacune de ces réunions d'une durée moyenne de 1h20 ont été enregistrées et retranscrites. L'analyse de ces données a consisté à classer dans un tableau pour chaque réunion les propos de l'intervenant relatives aux :

- **stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche ORSOSA :** l'intervenant insiste sur les antécédents, l'intérêt de l'outil, le financement, le déroulé de la démarche, la constitution du questionnaire ou enfin le suivi de cette dernière.
- **stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs :** l'intervenant se centre précisément sur les besoins des acteurs et cherche à les engager dans le processus d'intervention.
- **stratégies en lien avec le fonctionnement du service :** l'intervenant fait des liens avec le fonctionnement du service suivi et les difficultés rencontrées par les acteurs internes et/ou les soignants. Il fait ainsi des liens entre le travail réalisé et l'organisation du travail mise en place.
- **stratégies en lien avec des projets institutionnels et instances de l'établissement :** l'intervenant fait des liens entre la démarche ORSOSA et plusieurs instances institutionnelles telles que le CHSCT, la Commission Médicale d'Etablissement (CME) ou encore des dispositifs en cours tels que celui du Maintien en emploi, de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de soins et médico-sociaux (ANAP)....

- **stratégies temporelles** : l'intervenant cherche à optimiser le temps de déploiement de la démarche dans l'établissement suivi.

Afin d'objectiver ces classifications, nous avons bénéficié de « l'accord inter-juge » de deux doctorants en psychologie du travail.

L'analyse de ces réunions permet :

- **D'analyser l'écart entre les objectifs attendus (énoncés dans les journaux de bord) par l'intervenant et le réel.**
- **De repérer les stratégies de l'intervenant afin de mobiliser les acteurs.**
- **D'identifier les éléments contextuels sur lesquels se base l'intervenant pour animer les réunions.**
- **D'analyser les interactions entre l'intervenant et les acteurs internes.**
- **D'observer le développement de l'activité de l'intervenant.**

2.3. Les journaux de bord et les entretiens d'auto-confrontation

Le journal de bord (JBD) tient « *à la fois du journal d'exploration, du journal intime et du dossier clinique* » (Bellemare, Marier et Allard, 2001, p.59). Il permet de faire le point sur l'action en cours (cf. Annexe B3). Cet outil, prenant la forme d'un document Excel est rempli informatiquement par l'intervenant avant et après chacune de ses interventions terrain. L'outil se découpe en deux parties : la première, remplie avant l'intervention, permet de renseigner : les acteurs ayant répondu présents ; les objectifs visés de cette entrevue et enfin les résultats attendus. La seconde, remplie après l'intervention (dans un délai d'une semaine) comprend six parties : le déroulement de l'activité ; les outils et méthodes utilisés ; les résultats non-attendus et les écarts ; l'analyse de ces écarts ; les décisions prises ; et enfin une case libre afin de renseigner d'éventuels commentaires de l'intervenant (ses ressentis, doutes, interrogations...). Une fois rempli, l'intervenant nous l'envoie par mail. L'ensemble des JBD est ensuite consigné dans un tableau récapitulatif par service suivi. Nous avons recensés 47 JBD pour le terrain 1, 27 pour le terrain 2 et 29 pour le terrain 3.

Un des biais de ces journaux de bord est qu'il favorise la pratique réflexive de l'intervenant et l'auto-évaluation en lui permettant de noter les changements qui surviennent dans le milieu⁹¹. C'est alors qu'ils peuvent modifier le cours de l'intervention. Cependant, cet outil nous a paru pertinent et a servi de base afin de construire **les entretiens d'auto-confrontation simple avec l'intervenant à la fin de la démarche** (délai de sept jours maximum entre la fin de l'intervention et l'entretien). Ces trois entretiens d'une durée moyenne de 1h45 ont été enregistrés et retranscrits (cf. Annexe B4). Nous avons présenté à l'intervenant les journaux de bord (traces de sa réflexion et de son activité) et lui avons demandé de commenter plusieurs points (Theureau, 1997). Cet outil, permettant un soutien mémoriel à l'interviewé permet de le resituer dans la situation (Boubée, 2010). C'est ainsi qu'il favorise « *la prise de conscience sur des dimensions non connues de son activité, en représentant le contexte de l'action* » (Ibid, p.9).

Ces méthodes permettent :

- **D'appréhender l'état d'esprit de l'intervenant pour chacun des temps de la démarche.**
- **De recenser les stratégies conscientes de l'intervenant.**
- **De recueillir et conserver des traces de l'activité de l'intervenant.**
- **D'appréhender les représentations et ressentis de l'intervenant vis-à-vis d'une situation.**
- **De repérer si les objectifs de l'intervenant se maintiennent ou évoluent dans le temps.**
- **De comprendre sur quels critères ce professionnel fonde sa stratégie d'intervention.**
- **D'objectiver les écarts entre ce qui est souhaité et ce qui est réellement fait.**
- **De comparer les éléments retenus par l'intervenant avec l'ensemble des éléments énoncés lors des réunions.**
- **D'identifier les éléments qui permettent de comprendre les changements de situations et ajustements mis en place par l'intervenant.**
- **De récolter des éléments sur le fonctionnement de l'établissement.**

⁹¹ A ce titre, l'intervenant nous a confié ne pas seulement les remplir dans le cadre de cette recherche mais aussi les utiliser avant d'intervenir afin de se remémorer ce qui a été dit, fait.

2.4. Recensement des traces à l'initiative de l'intervenant visant à communiquer avec d'autres acteurs

Ces traces sont constituées de comptes rendus d'intervention, de mails, de diaporamas présentés lors des réunions. Elles regroupent l'ensemble des documents permettant d'avoir des données sur le fonctionnement de l'organisation, le déroulement de l'activité, les caractéristiques des salariés, le climat de l'entreprise, le niveau des relations interpersonnelles... Nous nous sommes principalement centrée sur **l'analyse des mails échangés** (cf. Annexe B2) entre l'intervenant et les acteurs internes de l'établissement. Nous recensons 307 mails pour le terrain 1, 183 pour le terrain 2 et 175 pour le terrain 3. Chaque mail envoyé par l'intervenant a été analysé et classé en fonction de six catégories : envoi de documents ; organise les rencontres ; donne des informations sur le déploiement de la démarche ; cherche à faire participer les acteurs ; valorise un acteur ; montre sa disponibilité ; demande d'informations complémentaires aux acteurs.

Nous avons de plus réalisé **un entretien d'auto-confrontation** en fin de démarche avec l'intervenant afin de le faire verbaliser sur les mails échangés avec les acteurs.

L'analyse des mails permet :

- **D'identifier les stratégies utilisées par l'intervenant afin de mobiliser les acteurs.**
- **D'analyser la relation entretenue entre l'intervenant et les acteurs internes.**
- **De faire verbaliser l'intervenant sur son activité.**
- **D'identifier les éléments contextuels sur lesquels se base l'intervenant pour déployer la démarche.**
- **De recueillir des informations sur l'établissement et le service de soins audité.**

3. Analyse de l'activité des acteurs internes au cours du déploiement de la démarche

3.1. Les missions attribuées aux principaux acteurs d'un établissement de soins

Cette partie présente plus précisément (que lors de la partie I, chapitre 1, 1.1.2) les missions des acteurs que nous avons suivies au cours du déploiement de la démarche ORSOSA. Ceci nous paraît important car cette recherche s'intéresse à leur activité individuelle mais aussi collective. Comprendre les missions de chacun permet de mieux comprendre comment les acteurs s'impliquent lors du déploiement d'une démarche en prévention des risques professionnels.

Le directeur d'établissement : Sa mission consiste à conduire la politique générale de l'établissement en cohérence avec la politique de santé sur le territoire, permettant une prise en charge optimale des populations. Il est le garant du bon fonctionnement et de la performance globale de l'hôpital (gestion des risques, qualité environnementale, sociale...) ⁹². Il est le responsable légal de l'établissement et doit veiller à la gestion des moyens et des ressources (financières, techniques, humaines, informationnelles...). Ce professionnel a autorité sur l'ensemble des personnels médicaux et non-médicaux, dans le respect des règles déontologiques et de métier qui s'imposent aux professions de santé. Il manage des équipes pluridisciplinaires en favorisant le développement des compétences et savoir-faire des personnels dans le cadre d'une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) (EHESP, 2014; IRDES, 2014 ; métiers fonction publique hospitalière, 2014). Le directeur de l'établissement travaille en étroite collaboration avec le directeur des ressources humaines.

Le directeur des ressources humaines (DRH) : Sa mission consiste à gérer le personnel et ce, en animant une équipe de gestionnaires administratifs du personnel. Pour ceci, il vise à définir la stratégie générale de gestion des ressources humaines sur la base du projet d'établissement et de la réglementation en matière de droit du travail (politique générale de rémunération, de recrutement,

⁹² Un contrat de pôle d'une durée de quatre ans est conclu entre ce professionnel et le médecin chef de pôle afin de définir : les objectifs assignés au pôle en matière de qualité des soins, de productivité et les moyens (humains et financiers) alloués.

de formation, de mobilité, de temps de travail et la gestion des relations sociales et des conditions de travail). Il organise le suivi opérationnel des projets et coordonne l'activité de différents interlocuteurs (internes et externes à l'établissement) (APEC, 2014; métiers fonction publique hospitalière, 2014). Ce professionnel peut déléguer à un directeur adjoint des ressources humaines et travaille en collaboration avec le directeur général ainsi que les différents cadres supérieurs.

Le directeur des soins⁹³: Ses missions consistent à concevoir, piloter et évaluer les résultats de la politique de soins de l'établissement. Ses fonctions visent la coordination générale des tâches de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il veille à la continuité des soins et à la cohérence des parcours de soins des patients. Il est responsable de la conception, de la mise en œuvre du projet de soins ainsi que des objectifs de qualité et de sécurité de l'établissement. A ce titre, il participe aux différentes instances de l'établissement (directoire, réunions des différents pôles). Il est chargé de missions transversales par le directeur de l'établissement telles que de participer au dispositif de maintien en emploi des soignants. Il définit des projets en articulation avec le projet médical ; anime et coordonne les tâches des cadres de santé et évalue leurs résultats. De plus, une part de son activité est orientée vers le personnel soignant (conseils pédagogiques et gestion et développement des personnels) (EHESP, 2014 ; métiers fonction publique hospitalière, 2014). Il est le responsable hiérarchique des cadres supérieurs de l'établissement.

Le cadre coordonnateur de pôle (cadre supérieur) : Ses missions visent à organiser, coordonner et encadrer les moyens humains, financiers, techniques d'un pôle. Il est à la fois l'interlocuteur privilégié entre la direction de l'établissement et les équipes mais aussi responsable de la qualité, de la continuité des soins des services dont il a la charge tout en veillant à la formation et au transfert de compétences de ses équipes. Il est le responsable hiérarchique des cadres de santé.

Deux autres types d'acteurs ayant généralement suivi la formation de cadre supérieur peuvent être présents au sein des établissements de soins bien que leur statut ne soit pas réglementé : le directeur qualité et le gestionnaire des risques. Selon la taille de l'établissement certains acteurs peuvent avoir des doubles casquettes : par exemple un directeur d'hôpital pourra aussi être directeur qualité.

⁹³ Le directeur des soins peut mandater **un représentant de la direction des soins** pour le représenter sur le terrain

Le directeur qualité : Ses missions visent à définir, piloter et contrôler la mise en œuvre de la politique qualité dans l'établissement (portant sur les produits, les matériels, les investissements, les modifications de procédés, etc...) vis-à-vis des référentiels réglementaires en vigueur (différentes normes). Il réalise une veille juridique et réglementaire dans le domaine de la qualité (APEC, 2014). Ainsi, il participe au développement et à l'évaluation de la culture qualité au sein de l'établissement.

Le coordonnateur/gestionnaire des risques : Sa présence n'est pas obligatoire au sein des établissements. Sa mission consiste à mettre en lien l'ensemble des dispositifs de prévention de l'établissement. Il travaille sur plusieurs projets transversaux en collaboration avec différentes directions et se rend sur le terrain afin de contrôler le déploiement des dispositifs en cours.

Le médecin chef de pôle : Ses missions sont réglementées par les articles L.6146-1, R.6 146-8 et R.6146-9 du Code de la santé publique. Il vise à « (...) *mettre en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés par le pôle. Il organise avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien...* ». Il travaille sous sa propre responsabilité et sous son propre nom (article 69 de l'ordre des médecins). Il doit rendre des comptes à l'ordre national des médecins.

Le cadre de proximité ou de santé : Ses missions consistent à organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations données par les soignants. Safy-Godineau (2013) stipule qu'ils sont les garants de la santé des agents du fait de leur place intermédiaire (entre la hiérarchie et les agents). Thévenet (2009) souligne que « *le manager doit être un interprète et un traducteur infatigable, articulant les contradictions et composant avec les différentes interprétations dans un but de partage commun des informations, un bricoleur jonglant entre les exigences globales et le maintien d'une cohérence locale (...)* » (cité par Safy-Godineau, 2013, p.19). La hiérarchie est souvent en première ligne de mire en cas de dysfonctionnements : une grande part de son activité consiste en la recherche de lits disponibles, la gestion des flux de patients, la recherche de personnel afin de combler l'absentéisme (gestion des plannings...) (Bouret,

2008). Il a sous sa responsabilité les soignants de son service.

Le médecin de l'unité : Ses missions en lien avec le cadre de proximité sont multiples. Il est le responsable médical de l'organisation générale de son service et veille à définir et appliquer un projet médical. Il réalise de plus son activité de soins (suivi des patients...) et participe aussi à la formation des futurs médecins (internes et externes). Il doit rendre des comptes à l'ordre national des médecins.

Les soignants : Il existe deux types de soignants au sein des services : les aides-soignants (AS) et les infirmiers (IDE). Leurs tâches sont différentes auprès du patient :

L'infirmier (IDE): Ses missions visent à dispenser des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé ; contribuer à l'éducation de la santé et à l'accompagnement des personnes dans leur parcours de soins⁹⁴ en lien avec leur projet de vie ; intervenir dans le cadre d'une équipe pluri-professionnelle, de manière autonome et collaborative (metiers fonction publique hospitaliere , 2014). Il doit veiller à la surveillance des équipements médicaux, la gestion des stocks de médicaments et des dossiers patients (plannings de soins en fonction des prescriptions médicales, organisation des rendez-vous auprès d'autres services, formalités administratives...).

L'aide-soignant (AS): Ses missions consistent à dispenser, sous la responsabilité de l'infirmier, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne. Pour cela, il réalise des actes de nursing (hygiène, surveillance et l'observation, prévention et suivi relationnel) et aide à la prise de repas.

L'agent des services hospitaliers : (ASH) : Ses missions consistent à être en charge de la propreté de l'ensemble des locaux en respectant les règles de sécurité et les mesures de prévention des bio-contaminations.

⁹⁴ Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Il intègre les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. (ARS.SANTE, 2014).

L'équipe de médecine préventive veille à la préservation de la santé du personnel. Principalement, nous retrouvons les médecins du travail et les infirmiers du travail. En revanche, en fonction de la taille de l'établissement et des priorités institutionnelles ces derniers peuvent travailler au sein d'une équipe pluridisciplinaire composée : d'ergothérapeute, de psychologue du travail et d'ergonome. Dans le cadre de cette recherche, seuls les médecins du travail, les infirmiers du travail et un ergonome ont été présents. Voici un bref récapitulatif de leurs fonctions.

Le médecin du travail : Ses fonctions régies par le Code du travail (legifrance, 2014) ont pour mission exclusive « *d'éviter toute altération de la santé physique et mentale des travailleurs du fait de leur travail* » (Travailler mieux, 2014 ; Art. L. 4622-2). Il assure le suivi médical des salariés (visites d'embauche, de reprise, suivi individuel des salariés à risques, émet des avis d'aptitude) et conseille l'employeur en matière de préservation de la santé au travail. Il réalise un tiers de son temps de travail (appelé le tiers temps) au sein des entreprises et met en place des actions de prévention des risques professionnels. Ce dernier participe aussi au CHSCT et met notamment à jour une fiche entreprise recensant les risques professionnels. La tâche attendue est exclusivement une médecine préventive (amélioration des conditions de travail, adaptation de poste de travail, protection de nuisances, actions d'informations et de formation...) bien que le médecin du travail soit en réalité absorbé majoritairement par de la prévention secondaire et tertiaire (Caroly, Cholez et Landry, 2012).

Afin de réaliser l'ensemble de ses tâches, le médecin du travail coordonne une équipe pluridisciplinaire, composée majoritairement d'Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) « *une personne physique et morale dotée de compétences techniques, organisationnelles ou médicales* (infirmier du travail, ergonome, psychologue du travail, ingénieur sécurité...) *et dont le rôle est l'amélioration des conditions de travail en complément de l'action conduite par le ou les médecins* » (Art. L. 4644-1):

L'infirmier de santé au travail : Il assiste le médecin du travail dans ses missions. Il contribue ainsi à la protection de la santé physique et mentale des salariés sur leur lieu de travail. En fonction de la constitution de l'équipe pluridisciplinaire, il peut être amené à gérer le registre des accidents du travail, les équipements de protection individuelle (EPI), mettre en place des formations, réaliser des études ergonomiques de postes de travail, organiser les visites médicales et de terrain (le tiers temps) du médecin. Il réalise aussi des tests médicaux avec les agents, avant leur rendez-vous avec le médecin du travail (test de la vue, prises de tension...). Enfin, il peut être amené à mettre en place les campagnes de vaccinations du personnel soignant.

L'ergonome : Ses missions ne sont pas réglementées. Il participe, sous la responsabilité du médecin du travail, à la mise en place des démarches de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Dans ce cadre, il étudie les contraintes des postes de travail et de l'organisation du service. Il établit un diagnostic ergonomique et élabore des propositions d'améliorations avec les personnes en présence. L'ergonome vise la transformation des conditions de travail dans un objectif d'amélioration continue de la qualité de vie au travail.

Il convient désormais dans la sous-partie suivante de décrire quelles méthodes ont été utilisées afin d'analyser l'activité de chacun des acteurs en présence.

3.2. L'observation du déploiement de la démarche ORSOSA

Comme mentionné dans la partie IV, 2.2. nous avons suivi le déroulement de chacune des réunions menées par l'intervenant. L'analyse de ces données a consisté à classer pour chaque réunion et chacun des acteurs les propos relatifs : à la démarche, aux liens réalisés entre la démarche et l'établissement, aux acteurs mentionnés et enfin à leur activité individuelle (cf. Annexe C1). Nous avons vérifié la validité de ces catégories à l'aide d'un « accord inter juge » réalisé par deux doctorants en psychologie du travail.

L'analyse de ces réunions permet :

- **D'observer l'activité (individuelle et collective) de chacun des acteurs.**
- **De recenser les dispositions et les capacités de chacun des acteurs.**
- **D'analyser les interactions entre les acteurs.**
- **D'observer les interactions entre les acteurs et l'intervenant.**
- **D'appréhender des évolutions dans les collaborations des acteurs**
- **D'étudier les changements de réseaux sociaux.**
- **D'identifier les changements de représentations des acteurs vis-à-vis du lien travail/ santé entre les acteurs et repérer ainsi si de nouveaux débats ont lieu.**
- **De recenser d'éventuelles améliorations dans le fonctionnement du service de soins.**

3.3. Les entretiens brefs

Ces entretiens d'une durée moyenne de six minutes sont inspirés de méthodologies canadiennes (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2007) (cf. Annexe C2). Le principe est de poser les mêmes questions individuellement à chacun des acteurs présents à la suite de chaque réunion (délai d'une semaine maximum). Ces entretiens sont une version orale des journaux de bord. Cependant, il est plus facile d'appeler les acteurs pour faire le point sur la précédente réunion que de leur faire remplir un journal de bord au quotidien. Ces entretiens se sont faits majoritairement par téléphone et n'ont pas été enregistrés. Nous avons pris des notes des propos énoncés par les acteurs. Huit questions sont posées relatives : aux attentes de l'acteur vis-à-vis de la réunion, à ce qu'il retient de la réunion, aux ressources et aux obstacles qu'il a rencontrés dans le déploiement de la démarche, à l'activité de l'acteur, aux moyens repérés pour déployer son activité, à la pertinence de la démarche et enfin une question libre est posée permettant à l'acteur d'ajouter des éléments s'il en manifeste le souhait. Nous avons réalisé 12 entretiens pour le terrain 1, 23 pour le terrain 2 et 20 pour le terrain 3. Nous avons mis en parallèle l'ensemble de ces entretiens afin d'analyser le développement des représentations des acteurs (sur les liens travail/ santé, sur les difficultés rencontrées dans le service de soins suivis, sur sa propre activité, sur le rôle de collègues...) au fil de la démarche. Les entretiens brefs nous permettent d'accéder aux motifs des acteurs durant le déploiement de la démarche ORSOSA (cf. Partie II, chapitre 3).

Ces entretiens nous ont permis d'établir dans le temps une relation de confiance avec les acteurs interrogés.

L'analyse de ces entretiens permet :

- **D'appréhender le sens que les acteurs donnent à la démarche (évolutions possibles).**
- **D'identifier les difficultés rencontrées par les acteurs dans leur activité individuelle.**
- **De recenser une partie des marges de manœuvre des acteurs.**
- **D'observer les changements de représentation des acteurs dans le temps.**
- **D'identifier un développement de l'activité des acteurs.**

3.4. Les entretiens de fin de démarche

Nous souhaitions au départ réaliser des entretiens d'auto-confrontation (comme nous avons fait pour l'intervenant). Cependant, compte tenu du manque de disponibilité des acteurs, nous n'avons pu les mettre en œuvre (ces entretiens nécessitent du temps). Nous nous sommes donc inspirée de cette méthode (confrontation de l'acteur à des traces de son activité⁹⁵) mais avons aussi utilisé une grille d'entretien semi-directive interrogeant les acteurs sur : la démarche et leurs ressentis ; la démarche et leur rôle ; la démarche et les autres acteurs ; la démarche et la culture institutionnelle de l'établissement. Ces entretiens, réalisés en direct ou par téléphone, d'une durée moyenne de 45 minutes, ont été retranscrits. Nous en avons réalisé 8 pour le terrain 1, 6 pour le terrain 2 et 7 pour le terrain 3. L'analyse de ces entretiens a été compilée avec celle des entretiens brefs.

L'analyse de ces entretiens permet :

- **De faire expliciter les acteurs quant à leurs actions (éventuellement leurs stratégies d'acteurs) durant l'intervention.**
- **D'accéder aux buts conscients de l'individu.**
- **D'évaluer le niveau d'implication des acteurs au cours du déploiement de la démarche.**
- **D'identifier un éventuel développement de l'activité individuelle et collective des acteurs.**
- **De recueillir des éléments sur l'activité individuelle (et ses empêchements) des acteurs.**
- **De mieux comprendre les dynamiques collectives entre les acteurs internes présents dans la démarche.**

D'autres entretiens avec les mêmes acteurs, d'une durée moyenne de 20 minutes ont été **réalisés six mois après la fin de la démarche** (temps 7). La grille d'entretien est très proche de celle des entretiens brefs (cf. Partie IV, 3.3). Les acteurs sont interrogés : sur les attentes qu'ils avaient vis-à-vis de la démarche ; sur le but de la démarche ; sur ce qu'ils en retiennent ; sur les obstacles et ressources rencontrés, sur ce qu'ils ont appris ; sur leur place dans la démarche ; sur leurs opinions vis-à-vis des préconisations et enfin une question libre. Nous avons réalisé 4 entretiens pour le terrain 1, 6 pour le terrain 2 et 6 pour le terrain 3. L'analyse de ces entretiens a été compilée avec les entretiens brefs.

⁹⁵ A partir des observations et des entretiens brefs

L'analyse de ces entretiens permet :

- **De repérer un éventuel développement de l'activité des acteurs (nouvelles préoccupations, nouvelles compétences...).**
- **De recueillir le positionnement des acteurs vis-à-vis de la démarche et ses effets.**
- **D'identifier le travail collectif entre les acteurs mis en place au cours de la démarche.**
- **D'appréhender des premiers effets durables de la démarche et de faire un point sur l'autonomisation des acteurs vis-à-vis de la démarche.**

En résumé, l'ensemble des données recueillies pour ces trois établissements est présenté dans le tableau ci-dessous (tableau 5).

	Terrain 1	Terrain 2	Terrain 3	Nombre d'heures d'enregistrement
Observations ergonomiques dans les services de soins observés	2 jours	2 jours	2 jours	
Nombre de réunions observées	26	13	22	96h30
Entretiens avec l'intervenant sur ses stratégies d'intervention	2			4h
Nombre de JBD rédigés par l'intervenant + entretiens d'auto-confrontation	47 1	27 1	29 1	6h
Nombre de mails échangés entre l'intervenant et les acteurs internes + entretiens d'auto-confrontation	307 1	183 1	175 1	2h50
Nombre d'entretiens brefs	12	23	20	9h30
Nombre d'entretiens de fin de démarche avec les acteurs internes	8	6	7	5h10
Nombre d'entretiens à six mois avec les acteurs internes	4	6	6	5h30
Total				128h30

Tableau 5. Récapitulatif des données récoltées

L'ensemble de ces méthodes s'articulent et convergent vers un même objectif : identifier le processus de construction sociale de la prévention des risques professionnels. En conséquent, nous avons cherché à catégoriser le type d'implication de chacun des acteurs observés durant le déploiement de la démarche.

Chapitre 3. Caractérisation du type d'implication de chacun des acteurs durant le déploiement de la démarche

Face à l'ensemble de nos données, nous avons identifié plusieurs manifestations de l'implication des acteurs au cours du déploiement de la démarche que nous avons mis en parallèle avec les objectifs de l'intervenant (identifiés dans les journaux de bords) et les différentes étapes de la démarche (cf. tableau 6).

Etape de la démarche prescrite	Les acteurs conviés	Objectifs et stratégies de l'intervenant	Propos en lien avec l'activité individuelle de l'acteur	Propos en lien avec le travail collectif des acteurs
Temps 1, 2, 3 Présentation de la démarche aux différents acteurs	Médecin du travail Infirmier du travail Ergonome DRH DRH adjoint Direction qualité Direction des soins Gestionnaire des risques Cadre supérieur Cadre de santé Médecin unité Soignants	Impliquer et mobiliser ces acteurs pour les sensibiliser à la démarche : répondre à leurs attentes et interrogations, faire comprendre qu'ORSOSA est un diagnostic s'apparentant à de la prévention primaire, l'objectif final est de les autonomiser pour qu'ils auto-implémentent cette démarche.	-fait un lien entre la démarche et son activité individuelle (difficultés...) -fait référence à son activité individuelle -se questionne sur son rôle - recherche des leviers -se déplace sur le terrain -développe ses connaissances terrain -fait référence à des documents envoyés par l'intervenant -se porte volontaire pour être référent de la démarche -fait des liens entre la santé et le travail des soignants	-fait des liens entre la démarche et le contexte institutionnel de l'établissement -échanges collectifs sur la mise en place de la démarche (choix des unités) + ajustements -se questionne sur le rôle d'un acteur -voit une utilité avec son activité collective (sens commun, lien avec projets en cours...) -présente des projets collectifs
Temps 4, 5, 6, 7 Restitution de la démarche aux différents acteurs	Médecin du travail Infirmier du travail Ergonome DRH DRH adjoint Direction qualité Direction des soins Gestionnaire des risques Cadre supérieur Cadre de santé Médecin unité Soignants	1) Avoir une grille d'analyse ainsi que des ébauches de solutions + pérenniser la relation de confiance établie avec les acteurs 2) Impliquer l'ensemble des acteurs afin de pérenniser les actions dans le temps, les valider collectivement 3) Impulser une dynamique de prévention : créer l'adhésion des acteurs aux préconisations : faire intégrer ces données	-repère une utilité au déploiement de la démarche -fait référence à son activité individuelle et ses difficultés -se questionne sur son rôle -est porteur de la démarche (relais) et recherche de solutions -se déplace sur le terrain -fait des liens entre la santé des soignants et leur travail -prend des initiatives	- fait des liens entre la mise en place de la démarche et le contexte institutionnel -débat sur l'activité du service de soins -fait référence à d'autres acteurs -perçoit une utilité avec son activité collective (sens commun, lien avec projets en cours...) -se questionne sur l'activité de chacun des acteurs + répartition des rôles -fait référence à d'autres acteurs -fait émerger des préconisations

Temps 8. Suivi et bilan des préconisations à six mois	Médecin du travail Infirmier du travail Ergonome DRH DRH adjoint Direction qualité Direction des soins Gestionnaire des risques Cadre supérieur Cadre de santé Médecin unité	Vérifier les actions mises en place, échanger quant au groupe de travail sur les interruptions de tâches	-fait le lien entre la démarche et son activité individuelle -est porteur de la démarche (relais) -fait le lien entre la santé des soignants et leur travail -se questionne sur la démarche	- fait des liens entre ORSOSA et le contexte institutionnel -fait intervenir de nouveaux acteurs -se pose de nouvelles questions -Discute des préconisations -fait des liens avec d'autres projets collectifs -perçoit de nouvelles fonctions attribuées à la démarche -énonce de nouvelles façons de procéder -fait un bilan collectif et des réajustements

Tableau 6. Organisation des données pour rendre compte de la mobilisation des acteurs dans le cadre d'une démarche préventive

Ce tableau met en parallèle les objectifs de l'intervenant, l'activité individuelle et le travail collectif des acteurs durant le déploiement de la démarche ORSOSA. Il nous a permis grâce au listing proposé de catégoriser le type d'implication de chacun des acteurs (cf. Partie V, chapitre 2).

Chapitre 4. Présentation des trois monographies des terrains observés

Avant de décrire en détail comment s'est déployée la démarche au sein des trois services suivis, voici un tableau récapitulatif des acteurs présents durant le déploiement de la démarche (cf. tableau 7).

	Terrain 1	Terrain 2	Terrain 3
Temps 1. Rencontre institutionnelle	Médecin chef de pôle Cadre supérieur Ergonome	DRH DRH adjoint Direction qualité Direction des soins Médecin du travail	DRH Gestionnaire des risques Médecin du travail Infirmier du travail
Temps 2. Rencontre cadre de santé/médecin de l'unité	Cadre de santé Médecin de l'unité Ergonome	Cadre supérieur Cadre de santé Médecin de l'unité	Cadre de santé Médecin de l'unité
Temps 3. Rencontre équipe	Cadre de santé Equipe	Cadre de santé Equipe Médecin du travail	Cadre de santé Equipe Infirmier du travail
Temps 4. Rencontre cadre de santé/médecin de l'unité	Direction des soins Cadre de santé Médecin de l'unité Ergonome	Cadre de santé Médecin de l'unité Médecin du travail	Cadre de santé Médecin de l'unité Médecin du travail Infirmier du travail
Temps 5. Rencontre équipe	Equipe Ergonome	Equipe Médecin du travail	Equipe Médecin du travail Infirmier du travail Ergonome terrain 1
Temps 6. Rencontre cadre de santé/médecin de l'unité	Direction des soins Cadre de santé	Cadre supérieur Cadre de santé Médecin de l'unité Médecin du travail	Gestionnaire des risques Cadre de santé Médecin de l'unité Infirmier du travail
Temps 7. Restitution collective	Cadre supérieur Cadre de santé Médecin de l'unité Equipe Ergonome	Cadre supérieur Cadre de santé Médecin de l'unité Equipe Médecin du travail	Gestionnaire des risques Direction des soins Cadre de santé Médecin de l'unité Equipe Médecin du travail Ergonome terrain 1
Délai de déploiement de la démarche jusqu'au temps 7	1 an et 1 mois	1 an et 3 mois	9 mois
Temps 8. Suivi à 6 mois	Direction des soins Cadre supérieur Cadre de santé Ergonome	Cadre supérieur Cadre de santé Médecin de l'unité	Gestionnaire des risques Cadre de santé Médecin de l'unité Médecin du travail Infirmier du travail

Tableau 7. Analyse comparative de la présence des acteurs durant le déploiement de la démarche

L'initiateur en interne de la démarche ORSOSA au sein des établissements n'a pas été le même : pour le terrain 1, le médecin chef de pôle; pour le terrain 2, le DRH et enfin pour le terrain 3, le médecin du travail de l'établissement (via un réseau régional de médecins du travail).

Le déploiement de la démarche dans chacun des terrains observés n'a pas impliqué les mêmes acteurs. Au sein du terrain 1, la direction des soins et l'ergonome ont eu un rôle prépondérant; au sein des terrains 2 et 3, les acteurs de la médecine du travail ont été très présents. Plusieurs acteurs institutionnels se sont joints au travail collectif initié dans le terrain 3 au cours du déploiement de la démarche. Ce tableau montre de plus que la démarche ne s'est pas déployée à la même vitesse dans les trois services de soins suivis. Les sous-parties qui suivent visent à détailler le déroulé de l'intervention pour chacun des terrains observés.

1. Monographie du terrain 1

Nous avons détaillé chacun des différents temps de la démarche ORSOSA que nous avons mis en parallèle avec les grandes étapes de l'intervention ergonomique (Cf. partie II, chapitre 1). Pour plus d'informations sur le déploiement de la démarche se référer aux annexes A2, A3 et A4.

Etape initiale : Choix des unités et présentation de la démarche (temps 1, 2 et 3)

La rencontre institutionnelle (temps 1) ⁹⁶

Il a été décidé par le médecin chef de pôle (après concertation avec le coordonnateur du projet ORSOSA) que la démarche soit déployée **sur l'ensemble de son pôle**. Lors de cette réunion (réunissant le cadre supérieur, le médecin chef de pôle, l'ergonome et l'intervenant), le cadre supérieur a insisté sur la nécessité **d'inscrire cette démarche dans un cadre institutionnel** et de faire des liens avec des projets en cours afin de bénéficier **d'acteurs ressources tels que le DRH et**

⁹⁶ Il est à noter qu'en parallèle à ces différents temps, l'intervenant a rencontré d'autres acteurs institutionnels tels que le directeur des affaires financières ou le responsable logistique de l'hôpital afin de créer le plus de passerelles possibles entre les acteurs et les services de l'établissement.

la direction des soins. Après plusieurs échanges, il a été décidé (suite à la proposition de l'ergonome) de mettre en place deux **types de comités de pilotage (COPIL)** (un premier avec des acteurs directement liés au service de soins audité et un second mobilisant en transversale des acteurs de la direction) afin de mieux suivre le déploiement des préconisations dans le service audité. Une discussion entre ces différents acteurs a ensuite eu lieu au sujet du **type de service à auditer** dans le cadre de la démarche ORSOSA. Les acteurs ne souhaitent pas imposer la démarche aux services de soins.

Plusieurs rencontres institutionnelles ont ensuite été menées : le médecin chef de pôle a présenté la démarche en CHSCT, en Comité Médical d'Etablissement et en comité de direction (CODIR) en compagnie majoritairement de l'intervenant (préparations, explications, mise en relation avec d'autres acteurs, ect.) et du cadre supérieur.

La rencontre cadre/ médecin (temps 2)

L'intervenant a été accompagné par l'ergonome de l'établissement afin de rencontrer le cadre de santé et le médecin de l'unité choisie par le comité de pilotage. Alors que l'intervenant valorise la stabilité organisationnelle de l'unité auprès de ces acteurs, il apprend que le service rencontre **plusieurs difficultés organisationnelles majeures** (période de restructuration, manque de personnel, absentéisme, cadre en souffrance, charge de travail importante pour les soignants, ect.). C'est ainsi que les acteurs internes ne souhaitent pas cette démarche. En effet, le **médecin de l'unité, en conflit avec la direction**, redoute une manipulation de la part de l'institution, conteste la validité du questionnaire et s'interroge sur les moyens déployés afin de réaliser cette étude. Le **cadre de santé, quant à lui, débordé par son activité individuelle** ne perçoit pas comment il va trouver du temps pour se charger de l'organisation de la démarche et exprime de plus des **réticences vis-à-vis de certaines questions du questionnaire**. L'intervenant et l'ergonome insistent alors sur **l'intérêt des différentes rencontres proposées** par la démarche. Cependant, les acteurs de terrain acceptent l'étude car « **imposée informellement** » et demandent à ce que la passation des questionnaires soit rapide, étant donné le contexte organisationnel du service de soins (fusion de deux services de soins).

La rencontre équipe (temps 3)

L'intervenant a présenté la démarche aux soignants (8 soignants) présents et a distribué les questionnaires (il a laissé une affiche explicative des grandes étapes de la démarche dans la salle de pause). Peu de questions ont été posées par les soignants. L'intervenant **insiste sur le suivi de la démarche au niveau institutionnel**.

Passation du questionnaire et analyse des résultats

Deux semaines plus tard, l'intervenant est venu récupérer les questionnaires au sein du service (taux de participation : 75% des infirmiers et 65% des aides soignants du service). Il en a profité pour faire un entretien avec le cadre de santé. L'intervenant a permis au **cadre de santé d'exprimer ses difficultés quotidiennes vis-à-vis de son activité** : il se sent démuni, débordé (surcharge de travail importante) et exprime ne pas avoir le temps et les moyens de bien faire son travail (peu de présence auprès des équipes, pas de projet de service mis en place, gestion importante de l'absentéisme, ect.). Ce dernier a peur que la démarche **évalue sa pratique professionnelle**. Suite à cet entretien, **l'intervenant a averti le médecin du travail référent, l'ergonome, le cadre supérieur et la direction des soins afin de proposer un soutien au cadre de santé**.

Etape diagnostique : Diagnostic et recherche de solutions (temps 4, 5 et 6)

Restitution cadre/ médecin de l'unité (temps 4)

Cette restitution s'est déroulée en plusieurs phases étant donné les résultats en alerte des questionnaires et le mal-être du cadre de santé.

Dans un premier temps, l'intervenant, la direction des soins et l'ergonome **ont rencontré le cadre de santé seul** (sans le médecin de l'unité) afin de lui présenter les résultats. L'intervenant **exerce un rôle de réassurance auprès du cadre de santé et se sert du contexte organisationnel délétère pour resituer les résultats**. Cette réunion donne un espace au cadre de santé afin d'exprimer **les difficultés rencontrées au quotidien**. La **direction des soins**, quant à lui exerce **un rôle de coach** et donne plusieurs conseils au cadre de santé afin de faire face à ses difficultés. Il **critique notamment le positionnement du cadre supérieur** (vis-à-vis de la gestion des heures supplémentaires par exemple). **L'intervenant et l'ergonome sont restés en observation lors de cette réunion laissant une place centrale à la direction des soins**.

Dans un second temps l'intervenant a rencontré seul le médecin de l'unité afin de lui restituer les résultats du questionnaire. Le médecin déplore **le manque de bonnes conditions de travail** (problème d'absentéisme, de matériels, charge de travail trop importante pour les soignants et le cadre de santé, ect.) pour effectuer un travail de qualité et sans danger pour les soignants. Il exprime un **manque de soutien de l'administration** face à l'ensemble des difficultés rencontrées par le service de soins. De plus, il est très critique vis-à-vis du questionnaire et notamment du seuil utilisé afin de qualifier une dimension en alerte (alerte au 75 ème percentile). L'intervenant insiste sur le suivi proposé par la démarche et se positionne comme accompagnant.

L'intervenant a ensuite **organisé un COPIL** (avec le cadre supérieur, le médecin chef de pôle et le directeur administratif de pôle) permettant de faire un point sur les unités en cours et **d'échanger sur les difficultés vécues par le cadre de santé**. Selon ces acteurs, le cadre de santé rencontre des difficultés notamment à cause **des pratiques du médecin de l'unité** (prise de patients lourds alourdissant la charge en soins des soignants, personnalité néfaste au bon fonctionnement du service, ect.). Les acteurs en présence ont ensuite évoqué les personnes à contacter pour le comité de pilotage institutionnel.

Restitution équipe (temps 5)

Deux restitutions équipe ont été animées par l'intervenant et l'ergonome. Les soignants (environ six AS et quatre IDE) se sont exprimés sur les difficultés rencontrées (charge de travail, dysfonctionnements matériels, absentéisme, absence d'analyse de la pratique, ect.). Les soignants dépeignent une bonne entente entre l'équipe, le médecin et le cadre de santé. A ce titre, ils ont souligné que le cadre de santé surchargé, n'a pas de poids face aux dysfonctionnements. Cette ambiance a surpris l'intervenant qui a alors valorisé le service et insisté sur le soutien institutionnel pour le déploiement de la démarche. L'ergonome a relancé à plusieurs reprises la parole des soignants en posant des questions précises sur l'organisation du service.

Plusieurs jours plus tard, l'intervenant a **rencontré le cadre supérieur** afin de faire un point sur l'ensemble des alertes du questionnaire. Un échange a notamment eu lieu sur la nécessité de recourir à une aide au cadre de santé ; sur la charge de travail et les heures supplémentaires.

Restitution cadre/ médecin (temps 6)

L'intervenant, la direction des soins et le cadre de santé (**absence du médecin de l'unité**) se sont réunis afin de faire un point sur les préconisations envisagées pour ce service. Ce temps a permis au cadre de santé et à la direction des soins d'échanger sur les difficultés quotidiennes rencontrées (réalisation de bons travaux/ réparations, problème de matériels, charge de travail, ect.). Les suites de la démarche ont ensuite été discutées et le cadre de santé a accepté que l'intervenant et l'ergonome fassent des observations au sein du service.

Etape programmation et planification des préconisations : Restitution collective (temps 7)

Lors de cette réunion, l'intervenant commence à détailler chacune des dimensions en alerte aux acteurs présents (cadre de santé, médecin de l'unité, cadre supérieur, ergonome et soignants (5 AS et 2 IDE)). Les acteurs en présence ont pu échanger sur le travail réel et faire des liens entre les difficultés rencontrées et le contexte institutionnel. **Une discussion assez longue entre le cadre supérieur, les soignants et le médecin de l'unité a eu lieu concernant la gestion de l'absentéisme et des heures supplémentaires** (environ 20 minutes). Le cadre de santé a pu exprimer aux soignants les difficultés rencontrées dans son activité individuelle. Le cadre supérieur en a profité pour se repositionner vis-à-vis de l'équipe : le médecin de l'unité lui ayant reproché d'être « administratif ». Les suites du déploiement de la démarche ont ensuite été discutées. Il a été convenu que l'intervenant et l'ergonome viennent **évaluer la charge de travail du cadre de santé et des soignants dans les prochains mois**. De plus, **un infirmier du service** (formé à la prévention des risques professionnels a émis l'idée **de travailler sur l'organisation générale** en proposant son aide (création d'un diagramme d'Ishikawa). L'ensemble des acteurs en présence a répondu favorablement.

Etape conclusion : Suivi et bilan de l'intervention (temps 8)

Suivi à 6 mois et bilan de l'intervention (temps 8)

Dans un premier temps, l'intervenant et l'ergonome ont réalisé des observations ergonomiques (3 jours chacun au sein du service de soins) afin d'étudier la charge de travail des soignants et recenser le matériel à disposition du service. Une première réunion (réunissant le cadre de santé, le médecin de l'unité, l'ergonome et l'intervenant) a permis aux acteurs d'échanger sur les conclusions des observations : points sur les dysfonctionnements (les locaux, le matériel, les prescriptions

médicales, le manque de lieu de communication, ect.) mais aussi sur les ressources de l'unité. En parallèle de ces observations, **un groupe de travail de soignants a réalisé des diagrammes d'Ishikawa sur les interruptions de tâches** (sans la présence de l'intervenant ou de l'ergonome). Ce dernier a été remis à l'intervenant qui l'a ajouté à la synthèse finale. Dans un second temps, une réunion plus institutionnelle (réunissant le cadre de santé, le médecin de l'unité, l'ergonome, le cadre supérieur et la direction des soins) a permis de faire une nouvelle fois le point sur les dysfonctionnements et de répartir la charge de travail afin d'y remédier. Ces échanges ont développé la relation entre le cadre supérieur et le cadre de santé. Le cadre supérieur a exprimé qu'il souhaitait être plus sollicité par le cadre de santé au quotidien.

En parallèle, l'intervenant est allé **observer la charge de travail du cadre de santé** (deux demi-journées). Pour faire cela, il a utilisé une grille d'observation préalablement validée par le cadre supérieur et le cadre de santé. Le but étant de montrer que compte tenu de la gestion de 40 lits il est difficile pour ce professionnel d'honorer l'ensemble de sa charge de travail (et notamment la fonction management). Un document, objectivant la charge de travail du cadre de santé, réalisé par l'intervenant sur la base « des fiches métier » et « des fiches de poste » existantes et validées par le cadre supérieur et le cadre de santé, a ensuite été présenté lors d'une réunion institutionnelle (réunissant le cadre de santé, le cadre supérieur, la direction des soins et l'intervenant) : 10% de son temps est consacré à l'organisation des soins, 20% à la logistique, 50% à la communication, et plus de 60% à la gestion de l'absentéisme). Cette réunion est une nouvelle fois l'occasion pour ces acteurs d'échanger sur cette charge de travail. **Le cadre de santé, valorisé par ces échanges, est orienté vers l'aide de personnes ressources telles que** le service informatique, le cadre supérieur, le service logistique...).

Une discussion (initiée par le cadre supérieur) a ensuite eu lieu vis-à-vis de la nécessité d'acquiescer un poste d'aide au cadre. **Plusieurs réunions (en l'absence de l'intervenant) se sont ensuite déroulées entre le cadre de santé et le cadre supérieur afin de rédiger un profil d'aide au cadre de santé.**

L'intervenant a organisé un COPIL (réunissant un nouveau représentant de la direction des soins, le médecin chef de pôle et l'ergonome) visant à choisir de nouvelles unités à auditer et échanger sur les préconisations des différents services pouvant être transversales: formations gestes et postures et mise en place d'une enveloppe budgétaire commune.

2. Monographie du terrain 2

Etape initiale : Choix des unités et présentation de la démarche (temps 1, 2 et 3)

La rencontre institutionnelle (temps 1)

En présence du DRH, du représentant risques et qualité, de la direction des soins, du DRH adjoint et du médecin du travail, l'intervenant a présenté la démarche. A ce titre, les acteurs ont échangé sur la façon de procéder afin de la mettre en place dans leur établissement. Plusieurs **questions relatives à la démarche ORSOSA 1** ont été posées par le DRH et notamment vis-à-vis du suivi des préconisations établies. Les acteurs présents ont insisté sur leur **volonté d'impliquer les syndicats** au sein de cette démarche. Ainsi, le DRH souhaite présenter la démarche en CHSCT. L'intervenant leur a conseillé d'utiliser comme pour l'ancienne cohorte le tirage au sort afin de sélectionner les services de soins. Cependant, ces derniers ont **mis en place un faux tirage au sort afin de limiter les mécontentements des acteurs choisis**.

La rencontre cadre/ médecin (temps 2)

Les responsables des différents services choisis ont souhaité **faire une rencontre commune avec l'intervenant** (ils se sont réunis auparavant afin de préparer cette réunion). Lors de cette rencontre, aucun acteur institutionnel, ni même la médecine du travail n'ont été présents. Cadre de santé, cadre supérieur et médecin du service de gériatrie choisis ne souhaitent pas cette démarche dans leur service de soins. Ils ont à plusieurs reprises **exprimé leur mécontentement** (items du questionnaire ciblant le cadre de santé, non adaptés à la gériatrie, centrés sur les difficultés plutôt que sur les points positifs de l'unité...). Selon eux, ce service de soins a été choisi afin de mettre à l'écart le cadre de santé de ses fonctions et répondre ainsi à une demande des syndicats ayant des doutes sur le management des cadres de santé. L'animation de cette réunion a été difficile pour l'intervenant qui a tenté de valoriser la démarche. L'intervenant a **contacté le médecin du travail** suite à cette réunion afin de réfléchir aux suites données à la démarche compte tenu du climat organisationnel.

Plusieurs réunions ont ensuite eu lieu : L'intervenant décide de **convoquer un nouveau COPIL**. Les acteurs présents (le médecin du travail, l'infirmier du travail, le DRH, la direction des soins, le représentant qualité et le DRH adjoint) sont surpris de ce ressenti négatif vis-à-vis de la

démarche. Une réflexion collective, **sur comment mobiliser les acteurs internes au service** a alors eu lieu. Ainsi, les différents acteurs institutionnels **se sont répartis les tâches** (contacter le cadre de santé, le médecin de l'unité, présenter la démarche dans d'autres instances). Lors de cette réunion, les acteurs ont manifesté **leur volonté que le médecin du travail soit partie prenante dans la démarche**. C'est ainsi que le médecin du travail a introduit l'infirmier du travail afin de le secondar. L'intervenant a tenté d'impliquer la direction des soins en prenant exemple sur les collaborations existantes dans d'autres établissements.

Suite à ce COPIL, l'intervenant **s'est entretenu avec le cadre de santé et le médecin du travail** pour « un entretien cadre » afin de faire le point sur l'activité du service de soins (organisations du service, projets de service mis en place, difficultés rencontrées...) et les difficultés rencontrées.

La rencontre équipe (temps 3)

Le cadre de santé a accompagné l'intervenant et le médecin du travail afin de présenter la démarche aux soignants présents (soit huit environ) (sur deux étages donc deux présentations) et distribuer les questionnaires. Le cadre de santé a demandé à l'intervenant d'ajouter le nom de chacune des équipes sur les deux urnes des questionnaires. Le médecin du travail a pris la parole afin de présenter la démarche et le contexte de l'étude. A ce titre, **il a insisté sur la dimension « recherche » de l'outil** : création d'une base de données sur les Contraintes Psychologiques et Organisationnelle des soignants. Les soignants ont pu ensuite poser plusieurs questions relatives au remplissage du questionnaire. Face à des questions sur le port de charge des sacs à linge, **le médecin du travail s'est engagé à revenir dans le service pour étudier cela**. Il rappelle de plus la posture à adopter pour porter des charges lourdes. Enfin, il a été convenu que **le médecin du travail retourne dans le service pour présenter la démarche aux agents de nuit** (le soir même et en août pour les agents en vacances).

Passation du questionnaire et analyse des résultats

Plusieurs semaines plus tard, le médecin du travail est allé récupérer les questionnaires au sein du service (taux de participation : 61,11% des infirmiers et 59,09% des aides-soignants).

Etape diagnostique : Diagnostic et recherche de solutions (temps 4, 5 et 6)

Restitution cadre/ médecin de l'unité (temps 4)

L'intervenant en présence du médecin du travail et de l'infirmier du travail est allé présenter les résultats du questionnaire au cadre de santé et au médecin de l'unité. **Ces derniers manifestent leur perplexité vis-à-vis de la démarche, déplorant son manque d'intérêt pour un service de gériatrie.** Ils se mobilisent contre la démarche. Cependant, les acteurs ont pu **discuter du matériel manquant dans le service de soins.** A plusieurs reprises, le médecin du travail, partie prenante lors de ces échanges, **rappelle que la prise en compte de la santé du personnel soignant est aussi importante que celle des patients.** Les acteurs échangent de plus sur les suites de la démarche. Le cadre de santé **n'autorise pas l'intervenant à venir plusieurs fois rencontrer les soignants.**

Restitution équipe (temps 5)

Ce temps, en présence du médecin du travail, de l'infirmier du travail, de l'intervenant et des soignants (cinq AS), n'a pas permis aux soignants d'exprimer leurs difficultés et ce d'autant plus que **l'infirmier référent du service était présent** (représentant le cadre de santé), et sans que l'intervenant n'en ait été informé. Très peu de soignants ont été impliqués dans la démarche. Les soignants **ont insisté sur des besoins matériels** (manque de sangles, besoin d'un lève-malade...). A la fin de cette réunion, l'infirmier du travail a exprimé à l'intervenant ses craintes vis-à-vis de la charge de travail que demande la mise en place d'une telle démarche.

L'intervenant organise un COPIL (réunissant le DRH, le représentant qualité, le DRH adjoint, l'infirmier du travail et le médecin du travail) afin de faire un point sur la mise en place de la démarche. Les besoins recensés par les équipes tournent principalement autour du matériel et de la formation ce qui surprend les acteurs de l'établissement. De plus, ils reprochent à l'intervenant de ne pas avoir assez communiqué sur le déroulement de la démarche et de ne pas avoir inclus le cadre supérieur. L'intervenant s'engage alors à envoyer un mail à chaque nouvelle étape de la démarche. Lors de cette instance, nous apprenons **que le DRH va partir en congés maternité et que la direction des soins est également partie.** Le DRH décide de mandater le CODIR de l'établissement afin d'organiser la suite de la démarche en son absence.

Restitution cadre/ médecin (temps 6)

L'intervenant a synthétisé les différents points évoqués lors des restitutions précédentes sous la forme d'un compte-rendu afin de le présenter lors de cette réunion (réunissant le cadre de santé, le cadre supérieur, le médecin de l'unité et les acteurs de la médecine du travail). Le médecin de l'unité, le cadre de santé et le cadre supérieur ont été **très pointilleux sur les termes utilisés par l'intervenant** dans le compte-rendu. Ils forment un groupe soudé mobilisé contre la démarche. Ainsi, ils reviennent sur la façon dont les services de soins ont été sélectionnés, sur le contexte délétère de la démarche et sur le manque d'inclusion du cadre supérieur. Ces acteurs sont toutefois en demande d'acquisition de matériel.

Suite à cette réunion, l'intervenant a rencontré la nouvelle direction des soins en compagnie du médecin du travail et **de la direction des soins du terrain 1** afin de lui présenter la démarche. Ces acteurs se sont entretenus trois heures sur les difficultés rencontrées (contexte institutionnel délicat, faux tirage au sort, manque de mobilisation des acteurs...) de l'établissement. Enfin, la direction des soins du terrain 1 a présenté selon lui le rôle que devait jouer la direction des soins dans cette démarche (proposer un accompagnement, être porteur du projet). Ce nouvel acteur en a profité pour discuter des difficultés rencontrées notamment avec le DRH.

Etape programmation et planification : Restitution collective (temps 7)

Aucun acteur institutionnel n'a été présent (absence de réponse aux mails envoyés par l'intervenant), seuls le médecin de l'unité, le cadre de santé, le cadre supérieur, le médecin du travail et **deux aides-soignants ont été présents**. Les acteurs du service ont été **très pointilleux sur les termes utilisés dans le compte-rendu** rédigé par l'intervenant. Ils lui demandent de modifier plusieurs phrases ne laissant que très peu de place aux soignants. Ils ont apporté une grande importance à ce compte-rendu pouvant être lu par la direction. A plusieurs reprises, ils ont exprimé leur lassitude vis-à-vis de cette démarche. **Cependant, en fin de réunion le cadre de santé a exprimé qu'il souhaitait plutôt quelque chose « d'utile » comme la mise à disposition d'une salle de sports pour les soignants après leur service**. Ces acteurs se sont centrés uniquement sur des problématiques matérielles. Il a été impossible pour l'intervenant de débattre avec ces acteurs du fonctionnement du service de soins. Les préconisations émises pour ce service sont donc peu nombreuses et centrées sur l'acquisition de matériels.

Etape conclusion : Suivi et bilan de l'intervention (temps 8)

Suivi à 6 mois et bilan de l'intervention (temps 8)

La réunion a duré 15 minutes, **aucun acteur institutionnel ni même la médecine du travail n'ont été présents**. Le cadre supérieur a repris point par point les préconisations émises lors de la phase antérieure et a montré que rien n'avait été mis en place. Le cadre de santé a ajouté que les améliorations obtenues dans le service n'étaient en aucun cas liées à ORSOSA. Les acteurs (médecin de l'unité, cadre de santé et cadre supérieur) ont à nouveau exprimé leur désaccord vis-à-vis de cette démarche qu'ils qualifient de « sans intérêt ». Ils se positionnent ainsi comme extérieurs, en attente de changement (victime de l'immobilisme organisationnel).

L'intervenant a alors organisé un COPIL afin de faire le point sur la mise en place des préconisations au sein des services audités avec les acteurs institutionnels (réunissant le DRH, la direction des soins, le DRH adjoint, l'infirmier du travail et le médecin du travail). Après que l'intervenant ait recensé tous les dysfonctionnements, le DRH s'engage à transférer toutes les demandes aux services techniques et logistiques. La nouvelle direction des soins a été absente et n'a pas participé.

3. Monographie du terrain 3

Etape initiale : Choix des unités et présentation de la démarche (temps 1, 2 et 3)

La rencontre institutionnelle (temps 1)

Lors de cette rencontre, l'intervenant présente la démarche aux acteurs présents (le médecin du travail, l'infirmier du travail, le **gestionnaire des risques** et le DRH). Ces derniers exposent ensuite les **multiples projets transversaux de l'établissement en cours**. Plusieurs projets (notamment la mise à jour du document unique) sont menés en partenariat entre la médecine du travail et le gestionnaire des risques. L'intervenant, très intéressé par cette présentation, essaie de positionner la démarche ORSOSA parmi cet ensemble. **Alors que le gestionnaire des risques se porte volontaire pour être référent de la démarche en interne**, le DRH mentionne que le choix des services à auditer sera effectué par **la direction des soins** (absente ce jour).

La rencontre cadre/ médecin de l'unité (temps 2)

L'intervenant a présenté la démarche aux acteurs de terrain. Cadre de santé et médecin de l'unité semblent très impliqués dans la démarche et ont émis le souhait d'y inclure les Agents de Services Hospitaliers (ASH) compte tenu des glissements de tâches fréquents de leur activité. Les acteurs internes ont ensuite présenté l'organisation du service de soins, les projets en cours et les difficultés rencontrées au quotidien à l'intervenant.

Phase 3 : La rencontre équipe (temps 3)

L'intervenant en présence de l'infirmier du travail, du cadre, du kinésithérapeute et des soignants (trois IDE, trois ASH, trois AS et un étudiant infirmier) a présenté la démarche et remis les questionnaires aux soignants. Ces derniers ont posé plusieurs questions relatives au questionnaire ORSOSA et sur les suites données à l'intervention. **Les ASH se sont exprimés et ont parlé de leur activité** : leur travail n'est pas le même la semaine et le weekend. L'infirmier du travail a eu une place centrale : il a fabriqué les urnes et répondu à plusieurs questions.

Passation du questionnaire et analyse des résultats

A la suite de la distribution, **l'intervenant s'est entretenu en présence de l'infirmier du travail avec le cadre de santé** (entretien cadre). Cet échange a permis de décrire à nouveau l'organisation du service et les difficultés rencontrées mais de façon très formelle. Récupération des questionnaires quelques semaines plus tard par l'infirmier du travail (taux de participation : infirmier: 70%, et aides-soignants et agents des services hospitaliers : 93,33%).

Etape diagnostique : Diagnostic et recherche de solutions (temps 4, 5, 6)

Restitution cadre/ médecin de l'unité (temps 4) :

L'intervenant rencontre le médecin du travail afin de recueillir sa perception du service de soins et lui présenter les résultats obtenus aux questionnaires. Le médecin du travail est soucieux et ne sait pas comment présenter ces résultats au cadre de santé. L'intervenant a alors repris chacun des items et apporté une **explication en lien avec le contexte organisationnel** (en attente d'un nouvel hôpital, manque de budget...) et ce tout en appuyant son analyse sur les points forts du service de soins.

Ils sont ensuite allés avec l'infirmier du travail présenter les résultats au cadre de santé et au médecin de l'unité. L'intervenant met en lien les résultats obtenus avec les difficultés rencontrées par le service. Le médecin de l'unité complète cette analyse (prise en compte des ASH, partage des valeurs entre soignants, besoin de formations complémentaires pour les soignants...) alors que les acteurs de la médecine du travail sont restés en observation. Les acteurs internes au service énoncent la **nécessité de travailler sur les interruptions des tâches** (sonnettes, téléphones, famille, médecins) et mettent en lien certaines difficultés avec des manques matériels (lits Alzheimer, thermomètre, lave-bassin). Ces deux acteurs ont insisté sur plusieurs projets de service en cours en valorisant leur équipe.

Les acteurs de la médecine du travail et l'intervenant se sont ensuite réunis afin de discuter de ce rendez-vous. Le médecin du travail souhaitait faire un point sur tout ce qui avait été dit (passant en revue les dimensions discutées). Ce dernier est satisfait de ces échanges et l'infirmier du travail exprime qu'il est dommageable de ne pas avoir accès aux fiches incidents présentées lors des CHSCT afin de faire plus de liens avec les difficultés remontées dans les services de soins.

Restitution équipe (temps 5)

Deux présentations ont eu lieu avec le médecin du travail et **l'ergonome du terrain 1**. Ces réunions ont permis aux soignants (cinq IDE, trois IDE, deux ASH) de débattre des difficultés rencontrées (les interruptions de tâches, l'absentéisme, le manque de matériel, de communications et de supervision...). Ils ont pu chercher collectivement des solutions pour y pallier. En revanche, lors de la première rencontre, le cadre de santé a été présent (réunions réservées aux soignants), ce qui a contraint l'intervenant à lui rappeler la méthodologie de la démarche.

A la fin de la réunion, les acteurs de la médecine du travail se sont entrevus pour faire le point avec l'intervenant et l'ergonome. A ce titre, **l'intervenant a demandé à l'infirmier du travail de se renseigner sur le prix des protections comparativement à l'achat d'un nouveau lave-bassin; sur la mise en place de l'analyse de la pratique dans d'autres services de l'établissement; et sur la possibilité éventuelle pour les ASH de suivre ou non des formations réservées aux AS.**

Quelques jours plus tard, le médecin du travail a informé l'intervenant que la direction des soins n'était pas satisfaite de sa non-inclusion dans la démarche. L'intervenant en a alors informé le coordonnateur du projet. Ce dernier a convenu d'un rendez-vous afin de clarifier la situation. Afin de préparer ce rendez-vous, l'intervenant a rencontré individuellement l'ergonome et la direction des soins du terrain 1. Il a été convenu de justifier pourquoi les ASH avaient été introduites dans l'étude et de présenter les premières préconisations envisagées. Enfin, la **direction des soins du terrain 1 a rappelé l'importance de mobiliser les cadres supérieurs dans ce type de démarche** afin d'avoir des acteurs relais. A ce titre, le rôle du gestionnaire des risques a été discuté. **A la suite de ce rendez-vous, le médecin du travail a contacté l'intervenant afin d'avoir des retours sur ce rendez-vous, ne comprenant pas pourquoi il en a été évincé.**

Quelques temps plus tard, **l'intervenant a organisé un COPIL**. Alors que ce rendez-vous était prévu depuis plusieurs mois et décalé à plusieurs reprises, la direction des soins n'a pu se libérer. L'intervenant, en présence des acteurs de la médecine du travail et du gestionnaire des risques, a présenté les premières préconisations pensées au regard des difficultés du service de soins suivi. Les préconisations ont été débattues **et modifiées compte tenu de plusieurs projets transversaux institutionnels en cours** (gestion des dossiers aux urgences, gestion des armoires à pharmacie, recentrage des ASH sur leur cœur de métier, guide d'accueil des nouveaux professionnels, livraison de la pharmacie en lien avec le service logistique). Ces acteurs ont ensuite

discuté de leur mise en œuvre dans le service de soins.

Restitution cadre/ médecin de l'unité (temps 6)

Un long échange entre le gestionnaire des risques, le cadre de santé, le médecin de l'unité ainsi que le médecin du travail a permis à **l'intervenant de présenter les préconisations proposées pour le service de soins suivi**. Le **médecin de l'unité a pu s'exprimer une nouvelle fois sur les difficultés que le service rencontre** au quotidien (manque de psychologue au sein du service, formations, manque de temps de communication). Le **gestionnaire des risques les a mis en lien avec les projets institutionnels en cours**. Les acteurs ont poursuivi leur échange sur l'ensemble des tâches afférentes que les soignants rencontrent quotidiennement. **L'intervenant propose de mettre en place un groupe de travail sur l'interruption des tâches** (le téléphone, appel du laboratoire, révision de l'affichage dans les chambres, relation aux familles, nomination d'une personne référente...) au sein du service avec l'ergonome du terrain 1.

Suite à cette réunion, la direction des soins contacte l'intervenant, agacée, car ne se sentant toujours pas impliqué dans le déploiement de la démarche. Il énonce le souhait d'être présent à la restitution collective finale (temps 7).

Etape programmation et planification : Restitution collective (temps 7)

L'ensemble des acteurs ayant participé à la démarche a été présent : le médecin de l'unité, le cadre de santé, le médecin du travail, le gestionnaire des risques, la direction des soins, l'ergonome du terrain 1 et les soignants (neuf soignants). L'intervenant a décrit le contexte, le déroulé de l'étude et les préconisations pensées pour ce service. La direction des soins a pris majoritairement la parole afin de présenter les projets transversaux de l'établissement en lien avec ces préconisations. Les soignants ne se sont pas beaucoup exprimés. Cependant, de nouvelles problématiques sont apparues en débattant telles que la gestion des déchets. A la suite de cette réunion, **la direction des soins s'est dit « très satisfaite » et a demandé à l'intervenant s'il pouvait intervenir sur autre chose que le déploiement de la démarche ORSOSA**. L'intervenant a décliné, précisant cependant qu'il pouvait intervenir dans cette unité **sur les interruptions de tâches**.

Un COPIL a ensuite eu lieu. Les acteurs présents (la direction des soins, l'infirmier du travail et le médecin du travail) ont fait tout d'abord un point sur les unités en cours : **un nouveau**

lave-bassin a été commandé, le projet de mettre en place un groupe de travail sur les tâches afférentes a été présenté. La direction des soins énonce cependant que l'établissement entre dans une **période de certification** très prenante (cela va donc ralentir le déploiement de la démarche).

Les acteurs ont ensuite échangé sur les nouvelles unités à choisir : une fois de plus la direction des soins a décidé des services de soins sans réel échange avec la médecine du travail.

Etape conclusion : Suivi et bilan de l'intervention (temps 8 et 9)

Suivi à 6 mois et bilan de l'intervention (temps 8)

L'intervenant a repris le compte-rendu du temps 7 afin de faire le point avec les acteurs en présence (le cadre de santé, le médecin de l'unité, les acteurs de la médecine du travail et le gestionnaire des risques) sur la mise en place des préconisations dans le service : les préconisations sont nombreuses et diversifiées (elles touchent à de la formation, du matériel, à la communication et à l'organisation du travail). **La majorité des préconisations a été mise en œuvre.** Les acteurs internes sont très satisfaits de la démarche et souhaitent continuer à la déployer à l'avenir. **Un échange concernant le groupe de travail sur les interruptions de tâches a eu lieu.**

Mise en place de trois groupes de travail sur les interruptions de tâches (temps 9)

L'intervenant a animé ces groupes en présence du médecin de l'unité, du cadre de santé, des soignants et des acteurs de la médecine du travail. L'ensemble des soignants a pu échanger sur les interruptions de tâche quotidiennes. Plusieurs interruptions ont été énoncées (téléphone, le manque de médicaments, sollicitation entre collègues, manque de matériel...). Les acteurs de la médecine du travail sont très peu intervenus, laissant l'intervenant animer ces espaces. A la suite de ces groupes, l'intervenant a schématisé des arbres des causes et rédigé un compte-rendu (cinq interruptions ont été principalement identifiées : liée à la pharmacie, au téléphone, au matériel, à la sollicitation de pairs ou encore à l'évolution de l'état du patient) à destination principalement de la direction des soins.

Résumé de la quatrième partie

Dans cette partie ont été présenté l'ensemble des méthodes qualitatives (chapitre 1) que nous avons utilisées afin d'observer le déploiement de la démarche ORSOSA dans les trois services suivis. Ces méthodes nous ont permis d'appréhender à la fois le contexte de nos terrains observés, l'activité de l'intervenant et celle des acteurs internes lors du déploiement de la démarche (chapitre 2).

Nous avons de plus exposé les catégories utilisées afin de décrire le processus de mobilisation des acteurs au cours du déploiement de la démarche ORSOSA (chapitre 3).

Enfin, les monographies de nos trois terrains de recherche permettant aux lecteurs d'appréhender comment s'est déployé la démarche au sein des trois services choisis (chapitre 4) ont été présentées.

La partie suivante (partie V) vise à organiser les données recueillies afin de répondre à notre problématique de recherche et aux hypothèses associées.

PARTIE V. Comprendre le processus de mobilisation des acteurs lors de l'instauration d'une démarche préventive

*« La science, dans ses résultats, est plus magique que la magie : c'est une magie à preuves ! »
(Jean-Marie Adiaffi).*

Cette partie présente nos résultats de recherche en lien avec les hypothèses posées. Rappelons que nous cherchons à appréhender comment permettre la mobilisation d'acteurs lors de l'instauration de démarches préventives. Cette partie est divisée en cinq chapitres :

Le premier chapitre s'intéresse à caractériser chacun des contextes des services de soins observés avant le déploiement de la démarche ORSOSA.

Le second chapitre propose une description de la façon dont chacun des acteurs, dans nos trois terrains de recherche, s'est impliqué au cours du déploiement de la démarche. Nous présenterons en fonction des différents temps de la démarche le processus d'implication pour chacun d'entre eux.

Le troisième chapitre identifie le rôle et les différentes stratégies utilisées par l'intervenant afin d'impliquer les acteurs durant le déploiement de la démarche.

Le quatrième chapitre s'interroge sur les liens entretenus entre l'activité individuelle d'un acteur et la façon dont il s'implique dans ce type de démarche préventive.

Enfin, le cinquième chapitre s'intéresse à la manière dont s'est développée l'activité collective durant le déploiement de la démarche, permettant la mobilisation des acteurs.

Chapitre 1. Analyse des contextes des trois terrains observés

Cette première partie de nos résultats vise à caractériser le contexte des établissements de soins que nous avons suivi avant le déploiement de la démarche ORSOSA. Nous cherchions à réaliser un état des lieux du contexte de chacun des services de soins afin d'identifier d'éventuels ressources et freins à l'instauration d'une démarche préventive. Les données présentées proviennent d'observations ergonomiques que nous avons réalisées avant le déploiement de la démarche ORSOSA dans les services de soins audités par l'intervenant (cf. partie IV, chapitre 2) et de l'analyse de plusieurs documents institutionnels. Compte tenu de l'organisation hiérarchique des établissements de soins (cf. Partie I, chapitre 1.) nous avons choisi de présenter nos trois terrains suivis en trois temps : au niveau des établissements de soins suivis (1), des services de soins observés (2) et enfin en matière de politique d'établissement vis-à-vis de l'implantation de la démarche ORSOSA (3).

1.Comparaison des trois établissements de soins suivis

Les établissements suivis se distinguent tout d'abord par **leur taille et le nombre d'agents** employés.

Terrains	Terrain 1	Terrain 2	Terrain 3
Caractéristiques			
Taille de l'établissement	CHU de 21 pôles soit 7392 agents	CH de 7 pôles soit 2498 agents	CH de 4 pôles soit 950 agents

Le terrain 1 est un Centre Hospitalier Universitaire alors que les deux autres sont des Centres Hospitaliers (de plus petites tailles) employant alors moins d'agents. Il est à noter que le terrain 3 est un petit établissement. Cependant, ces établissements sont soumis plus ou moins aux mêmes **contraintes organisationnelles, financières**⁹⁷ (le terrain 2 est soumis à des contraintes financières importantes) **et logistiques...**

⁹⁷ Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. « *l'ANAP a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses.* » (extrait de la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 18 (V).

Comme nous l'avons montré au préalable (cf. partie I), il est demandé aux soignants de faire toujours plus de soins, de prise en charge sans pour autant bénéficier de plus de ressources (humaines, financières et logistiques). Afin de faire face aux effets du travail sur la santé des soignants mais aussi au contexte réglementaire (cf. partie I, chapitre 2), les établissements doivent mettre en œuvre **des projets, des démarches préventives**. Cependant, des disparités entre les établissements sont observées. Plusieurs projets sont en cours dans le terrain 1 (dont principalement le plan absentéisme; la formation des managers au management; la formation dans la gestion de l'agressivité, plusieurs projets d'amélioration de la logistique...) et le terrain 3 (dont principalement l'enquête CLARTE, l'enquête IDYLE, un CLACT sur le maintien en emploi) tandis que le terrain 2 rencontre des difficultés. Un CLACT sur le maintien en emploi a été sollicité. Cependant, un retard important est constaté au niveau de la réalisation du document unique (terrain 2). Les professionnels de santé du terrain 1 et du terrain 3 ont donc l'habitude d'être interrogés sur leurs conditions de travail et les acteurs institutionnels et de la médecine du travail de travailler ensemble.

Enfin, les établissements observés étaient dans des **contextes délicats**. En effet, le terrain 2 était en cours de rénovation et d'agrandissement d'une partie de ses locaux et le terrain 3 attend de pouvoir déménager dans un nouvel hôpital. Cet établissement était de plus en période de certification⁹⁸ par la Haute Autorité de Santé (HAS), ce qui a fortement mobilisé la direction des soins et les cadres supérieurs de l'établissement.

Le contexte institutionnel de chacun des établissements de soins est différent. Il convient à présent de différencier les services de soins suivis entre eux.

⁹⁸ « La certification est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels mandatés par la HAS. Cette procédure, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur : le niveau des prestations et soins délivrés aux patients, la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements » (<http://www.has-sante.fr>).

2. Comparaison des trois services de soins observés

Plusieurs caractéristiques distinguent les services de soins suivis entre eux (cf. tableau 8, 9, 10 11 et 12). Nous avons distingué les éléments qui étaient selon nous favorables (en vert), neutres (en noir) et défavorables (en rouge) à un déploiement efficient de démarches préventives dans le service de soins.

Tout d’abord, nous nous sommes intéressée aux **caractéristiques générales** relatives aux services de soins.

Terrains	Terrain 1	Terrain 2	Terrain 3
Caractéristiques			
Situation géographique du service de soins	- Service excentré du reste de l’établissement	- Service excentré du reste de l’établissement	- Service non excentré
Type de service de soins	-Service aigu et de court séjour. (tarification au nombre de patients dans le service). -Durée moyenne de séjour des patients : 10 à 15 jours - Va devenir une unité mixte de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et de court séjour : Période de restructuration.	-Service d’hébergement de longue durée (tarification à la durée de séjour des patients). -Durée moyenne de séjour : de 6 mois à 1 an.	-Service de courte durée (tarification au nombre de patients dans le service). -Durée moyenne de séjour : 10 jours
Type de patients	Services spécialisés dans les soins spécifiques de la personne âgée. Patients lourds, dépendants, et poly pathologies		

Tableau 8. Comparaison générale des services suivis

Cette comparaison montre des similitudes (type de patients pris en charge) mais aussi des différences entre les services de soins suivis. Le terrain 1 et terrain 2 sont excentrés du reste de l’établissement (comparativement au terrain 3), ce qui peut être un frein à d’éventuelles collaborations, échanges ou prêts de matériels entre les différents services de soins. De plus, le type de soins proposés aux patients dans les trois services n’est pas similaire. En effet, le terrain 1 (au moment des observations réalisées par le chercheur) et le terrain 3 sont de court séjour gériatrique tandis que le terrain 2 propose des soins de longue durée. Le terrain 2 est donc plus de nature à mettre en œuvre des projets de service et donc à travailler en collectif. En effet, les patients devenant des résidents sont connus des soignants, moins d’entrées et de sorties sont donc à organiser.

Nous nous sommes ensuite intéressée plus particulièrement aux **données relatives aux ressources humaines** des services de soins suivis.

Terrains Caractéristiques	Terrain 1	Terrain 2	Terrain 3
Nombre de soignants dans le service	En ETP: 17, 5 ETP (ratio ⁹⁹ 0,43) (manque 0, 15) pour les IDE et 18,54 ETP (manque 1.80 ETP) pour les AS (ratio 0,46).	- en ETP: 16 ETP (ratio 0,23) (manque 2, 76) pour les IDE et 18 ETP pour les AS (ratio 0,26).	- en ETP: 9.60 ETP pour les IDE (ratio 0,48) et 9.55 ETP pour les AS (ratio 0,47).
Absentéisme et gestion	-Absentéisme -Recours à un pool de remplacement mais peu de disponibilité.	-Absentéisme - Entraide entre les deux étages ou au niveau du pôle	-Absentéisme -Service de suppléance si absentéisme sinon recours à l'intérim.
Nombre de médecin	-1 médecin de santé -Présence d'internes et d'externes	-3 médecins de santé	-2 médecins de santé -Présence d'internes
Nombre de lits	-40	-74	-20
Organisation du service de soins	-Deux unités fonctionnelles, réparties en fonction des spécialités médicales.	-Service sur deux étages, organisé par aile (droite et gauche).	-Organisation du service par couloir sur un étage

Tableau 9. Comparaison de données relatives aux ressources humaines des services suivis

De part sa particularité, le terrain 2 (soins de longue durée) a moins de soignants lui étant attribués. De plus, l'absentéisme représente une difficulté importante pour tous les services de soins suivis. Cependant, différentes façons de le compenser sont observées (recours à un pool de remplacement, entraide entre les services, intérim...). Un autre indicateur relatif au temps médical nous a de plus intéressés. En effet, la présence d'internes dans le service de soins est un signe d'attraction du service de soins. Enfin, nous observons que les trois services de soins suivis n'ont pas la même capacité d'accueil de patients (le terrain 2 > terrain 1 > terrain 3).

⁹⁹ Soit le nombre Equivalent Temps Plein (ETP) par lits.

Nous nous sommes de plus intéressée à l'**encadrement** de ces trois services de soins.

Terrains Caractéristiques	Terrain 1	Terrain 2	Terrain 3
Ancienneté du cadre de santé	- Ancienneté en tant que cadre de santé : 7 ans	- Ancienneté en tant que cadre de santé: 10 ans (à débuté en tant qu'ASH)	Ancienneté en tant que cadre de santé: 13 ans
Présence d'aide au cadre	-Absence d'aide au cadre de santé	- Infirmier référent faisant office d'aide au cadre de santé	- Absence d'aide au cadre
Présence du cadre de santé dans le service de soins	-Peu présent dans le service -Présent durant les transmissions un jour sur deux (se répartit dans chacune des unités de soins).	-Peu présent dans le service de soins - Présent durant les transmissions un jour sur deux (se répartit par étages avec l'infirmier référent)	-Présent dans le service de soins -Présent lors des transmissions
Binôme cadre de santé/ médecin de l'unité	-Absence de binôme cadre de santé/ médecin de l'unité	-Binôme cadre de santé/ médecin de l'unité important	-Binôme cadre de santé/ médecin de l'unité
Cadre supérieur	-Changement de cadre supérieur	-Cadre supérieur présent et soutenant le cadre de santé	-Cadre supérieur peu présent

Tableau 10. Comparaison des trois services de soins en termes d'encadrement

La présence d'un aide au cadre de santé dans les services suivis est un facteur positif puisque cela permet au cadre de santé d'être plus présent (lors des transmissions notamment) auprès des soignants (hormis pour le terrain 3 qui ne nécessite pas d'aide au cadre compte tenu de la taille du service de soins). Une ressource supplémentaire au cadre de santé est la possibilité de travailler en binôme avec le médecin de l'unité et le cadre supérieur. Concernant l'encadrement nous observons plus d'éléments défavorables (en rouge) pour le terrain 1 comparativement aux deux autres services de soins.

Nous nous sommes intéressée **aux temps formels proposés aux soignants** au sein des trois services de soins observés.

Terrains Caractéristiques	Terrain 1	Terrain 2	Terrain 3
Projets de service en cours	-Peu de projets de service	- Plusieurs projets de service en cours autour des patients mais aucun sur les soignants.	-Plusieurs projets de service en cours autour des patients et des soignants.
Temps de communication	-Peu de réunions entre le cadre de santé et les soignants	-Plusieurs temps de communication dans l'année entre le cadre de santé et les soignants	-Plusieurs temps de communication entre les soignants et le cadre de santé/ médecin de l'unité

Tableau 11. Comparaison des temps formels proposés aux équipes de soins

Le terrain 1 comparativement aux deux autres a peu de projets de service en cours et peu de temps de communication entre le cadre de santé et les soignants à consacrer..

Enfin, nous nous sommes intéressée à la façon dont les soignants réalisent individuellement ou collectivement leur activité de soins.

Terrains	Terrain 1	Terrain 2	Terrain 3
Caractéristiques			
Travail en équipe lors des soins réalisés	- Travail en binôme si besoin mais peu fréquent.	- Travail en binôme (aide-soignant et infirmier) en fonction de l'état du patient (politique du service stricte).	- Travail en collectif entre corps de métiers : les aides-soignants font les toilettes à deux.
Particularités des équipes de soins	-Nombreux nouveaux infirmiers (nouvelle équipe) -Conflits entre les plus anciens et les plus jeunes sur la façon de réaliser certains soins.	-Equipe mixte en terme d'ancienneté mais bonne entente.	-Equipe mixte et bonne entente entre les soignants.
Glissement de tâches des Agents des Services Hospitaliers	-Absence de glissement de tâche des ASH.	-Absence de glissement de tâche des ASH.	-Glissements de tâches des ASH non reconnus par l'institution.

Tableau 12. Comparaison relative à la manière dont les soignants travaillent ensemble

Des disparités entre les trois services de soins suivis sont référencées. En effet, les soignants ne travaillent pas tous en binôme. Cela est dû notamment à des mésententes entre des soignants novices et expérimentés. Seul le terrain 3 donne la possibilité aux ASH d'aider les aides-soignants dans leur activité (aide au lever des patients les plus valides, aide à la prise des repas, préparation des petits déjeuners...). De plus, nous souhaitons préciser que les soignants des trois services observés n'utilisent pas tous d'aide à la manutention. En effet, le lève malade est peu utilisé dans le terrain 1 (les soignants s'aident peu du lève malade car non adapté à la spécificité des patients) et le terrain 2 (les soignants s'aident peu du lève malade, non adapté à la spécificité des patients). De plus, un seul lève malade est présent dans le service) comparativement au terrain 3.

Ces tableaux montrent que les services de soins suivis ne bénéficient pas tous des mêmes ressources quant à l'implantation d'une démarche préventive. Il semblerait que les services 1 et 2 soient plus en difficulté que le 3. Enfin, un dernier élément de comparaison des terrains observés nous a particulièrement intéressé soit le type de politique institutionnelle mise en place vis-à-vis de la démarche ORSOSA.

3. Comparaison de la politique des établissements observés en lien avec l'instauration de la démarche ORSOSA

Le contexte d'un établissement comprend notamment les moyens (humains, financiers, logistiques...) donnés lors du déploiement d'une démarche préventive, à un intervenant et à des acteurs internes de l'établissement audité (cf. tableau 13).

Terrains	Terrain 1	Terrain 2	Terrain 3
Caractéristiques			
Rémunération des soignants durant leur présence lors des réunions ORSOSA	-Rémunération des soignants en débit crédit ¹⁰⁰	-Rémunération non prévue. Récupération d'une heure sur leur temps de travail si possibilité	-Heure récupérée dans la semaine ou en débit crédit (si impossibilité)
Ressources humaines allouées à la démarche	-Ergonome - Direction des soins	- Equipe de médecine du travail - Absence d'acteurs institutionnels	-Acteurs de la médecine du travail -Acteurs institutionnels
Choix des services audités	-Sélection d'un pôle à la demande du médecin chef de pôle. -Choix d'un service en restructuration et dans lequel le médecin d'unité pose des problèmes	-Faux tirage au sort afin de choisir un service pour lequel plusieurs plaintes agents et plaintes de syndicats	-Choix effectué par la direction des soins, suite à la demande du médecin de l'unité de travailler sur la prévention des risques professionnels dans son service
A l'origine de la démarche dans l'établissement	Le médecin chef de pôle	Le DRH	Le médecin du travail

Tableau 13. Comparaison relative à la politique institutionnelle vis-à-vis de la démarche

Ce tableau montre un contexte institutionnel plus favorable au sein du terrain 3 (comparativement aux terrains 1 et 2). Les soignants sont rémunérés, plusieurs acteurs de différentes logiques professionnelles s'impliquent dans le déploiement de la démarche et le choix des services audités par l'intervenant n'est pas imposé.

¹⁰⁰ Ce qui correspond à un compte épargne temps.

Conclusion du premier chapitre :

Ce premier chapitre de la partie résultat avait pour objectif de caractériser les contextes des services de soins suivis avant le déploiement de la démarche ORSOSA. Réaliser cet état des lieux nous permettra alors d'identifier au fil du déploiement de la démarche si les acteurs internes à l'établissement contribuent à rendre leur contexte en environnement capacitant. Il semblerait que le terrain 3 bénéficie d'un contexte plus favorable au déploiement d'une démarche préventive. En effet, ce dernier est un petit établissement, plusieurs projets institutionnels (menés par des acteurs institutionnels et de la médecine du travail) mais aussi de service sont menés sur la prévention de la santé des patients, une politique institutionnelle est portée vis-à-vis de la démarche ORSOSA, l'entente au sein du service de soins entre les différentes logiques professionnelles est bonne (travail collectif, entraide, bonne gestion de l'absentéisme...). Ce contexte semble favorable au déploiement d'une démarche préventive. En revanche, nous considérons un contexte favorable comme une variable modératrice d'un déploiement efficient d'une démarche préventive. En effet, les acteurs des terrains suivis ont besoin de s'impliquer, se mobiliser dans le déploiement de la démarche mise en œuvre afin de rendre entre autres leur milieu en environnement capacitant (cf. Partie II, chapitre 3). Nous verrons dans les chapitres qui suivent que bien que le terrain 1 ne bénéficie pas d'un environnement favorable, la mobilisation d'une diversité d'acteurs vers un objet commun a permis un déploiement efficient de la démarche dans le service suivi. Le déploiement d'une démarche préventive nécessite une réelle construction sociale de la démarche et pas seulement un contexte de déploiement favorable. Nous allons appréhender plus en détail dans le chapitre suivant comment chacun des acteurs des trois terrains observés s'est impliqué durant le déploiement de la démarche ORSOSA.

Chapitre 2. Caractérisation du processus de mobilisation des acteurs durant le déploiement de la démarche ORSOSA

Ce second chapitre caractérise le processus de mobilisation des acteurs durant le déploiement de la démarche ORSOSA. Avant de présenter comment chacun des acteurs observés s'est impliqué dans le déploiement de la démarche, il a nous a paru nécessaire de présenter les alertes recensées par le questionnaire ORSOSA pour les trois terrains observés. En effet, le type et le nombre d'alertes recensés par le questionnaire peut être une explication à l'implication ou non des acteurs en présence.

Ce chapitre est donc organisé en deux parties. Dans un premier temps, nous comparerons les alertes recensées par le questionnaire ORSOSA pour chaque service de soins suivis (1) puis dans un second temps nous décrirons le processus d'implication pour chacun des acteurs en présence (2.).

1. Les alertes du questionnaire ORSOSA pour chacun des services de soins suivis

L'intervenant utilise entre autres afin de réaliser son diagnostic (cf. Partie I, chapitre 3) les alertes recensées par le questionnaire ORSOSA. Ces alertes (représentées dans le tableau 14 par des croix) lui permettent d'initier le débat entre les acteurs lors des différents temps qu'il instaure dans les services de soins audités. L'ensemble des alertes recensées (par les infirmiers et les aides-soignants) pour les trois services de soins suivis est présenté dans le tableau ci-dessous (cf. tableau 14).

Dimensions du questionnaire	Terrain 1		Terrain 2		Terrain 3	
	AS	IDE	AS	IDE	AS	IDE
Questionnaire sur les CPO						
1 - Soutien du cadre de santé	X	X		X	X	X
2 - Effectifs suffisants	X	X			X	X
3 - Organisation qui permet la communication	X	X				
4 - Interruptions dans les tâches	X	X			X	X
5 - Relations au sein de l'équipe soignante et médicale			X	X		
6 - Partage des valeurs du travail	X	X			X	X
7 - Soutien de l'administration					X	
8 - Respect des congés	X				X	X
Questionnaire sur les contraintes biomécaniques (évaluation des risques de TMS)						
1 - Contraintes de manipulation du patient		X	X			X
2 - Contraintes de manipulation autour du patient	X	X	X	X	X	X
3 - Gestes et postures						
Echelle de Borg (évaluation de l'intensité de la charge de travail)						
1 - Borg		X		X		X

Tableau 14. Comparaison des seuils d'alerte des trois services de soins observés

Ce tableau montre que les terrains 1 et 3 ont de nombreuses alertes comparativement au terrain 2. Ces alertes ont permis à l'intervenant en collaboration avec les différents acteurs en présence d'identifier plusieurs préconisations (cf. Partie IV, chapitre 4, monographies et annexe A4 pour plus d'informations sur les préconisations des différents services) de natures différentes (organisationnelles, matérielles, communicationnelles...) à mettre en œuvre afin d'améliorer les conditions de travail des services de soins suivis. Plusieurs préconisations ont été proposées par les différents acteurs puis inscrits dans le compte-rendu final (12 préconisations pour le terrain 3, 11 préconisations pour le terrain 1 et enfin 9 pour le terrain 2). Le fait que les acteurs proposent et échangent (terrains 1 et 3) au sujet des préconisations (une façon de se mobiliser dans le déploiement de la démarche) est selon nous un des résultats de l'intervention. En revanche, le fait d'acter des préconisations sur un compte-rendu même si c'est en collaboration avec les acteurs de l'entreprise n'est pas suffisant. Il est nécessaire que les acteurs s'approprient les préconisations à mettre en œuvre (auquel cas les préconisations envisagées seront uniquement en lien avec des demandes matérielles comme pour le terrain 2). Nos investigations à 6 mois (cf. annexe A4 pour plus d'informations) après la fin du déploiement de la démarche (temps 7) montrent que les terrains 1 (8/11¹⁰¹) et 3 (9/12) ont mis en œuvre le plus de préconisations comparativement au terrain 2 (4/9). Il convient donc afin de mieux comprendre ces alertes, dans la sous-partie suivante, d'identifier le processus d'implication des acteurs tout au long du déploiement de la démarche ORSOSA.

¹⁰¹ Nombre de préconisations actées sur le nombre réalisées

2. Le processus d'implication des acteurs durant le déploiement de la démarche ORSOSA

Cette sous-partie présente de façon descriptive une schématisation de l'implication de chacun des acteurs en présence durant les grandes étapes du déploiement de la démarche ORSOSA pour les trois terrains suivis (cf. tableaux 15, 16 et 17). Ceci constitue une synthèse des monographies (partie IV, chapitre 4) dans laquelle nous avons détaillé les différentes phases de la démarche durant l'ensemble des réunions organisées par l'intervenant. Nous retiendrons huit catégories :

- **Verbalisation autour de son activité** : l'acteur fait état de son activité individuelle
- **Participation réunion** : l'acteur recherche des leviers, prend des initiatives pendant la réunion
- **Participation terrain** : l'acteur en dehors des réunions agit pour le déploiement de la démarche
- **Absence de participation** : l'acteur est présent à la réunion mais n'y participe pas
- **Observation** : l'acteur participe faiblement à la réunion mais reste intéressé par le déploiement de la démarche
- **Craintif** : l'acteur émet des doutes vis-à-vis de la démarche
- **Opposition** : l'acteur se positionne contre la démarche
- **Désengagement** : l'acteur ne s'engage plus dans la démarche

Cette catégorisation permet d'appréhender l'implication de chacun des acteurs au cours du déploiement de la démarche pour nos trois terrains de recherche. Identifier le processus d'implication nous permet de mesurer le processus de mobilisation des acteurs.

Le premier tableau (cf. tableau 15) décrit le processus d'implication des acteurs durant le déploiement de la démarche au sein du terrain 1.

	Ergonome	La direction des soins	Medecin chef de pôle	Cadre supérieur	Cadre de santé	Médecin de l'unité
Choix des unités et présentation de la démarche (temps 1, 2 et 3)	Participation réunion		Participation réunion	Participation réunion	Crainitif Verbalisation sur son activité	Crainitif Verbalisation sur son activité
Passation du questionnaire et analyse des résultats					Crainitif Verbalisation sur son activité	Crainitif Verbalisation sur son activité
Diagnostic et recherche de solutions (temps 4, 5, 6 et 7)	Participation réunion et terrain (points avec l'intervenant)	Participation réunion et terrain (points intervenant) Absent lors du temps 7	Participation réunion	Verbalisation sur son activité	Verbalisation sur son activité Participation réunion	Verbalisation sur son activité Absent lors du temps 6 Participation réunion
Suivi et bilan de l'intervention (temps 8)	Participation terrain	Participation réunion (Départ en formation)	Participation réunion	Verbalisation sur son activité Participation réunion et terrain	Participation réunion et terrain	Participation terrain et réunion

Tableau 15. Processus de mobilisation pour le terrain 1

Lorsque les cases sont vides, ceci signifie que les acteurs concernés n'étaient pas présents. Ce tableau montre qu'à partir de l'étape « diagnostique » l'ensemble des acteurs commence à s'impliquer dans le déploiement de la démarche. La direction des soins a été très présente ce qui selon nous a aidé le cadre supérieur à s'impliquer dans la démarche. Les acteurs de terrain ont pu s'exprimer et semblent sécurisés vis-à-vis de l'objectif final de la démarche. En conséquent, ils participent au déploiement de la démarche dans leur service de soins et recherchent des leviers. En conclusion, nous observons que plusieurs des acteurs ont fait des liens entre le déploiement de la démarche et leur activité individuelle. Ceci leur a permis de participer massivement durant les réunions suggérant du travail collectif entre les acteurs présents lors du déploiement de la démarche.

Le deuxième tableau (cf. tableau 16) décrit le processus d'implication pour les acteurs du terrain 2.

	Médecin du travail	Infirmier du travail	Direction des soins	Direction des RH	DRH adjoint	Direction qualité	Cadre supérieur	Cadre de santé	Médecin de l'unité
Choix des unités et présentation de la démarche	Participation réunion Absent lors du temps 2		Absence de participation	Participation réunion	Absence de participation	Absence de participation	Opposition	Opposition Participation réunion	Opposition
Passation du questionnaire								Verbalisation sur son activité	
Diagnostic et recherche de solutions	Participation réunion Désengagement	Participation réunion Désengagement	Changement de DS				Opposition	Opposition	Opposition
Suivi et bilan de l'intervention	Absent	Absent		Participation réunion	Participation réunion		Opposition	Opposition	Opposition

Tableau 16. Processus de mobilisation pour le terrain 2

Lorsque les cases sont vides, ceci signifie que les acteurs concernés n'étaient pas présents. Ce tableau montre que l'ensemble des acteurs ne s'est pas impliqué dans le déploiement de la démarche. Nous observons que les acteurs de la médecine du travail se désengagent progressivement face à des acteurs de terrain en opposition par rapport à la démarche. Les acteurs institutionnels sont peu présents durant le déploiement mais participatifs lors des comités de pilotage organisés par l'intervenant. En conclusion, nous observons que peu d'acteurs verbalisent autour de leur activité, ni même participent lors des réunions. Ceci n'est pas favorable au travail collectif. En somme, peu d'alertes sont recensées par le questionnaire ORSOSA, les acteurs débattent peu des difficultés qu'ils rencontrent au quotidien et peu s'impliquent dans le déploiement de la démarche ORSOSA.

Le troisième tableau (cf. tableau 17) décrit le processus d'implication pour les acteurs du terrain 3.

	Médecin du travail	Infirmier du travail	Direction des soins	Gestionnaire des risques	Cadre de santé	Médecin de l'unité
Choix des unités et présentation de la démarche	Participation réunion Absent lors du temps 2	Participation réunion Absent lors du temps 2	Absent	Verbalisation sur l'activité Participation réunion	Verbalisation sur l'activité Participation réunion	Verbalisation sur l'activité Participation réunion
Passation du questionnaire et analyse des résultats		Participation réunion				
Diagnostic et recherche de solutions	Observation	Participation terrain Observation	Verbalisation sur l'activité Participation réunion	Participation réunion Verbalisation sur l'activité observation lors du temps 7	Verbalisation sur activité Participation réunion	Verbalisation sur activité Participation réunion
Suivi et bilan de l'intervention	Absent	Observation	Participation réunion	Participation réunion	Participation terrain	Participation terrain

Tableau 17. Processus de mobilisation pour le terrain 3

Lorsque les cases sont vides, ceci signifie que les acteurs concernés n'étaient pas présents. Ce tableau suggère que tous les acteurs présents se sont impliqués dans le déploiement de la démarche. En revanche, les acteurs de la médecine du travail se positionnent en retrait en fin de démarche afin de laisser le gestionnaire des risques et la direction des soins prendre le relai. Les acteurs de terrain interviennent collectivement en fin de démarche afin de soutenir et mettre en œuvre les préconisations. En conclusion, nous observons que les acteurs ont verbalisé sur leur activité et ont participé massivement en réunion. Ceci a favorisé le développement de l'activité collective.

Ces trois tableaux montrent que chacun des acteurs s'est impliqué différemment au cours du déploiement de la démarche ORSOSA. La façon dont un acteur s'implique durant le déploiement de la démarche a une influence sur la mobilisation générale du groupe. Nous cherchons alors à identifier les conditions permettant la mobilisation des acteurs durant le déploiement d'une démarche préventive. Le chapitre suivant (chapitre 3) s'intéresse au rôle de l'intervenant dans le processus d'implication des acteurs internes à l'établissement audité.

Chapitre 3. Impact des stratégies utilisées par l'intervenant sur l'implication des acteurs internes à l'établissement lors du déploiement de la démarche ORSOSA

Dans le cadre de cette recherche, nous cherchons à repérer les conditions permettant la mobilisation des acteurs lors du déploiement d'une démarche préventive et notamment à comprendre comment un intervenant externe à l'entreprise initie une dynamique collective autour d'un objet commun (ici la démarche de prévention ORSOSA) entre les acteurs d'un établissement. Plus précisément, l'hypothèse qui nous intéresse est la suivante : **l'implication d'acteurs internes à un établissement, dans une démarche préventive, reposerait sur l'intervention d'un tiers utilisant différentes stratégies à des temps variés de l'intervention, visant à développer les dispositions¹⁰², les capacités¹⁰³ des acteurs en présence et le travail collectif¹⁰⁴ entre ces derniers¹⁰⁵.**

Afin de tester cette hypothèse, nous avons classé en cinq catégories les stratégies utilisées par l'intervenant.

- **Les stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs :** l'intervenant se centre précisément sur les besoins des acteurs et cherche à les engager dans le processus d'intervention.
- **Les stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche ORSOSA :** l'intervenant insiste sur les antécédents, l'intérêt de l'outil, le financement, le déroulé de la démarche, la constitution du questionnaire ou enfin le suivi de cette dernière.
- **Les stratégies en lien avec le fonctionnement du service :** l'intervenant fait des liens avec le fonctionnement du service suivi et les difficultés rencontrées par les acteurs internes et/ou les soignants. Il fait ainsi des liens entre le travail réalisé et l'organisation du travail.

¹⁰² Nous entendons par dispositions, les représentations des acteurs (vis-à-vis de la prévention, du lien travail/ santé, d'une démarche préventive, des difficultés rencontrées dans un service de soins...). Lorsque l'intervenant tente de développer les dispositions d'un acteur, il agit sur sa façon d'appréhender une situation.

¹⁰³ Nous entendons par capacité, les ressources des acteurs (les compétences, le temps, les moyens...). Lorsque l'intervenant tente de développer les capacités d'un acteur, il agit selon nous sur le développement de son pouvoir d'agir par rapport à une situation donnée.

¹⁰⁴ Nous entendons par travail collectif la manière dont les acteurs travaillent ensemble.

¹⁰⁵ Nous avons étudié ce lien pour les trois terrains de recherche suivis.

- **Les stratégies temporelles** : l'intervenant cherche à optimiser le temps de déploiement de la démarche dans l'établissement suivi.
- **Les stratégies en lien avec des projets et instances institutionnels de l'établissement** : l'intervenant fait des liens entre la démarche ORSOSA et plusieurs instances institutionnelles telles que le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), le Comité Médical d'Etablissement (CME), ou encore des dispositifs en cours tels que celui du maintien en emploi, de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de soins et médico-sociaux (ANAP)...

1. Des stratégies d'intervention visant à mettre en relation plusieurs acteurs de l'établissement (terrain 1)

Le diagnostic réalisé par l'intervenant dans le service de soins audité le conduit à identifier une absence de binôme entre le cadre de santé et le médecin de l'unité ; une absence de coopération entre le cadre supérieur et le cadre de santé ainsi que des difficultés de collaboration entre la direction des soins et le cadre supérieur. Les données utilisées afin de répondre à cette hypothèse proviennent des journaux de bord réalisés par l'intervenant, des entretiens d'auto-confrontation de l'intervenant et enfin du contenu des réunions ORSOSA. L'intervenant décide de faire travailler les acteurs en présence ensemble afin de faire face à la charge de travail qui incombe aux soignants et au cadre de santé, ainsi qu'aux difficultés matérielles recensées. Pour faire cela, plusieurs stratégies ont été utilisées par l'intervenant durant le déploiement de la démarche : les stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs (75), les stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche ORSOSA (70), les stratégies en lien avec le fonctionnement du service (60), les stratégies temporelles (15) et les stratégies en lien avec des projets et instances institutionnels de l'établissement (10). Pour plus de précisions se référer à l'Annexe B5. La figure qui suit présente pour les principaux temps de la démarche les stratégies utilisées par l'intervenant (cf. figure 15).

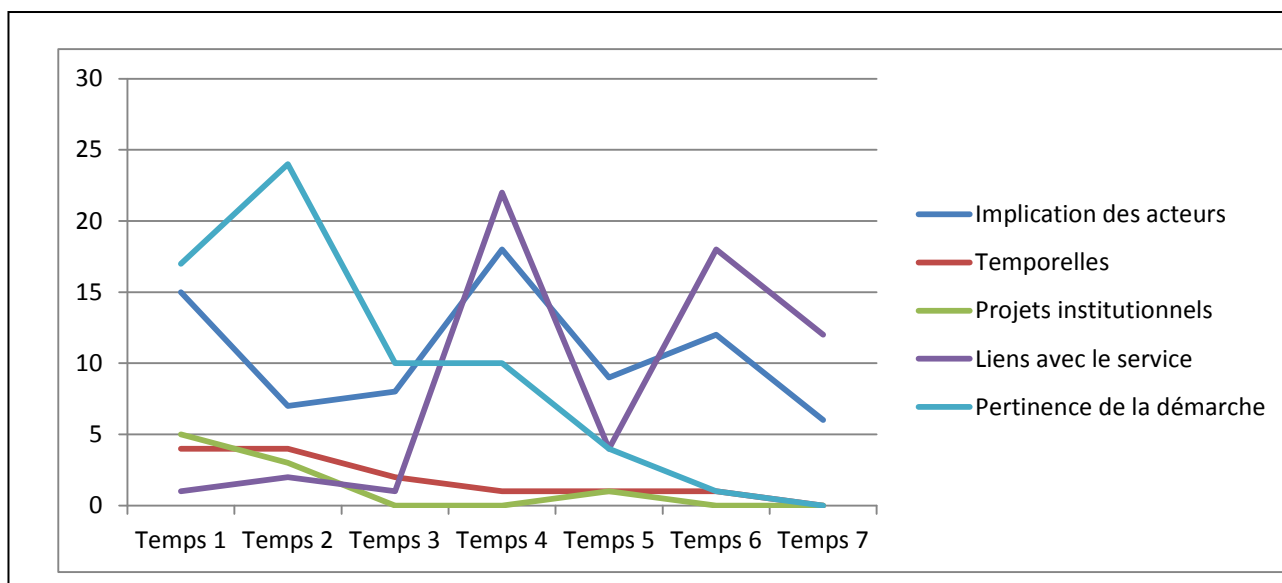


Figure 15. Stratégies utilisées par l'intervenant au cours du déploiement de la démarche

Cette figure suggère que l'intervenant utilise principalement trois stratégies au cours du déploiement de la démarche : des stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs, des stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche ORSOSA et des stratégies en lien avec le fonctionnement du service de soins.

Il convient de comprendre à présent dans quelle mesure l'intervenant a contribué à développer les capacités, les dispositions et le travail collectif des acteurs en présence¹⁰⁶ (cf. tableau 18). En effet, comme nous l'avons montré dans la monographie (partie IV, chapitre 4), le cadre de santé, le médecin de l'unité, les soignants et le cadre supérieur sont de plus en plus participatifs au cours du déploiement de la démarche.

¹⁰⁶ Nous nous sommes intéressée dans cette hypothèse seulement aux stratégies utilisées par l'intervenant (et non aux effets du déploiement de la démarche sur l'activité individuelle des acteurs, cf. hypothèse 2) afin d'impliquer les acteurs en présence dans le déploiement de la démarche.

Nous avons donc recensé pour les principaux temps de la démarche et pour chacun des acteurs si l'intervenant tente d'agir sur leurs dispositions, leurs capacités, et/ou le travail collectif initié (cf. tableau 18).

Temps de la démarche	Acteurs présents	Dispositions	Capacités	Travail collectif
1. Rencontre institutionnelle	Médecin chef de pôle	X		
	Ergonome			
	Cadre supérieur	X		
2. Rencontre cadre de santé/ médecin de l'unité	Cadre de santé	X		
	Médecin de l'unité	X		
	Ergonome			
3. Présentation équipe +Entretien cadre de santé +Points informels avec ces acteurs	Soignants	X		
	Cadre de santé	X		X
	La direction des soins	X		X
	Ergonome			X
	Cadre supérieur	X		X
4. Rencontre cadre de santé Rencontre médecin de l'unité +COPIL	Cadre de santé	X		X
	La direction des soins			X
	Ergonome			
	Médecin de l'unité	X		
	Médecin chef de pôle	X		
	Cadre supérieur	X		
	Directeur administratif de pôle	X		
5. Rencontres équipe +Point informel avec le cadre supérieur	Soignants	X		
	Ergonome			
	Cadre supérieur	X	X	
6. Rencontre cadre de santé/ médecin de l'unité	Cadre de santé		X	X
	La direction des soins			X
7. Restitution collective	Soignants			X
	Cadre de santé			X
	Médecin de l'unité			X
	Cadre supérieur			X
	Ergonome			
Total		15	2	12

Tableau 18. Stratégies utilisées par l'intervenant au cours du déploiement de la démarche

Ce tableau suggère que l'intervenant tente de développer principalement au début et au milieu de la démarche les dispositions des acteurs en présence et le travail collectif au milieu et à la fin de l'intervention. Nous observons peu de stratégies relatives au développement des capacités des acteurs.

Enfin dans un troisième temps, nous avons recensé (cf. tableau 19) si l'intervenant tentait de développer les dispositions, les capacités et/ ou le travail collectif initié pour des acteurs en particulier.

	Dispositions	Capacités	Travail collectif
Médecin chef de pôle	2	0	0
Directeur administratif de pôle	1	0	0
La direction des soins	1	0	3
Cadre supérieur	4	1	2
Cadre de santé	3	1	4
Médecin de l'unité	2	0	1
Soignants	1	0	1
Ergonome	0	0	1

Tableau 19. Impact des stratégies de l'intervenant sur les acteurs en présence

Ce tableau suggère que l'intervenant est principalement intervenu auprès du cadre de santé afin de l'aider à faire face aux difficultés rencontrées. C'est ainsi qu'il a incité la direction des soins et le cadre supérieur à participer au déploiement de la démarche (il tente de développer leur façon de travailler collectivement). L'intervenant a de plus invité le cadre supérieur à prendre conscience des difficultés rencontrées par le cadre de santé (il tente d'agir sur ses dispositions).

Nous allons à présent détailler plus précisément les principales stratégies utilisées¹⁰⁷ par l'intervenant au regard des différents temps du déploiement de la démarche.

Etape initiale : Choix des unités et présentation de la démarche (temps 1, 2 et 3)

Réunion institutionnelle (temps 1)

Acteurs présents : intervenant, ergonome, médecin chef de pôle et cadre supérieur

Rappel des objectifs¹⁰⁸: « Réussir à les sensibiliser à la démarche, les intégrer aux étapes de la méthodologie d'ORSOSA 2, faire comprendre qu'ORSOSA 2 est un diagnostic s'apparentant à une démarche de prévention primaire, dont l'objectif final est de les autonomiser pour qu'ils auto-implémentent cette démarche ».

¹⁰⁷ Dans un souci de lisibilité, nous avons détaillé les stratégies les plus utilisées par l'intervenant (soit une stratégie utilisée au moins 5 fois dans un même temps de la démarche).

¹⁰⁸ Objectifs mentionnés par l'intervenant sur le journal de bord associé à la réunion.

Déroulé de la réunion : Les acteurs institutionnels sont parties prenantes et cherchent des garde-fous afin que les effets de la démarche soient durables.

Trois principales stratégies sont utilisées par l'intervenant lors du premier temps de la démarche.

Stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche (17)¹⁰⁹

L'intervenant présente principalement l'historique (6)¹¹⁰ et la chronologie (6) de la démarche aux acteurs présents afin de justifier des délais entre la première passation des questionnaires (ORSOSA 1) et celle d'aujourd'hui (ORSOSA 2). Il insiste de plus sur la composition actuelle du questionnaire (5) en légitimant la pertinence de certaines questions dirigées vers le cadre de santé. Cette présentation a pour objectif de sensibiliser les acteurs en présence aux objectifs de la démarche. L'intervenant tente donc de développer les dispositions des acteurs en présence vis-à-vis de la démarche.

Intervenant : *« je pense qu'il reste important de présenter les enjeux et de réellement insister sur la démarche collective et participative car ce n'est pas le cas de toutes les démarches »* (extrait journal de bord).

L'intervenant rassure de plus ces derniers vis-à-vis du soutien institutionnel porté à la démarche.

Cadre supérieur : *« Comment ORSOSA est inclus dans l'institution car en fonction des préconisations on aura besoin de se reposer sur des ressources institutionnelles ? »*

Intervenant : on a présenté la démarche au DRH qui nous soutient.

Cadre supérieur : *oui mais il ne faut pas présenter la démarche qu'au DRH.*

Intervenant : le coordonnateur du projet l'a déjà présenté en CHSCT.

Ergonome : *on peut faire une autre présentation quand vous aurez choisi les unités.*

Médecin chef de pôle : *il faut insister sur le fait que c'est une démarche qualité, presque sociale, il y a un réel intérêt derrière d'améliorer les conditions de travail et l'absentéisme.*

Cadre supérieur : *peut-être que l'on peut ajouter ORSOSA à notre plan d'action ANAP car là on aura un suivi au moins.*

Médecin chef de pôle : *c'est trop tard maintenant pour le mettre.*

Cadre supérieur : *peut-être qu'ORSOSA est déjà intégrée dans la démarche de suivi et d'amélioration des conditions de travail, à voir avec X (le coordonnateur du projet).*

Intervenant : oui je vais voir avec lui (le coordonnateur du projet) et le DRH pour réinsérer la démarche institutionnellement et avoir des partenaires fiables (...) » (extrait réunion temps 1).

Cet extrait montre que les acteurs recherchent d'autres ressources institutionnelles sur lesquelles s'appuyer pour aider à la mise en œuvre de la démarche. Ils semblent favorables au déploiement de la démarche dans leur pôle. Ces échanges permettent à l'intervenant d'identifier l'implication des acteurs vis-à-vis de la démarche et de repérer les actions à entreprendre pour favoriser leur implication.

¹⁰⁹ Nombre de fois que l'intervenant se réfère à cette catégorie. Dans un même bloc de parole, plusieurs stratégies peuvent être traitées.

¹¹⁰ Nombre de fois que l'intervenant fait référence à la catégorie.

Stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs (15)

L'intervenant mentionne la participation de neuf acteurs à la démarche (dont principalement des acteurs institutionnels tels que la direction des soins (8), le DRH (7) et le coordonnateur du projet (6)), afin d'impliquer les acteurs en présence. Une participation massive des acteurs pour déployer la démarche est pour l'intervenant un gage de réussite.

Intervenant : « *la peur du cadre supérieur c'était de faire encore une démarche qui ne servait à rien donc j'ai essayé d'appuyer au maximum, de bétonner à la base les personnes au COPIL pour dire voilà on a des leviers. J'ai recherché des leviers pour mieux mobiliser tout le monde* » (extrait entretien d'auto-confrontation sur les mails).

Intervenant : « *c'était compliqué, il fallait que je montre patte blanche, asseoir ma légitimité et leur dire qu'il fallait être acteur avec moi car tout seul je ne peux pas déployer* » (extrait entretien d'auto-confrontation fin démarche).

Intervenant : « *si on n'a pas tout le monde ça ne marchera pas* » (extrait entretien d'auto-confrontation fin démarche).

L'intervenant insiste sur l'implication nécessaire de tous les acteurs.

Il leur demande de plus d'impliquer les cadres de santé des services de soins pressentis à la démarche en anticipant sur leurs éventuelles résistances.

Intervenant : « *Il faut bien tourner les choses en leur expliquant (aux cadres de santé) le pôle X (nom du pôle) est pilote, on prend des unités de prévention primaire, donc des unités où globalement ça va bien pour amorcer sur les autres unités. Qu'il n'y a aucune attaque envers lui (le cadre de santé)* » (extrait réunion temps 1).

L'intervenant insiste sur la nécessité de présenter la démarche comme une opportunité pour le service de soins plutôt que comme une évaluation des pratiques managériales.

Stratégies en lien avec des projets/instances institutionnels de l'établissement (5)

L'intervenant fait des liens entre ORSOSA, plusieurs instances (Comité Médical d'Etablissement, CHSCT) (2) et des projets institutionnels en cours (3) de l'établissement.

[Au sujet des personnes à contacter pour le déploiement de la démarche]

Intervenant : « *Je pense qu'il faut amorcer par l'ANAP et l'évaluation des risques et la qualité c'est ce qui risque de leur parler à leur niveau. Que vous êtes le pôle qui est concerné par l'ANAP, donc il y a quelque chose à faire chez vous par rapport aux TMS d'où la présence de l'ergonome.*

Cadre supérieur : oui ça parlera bien au DRH.

Intervenant : *et pour les cadres, les placer dans un cadre d'amélioration continue en termes de démarche qualité. On pourrait leur dire : on vous le (questionnaire) refait passer tous les ans, donc on a un suivi, on a quelque chose, des indicateurs qui peuvent nous dire comment ça a évolué et après expliquer pourquoi. Je pense que ça serait un bon point d'entrée (...)* » (extrait réunion temps 1).

L'intervenant incite les acteurs en présence à faire des liens entre la démarche et plusieurs projets institutionnels. Il sollicite de plus le médecin chef de pôle afin d'organiser des présentations communes de la démarche en comité de direction et en CHSCT. L'intervenant utilise l'influence de cet acteur pour porter la démarche en comité.

Ce premier temps permet à l'intervenant de sensibiliser le médecin chef de pôle et le cadre supérieur vis-à-vis de la démarche. A ce titre, il tente de développer leurs dispositions vis-à-vis de l'outil.

Rencontre cadre de santé/ médecin de l'unité (temps 2)

Acteurs présents : intervenant, ergonome, cadre de santé et médecin de l'unité.

Rappel des objectifs : « Mobiliser et impliquer la hiérarchie de proximité sur la démarche, répondre à leurs attentes et interrogations voire craintes possibles sur l'étude, créer un levier pour la communication à venir ».

Déroulé de la réunion : Les acteurs de terrain insistent sur le climat organisationnel délétère du service de soins mais acceptent le déploiement de la démarche pour l'équipe de soins.

Deux principales stratégies sont utilisées par l'intervenant lors du deuxième temps de la démarche.

Stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche (24)

L'intervenant invite l'ergonome à venir présenter la démarche aux acteurs de terrain. En présence du cadre de santé et du médecin de l'unité réticents vis-à-vis du déploiement de la démarche dans leur service de soins, l'intervenant insiste sur la validité statistique du questionnaire ORSOSA (5), sa pertinence (4), son financement (4) et la méthodologie utilisée (4). En effet, les acteurs internes font état d'un contexte organisationnel instable (fusion de deux unités) de leur service et de plusieurs réticences vis-à-vis de la constitution du questionnaire ORSOSA. L'intervenant cherche alors à modifier leurs dispositions vis-à-vis de la démarche.

Médecin de l'unité : « y a des moments où les infirmiers et les médecins travaillent ensemble ?

Cadre de santé : j'aime bien la question 8, le cadre de santé apporte son soutien aux infirmiers.

Médecin de l'unité : même en cas de conflit.

Cadre de santé : tu vas voir que ça va me retomber dessus !

Intervenant : non mais l'intérêt est de voir pourquoi la dimension est en alerte.

Cadre de santé : oui oui !

Médecin de l'unité : donc au début c'est plus du ressenti et après plus du constat (...).

Médecin de l'unité : y a pas d'éléments dynamiques, les agents vont le remplir qu'une fois ?

Intervenant : oui et après par contre on peut le refaire passer à 6 mois, 1 an pour réévaluer.

Cadre de santé : les questions sont les mêmes pour les aides-soignants et les infirmiers ?

Intervenant : non ça change dans les premières questions.

Médecin de l'unité : donc on considère que les aides-soignants et infirmiers travaillent ensemble, les infirmiers et le médecin mais pas les aides-soignants avec le médecin c'est intéressant ça ! C'est hallucinant ! On parle d'équipe de soins après !

Cadre de santé : les aides-soignants demandent souvent des références au médecin notamment pour lever les patients.

Médecin de l'unité : ah oui !

Cadre de santé : tous les jours y a des contacts, des communications tous les jours !

Ergonome : c'est ce qu'on a pu voir dans les unités effectivement.

Médecin de l'unité : *donc déjà le questionnaire a des limites très nettes !*

Ergonome : *ah oui je pense qu'il en a mais le but est de faire une observation.*

Intervenant : *Mais du coup c'est ça l'intérêt qu'ils passent ce questionnaire-là, qui je dirai peut être abrupt, et qui effectivement présente ses limites mais derrière avoir une phase de rencontre avec vous, avec l'équipe pour avoir votre perception sur tout ça* » (extrait réunion temps 2).

Cet extrait montre que l'intervenant, aidé par l'ergonome, essaie de répondre aux réticences des acteurs de terrain en mettant l'accent sur le suivi proposé au service dans le cadre de la démarche.

Stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs dans la démarche (7)

L'intervenant insiste sur l'implication nécessaire du cadre de santé (4) et du médecin de l'unité (3) pour un déploiement pertinent de la démarche.

Intervenant : *« (...), donc en fait tout ça pour agir sur la santé du personnel soignant, pour créer une dynamique de prévention collective, puisqu'on vous implique vous hiérarchie de proximité et qu'on implique également vous l'équipe paramédicale. On fait en sorte de mobiliser les institutions pour que derrière il y ait un vrai suivi. Le but est qu'on vous aide à implanter cette démarche pour que derrière vous soyez autonomes, pour la réaffecter si vous en avez envie (...) »* (extrait réunion temps 2).

Il souligne l'importance d'initier dans le service de soins une dynamique de prévention collective.

Enfin, l'intervenant s'adapte aux besoins des acteurs de terrain et accepte, compte tenu de la future réorganisation du service, d'anticiper le démarrage du déploiement de la démarche (passation rapide des questionnaires avant la fusion du service). Il cherche ainsi à impliquer les acteurs dans le dispositif. Cependant, il s'interroge après coup sur cette stratégie.

Intervenant : *« le service n'allait pas bien du tout. C'est pour ça qu'ils (les acteurs institutionnels) l'ont choisi. On est arrivé avec l'ergonome (...) et ils ont voulu absolument qu'on fasse passer les questionnaires tout de suite maintenant. Là c'était précipité, ils voulaient les faire passer avant la fusion des services (...) mais les restitutions ont été faites avec l'ensemble du service (les nouveaux et les anciens) donc en termes de sens je ne sais pas, c'est à l'unité de se l'approprier »* (extrait entretien d'auto-confrontation).

L'intervenant lors de ce deuxième temps cherche à développer les dispositions du cadre de santé et du médecin de l'unité vis-à-vis de la démarche.

Rencontre équipe (temps 3)

Acteurs présents : intervenant et soignants

Rappel des objectifs : *« Resituer la démarche, impliquer les agents ».*

Déroulé de ce temps : Les soignants posent peu de questions mais ne semblent pas réticents au déploiement de la démarche dans leur service de soins. L'intervenant s'entretient ensuite avec le cadre de santé puis fait un point avec la direction des soins, l'ergonome et les cadres supérieurs.

Deux principales stratégies sont utilisées par l'intervenant lors de ce troisième temps.

Stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche (10)

L'intervenant présente la démarche ORSOSA aux soignants en insistant sur sa visée pratique (plutôt que sur son historique ou sa validité statistique) afin qu'elle fasse sens avec leur pratique quotidienne. Il cherche ainsi à développer leurs représentations vis-à-vis des retombées de la démarche afin de recueillir un maximum d'adhésion.

Intervenant : « (...) le questionnaire est fait pour être adapté à la prévention primaire, on anticipe les difficultés dans le but d'améliorer vos conditions de travail » (extrait réunion temps 3).

Intervenant : « (...) derrière on est en relation avec la direction des soins pour essayer de faire en sorte avec vous de trouver des solutions à tout ça. Donc je ne vous dis pas qu'on va révolutionner le service mais en tous les cas on va mettre en lumière les points forts et les dysfonctionnements et ce qui pourrait être amélioré. C'est vous qui allez être amenés à trouver les solutions à ces possibles dysfonctionnements. C'est pour cela qu'on va avoir des phases de restitutions (...) » (extrait réunion temps 3).

L'intervenant insiste auprès des soignants sur la participation au déploiement de la démarche de la direction des soins. Il souhaite montrer que la démarche est reconnue institutionnellement et que des moyens d'actions y sont ainsi alloués.

Lors de ce troisième temps, l'intervenant cherche à développer les dispositions des soignants vis-à-vis de l'intérêt de la démarche pour leur service de soins.

Passation du questionnaire et analyse des résultats

L'intervenant récupère les questionnaires et saisit les données dans un logiciel prévu à cet effet (cf. monographie pour plus de détails). Ce logiciel représente sous la forme de tableaux les seuils d'alerte, pour chacune des dimensions du questionnaire, des aides-soignants et des infirmiers du service audité.

Entretien cadre de santé (Cette étape a été ajoutée par l'intervenant)

Acteurs présents : intervenant et cadre de santé

Rappel des objectifs : « Recueillir un premier point de vue du service de l'intérieur de la part du cadre, impliquer d'un degré supplémentaire le cadre de santé au sein de l'étude ORSOSA, pérenniser l'implication de la direction ».

Stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs dans la démarche (8)

L'intervenant mène un entretien individuel avec le cadre de santé afin de l'impliquer au mieux dans le déploiement d'ORSOSA. Il cherche ainsi à modifier les dispositions du cadre de santé vis-à-vis de la démarche.

Intervenant « *je fais mes entretiens de manière globale pour les (les cadres de santé) impliquer, ça me permet d'avoir un lien de confiance et voir ce qui se passe dans le service* » (extrait entretien d'auto-confrontation).

Cet entretien est un réel outil pour l'intervenant lui permettant d'établir un diagnostic vis-à-vis des difficultés rencontrées dans le service audité. Le cadre de santé dépourvu a pu exprimer les difficultés qu'il vit au quotidien (charge de travail imposante, collaborations difficiles avec le médecin de l'unité et le cadre supérieur).

Point informel avec la direction des soins (non prévu par la méthodologie)

L'intervenant a alors contacté, suite à cet entretien mais aussi face à des scores en alerte du questionnaire, la direction des soins. L'intervenant lui présente les difficultés rencontrées par le cadre de santé afin qu'il l'aide à y faire face. Plusieurs liens sont réalisés par l'intervenant entre l'organisation du travail actuelle dans le service de soins et le mal-être du cadre de santé, ce qui développe les représentations de la direction des soins. L'intervenant l'encourage de plus à se rendre dans le service plus fréquemment pour travailler plus étroitement avec le cadre de santé. Ceci est d'autant plus important qu'il semble qu'il y ait un conflit latent entre le cadre de santé et le cadre supérieur.

Intervenant : « *je ne sais pas comment le tourner vis-à-vis du cadre supérieur étant donné le conflit latent entre les deux (cadre de santé et cadre supérieur) et vis-à-vis du comportement du médecin de l'unité (...) c'est pour ça que je suis allé voir la direction des soins* » (extrait entretien d'auto-confrontation de fin de démarche).

La direction des soins est perçue par l'intervenant comme une ressource pouvant l'aider à déployer la démarche ORSOSA dans de bonnes conditions.

Point informel avec l'ergonome (non prévu par la méthodologie initiale)

L'intervenant s'entretient ensuite avec l'ergonome afin de lui faire part de la situation difficile du cadre de santé. Compte tenu de ces difficultés, l'ergonome lui conseille de rencontrer l'ancien cadre supérieur du service.

Intervenant : « *Il m'a conseillé d'appeler l'ancien cadre supérieur pour un entretien pour lui présenter les seuils d'alerte et avoir l'avis de quelqu'un qui connaît bien l'unité* » (extrait journal de bord).

Point informel avec les cadres supérieurs (non prévu par la méthodologie initiale)

L'intervenant a contacté l'ancien cadre supérieur. Ce dernier lui a cependant conseillé de rencontrer l'actuel afin de l'avertir des difficultés rencontrées par le cadre de santé.

Intervenant : « *Oui j'ai dû me justifier à ce moment là, il n'était pas content que je ne l'ai (cadre supérieur actuel) pas contacté directement. On est dans des enjeux de pouvoir* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

Cette rencontre avec le cadre supérieur permet à l'intervenant de faire des liens entre le mal-être du cadre de santé et l'organisation actuelle du service de soins. Il développe ainsi les dispositions du cadre supérieur sur le fonctionnement du service de soins et l'invite à participer au déploiement de la démarche.

Ces différents points informels ont permis de convenir d'une stratégie d'intervention commune entre l'intervenant, l'ergonome, la direction des soins et le cadre supérieur. L'intervenant va restituer les résultats du questionnaire en deux temps : d'abord au cadre de santé puis au médecin de l'unité.

Intervenant : « *je l'accompagne (le cadre de santé) beaucoup, je ne voulais pas qu'il re-craque(...) car hormis l'écouter je ne peux rien faire de plus* » (extrait entretien d'auto-confrontation).

Intervenant : « *ORSOSA doit être une aide pour le cadre et le but n'est pas de le pénaliser* » (extrait journal de bord).

L'intervenant cherche ainsi à développer le travail collectif entre le cadre supérieur, le cadre de santé, la direction des soins et l'ergonome.

Compte tenu des difficultés rencontrées par le cadre de santé, l'intervenant cherche à impliquer plusieurs acteurs en ajoutant des temps informels à la méthodologie ORSOSA. C'est ainsi qu'il encourage la direction des soins, le cadre supérieur et l'ergonome à aider le cadre de santé en difficulté. Il cherche ainsi à développer leurs collaborations. Il développe de plus les dispositions de la direction des soins et du cadre supérieur vis-à-vis des difficultés rencontrées par le cadre de santé.

L'intervenant utilise principalement dans cette première phase de la démarche deux stratégies : des stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche afin de justifier de l'usage et de la pertinence d'un tel dispositif et des stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs afin d'aider le cadre de santé en difficulté.

Etape diagnostique : Diagnostic et recherche de solutions (temps 4, 5, 6)

Rencontre cadre de santé/ médecin de l'unité (temps 4)

Face aux résultats en alerte du questionnaire et au mal-être du cadre de santé, l'intervenant a fractionné la présentation des résultats en plusieurs réunions. Il a présenté séparément les résultats au cadre de santé puis au médecin de l'unité. L'intervenant a ajouté ces deux phases à la méthodologie initiale de la démarche.

Déroulé de ce temps : La direction des soins exerce un rôle de coach auprès du cadre de santé qui semble apprécier l'aide apportée. Le médecin de l'unité est quant à lui toujours réticent vis-à-vis de la démarche.

Présentation des scores du questionnaire au cadre de santé

Acteurs présents : intervenant, ergonome, la direction des soins et cadre de santé.

Rappel des objectifs : « *Restituer les résultats en maintenant une relation de confiance avec le cadre de santé* ».

Deux principales stratégies ont été utilisées par l'intervenant lors de cette réunion.

Stratégies en lien avec le fonctionnement du service suivi (14)

L'intervenant tente de dédramatiser les alertes du questionnaire en insistant sur les conditions néfastes (contexte organisationnel instable) de passation des questionnaires.

Cadre de santé : « y a des alertes de partout !

Intervenant : *oui mais vous savez ce n'est pas choquant, je vois ça très régulièrement, je ne suis pas du tout perturbé*

Cadre de santé : *on s'y attendait en même temps.*

Intervenant : *oui mais c'est un constat de base et ça va nous permettre de travailler (...). Alors je vais vous restituer au niveau global parce qu'il faut quand même voir que ce questionnaire vous l'avez passé alors que vous alliez avoir une ouverture d'aile en urgence et qu'en plus vous avez une partie du personnel de X (nom d'un service) qui s'est déployée chez vous. Vous avez eu un remaniement d'équipe, le docteur X (médecin de l'unité) nous a dit qu'il y a eu de nombreuses réorganisations donc il y a aussi un manque de stabilité et donc là on peut se dire que l'équipe est assez en souffrance. Globalement on est en alerte. Peut-être que ça a été une sonnette d'alarme pour dire que là ça ne va plus et c'est pour ça qu'on est là aussi.*

Cadre de santé : *parce que les soignants pensent que les décisions sont prises sans qu'ils soient concernés.*

Intervenant : *c'est ce qui s'est passé avec la nouvelle aile ?*

Cadre de santé : *disons que même nous cadre, ça a été un flou total jusqu'à la fin (...) les choses ont été dites de manière non officielles* » (extrait réunion temps 4).

L'intervenant cherche à déculpabiliser le cadre de santé face aux nombreux scores en alerte des questionnaires.

Stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs (12)

L'analyse des mails échangés entre l'intervenant, le cadre de santé et la direction des soins montre que plusieurs courriels (10) ont été envoyés afin d'organiser cette rencontre : ce qui suggère une organisation compliquée. L'intervenant en a profité pour envoyer plusieurs documents (7) relatifs à la démarche et tente de rassurer le cadre de santé en amont vis-à-vis de la réunion.

Intervenant : *« je lui ai dit que nous étions là pour l'aider, pour mettre en parallèle les éléments qu'il pensait pouvoir coller avec les fameuses alertes et que ce rendez-vous avait lieu pour trouver ensemble des solutions (...). Il m'a redit qu'il ne tenait pas à craquer, surtout pas avant Noël. Je lui ai dit que si il sentait que l'entretien devenait trop lourd et trop difficile il n'avait qu'à nous en faire part, que nous ne vous formaliserions pas et que nous nous en irions »* (extrait journal de bord).

Intervenant : *« ça prend toujours du temps avec le cadre de santé car on prend des gants, on l'encourage, on essaie d'être positif », « il faut continuer à travailler avec lui, ça lui fait du bien » ; « on passe du temps à le rassurer »* (extraits entretien d'auto-confrontation intervenant).

L'intervenant exerce un rôle de réassurance envers le cadre de santé. Il tente de modifier les représentations du cadre de santé vis-à-vis de la démarche.

Il demande de plus à l'ergonome et la direction des soins de l'accompagner sur le terrain. Il laisse une place centrale à la direction des soins (117 prises de parole contre 41 pour l'intervenant) lors de la réunion.

Intervenant : *« je n'étais pas bien à ce moment-là, c'était ou ça passe ou non. Et si ça ne passe pas, ça va être difficile »* (extrait entretien d'auto-confrontation).

L'intervenant cherche à développer les collaborations entre le cadre de santé et la direction des soins afin de trouver des solutions aux problèmes qu'il rencontre (cf. hypothèse 3).

L'intervenant lors de cette réunion cherche à développer les dispositions du cadre de santé vis-à-vis des scores du questionnaire. Il cherche de plus à développer les collaborations entre le cadre de santé et la direction des soins.

Présentation des scores du questionnaire au médecin de l'unité

Acteurs présents : intervenant et médecin de l'unité (aucun acteur relais n'est disponible).

Rappel des objectifs : *« Restituer les résultats en tentant d'avoir des situations explicatives ».*

Deux principales stratégies sont utilisées par l'intervenant lors de cette réunion.

Stratégie visant à légitimer la pertinence de la démarche (7)

L'intervenant, face à un médecin d'unité sceptique vis-à-vis de l'intérêt de la démarche insiste sur l'accompagnement associé à son déploiement (7).

Intervenant : « donc pour la suite on va faire des restitutions avec l'ergonome et la direction des soins avec les équipes pour échanger là-dessus, avoir des exemples, des données et voir ce qu'on peut essayer de faire remonter et trouver des solutions s'il y en a ensemble (...). L'outil est un moyen de donner l'alerte sur des dysfonctionnements et d'essayer de trouver des solutions (...) Après je ne vous promets pas qu'il y aura des moyens derrière je n'en sais rien, j'espère très fort.

Médecin de l'unité : je sais bien ! Regardez, vous faites des niveaux d'alerte et on est dans un système où ce qui ne faut pas c'est que ça craque mais on ne veut pas dépenser plus. Je sais qu'on peut faire du très bon travail tous ensemble (...) mais on met la pression, diminue les coûts (...) les gens tolèrent des choses qui ne sont pas normales. (...) là vous c'est presque un outil administratif (...). L'utilisation de cet outil on peut en faire ce qu'on veut, la preuve les 75 percentiles ça veut rien dire, hormis pour un administratif. Voilà faut faire attention à ce qu'on fait !

Intervenant : voilà c'est pour ça que moi je m'en sers comme une base et ce qui m'intéresse c'est le discours du cadre de santé et de l'équipe derrière » (extrait réunion temps 4).

L'intervenant essaie de transformer les représentations de cet acteur vis-à-vis de l'outil en insistant sur les différents temps de débat proposés par la démarche.

Stratégies en lien avec le fonctionnement du service (8)

L'intervenant cherche à approfondir son diagnostic sur le service de soins afin d'expliquer les seuils d'alerte du questionnaire. Il pose plusieurs questions au médecin de l'unité relatives au fonctionnement du service (8). Il lui montre dans ce même temps l'intérêt qu'il porte à ce service. Les questions, posées par l'intervenant, amènent le médecin de l'unité à exposer plusieurs difficultés rencontrées par le cadre de santé (cf. hypothèse 2).

[au sujet des espaces de débat au sein du service de soins]

Médecin de l'unité : (...) C'est compliqué, la cadre de santé a une charge de travail qui est extrêmement lourde, je pense qu'il n'y en a pas beaucoup qui ont 40 lits sans adjoint au cadre (...). Je pense que le cadre de santé risque de ne pas rester très longtemps. Je suis honnête, je ne connais pas beaucoup d'unités qui ont 40 lits dont 30 de médecine aigue.

Intervenant : 40 lits sans aide, ça fait lourd, surtout au niveau planning ça a l'air délicat.

Médecin de l'unité : à un moment ça faisait 60% de son temps de travail, ce qui explique le soutien du cadre de santé qui est entre le marteau et l'enclume (...) (extrait réunion temps 4).

Le médecin de l'unité a conscience des difficultés rencontrées par le cadre de santé. Ces échanges permettent donc à l'intervenant d'enrichir son diagnostic sur les difficultés rencontrées par le service de soins.

L'intervenant lors de cette réunion cherche à développer les dispositions du médecin de l'unité vis-à-vis de l'intérêt de la démarche pour son service de soins.

COPIL annuel

Acteurs présents : intervenant, cadre supérieur, médecin chef de pôle et directeur administratif de pôle

Rappel des objectifs : « *Faire un point sur les deux unités fonctionnelles en cours, faire un point sur le COPIL, échanger sur les nouvelles unités fonctionnelles pour 2013* ».

Stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs (6) (réunion non prévue par la méthodologie initiale)

L'intervenant fait un point avec les acteurs en présence sur les difficultés rencontrées par les acteurs de terrain. Il cherche ainsi à développer leurs dispositions vis-à-vis de l'état du service de soins audité, en ayant un rôle d'alerte.

Intervenant : *je pense qu'il faut vraiment agir car le service ne va pas bien. On ressent une réelle souffrance de tous les acteurs. Non mais c'est vrai !* (extrait réunion COPIL).

Un point est ensuite fait, avec les acteurs institutionnels, sur la manière de constituer le comité de pilotage institutionnel, afin de mettre en œuvre les futures préconisations pensées pour le service de soins.

Intervenant : « *Le COPIL des préconisations se doit d'être monté pour juin afin que j'assoie aussi ma légitimité quant aux actions lancées, mises en place et respectées !* » (extrait journal de bord).

L'intervenant cherche à impliquer les acteurs institutionnels afin de disposer de ressources telles qu'une aide au cadre par exemple pour aider le cadre de santé dans son activité.

Lors de ce COPIL, l'intervenant tente de développer les dispositions des acteurs institutionnels afin qu'ils aient une vision commune des difficultés rencontrées par le service et puissent donc se mobiliser dans l'aide à la résolution des difficultés vécues par le cadre de santé.

Rencontre équipe (temps 5)

Acteurs présents : Intervenant, ergonome et soignants

Rappel des objectifs : « *Avoir une grille d'analyse et des pistes plus approfondies ainsi que des ébauches de solutions, pérenniser la relation de confiance établie avec le cadre de santé et le médecin de l'unité* ».

Déroulé de ce temps : Les soignants sont parties prenantes dans la démarche et développent les alertes du questionnaire. Plusieurs pistes de solutions sont identifiées. Les soignants sont participatifs.

L'intervenant a organisé deux réunions avec les soignants afin de débattre avec un maximum d'entre eux des alertes recensées par le questionnaire ORSOSA.

Une stratégie principale a été utilisée par l'intervenant lors de ce temps.

Stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs (9)

L'analyse des mails suggère que l'intervenant envoie de nombreux mails au cadre de santé afin d'organiser cette rencontre (12). Lors de la réunion, l'intervenant insiste sur la participation du médecin chef de pôle et de la direction des soins dans la démarche afin d'impliquer les soignants.

Intervenant : « le médecin chef de pôle est très intéressé pour tout ce qui est amélioration des conditions de travail au sein du pôle » (extrait réunion temps 5).

Intervenant : « donc rapidement juste pour vous dire qu'on va faire remonter tout ça à la direction des soins avec le cadre supérieur, le médecin et le cadre de santé et essayer d'appuyer vos demandes, on ne vous promet pas la lune ! » (extrait réunion temps 5).

Intervenant : « j'ai insisté pour leur dire qu'ils avaient un appui et que c'était valorisant » (extrait entretien d'auto-confrontation).

L'intervenant cherche à modifier leurs représentations vis-à-vis du soutien institutionnel qu'ils peuvent recevoir.

Il co-intervient de plus avec l'ergonome afin d'animer ces espaces de débats.

Intervenant : « Impliquer l'ergonome dans le groupe car il a beaucoup de connaissances des personnes ressources et des différentes instances. C'est un super levier, je me rappelle à l'époque je n'étais pas à l'aise avec les cadres sup, mais avec lui ça passait bien, il peut appuyer » (extrait entretien d'auto-confrontation fin démarche).

Intervenant : « l'ergonome a un rôle important en termes de relances lors des restitutions, il part sur des choses que moi je n'ai pas vues, il donne des pistes et du coup, légitime la démarche » ; « on réfléchit à ma stratégie d'intervention, il valide mes diapo. En fait, il me rassure beaucoup sans lui je suis seul » ; « ça m'a éclairé sur une coopération plus que nécessaire pour la démarche de l'ergonomie et de la psychologie du travail pour une pluridisciplinarité des regards » ; « il a un regard qui n'est pas le mien, il a quand même 10 ans d'expérience, il pose des questions auxquelles je n'avais pas pensé (...) moi je signe tout de suite pour qu'on fasse un binôme » (extraits entretien d'auto-confrontation intervenant).

L'intervenant considère l'ergonome comme une ressource enrichissant la nature des débats sur le travail des soignants. Il se sert ainsi de sa compétence afin d'impliquer au mieux les acteurs de terrain.

Point informel avec le cadre supérieur (non prévu par la méthodologie initiale)

A la suite de ces rencontres, l'intervenant s'entretient avec le cadre supérieur afin de faire un point sur le déploiement de la démarche. L'intervenant tente de développer les dispositions de cet acteur vis-à-vis des difficultés rencontrées par le cadre de santé. Il cherche de plus à l'impliquer davantage afin de recueillir un maximum de leviers pour trouver des solutions pour le service. Ce temps informel a été profitable pour ces deux acteurs.

Intervenant : « je suis satisfait de ce rendez-vous puisque nous avons pu aplanir pas mal de choses et que j'ai la sensation que nous avons les prémices d'une relation de confiance, autant son comportement est radicalement différent de ce que j'ai vu auparavant » (extrait entretien d'auto-confrontation).

Ainsi, l'intervenant cherche à impliquer le cadre supérieur pour un déploiement le plus efficient possible de la démarche. Il tente d'agir à la fois sur ses dispositions mais aussi ses capacités afin de lui montrer que sa présence durant le déploiement de la démarche est indispensable.

L'intervenant lors de ce temps tente d'agir principalement sur les dispositions des soignants à l'égard de la démarche ORSOSA et du soutien reçu par les acteurs institutionnels mais aussi sur les dispositions et capacités du cadre supérieur.

Rencontre cadre / médecin de l'unité (temps 6) (cette phase a été ajoutée par l'intervenant)

Acteurs présents : intervenant, la direction des soins, cadre de santé (absence du médecin de l'unité)

Rappel des objectifs : « Effectuer un retour des préconisations, apporter une réflexion constructive et une intégration des pistes dans l'unité ».

Déroulé de ce temps : Les acteurs présents sont impliqués dans le dispositif et le cadre de santé perçoit de nouvelles ressources pour réaliser son activité. Il a déjà mis en place, suite au temps 4, un temps supplémentaire de communication auprès de son équipe.

Deux principales stratégies sont utilisées par l'intervenant lors de ce sixième temps.

Stratégies en lien avec le service suivi par la démarche (18)

L'intervenant synthétise des propos recueillis durant le déploiement de la démarche : plusieurs acteurs sont ainsi cités dont principalement les soignants (8), le cadre supérieur (4), le médecin de l'unité (3) et l'ergonome (3). L'intervenant montre qu'une dynamique collective autour de la démarche est en train de se mettre en place. Cette synthèse permet alors d'introduire un débat sur la charge de travail qui incombe au service.

Intervenant : « ce qu'on se disait par rapport à tout ça, c'est revoir la charge de travail ! Donc si vous êtes d'accord on revient avec l'ergonome en se basant sur une grille de charge en soin.

La direction des soins: j'ai vu de nouveaux outils (...)

Intervenant : (...) il faut mettre en valeur ce que vous faites car ça vous prend quand même du temps (...) il va falloir qu'on vienne recenser le matériel aussi (...). L'idée est de faire le point sur l'existant pour voir combien ça représente en termes de chiffres avec les autres unités. On ne va peut-être pas révolutionner le monde mais s'il y a quelque chose (au niveau financier) qui peut être dégagé pour le pôle chaque année dans le cadre d'ORSOSA ça serait pas mal » (extrait réunion temps 6).

L'intervenant tente de relier entre elles les difficultés recensées dans le service de soins et propose de faire des observations ergonomiques avec l'ergonome afin d'objectiver tous ces dysfonctionnements.

Stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs (12)

L'intervenant co-intervient une fois de plus avec la direction des soins en lui laissant une place centrale (112 prises parole contre 83 pour l'intervenant) durant la réunion afin de développer les collaborations entre ce dernier et le cadre de santé. L'intervenant insiste afin de maintenir la dynamique initiée par la démarche sur le soutien que l'équipe apporte au cadre de santé compte tenu des difficultés rencontrées dans le service. Il cherche à mettre en confiance le cadre de santé.

Intervenant : (...) « *par rapport à la dimension « soutien du cadre de santé » ce qui ressort c'est que l'entente est bonne et comme vous ils ne se sentent pas entendus par l'administration. Ils ont souligné qu'ils avaient conscience de votre charge de travail, car vous êtes seul à gérer 40 lits. Du coup, ils ne se sentent pas soutenus non pas par vous car ils voient que vous êtes démunis mais.*

Cadre de santé : *ça me fait du bien que vous me disiez ça !*

Intervenant : *ils ont conscience du travail que vous faites. Donc par rapport à ça j'ai vu avec votre cadre supérieur qui a dit qu'il avait conscience que 40 lits c'était énorme, il dit qu'une aide au cadre n'est pas envisageable au niveau des mensualités mais propose d'évaluer votre charge de travail pour voir comment on pourrait répartir les tâches.*

Direction des soins : *moi j'en ai plein des agents super en CIRP (instance de maintien en emploi) à te proposer(...)*

Intervenant : *mais je ne peux pas le mettre comme ça dans les préconisations, sinon X (cadre supérieur) va faire une syncope (...)*

Cadre de santé : *quand j'ai vu ça (les alertes) j'avoue que ça m'a brassé !*

Intervenant : *oui mais c'est normal (...). Ce qui m'impressionne chez vous et qu'il n'y a pas ailleurs c'est que effectivement l'équipe est en alerte mais que vos agents se sont régulés de façon merveilleuse et du coup ils ont conscience que leur charge de travail est toujours importante mais ils ont encore envie, ils sont là et continuent, je n'ai pas vu ça ailleurs !*

Cadre de santé : *c'est vrai qu'ils sont consciencieux.*

Direction des soins : *c'est parce que tu prends soin d'eux*

Intervenant : *et ça se sent !* » (extrait réunion temps 6).

Cet extrait montre que l'intervenant soutient et valorise le cadre de santé dans son activité individuelle afin de maintenir la dynamique initiée par la démarche ORSOSA. Il tente d'agir sur ses capacités en lui montrant qui lui est possible de faire des choses dans son service. Il tente de développer son pouvoir d'agir.

L'intervenant cherche dans ce temps à développer les collaborations entre le cadre de santé et la direction des soins. Il tente de plus de développer les capacités du cadre de santé vis-à-vis de ce qu'il lui est possible de faire dans son service.

L'intervenant utilise, dans cette deuxième étape de la méthodologie d'intervention, majoritairement des stratégies en lien avec le fonctionnement du service et des stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs afin de mettre en dynamique les différents acteurs en présence et trouver ainsi des solutions aux difficultés rencontrées par le service.

Etape programmation et planification : la restitution collective (temps 7)

Acteurs présents : intervenant, ergonome, cadre supérieur, cadre de santé, médecin de l'unité et soignants

Rappel des objectifs : « *Impliquer l'ensemble du service afin de pérenniser les actions dans le temps, les valider collectivement* ».

Déroulé de la réunion : Le médecin de l'unité initie le débat avec les soignants et le cadre supérieur sur les heures supplémentaires et la gestion de l'absentéisme dans le service. Les acteurs en présence acceptent que l'intervenant et l'ergonome viennent observer la charge de travail dans leur service.

Deux principales stratégies sont utilisées par l'intervenant lors de ce septième temps.

Stratégies en lien avec le service suivi par la démarche (12)

L'intervenant commence la réunion en reprenant point par point le compte-rendu prévu à cet effet en faisant des liens entre les alertes du questionnaire et l'organisation du travail actuelle du service (12). Il commence par restituer les points positifs recensés dans le service.

Intervenant : « *je voulais valoriser le service et les soignants. Je pense que le service est source de fantasmes et l'image de l'extérieur est négative donc il faut qu'ils (la direction) entendent qu'il y a plein de choses chouettes qui se passent dans le service* » (extrait entretien d'auto-confrontation).

L'intervenant valorise les équipes afin que les soignants s'impliquent dans le déploiement des préconisations.

Point sur la participation générale des soignants au cours du déploiement de la démarche :

Les soignants se sont rendus en nombre lors des différentes réunions ORSOSA, incités par leur cadre de santé (par le biais d'informations transmises oralement mais aussi sous la forme d'affiches conçues exprès par ce dernier).

Principalement, les soignants ont fait remonter des difficultés en lien avec le matériel (manquant ou dysfonctionnant) du service et la charge de travail trop importante qui leur est demandée. Ils ont de plus exprimé qu'ils étaient conscients de la charge de travail importante du cadre de santé.

Les soignants ont été source de propositions et ont accepté d'échanger collectivement sur leur activité. Cette participation est entre autres due au fait que le service bénéficie d'un infirmier en formation de sciences infirmières (ce dernier est très intéressé par tout ce qui est en lien avec la santé des soignants). Ce dernier, sans l'aide de l'intervenant ni de l'ergonome, a monté un groupe de travail à la suite de la restitution collective avec les soignants, afin de travailler sur les

interruptions de tâche dans le service. Il a mis en place un digramme d'Hishikawa. Il a donc pu contribuer à mobiliser les soignants.

Lors de la restitution collective, l'intervenant mentionne avoir acté des préconisations floues, sur le compte-rendu final, afin d'avoir plus de marges de manœuvre dans la suite de la démarche.

Intervenant : « *le plan de préconisation final est flou car il fallait acter qu'on aille sur le terrain et que le cadre et le médecin soient d'accord. C'est stratégique, ça laisse plus de marges de manœuvre sur le terrain* » (extrait entretien d'auto-confrontation de l'intervenant).

Stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs (6)

L'analyse des mails montre que l'intervenant a insisté sur l'importance de la participation de l'ensemble des acteurs (5) lors de cette réunion. Il a de plus fait référence à plusieurs acteurs (7) dont principalement : le cadre de santé (3), la direction des soins (2), l'ergonome (2) et le directeur de l'hôpital (2) afin de montrer que la démarche est soutenue. L'intervenant s'est ensuite positionné en observation. Il a laissé les acteurs débattre des difficultés rencontrées dans le service de soins (cf. hypothèse 3) s'écartant du compte-rendu qu'il avait rédigé.

Intervenant : « *je me suis senti sacrément seul face à cette espèce de choix, c'est-à-dire s'il fallait recadrer la discussion sur ORSOSA ou les laisser s'exprimer sur leurs congés. Mais comme cadre et soignants étaient très en demande de cela et qu'ils en avaient enfin l'occasion j'ai laissé faire* » (extrait journaux de bord).

L'intervenant a ainsi contribué au développement des collaborations entre les acteurs de terrain et le cadre supérieur.

L'intervenant lors de ce temps a principalement contribué à développer les collaborations entre les acteurs de terrain et le cadre supérieur.

Principalement, pour cette troisième étape de la méthodologie d'intervention, l'intervenant utilise deux stratégies : les stratégies en lien avec le fonctionnement du service et les stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs.

Etape conclusion : Suivi, bilan de l'intervention (temps 8)

Suivi des préconisations (temps 8) (cette étape a été ajoutée par l'intervenant)

Une stratégie principale est utilisée par l'intervenant lors de ce huitième temps de la démarche.

Stratégies en lien avec le service suivi

Ce temps s'est déroulé en plusieurs étapes permettant à l'intervenant d'intervenir sur le terrain : observations de la charge de travail des soignants (avec l'ergonome) et du cadre de santé.

Il a ensuite organisé plusieurs réunions entre différents acteurs (cadre de santé, médecin de l'unité, cadre supérieur et la direction des soins) afin de faire des restitutions du diagnostic réalisé.

L'intervenant rapporte les éléments observés dans le service (en s'aidant de synthèses), laisse les acteurs se saisir des résultats et proposer des solutions (répartition des tâches à réaliser, cf. hypothèse 3).

Intervenant : « *J'essaie de mettre du lien, de créer une dynamique, de faire en sorte que ça ne s'essouffle pas, de trouver des relais. J'ai un rôle de catalyseur et de mise en dynamique* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

L'intervenant tente de maintenir le travail collectif initié grâce au déploiement de la démarche.

COPIL

Acteurs présents : intervenant, nouveau représentant de la direction des soins, médecin chef de pôle et ergonome

Rappel des objectifs : « *Faire un point sur les unités, le choix des deux nouvelles unités, le COPIL à lancer, la formation gestes & postures* ».

Aucune stratégie utilisée par l'intervenant n'est principalement identifiée.

L'intervenant organise un COPIL avec les acteurs institutionnels afin de faire le point sur le service suivi et l'état d'avancement des préconisations à mettre en œuvre. L'intervenant cherche à réaliser des préconisations transversales (comme la formation geste et posture ; enveloppe budgétaire pour l'achat de matériel) pour les différents services de soins qu'il suit dans l'établissement. Un point sur les nouvelles unités à auditer est ensuite réalisé.

Pour cette quatrième étape de la méthodologie d'intervention, l'intervenant utilise principalement des stratégies en lien avec le fonctionnement du service afin de permettre aux différents acteurs en présence de se saisir collectivement des difficultés recensées sur le terrain et proposer ainsi des solutions pérennes.

Conclusion de l'analyse de nos données pour le terrain 1 :

En conclusion pour ce terrain, plusieurs préconisations ont été mises en œuvre. La démarche a mobilisé plusieurs acteurs afin d'améliorer le fonctionnement actuel du service de soins. Nous observons que l'intervenant utilise principalement trois stratégies au cours du déploiement de la démarche : des stratégies en lien avec la pertinence de la démarche, des stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs et enfin des stratégies en lien avec le fonctionnement du service. De plus, nous observons que lorsque cela a été nécessaire, l'intervenant a ajouté des temps individuels supplémentaires (formels ou informels), avec plusieurs acteurs (le cadre de santé, le cadre supérieur, la direction des soins et l'ergonome) afin de les impliquer au mieux dans le dispositif initié. L'intervenant a cherché à développer principalement les dispositions et le travail collectif des acteurs en présence. C'est ainsi qu'il incite les acteurs à faire des liens entre leur activité individuelle, le travail collectif initié par la démarche et le déploiement de la démarche ORSOSA. La démarche ORSOSA est considérée comme un moyen de transformer le contexte du service de soins en environnement de travail plus capacitant. Nous observons tout au long du déploiement de la démarche une réelle construction sociale des acteurs internes et de l'intervenant autour de la démarche.

2. Des stratégies d'intervention difficiles à déployer compte tenu de l'opposition du cadre de santé, du médecin de l'unité et du cadre supérieur (terrain 2)

Il a été difficile pour l'intervenant de déployer la démarche dans ce service de soins compte tenu des résistances du cadre de santé, du médecin de l'unité et du cadre supérieur. Ces derniers n'ont pas souhaité débattre de l'organisation du travail et sont restés sur des difficultés exclusivement matérielles rencontrées par le service. Les données utilisées afin de répondre à cette hypothèse proviennent des journaux de bord réalisés par l'intervenant, des entretiens d'auto-confrontation de l'intervenant et enfin du contenu des réunions ORSOSA. Il convient donc d'identifier les stratégies utilisées par l'intervenant afin d'y remédier. Pour faire cela, plusieurs stratégies ont été utilisées par l'intervenant durant le déploiement de la démarche : les stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche ORSOSA (110), des stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs (85), des stratégies en lien avec le fonctionnement du service (27), des stratégies en lien avec des projets et instances institutionnels de l'établissement (6) et des stratégies temporelles (5). Pour plus de précisions se référer à l'Annexe B5. La figure qui suit présente, pour les principaux temps de la démarche les stratégies utilisées par l'intervenant (cf. figure 16).

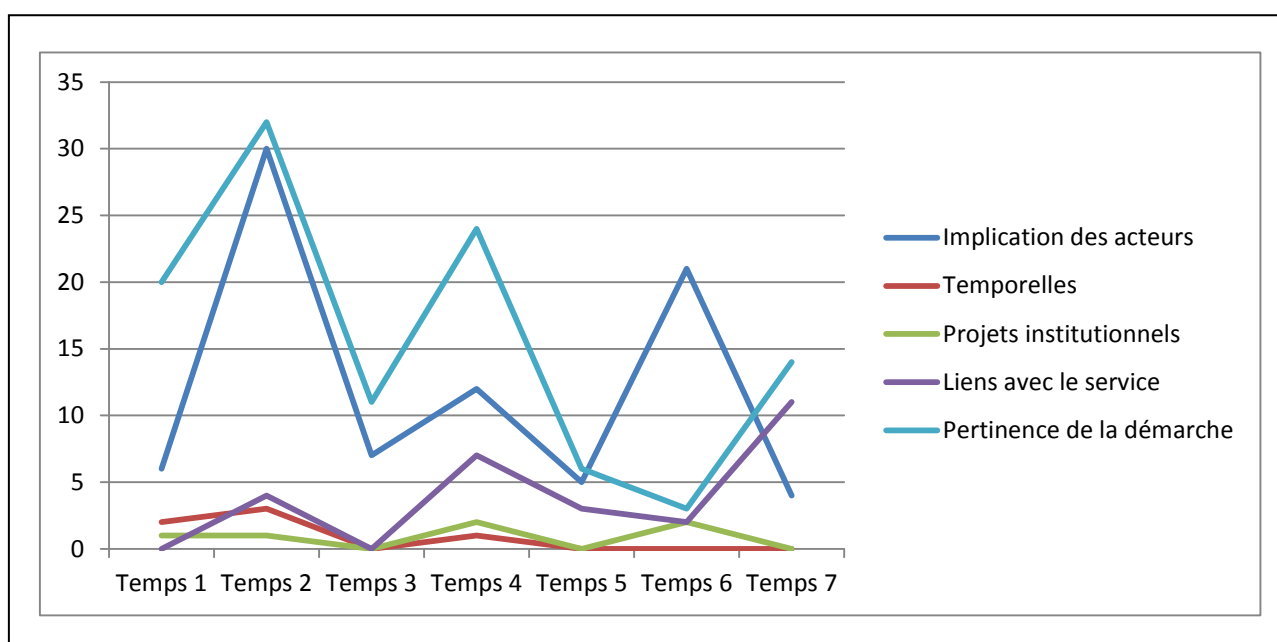


Figure 16. Stratégies utilisées par l'intervenant au cours du déploiement de la démarche

Cette figure suggère que l'intervenant utilise principalement deux stratégies au cours du déploiement de la démarche : des stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche ORSOSA et des stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs.

En effet, comme nous l'avons montré dans la monographie (cf. partie IV, chapitre 4), le cadre de santé, le médecin de l'unité, et le cadre supérieur sont opposés au déploiement de la démarche dans leur service de soins. Il convient alors de comprendre comment l'intervenant a essayé de les impliquer en tentant de développer leurs capacités, leurs dispositions ou encore leur travail collectif et ce pour chaque temps de la démarche et par acteur (cf. tableau 20).

Temps de la démarche	Acteurs présents	Dispositions	Capacités	Travail collectif
1. Rencontre institutionnelle	Direction des soins	X		X
	DRH	X		
	Directeur qualité	X		
	DRH adjoint	X		
	Médecin du travail			
2. Rencontre cadre de santé/ médecin de l'unité Point informel avec le médecin du travail COPIL Entretien cadre de santé	Cadre de santé	X		
	Médecin de l'unité	X		
	Cadre supérieur	X		
	Médecin du travail		X	
	Direction des soins	X		X
	DRH	X		
	Directeur qualité	X		
	DRH adjoint	X		
	Médecin du travail		X	
	Cadre de santé	X		
3. Présentation équipe	Soignants	X		
	Cadre de santé			
	Médecin du travail		X	
4. Rencontre cadre de santé/ médecin de l'unité	Cadre de santé	X		
	Médecin de l'unité	X		
	Médecin du travail		X	
5. Rencontre équipe COPIL	Soignants			
	Infirmier du travail			
	Médecin du travail			
	DRH	X		
	Directeur qualité	X		
	DRH adjoint	X		
	Médecin du travail			X
	Infirmier du travail			
6. Rencontre cadre de santé/ médecin de l'unité	Cadre de santé	X		
	Médecin de l'unité	X		
	Cadre supérieur	X		
	Médecin du travail			
	Infirmier du travail			
7. Restitution collective	Soignants	X		
	Cadre de santé	X		
	Médecin de l'unité	X		
	Médecin du travail		X	
	Cadre supérieur	X		
Total		25	5	3

Tableau 20. Stratégies utilisées par l'intervenant au cours du déploiement de la démarche

Ce tableau suggère que l'intervenant tente d'agir principalement sur le développement des dispositions des acteurs.

Le tableau qui suit (cf. tableau 21) vise à présenter ces résultats de façon globale pour chaque acteur en présence.

	Dispositions	Capacités	Travail collectif
Direction des soins	2		2
DRH	3		
Direction qualité	3		
DRH adjoint	3		
Médecin du travail		5	1
Infirmier du travail			
Cadre de santé	5		
Médecin de l'unité	5		
Soignants	2		
Cadre supérieur	2		

Tableau 21. Impact des stratégies de l'intervenant sur les acteurs en présence

Ce tableau montre que l'intervenant a tenté d'agir principalement sur le développement des dispositions du DRH, du directeur qualité, du DRH adjoint, du cadre de santé et du médecin de l'unité. Il a de plus cherché à développer les capacités du médecin du travail afin qu'il s'implique davantage dans la démarche. Nous observons de plus que l'intervenant agit peu sur le développement du travail collectif entre les différents acteurs.

Nous allons à présent détailler plus précisément les principales stratégies utilisées par l'intervenant et montrer en quoi ce dernier n'a pu déployer la démarche comme il le souhaitait.

Etape initiale : Choix des unités et présentation de la démarche (temps 1, 2 et 3)

Rencontre institutionnelle (temps 1)

Acteurs présents : intervenant, DRH, représentant qualité, direction des soins, DRH adjoint et médecin du travail

Rappel des objectifs : « Réussir à impliquer et mobiliser ces acteurs pour les sensibiliser à la démarche ».

Déroulé de la réunion : les acteurs institutionnels sont intéressés par la démarche. Ils ont échangé un long moment sur les antécédents de cette dernière.

Deux principales stratégies sont utilisées par l'intervenant lors du premier temps de la démarche.

Stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche (20)

L'intervenant apporte de nombreuses précisions vis-à-vis de la démarche ORSOSA : sur ses antécédents (6), son déroulé (6), la façon dont a été construit le questionnaire (5). Il cherche à sensibiliser les acteurs en présence à l'intérêt pratique de la démarche ORSOSA.

Intervenant : « *Il faut qu'ORSOSA se décentre de cette cohorte (...). Aujourd'hui on n'est pas là pour faire de la statistique, sinon moi je me suis trompé de boulot, de poste en l'occurrence (...). C'est une démarche pour l'amélioration des conditions de travail, de la qualité de vie au travail* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

L'intervenant cherche à développer les représentations des acteurs institutionnels vis-à-vis de la démarche en accentuant le côté pratique de la démarche.

Stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs (6)

L'intervenant insiste sur la nécessité de communiquer en interne sur la démarche afin d'impliquer le cadre de santé et le médecin de l'unité.

Intervenant : « *la phase la plus clé ça va vraiment être la communication pour les (acteurs de terrain) impliquer, les informer sur le questionnaire, car c'est compliqué de mobiliser tout le monde* » (extrait réunion temps 1).

L'intervenant cherche à impliquer les acteurs en présence afin de co-intervenir dans les services de soins. Pour faire cela, il insiste sur la participation nécessaire de la direction des soins en prenant exemple sur son intervention dans le terrain 1, qui a eu lieu préalablement à cette nouvelle intervention.

Intervenant : « *Au X (terrain 1) la direction des soins travaille beaucoup avec nous, car la démarche est institutionnelle* » (extrait réunion temps 1).

Intervenant : « *j'ai insisté car je la (la direction des soins) trouvais moins enjouée que les autres* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

L'intervenant, convaincu de la valeur ajoutée de la direction des soins souhaite l'impliquer personnellement.

L'intervenant laisse une place importante aux acteurs en présence, notamment vis-à-vis du choix des services à auditer par la démarche.

Médecin du travail : « comment a été fait le choix des unités fonctionnelles (au préalable) ?

Intervenant : ça a été tiré au sort ! C'est pour ça qu'aujourd'hui nous sommes là ! Vous avez un libre choix, vous connaissez l'établissement par rapport à votre ressenti. Sachant qu'en général ce que l'on fait c'est de la prévention primaire. Vous voudriez peut être que j'aille dans les unités où c'est plus problématique mais à la base c'est une méthodologie qui se fait pour de la prévention primaire.

Directeur qualité : soit on tire au sort, soit on choisit les UF (unités fonctionnelles) ?

Intervenant : ça a toujours été tiré au sort !

Médecin du travail: *je pense que pour notre coup d'essai on a intérêt à choisir où on aura plus facilement une adhérence par rapport au projet, il ne faut peut-être pas se lancer, même si c'est paradoxal, dans les endroits où il y a de grosses problématiques où on risque de se faire envoyer dans le mur. Peut-être plus les réserver dans un second temps quand on sera bien rodé, bien à l'aise dans la manipulation de l'outil. En ce qui concerne la passation des questionnaires si on tâtonne un petit peu sur les méthodes ce sera moins grave que si c'est avec des personnes qui disent d'emblée 'oh non encore un truc de plus'. Puis il faut un endroit où il y a des infirmiers et des aides-soignants, un encadrement stable, il ne faut pas trop de projets en cours. Je vois bien la gériatrie, car il y a un bon encadrement, un médecin partie prenante et c'est un secteur où les soins sont difficiles. Il y a beaucoup de manutentions.*

DRH : *On va dire que l'équipe ORSOSA a tiré au sort sinon on va avoir des problèmes avec les syndicats ! (...)* » (extrait réunion temps 1).

Cet extrait montre que l'intervenant répond à la question du médecin du travail en fonction de ce qui a été mis en place antérieurement. L'intervenant laisse du temps aux acteurs en présence afin d'échanger collectivement sur la stratégie à adopter afin de choisir les services concernés par la démarche.

L'intervenant lors de ce premier temps de la démarche tente de développer les dispositions des acteurs institutionnels vis-à-vis du déploiement de la démarche. Il cherche de plus à impliquer la direction des soins en faisant référence à son expérience au sein du terrain 1.

Rencontre cadre de santé/ médecin de l'unité (temps 2)

Acteurs présents : intervenant, cadres de santé, médecins des unités, cadre supérieur

Rappel des objectifs : « Mobiliser et impliquer la hiérarchie proche sur la démarche, répondre à leurs attentes et interrogations voire craintes possibles sur l'étude, créer un levier pour la communication à venir ».

Déroulé de ce temps : les acteurs de terrain ne croient pas au tirage au sort et expriment leur non adhésion vis-à-vis du déploiement de la démarche. En revanche, l'entretien cadre avec l'intervenant et le médecin du travail semble atténuer ces résistances.

Deux principales stratégies sont utilisées par l'intervenant lors de ce deuxième temps.

Stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche (32)

Suite à la demande des différents acteurs de terrain (cadres de santé, cadres supérieur, médecins de l'unité) des deux services choisis par les acteurs institutionnels, l'intervenant rencontre ces derniers collectivement. L'analyse des mails montre que l'intervenant a mis du temps à organiser ces rencontres (15 mails envoyés) ce qui suggère un manque de disponibilité ou des réticences de la part des acteurs. Comme le montre cet extrait, l'animation de la réunion a été délicate pour l'intervenant qui n'a pas été soutenu par la présence d'acteurs institutionnels ni même par celle du médecin du travail.

Intervenant : « ils (cadres de santé et médecins de l'unité) me l'ont demandé, je pensais que c'était bien ça permettait de mutualiser et de m'éviter un aller-retour » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

Intervenant : « on a fait une réunion commune de présentation et là j'ai compris que c'était une erreur, ils ont été agressifs et ont exprimé qu'ils ne voulaient pas d'une telle démarche. Ils ont exprimé des suspicions pour le tirage au sort » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

Intervenant : « il n'y avait aucun acteur institutionnel, et ils ont ouvertement exprimé leur conflit avec le DRH, j'ai eu l'impression que cette réunion ne servait à rien, je communiquais blanc, eux noir, on n'a pas réussi à se rencontrer » ;

Intervenant : « c'est mes premières unités en plus donc je n'avais pas beaucoup de connaissances pour rebondir » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

Les acteurs en présence sont opposés au déploiement de la démarche dans leurs services de soins. Ils ne croient pas au tirage au sort de leurs services de soins. L'intervenant donne alors un maximum d'informations sur la démarche afin de les rassurer et de valoriser la démarche. Il insiste principalement sur le déroulé de la démarche (13), la construction du questionnaire (8), les antécédents de la démarche (5) et l'objectif préventif de la démarche (3) afin de modifier leurs représentations vis-à-vis de la démarche.

Cadre supérieur : si à la première question (relative au soutien du cadre de santé à son équipe) tout le monde est en désaccord comment vous gérez ça ?

Cadre de santé : le but c'est peut-être de me faire démissionner.

Intervenant : non ce n'est pas du tout mon but !

Cadre supérieur : le but c'est un cadre pour deux unités (...).

Intervenant : « c'est vraiment important que vous sentiez l'intérêt de la démarche, que vous ne vous sentiez pas ciblé, on n'est pas là pour vous fusiller, je veux faire avancer le collectif (...) » (extrait réunion temps 2).

L'intervenant tente de rassurer le cadre de santé vis-à-vis de l'objectif de ce questionnaire. Peu de liens sont faits entre l'intérêt de déployer la démarche et les besoins du service de soins.

Stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs (30)

L'intervenant fait référence à une dizaine d'acteurs dont principalement la direction des soins (4), le médecin du travail (3) et le DRH (3) afin de montrer que la démarche est soutenue institutionnellement. Cependant, ceci n'est pas un gage de confiance pour le cadre supérieur. L'intervenant tente de le rassurer.

[L'intervenant présente ses diapositives...]

Intervenant : « (...) *Si je vous rencontre aujourd'hui c'est parce que j'ai besoin de votre implication.*

Cadre supérieur : *l'ensemble nous surprend !*

Intervenant : *à quel niveau dites-moi ?*

Cadre supérieur : *c'est assez incisif dans le fonctionnement, il faut être très à l'aise avec le management pour participer à une telle étude.*

Intervenant : *je comprends c'est vrai qu'au niveau du questionnaire vous avez des questions qui peuvent vous paraître agressives et incisives envers le cadre mais c'est également tout l'intérêt qu'on en discute par la suite. Ça veut dire quoi un bon chef d'équipe ? (...)*

Cadre supérieur : *la réunion va-t-elle faire l'objet d'un compte-rendu ? Si oui diffusé à qui ?*

Intervenant : *oui alors je ferai un compte-rendu pour dire que je vous ai rencontré et ce qu'on va mettre en place. Après s'il y a des choses que vous ne voulez pas diffuser on ne diffusera pas (...).*

Médecin de l'unité : (...) *pourquoi parler de démarche collective alors que les cadres et les médecins ne sont pas sollicités ?*

Intervenant : (...) *j'ai vu avec mon responsable pour créer une grille d'entretien justement pour le cadre et le médecin.*

Cadre supérieur : *sauf que les résultats cadre sont nominatifs et pas ceux de l'équipe (...).*

Intervenant : *j'ai l'impression que vous l'avez ressenti comme si on vous l'imposait ?*

Cadre supérieur : *oui et on ne contrôle pas le contenu.*

Intervenant : *moi non plus et justement c'est l'intérêt qu'on puisse bien communiquer pour expliquer le but de la démarche »* (extrait réunion temps 2).

Cet extrait montre que l'intervenant, face à des acteurs réticents, utilise des reformulations et tente de rassurer les acteurs en présence en insistant sur le suivi proposé.

Intervenant : « *mon rôle n'est pas de placarder ça (les résultats) en disant votre unité c'est ça, il y a des seuils d'alerte et puis merci au revoir. L'intérêt, c'est justement qu'on les ait pour voir où ça ne va pas et comprendre pourquoi* » (extrait réunion temps 2).

L'intervenant tente de développer principalement les dispositions du cadre de santé, du médecin de l'unité et du cadre supérieur vis-à-vis de la démarche.

Point informel avec le médecin du travail (non prévu par la méthodologie initiale)

Suite à ce rendez-vous, l'intervenant a contacté (de façon informelle) le médecin du travail par téléphone en lui expliquant les difficultés qu'il avait rencontré lors de la réunion précédente. Face aux résistances du cadre de santé, du médecin de l'unité et du cadre supérieur, l'intervenant cherche à l'impliquer d'avantage dans la démarche, afin de bénéficier d'acteurs ressources (il développe ainsi les capacités du médecin du travail). Le médecin du travail s'est engagé à communiquer auprès des services et à se rendre plus disponible.

L'intervenant tente de développer les capacités de cet acteur afin de l'impliquer dans la démarche.

COPIL (non prévu par la méthodologie ORSOSA)

L'intervenant organise un COPIL avec les acteurs institutionnels afin d'échanger sur les services choisis et les difficultés rencontrées. Il tente de développer leurs dispositions sur le fonctionnement du service de soins afin de les impliquer.

Intervenant : *« je voulais que l'on se retrouve aujourd'hui afin de recaler les modalités d'accompagnement de la démarche ORSOSA car je rencontre des difficultés, les cadres ne croient pas au tirage au sort. Je souhaiterais que l'on puisse réfléchir ensemble sur comment amener la démarche (...). J'ai préféré essayer de recaler avec vous une réunion pour revoir tout ça en termes de communication »* (extrait réunion COPIL 1).

Intervenant : *« je ne sais pas quels sont vos rapports avec le service, ni comment vous avez communiqué aux équipes par rapport à la sélection, sur le pourquoi ils ont été sélectionnés mais pour le coup c'est mal interprété et c'est difficile de rentrer en contact avec eux ! »* (extrait réunion COPIL 1).

L'intervenant cherche des leviers afin d'impliquer les acteurs internes. Il insiste durant la réunion, sur la nécessaire implication de la direction des soins dans une telle démarche. Il recherche un acteur relai au niveau de l'institution.

Intervenant : *« Il fallait resituer chacun à sa place et il fallait un appui de la direction des soins, il fallait que je l'implique mais je n'aurai jamais dû faire une réunion collective, j'aurai dû aller la voir directement* (entretien d'auto-confrontation intervenant).

L'intervenant regrette cependant de ne pas l'avoir contacté individuellement.

L'intervenant tente de développer les dispositions des acteurs institutionnels vis-à-vis des difficultés rencontrées dans les services de soins afin de les impliquer.

Entretien cadre de santé (non prévu dans la méthodologie ORSOSA)

Suite à ce COPIL, l'intervenant avec le médecin du travail, rencontre le cadre de santé afin de recueillir des éléments sur le fonctionnement du service et établir une relation de confiance.

Intervenant : *« le but c'est d'avoir une relation de confiance avec le cadre et les membres de l'équipe »* (extrait journal de bord).

Intervenant : *« il faut que je sois légitime, il faut que je me fasse connaître pour la suite »* (extrait d'entretien d'auto-confrontation).

L'intervenant accompagne la réflexion du cadre de santé concernant l'organisation du déploiement de la démarche.

Cadre de santé : *« (...) bon concrètement on se revoit quand ?*

Intervenant : (...) plutôt en septembre.

Cadre de santé : *moi je ne voudrais pas des réponses copier/ coller. J'avais pensé à une passation individuelle des questionnaires, vous prenez ¾ heures avec chaque agent, ça ne posera pas de problème au niveau du service. Comme ça vous leur lisez les questions et vous pouvez répondre en instantané.*

Intervenant : c'est très long, lourd. Puis y a des biais au niveau qualitatif.

Cadre de santé : *autrement vous allez les distribuer mais galérer pour les récupérer.*

Intervenant : on laissera une urne dans chaque étage. Un infirmier du travail de la médecine du travail est censé passer pour présenter le questionnaire à l'équipe.

Cadre de santé : *ce qui m'inquiète c'est qu'elles (les soignants) se copient.*

Intervenant : on l'a fait à X (terrain 3) et ça fonctionne, elles ne se copient pas.

Cadre de santé : *donc il faut deux dates pour distribuer et récupérer les questionnaires. Une en juillet et l'autre en août car ça va être difficile d'avoir la totalité des personnes en période de vacances »* (extrait réunion temps 2).

Ces échanges ont permis au cadre de santé d'être rassuré vis-à-vis du déploiement de la démarche. L'intervenant a développé les dispositions du cadre de santé vis-à-vis de la démarche. L'intervenant et le cadre de santé conviennent de dates de rencontre pour une présentation équipe. Le médecin du travail est présent à cette rencontre suite à la sollicitation de l'intervenant. L'intervenant semble ainsi avoir réussi à impliquer ces deux acteurs.

L'intervenant a principalement développé les dispositions du cadre de santé vis-à-vis de la démarche.

Rencontre soignants (temps 3)

Acteurs présents : intervenant, médecin du travail et cadre de santé

Objectifs visés : « *Impliquer les équipes dans cette démarche de prévention, réussir à leur expliquer clairement et simplement la démarche de prévention, répondre à leurs attentes/questionnements/observations, expliquer les suites à donner (restitution/préconisations/suivi), distribuer le questionnaire* ».

Déroulé de cette réunion : Les soignants semblent intéressés par la démarche. Le cadre de santé s'implique dans la présentation de la démarche et le médecin du travail est moteur dans l'animation de la réunion.

Deux principales stratégies sont utilisées par l'intervenant lors de ce troisième temps.

Stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche (11)

L'analyse des échanges de mails montre que l'intervenant tente d'impliquer le cadre de santé et le médecin du travail à participer à cette rencontre (8). Il donne des informations vis-à-vis de la démarche (11). L'intervenant suite à la demande du cadre de santé a accepté de présenter la démarche à chaque étage (soit deux présentations).

Il insiste durant la présentation de la démarche, sur le déroulé (4), la constitution du questionnaire (3), le délai de passation (2) et l'approche collective (2) de la démarche.

Stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs (7)

L'intervenant insiste sur la nécessaire implication des soignants dans cette démarche.

Intervenant : (...) mais si le niveau est bas (les alertes du questionnaire) ça veut dire que vous avez un point fort et que vous avez un moteur dans l'unité. Donc on pourra le mettre en valeur, on pourra s'y appuyer et ce qu'on va essayer de faire c'est surtout les éléments en alerte essayer de les modifier, voir ensemble et c'est vous qui allez être les moteurs je dirais de votre prévention, c'est vous qui allez dire ça on le voit en alerte, et nous on voudrait le modifier comme ça. En fait, c'est vraiment un outil qui n'a pas été fait pour faire de la recherche enfin qui est aussi fait pour alimenter une base de donnée mais ce n'est pas ce que je mettrai en avant, c'est vraiment de se dire, on ne fait pas ça pour faire jolie, on fait vraiment ça pour vous, dans le cadre d'une démarche de prévention (extrait réunion temps 3).

L'intervenant cherche à développer les dispositions des soignants vis-à-vis de l'intérêt pratique de la démarche ORSOSA pour leur service de soins.

Il précise en outre pourquoi les Agents des Services Hospitalier (ASH) ne font pas partie de l'échantillon du questionnaire afin d'anticiper certaines réticences.

Intervenant : « Il n'y en avait pas mais c'est important d'expliquer aux autres, si tu as vraiment un collectif ils ne comprennent pas car tu exclus des membres » (extrait réunion temps 3).

L'intervenant laisse le médecin du travail, très moteur, animer la réunion.

Intervenant : « le médecin du travail a l'air de s'approprier l'outil et de l'institutionnaliser » (extrait entretien d'auto-confrontation).

L'intervenant cherche ainsi des acteurs relais afin de leur permettre de s'autonomiser dans le déploiement d'une telle démarche. Il agit indirectement sur les capacités du médecin du travail en lui faisant saisir le rôle qu'il pourrait avoir dans ce type de démarche préventive.

Par conséquent, l'intervenant propose au médecin du travail de présenter seul la démarche pour les soignants manquants, le soir même et le mois suivant. Ce dernier accepte. Cependant, très peu de questionnaires ont été remplis suite à cette présentation.

Chercheur : « pour la seconde présentation des questionnaires tu n'es pas là et tu te surprends du nombre de questionnaire reçu (...) »

Intervenant : je pense que c'est trop tôt, je n'aurai pas dû le laisser comme ça (...). Il repart sur la cohorte, l'épidémiologie, on va faire un observatoire national mais on s'en moque de ça (...). ORSOSA n'est pas un observatoire des risques mais un outil de l'action. On agit sur de la prévention pour le moment » (extrait entretien d'auto-confrontation).

L'intervenant semble regretter d'avoir laissé s'autonomiser trop tôt le médecin du travail vis-à-vis de la démarche. Ceci suggère que le processus d'autonomisation pour un acteur ne va pas de soi et nécessite du temps et des interventions communes avec l'intervenant.

L'intervenant a principalement développé les dispositions des soignants vis-à-vis de la démarche et les capacités du médecin du travail vis-à-vis de son implication dans le déploiement de la démarche.

L'intervenant utilise, dans cette première étape de la méthodologie d'intervention, majoritairement des stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche et des stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs. Ceci s'explique par rapport à l'opposition du cadre de santé, du cadre supérieur et du médecin de l'unité vis-à-vis du déploiement de la démarche.

Passation du questionnaire et analyse des résultats

L'intervenant récupère les questionnaires et entre les données dans un logiciel prévu à cet effet (cf. monographie pour plus de détails) afin de recueillir les seuils d'alerte par dimensions.

Etape diagnostique : Diagnostic et recherche de solutions (temps 4, 5, 6)

Restitution cadre de santé/ médecin de l'unité (temps 4)

Acteurs présents : intervenant, médecin du travail, infirmier du travail, cadre de santé et médecin de l'unité

Objectifs visés : « *Avoir une première grille d'analyse donnée par le cadre et le médecin, pérenniser la relation de confiance établie avec le cadre et le médecin* ».

Déroulé de cette réunion : Les acteurs internes sont toujours réticents vis-à-vis du déploiement de la démarche dans leur service de soins bien que le médecin du travail insiste sur la nécessité de protéger la santé des soignants au même titre que celle des patients.

Trois principales stratégies sont utilisées par l'intervenant lors de ce quatrième temps.

Stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche (24)

L'analyse des mails montre que ce temps a été difficile à organiser pour l'intervenant (10 mails afin de convenir d'une date). L'intervenant face à des acteurs réticents vis-à-vis de la démarche insiste sur sa validité (9), la pertinence du questionnaire (9) et son déroulé (6).

Intervenant : « *Il y avait une grosse défiance, je n'y arrive pas là-bas quel que soit ce que j'essaie. C'est très compliqué. J'ai donné beaucoup d'informations sur la démarche pour montrer qu'elle est bétonnée tout en me montrant disponible. Je voulais montrer qu'ils (cadre de santé et médecin de l'unité) n'étaient pas seuls* » (entretien auto-confrontation mails).

L'intervenant tente de développer les dispositions du cadre de santé et du médecin de l'unité vis-à-vis de la démarche.

Stratégies en lien avec la recherche d'implication d'acteurs (12)

Avant ce rendez-vous, l'intervenant a envoyé une synthèse explicative des scores en alerte au médecin du travail afin d'avoir une vision commune de la situation. L'intervenant cherche un acteur relai pour l'aider à déployer la démarche dans le service suivi. Il tente de développer le pouvoir d'agir du médecin du travail face à une telle situation.

Durant la réunion, l'intervenant insiste sur la participation nécessaire du cadre de santé et du médecin de l'unité afin d'explicitier les dimensions en alerte.

Intervenant : « *n'hésitez pas si vous avez des idées en termes d'améliorations déjà à proposer avant qu'on ait vu l'équipe, proposez les !* »

Intervenant : « *cette réunion nous sert plutôt à poser le cadre, à vous montrer ce qui ressort, à voir ce que vous en pensez, à voir si vous êtes d'accord ou pas. Qu'est ce que vous pourriez expliquer ?* » (extrait réunion temps 4).

L'intervenant cherche de plus des appuis dans le service.

Intervenant : « *Je suis complètement seul, je n'arrive pas à avoir des appuis, je rame* » (extrait entretien d'auto-confrontation).

Les échanges entre les acteurs sont bloqués et l'intervenant déplore l'attitude changeante du cadre de santé vis-à-vis de la démarche, en présence du médecin de l'unité.

Intervenant : « *Pour eux tout va bien, le médecin de l'unité répète que ce qui est important c'est le bien être des patients* » (extrait entretien d'auto-confrontation).

Intervenant : « *à la phase d'avant tout va bien, et là, avec le médecin d'un coup c'est nul ! Retour à la case départ en présence du médecin ou du cadre supérieur c'est insupportable !* » (extrait entretien d'auto-confrontation).

Stratégies en lien avec le service (7)

L'intervenant insiste sur les points positifs du service afin de rassurer le cadre de santé et le médecin de l'unité et ainsi les impliquer dans le déploiement de la démarche.

Intervenant : « *au niveau global vous êtes assez peu en alerte. Si on prend juste le global vous êtes le service qui va le mieux parmi tout ceux que j'ai...* ».

Intervenant : « *vous avez la dimension trois qui en général ressort « organisation qui permet des échanges d'informations » et je trouve ça assez super de voir que ça ne ressort pas car ça veut dire que vous arrivez quand même à bien échanger entre vous. Donc y a des possibilités pour les soignants et ça c'est important* » (extrait réunion temps 4).

L'intervenant utilise la comparaison des scores avec d'autres services qu'il a audités pour rassurer les acteurs vis-à-vis de l'objectif de la démarche.

L'intervenant tente de développer les dispositions du cadre de santé et du médecin de l'unité vis-à-vis de l'intérêt de déployer la démarche dans leur service de soins. Il tente de développer à l'aide de rendez-vous informels les capacités du médecin du travail vis-à-vis de son rôle dans le déploiement de la démarche.

Rencontre soignants (temps 5)

Acteurs présents : intervenant, équipe, infirmier du travail et médecin du travail

Objectifs visés : « Avoir une grille d'analyse et des pistes plus approfondies ainsi que des ébauches de solutions, pérenniser la relation de confiance établie avec le cadre et le médecin »

Déroulé de cette réunion : Les soignants ont peu échangé entre eux. Ils restent sur des difficultés exclusivement matérielles.

Deux principales stratégies sont utilisées par l'intervenant lors de ce cinquième temps.

Stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche (6)

L'intervenant insiste sur le déroulé de la démarche (6) afin d'impliquer les soignants. Il leur pose des questions sur le fonctionnement du service (19) afin d'apporter des éléments de réponse aux scores en alerte des questionnaires.

Intervenant : « *je voulais vraiment recueillir leur perception sur l'organisation du service pour mettre en lien les difficultés vécues mais aussi les points forts et leur montrer que l'on peut agir dessus* » (extrait entretien d'auto-confrontation).

Cependant, les soignants communiquent peu et restent sur des demandes matérielles. L'intervenant découvre au fil de la réunion que l'infirmier référent (équivalent à l'aide au cadre) du service est présent, ce qui biaise les échanges.

Concernant la participation des soignants lors du déploiement de la démarche :

Les soignants sont peu participatifs et peu nombreux lors du déploiement de la démarche.

Ils sont en demande de plus de matériel. Ils ne mettent pas en débat leur organisation du travail ni même leur activité.

COPIL annuel

Acteurs présents : intervenant, DRH, direction qualité, DRH adjoint, médecin du travail et infirmier du travail

Rappel des objectifs : « *Faire un point sur les deux unités fonctionnelles en cours, faire un point sur le COPIL, sur la communication à effectuer pour les nouvelles unités, échanger sur les nouvelles unités fonctionnelles pour 2013* ».

Stratégies en lien avec la recherche d'implication d'acteurs (5)

L'intervenant organise un COPIL annuel avec les acteurs institutionnels. L'analyse des mails suggère que cette rencontre a été difficile à organiser (huit mails). C'est ainsi que l'intervenant insiste sur sa disponibilité (5). L'objectif de cette rencontre pour l'intervenant est de faire un point sur les premières préconisations discutées durant les temps précédents de la démarche afin de les mettre en lien avec la politique institutionnelle de l'établissement.

Intervenant : « *l'important c'est de faire le point avec vous sur les préconisations, voir comment ça s'inscrit dans votre politique de l'établissement, voir s'il faut ajouter d'autres acteurs* » (extrait réunion COPIL).

L'intervenant cherche à les impliquer collectivement.

Il souhaite de plus faire un point sur les difficultés rencontrées durant le déploiement de la démarche liées au tirage au sort afin de ne pas reproduire cette erreur pour les prochains services.

Intervenant : « *ça n'a pas été judicieux de reprendre le tirage au sort, ça crée énormément de craintes et de fantasmes. A mon avis, ça nous a été beaucoup plus pénalisant au niveau des acteurs plutôt de dire que le choix est neutre* » (extrait réunion COPIL).

L'intervenant tente de développer les dispositions des acteurs en présence par rapport aux effets délétères d'un faux tirage au sort.

L'implication des acteurs institutionnels durant cette réunion a surpris l'intervenant. En effet, face au turn-over important de ces derniers, il n'a pas pu travailler en collaboration avec eux.

Intervenant : « *Je ne m'appuie pas assez sur ces acteurs qui ont du pouvoir c'est impératif que je les contacte plus (...). Je ne m'attendais pas à trouver des acteurs si favorables et impliquer dans la démarche (...). Je ne m'attendais pas à ce que ce soit une demande de leur part d'avoir des nouvelles d'ORSOSA* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

L'intervenant semble avoir trouvé des relais (les acteurs institutionnels) afin de l'aider dans le déploiement de la démarche.

L'intervenant développe les dispositions des acteurs institutionnels vis-à-vis de l'état d'avancement de la démarche dans le service suivi.

Restitution cadre de santé/ médecin de l'unité (temps 6)

Acteurs présents : intervenant, cadre de santé, médecin de l'unité, cadre supérieur, médecin du travail et infirmier du travail

Objectifs visés : « *Impulser une dynamique de prévention : créer l'adhésion de la hiérarchie de proximité aux préconisations : les faire intégrer ces données* ».

Déroulé de cette réunion : les acteurs de terrain sont toujours en opposition vis-à-vis de la démarche et sont très pointilleux sur les termes utilisés dans le compte-rendu de l'intervenant.

Une principale stratégie est utilisée par l'intervenant lors de ce sixième temps.

Stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs (21)

L'analyse des mails montre qu'il a été difficile une fois de plus de prévoir cette rencontre (6).

L'intervenant commence la réunion en reprenant point par point le compte-rendu prévu à cet effet en valorisant le service de soins.

Intervenant : « *ça permet d'avoir un point de vue autre, si vous dites que votre service était pointé à la base, ça peut donner un autre son de cloche à l'institution et appuyer ce que vous aviez déjà pointé. Que tous vos besoins sortent d'une autre manière, que ça sorte différemment* » (extrait réunion temps 6).

Il fait un lien entre les résultats du déploiement de la démarche et l'impact de ces derniers auprès des acteurs institutionnels. L'intervenant se sert des résistances des acteurs afin de les tourner à son avantage : il tente de développer leurs dispositions vis-à-vis de la démarche.

Les acteurs de terrain, réticents vis-à-vis du déploiement de la démarche dans leur service de soins demandent à l'intervenant de modifier plusieurs termes du compte-rendu de réunion. L'intervenant accepte afin de ne pas créer de conflit et de les mobiliser afin de continuer le travail initié avec ce service de soins.

[L'intervenant présente l'objectif de la réunion]

Intervenant : si on commence par la première dimension « soutien du cadre de santé ». Je souligne que lors des restitutions nous n'avons que des aides-soignants alors que c'était en alerte pour les infirmiers (...) il semble qu'elles se sentent soutenues, que vous faites le maximum pour les soutenir et notamment avec les familles.

Cadre de santé : juste sur le retour le mot « semble » m'interpelle, je trouve que c'est très subjectif

Intervenant : on est sur du subjectif donc c'est du ressenti.

Cadre supérieur : non mais c'est pas un problème de subjectif pourquoi atténuer le mot soutenir ?

Infirmier du travail : car il n'y avait personne à la réunion.

Médecin de l'unité : à ce moment là soit on met rien, soit on met quelque chose.

Intervenant : ok, je vais mettre soutient son équipe.

Cadre de santé : ah j'ai une bonne note (rire).

Intervenant : oui enfin on n'est pas sur du bon ou du mauvais.

Cadre supérieur : mais alors s'il y avait beaucoup de positif pourquoi ça n'apparaît pas tout le positif ? (extrait réunion temps 6).

Cet extrait montre que ce document a un enjeu important pour le cadre de santé se sentant évalué

par la démarche. L'intervenant ne peut ainsi pas déployer la démarche comme il le souhaite.

Intervenant : « Ils veulent absolument que je change les termes pour que ça aille dans leur sens (...) c'est une instrumentalisation institutionnelle et du service ! » (extrait réunion temps 6).

Enfin, l'intervenant s'excuse de plus de ne pas avoir intégré plus précocement le cadre supérieur dans la démarche, afin de désamorcer le conflit.

Intervenant : « je ne vous ai pas intégré aux restitutions mais il faut savoir que X (terrain 2) est le premier hôpital avec lequel j'ai commencé et dans la méthodologie c'était flou rien ne prescrivait la place du cadre supérieur. Donc je m'excuse de ne pas vous avoir intégré avant. J'ai appris par le COPIL que nous étiez en demande (..) ce n'était pas pour vous squeezer » (extrait réunion temps 6).

Il cherche à impliquer le cadre supérieur afin qu'il puisse aider au déploiement des préconisations dans son service.

L'intervenant a cherché à développer les dispositions du cadre de santé, du médecin de l'unité et du cadre supérieur vis-à-vis de l'intérêt de la démarche pour leur service de soins

Principalement l'intervenant a utilisé deux stratégies : des stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs et des stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche afin d'impliquer les acteurs dans le déploiement de la démarche.

Etape programmation et planification : la restitution collective (temps 7)

Acteurs présents : intervenant, médecin du travail, cadre de santé, médecin de l'unité, cadre supérieur et soignants

Objectifs visés : « Impliquer l'ensemble du service afin de pérenniser les actions dans le temps, les valider collectivement ».

Déroulé de cette réunion : les acteurs de terrain sont très pointilleux vis-à-vis des termes employés dans le compte-rendu. Les préconisations pour ce service sont essentiellement matérielles.

Deux principales stratégies sont utilisées par l'intervenant lors de ce temps.

Stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche (14)

L'analyse des mails montre qu'il a été difficile d'organiser cette rencontre (7 mails). Pour ce faire, l'intervenant a envoyé des documents (5) afin de légitimer son intervention, tout en se montrant disponible (8). Lors de la réunion, l'intervenant ré-insiste principalement sur la constitution du questionnaire (5), le déroulé de la démarche (4), son financement (2) et son délai de déploiement (2) afin d'accentuer la légitimité de la démarche et modifier ainsi leurs dispositions relatives à la

démarche.

Stratégie en lien avec le service (11)

L'intervenant reprend point par point le compte-rendu écrit à cet effet en l'illustrant avec ses connaissances sur le fonctionnement du service. Il souhaite acter les préconisations, essentiellement matérielles, avec les acteurs en présence afin de les faire remonter au niveau institutionnel.

Intervenant : « <i>donc le but c'est qu'on le valide si vous êtes d'accord pour appuyer derrière tout ça</i> » (extrait réunion temps 7).

L'intervenant cherche à développer lors de ce temps les dispositions du cadre de santé, du médecin de l'unité et du cadre supérieur vis-à-vis de l'intérêt de la démarche pour leur service de soins.

Principalement, pour cette troisième étape de la méthodologie d'intervention, l'intervenant utilise trois stratégies : les stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs, les stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche et les stratégies en lien avec le fonctionnement du service.

Etape conclusion : Suivi, bilan de l'intervention (temps 8)

Suivi des préconisations (temps 8)

Acteurs présents : intervenant, cadre de santé, médecin de l'unité et cadre supérieur

Objectifs visés : « *vérifier les actions mises en place, échanger quant au groupe de travail sur les interruptions de tâches* ».

Aucune stratégie utilisée par l'intervenant n'est identifiée.

L'intervenant n'a pas pu animer la réunion : le cadre supérieur a repris point par point le compte-rendu de la réunion du temps 7 afin de préciser que rien n'avait été mis en place (aucune préconisation actée n'a été mise en œuvre). L'intervenant n'a pu que le constater et ce d'autant plus en l'absence des acteurs de la médecine du travail et des acteurs institutionnels. Aucune étape supplémentaire n'a été proposée vis-à-vis de la démarche.

COPIL (réunion ajoutée par l'intervenant)

Acteurs présents : intervenant, DRH, nouvelle direction des soins, DRH adjoint, médecin du travail et infirmier du travail

Rappel des objectifs visés : « *Faire un point sur les unités en cours, faire un point sur le COPIL, échanger sur les nouvelles unités fonctionnelles pour 2014* ».

Aucune stratégie utilisée par l'intervenant n'est identifiée.

L'intervenant a organisé un COPIL afin de faire le point sur la mise en place des préconisations au sein des services audités avec les acteurs institutionnels.

Cette dernière étape dans le déploiement de la méthodologie d'intervention montre que l'intervenant n'utilise plus de stratégie étant donné la résistance du cadre de santé, du médecin de l'unité et du cadre supérieur.

Conclusion de l'analyse de nos données pour le terrain 2 :

En conclusion pour ce terrain, l'intervention n'a pas apporté les effets attendus. L'intervenant n'a pu déployer la démarche comme il le souhaitait face à l'opposition du cadre de santé, du médecin de l'unité et du cadre supérieur. Principalement deux stratégies ont été utilisées : les stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche et les stratégies à la recherche d'implication des acteurs. Comparativement au terrain 1, l'intervenant a fait peu de liens avec le service suivi (le diagnostic réalisé étant loin de l'activité des acteurs de terrain) étant donné le manque d'échange autour du fonctionnement de ce dernier. L'intervenant a tenté tout au long du déploiement de la démarche de développer les dispositions des acteurs vis-à-vis de la démarche. Cependant, en l'absence d'implication des acteurs, nous observons que l'intervenant abandonne, face à un manque de crédibilité auprès de ces derniers. Nous n'observons alors pas de construction sociale de ces acteurs autour de la démarche.

3. Des stratégies d'intervention visant à aider le cadre de santé et le médecin de l'unité à développer leurs projets de service (terrain 3)

Le diagnostic réalisé par l'intervenant dans le service illustre un manque de travail collectif entre les différentes logiques professionnelles de l'établissement : le binôme cadre de santé/ médecin de l'unité ; la direction des soins et le gestionnaire des risques; la médecine du travail et la direction des soins. Les données utilisées afin de répondre à cette hypothèse proviennent des journaux de bord réalisés par l'intervenant, des entretiens d'auto-confrontation de l'intervenant et enfin du contenu des réunions ORSOSA. Plusieurs stratégies sont utilisées par l'intervenant afin de déployer la démarche dans ce service de soins : des stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche ORSOSA (62), des stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs (36), des stratégies en lien avec le fonctionnement du service (33), des stratégies en lien avec des projets et instances institutionnels de l'établissement (8) et des stratégies temporelles (9). Pour plus de précisions se référer à l'Annexe B5. La figure qui suit présente pour les principaux temps de la démarche les stratégies utilisées par l'intervenant (cf. figure 17).

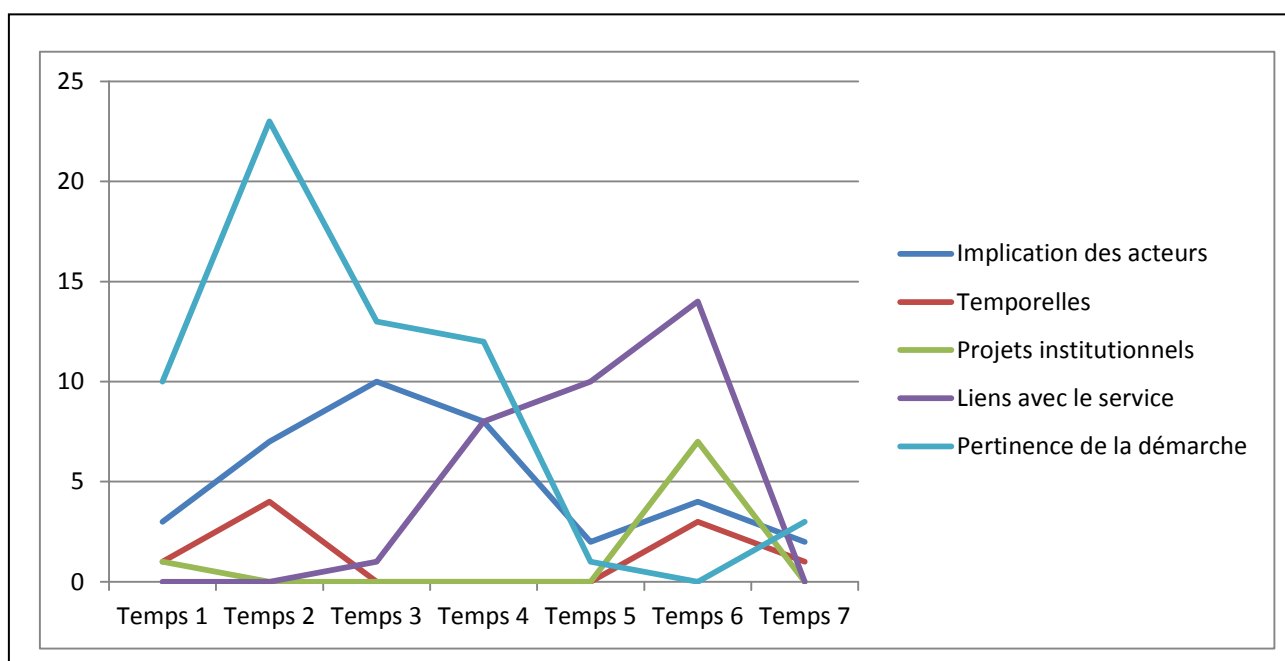


Figure 17. Stratégies utilisées par l'intervenant au cours du déploiement de la démarche

Cette figure suggère que l'intervenant utilise principalement trois stratégies au cours du déploiement de la démarche : des stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche ORSOSA, des stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs et des stratégies en lien

avec le fonctionnement du service. L'intervenant utilise moins de stratégies comparativement aux deux autres terrains observés. Il convient alors de comprendre dans quelle mesure l'intervenant a contribué à développer les capacités, les dispositions et le travail collectif initié, de ces derniers. Nous avons recensé pour chaque différent temps de la démarche si l'intervenant tente d'agir sur les capacités, les dispositions et/ou le travail collectif des acteurs présents (cf. tableau 22).

Temps de la démarche	Acteurs présents	Dispositions	Capacités	Travail collectif
1. Rencontre institutionnelle	DRH			
	Gestionnaire des risques			
	Médecin du travail			
	Infirmier du travail			
2. Rencontre cadre de santé/ médecin de l'unité	Cadre de santé	X		
	Médecin de l'unité	X	X	
3. Présentation équipe +Entretien cadre de santé	Soignants	X		
	Infirmier du travail		X	
	Cadre de santé			
	Infirmier du travail			
4. Rencontre cadre de santé/ médecin de l'unité	Cadre de santé	X		
	Médecin de l'unité			
	Médecin du travail		X	
	Infirmier du travail			
5. Rencontre équipe +Point informel avec la direction des soins +COPIL	Soignants			
	Médecin du travail			
	Infirmier du travail		X	
	Direction des soins	X		
	Gestionnaire des risques			
	Médecin du travail			
	Infirmier du travail			X
6. Rencontre cadre de santé/ médecin de l'unité	Cadre de santé		X	X
	Médecin unité		X	X
	Médecin du travail			
7. Restitution collective	Soignants			
	Cadre de santé			
	Médecin de l'unité			
	Direction des soins			
	Gestionnaire des risques			
	Médecin du travail			
Total		5	6	3

Tableau 22. Stratégies utilisées par l'intervenant au cours du déploiement de la démarche

Ce tableau suggère que l'intervenant tente d'agir principalement sur le développement des dispositions et des capacités des acteurs en présence, dans une proportion bien moins importante que pour les deux terrains précédents.

Le tableau qui suit (cf. tableau 23) vise à présenter ces résultats de façon globale pour chaque acteur en présence.

	Dispositions	Capacités	Travail collectif
Direction des soins	1		
Gestionnaire des risques			
Médecin unité	1	2	1
Cadre de santé	2	1	1
Soignants	1		
Médecin du travail		1	
Infirmier du travail	0	2	1

Tableau 23. Impact des stratégies de l'intervenant sur les acteurs en présence

Ce tableau montre que l'intervenant tente peu de développer les dispositions, les capacités ou le travail collectif des acteurs en présence. Principalement, il essaie de développer les capacités du médecin de l'unité et de l'infirmier du travail mais aussi les dispositions du cadres de santé.

Nous allons à présent détailler plus précisément les principales stratégies utilisées par l'intervenant au regard des différents temps du déploiement de la démarche.

Etape initiale : Choix des unités et présentation de la démarche (temps 1, 2 et 3)

Réunion institutionnelle (temps 1)

Acteurs présents : intervenant, médecin du travail, infirmier du travail, gestionnaire des risques et DRH.

Rappel des objectifs : « Réussir à impliquer et mobiliser ces acteurs pour les sensibiliser à la démarche, les intégrer aux étapes de la méthodologie d'ORSOSA 2, faire comprendre qu'ORSOSA 2 est un diagnostic s'apparentant à de la prévention primaire dont l'objectif final est de les autonomiser pour qu'ils auto-implémentent cette démarche ».

Déroulé de cette réunion : les acteurs institutionnels sont tous impliqués dans la démarche et sources de propositions.

Une principale stratégie est utilisée par l'intervenant lors de ce premier temps de la démarche.

Stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche (10)

L'intervenant insiste principalement durant la réunion sur le déroulé de la démarche (6) afin de prouver son utilité. Il s'intéresse à l'ensemble des projets de l'établissement en cours afin de positionner la démarche ORSOSA dans l'institution.

Intervenant : « *il y avait beaucoup de démarches de prévention en cours dans l'établissement, il fallait que j'explique la démarche, sa valeur ajoutée. Je voulais que les porteurs de projets y croient car beaucoup sont moteurs là-bas* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

Intervenant : « *on est dans un CH tout petit et ils font plein de projets et en tentent de nouveaux. Il fallait que je connaisse ces dispositifs pour voir comment je plaçais ORSOSA en complémentarité* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

Intervenant : « *je n'étais pas à l'aise au départ je me demandais quelle était notre plus-value par rapport aux autres dispositifs* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

L'intervenant ne recherche pas à impliquer les acteurs en présence, déjà favorables à la démarche. Il écoute la présentation qu'ils font des différents projets en cours dans l'établissement pour faire le lien avec la démarche ORSOSA.

DRH : « *ils font plein d'enquêtes (Contrat Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail, groupe de travail sur les tâches afférentes, dispositif CLARTE¹¹¹ ...) ils ont l'habitude.*

Gestionnaire risque : *oui on est allé interroger plusieurs professionnels sur la satisfaction du personnel, vous parlez de CPO et bien les soignants ont déjà été interrogés dessus avec le dispositif CLARTE. Il y a aussi une enquête sur le turnover et l'absentéisme et bientôt on va rentrer dans une approche de facteurs plus cliniques.*

Intervenant : ça va faire de la redite mais on va croiser les résultats.

Médecin du travail : *disons que là y a une dimension supplémentaire qui est un suivi par la suite et une recherche de solutions.*

Gestionnaire des risques : *mais dans les enquêtes CLARTE c'est prévu d'être reproduit ce n'est pas à un moment donné on oublie.*

Médecin du travail : *disons qu'il y a une photo qui est faite tandis que là ça ne fonctionne pas exactement pareil : avec ORSOSA y a un suivi avec une démarche participative et une recherche de solutions.*

Intervenant : oui c'est ça ! » (extrait réunion temps 1).

L'intervenant semble avoir trouvé un relai auprès du médecin du travail qui connaît bien le dispositif ORSOSA et montre aux autres acteurs sa pertinence par rapport aux autres projets institutionnels.

L'intervenant laisse de plus les acteurs échanger sur les services à auditer dans le cadre de la démarche.

DRH : « *on fera le choix des services plus tard.*

Gestionnaire des risques : *j'ai des idées mais (rire).*

DRH : *c'est une discussion au niveau de la direction des soins.*

Gestionnaire des risques : *voir avec le médecin du travail, des choses remontent aussi.*

DRH : *à voir en interne, d'ici fin avril ça sera bon.*

Gestionnaire des risques : *si ce n'est pas trop compliqué (rire) !*

DRH : *voilà mais fin avril on vous donnera deux unités pilotes.*

Médecin du travail : *on commence par les services en tension ou calmes ?*

¹¹¹ Consortium Loire-atlantique Aquitaine Rhône-alpes pour la production d'indicateurs en sanTÉ

Intervenant: calmes

DRH : *il faut trouver des points d'accords.*

Gestionnaire des risques : *oui mais y a des choses qui se disent à la médecine du travail que nous n'avons pas nous toujours(...). Y a pas toujours le même niveau d'information, un décalage peut être important.*

Infirmier du travail : *on a beaucoup de problématiques en individuel car on voit une personne à la fois.*

Gestionnaire des risques : *on en discute avec monsieur X. (directrice des soins) et on voit avec vous (à la médecine travail).*

DRH : *oui il faut voir avec lui oui ! (la direction des soins) »* (extrait réunion temps 1).

Ces échanges montrent que le gestionnaire des risques souhaite collaborer avec la médecine du travail. Les acteurs présents débattent non pas du service à sélectionner mais de la personne devant faire le choix du service à auditer. Ceci suggère un contexte positif de travail. Ces échanges permettent à l'intervenant de repérer le contexte organisationnel de l'établissement. Nous remarquons de plus que l'intervenant ne propose pas le tirage au sort aux acteurs en présence. Il semble se servir de ses expériences précédentes dans les autres services de soins.

Face à des acteurs internes favorables au déploiement de la démarche, l'intervenant ne cherche pas à développer les dispositions, les capacités ou le travail collectif de ces derniers.

Rencontre cadre de santé/ médecin de l'unité (temps 2)

Acteurs présents : intervenant, cadre de santé et médecin de l'unité

Rappel des objectifs : « *Mobiliser et impliquer la hiérarchie de proximité sur la démarche, répondre à leurs attentes et interrogations voire craintes possibles sur l'étude, créer un levier pour la communication à venir* ».

Déroulé de cette réunion : les acteurs de terrain sont très intéressés par la démarche. Ils définissent même une date pour la rencontre avec les soignants.

Deux principales stratégies sont utilisées par l'intervenant lors de ce deuxième temps de la démarche.

Stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche (23)

L'intervenant a présenté la démarche en insistant principalement sur le déroulé de la démarche (7), la constitution du questionnaire (7) et son objectif préventif (5). L'objectif de ce dernier est de permettre aux acteurs de terrain de faire des liens entre les besoins de leur service et la démarche. L'intervenant tente donc de développer les dispositions du médecin de l'unité et du cadre de santé vis-à-vis de la démarche et de ses objectifs.

Stratégies en lien avec la recherche d'implications des acteurs (7)

L'intervenant s'adapte à la demande de terrain soit d'inclure les Agents des Services Hospitaliers (ASH) dans l'échantillon de la démarche.

Intervenant : « Ils (les acteurs de terrain) ont exprimé à plusieurs reprises plusieurs glissements de tâches. Elles (les ASH) font un travail qui s'apparente à celui des aides-soignantes et qui n'est pas reconnu et le cadre et le médecin voulaient un minimum de reconnaissance là-dessus. C'est une équipe qui est soudée si on ne leur faisait pas passer le questionnaire on allait au casse-pipe » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

L'intervenant sort donc du cadre prescriptif de la démarche et l'ajuste aux besoins de ce service afin d'impliquer au maximum ces acteurs.

Il insiste de plus sur la participation et l'implication nécessaire des acteurs de terrain.

Intervenant : « c'est vraiment vous et l'équipe qui allez proposer, je suis là pour communiquer et non pas pour vous imposer des choses » (extrait réunion temps 2).

Intervenant : « ORSOSA c'est vraiment une démarche participative qui nécessite que tout le monde soit impliqué donc autant moi en tant qu'accompagnant que vous en tant que hiérarchie de proximité. Il faut que l'équipe soignante soit impliquée pour que vraiment on travaille ensemble dans une démarche collective et qu'on essaie de s'associer au mieux pour gérer tout ça » (extrait réunion temps 2).

Il souligne vouloir collaborer avec eux afin d'améliorer le fonctionnement du service de soins actuel. Lors de cette présentation, les acteurs de terrain font des liens entre la mise en place de la démarche et plusieurs manquements dans leur activité individuelle (cf. hypothèse 2). Par exemple, le médecin de l'unité souhaite se servir de la démarche pour remettre en place des espaces de communications avec les soignants. L'intervenant semble développer les capacités de cet acteur vis-à-vis de ce qui lui est possible de mettre en place dans son service de soins.

Lors de ce temps, l'intervenant tente de développer les dispositions du cadre de santé et du médecin de l'unité vis-à-vis de l'intérêt de mettre en œuvre une telle démarche dans leur service de soins. Le fait que l'intervenant s'adapte aux demandes de ces acteurs et les positionne au centre du déploiement de la démarche à développer les capacités du médecin de l'unité sur ce qui lui est possible de mettre en œuvre dans son service de soins.

Rencontre soignants (temps 3)

Acteurs présents : intervenant, infirmier du travail, soignants, kinésithérapeute et cadre de santé

Rappel des objectifs : « *Impliquer les équipes dans cette démarche de prévention, répondre à leurs attentes/questionnements/observations, expliquer les suites à donner (restitution/préconisations/suivi), distribuer le questionnaire* ».

Déroulé de cette réunion : les soignants sont intéressés par la démarche et posent des questions. Le cadre de santé incite les soignants à poser des questions et propose de faire le relai auprès de l'équipe de nuit. L'infirmier du travail présente la démarche et répond aux questions.

Deux stratégies sont principalement utilisées par l'intervenant lors de ce troisième temps de la démarche.

Stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche (13)

L'intervenant a insisté principalement sur le déroulé de la démarche (5), la constitution du questionnaire (5) et l'intérêt préventif de la démarche (2). Nous observons que lors du temps précédent, l'intervenant a accentué les mêmes éléments.

Stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs (10)

L'analyse des mails montre que l'intervenant a envoyé plusieurs mails aux acteurs de la médecine du travail et au cadre de santé afin de les inciter à être présents lors de cette rencontre (7). Lors de la réunion, l'intervenant laisse l'infirmier du travail présenter la démarche aux soignants afin de leur montrer que l'établissement est porteur de la démarche.

Intervenant : « *L'infirmier du travail a été infirmier en gériatrie, du coup le fait qu'il soit là, ça légitime, ça montre que quelqu'un porte, que ce n'est pas le CHU qui vient s'immiscer ici (...). Sa présence acte qu'il n'y a une certaine mobilisation en interne* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

Cette présentation permet à l'infirmier du travail de se positionner vis-à-vis de la démarche.

L'intervenant développe les capacités de ce dernier.

L'intervenant insiste de plus sur la participation nécessaire des soignants dans la démarche. Il tente d'agir sur les dispositions des soignants vis-à-vis de l'intérêt pratique de la démarche afin de les impliquer.

Intervenant : « *la démarche ORSOSA crée une dynamique de prévention au sein du service et c'est à vous d'être moteur, ce n'est pas nous qui allons dire ce que vous devez faire* » (extrait réunion temps 3).

Intervenant : « *c'est pour ça qu'on met un suivi derrière, on ne vous fait pas passer un énième questionnaire parce que ça fait de la recherche, derrière il va y avoir des choses concrètes* » (extrait réunion temps 3).

L'intervenant accentue les répercussions qu'une telle démarche pourrait avoir pour le service de soins.

Lors de ce temps l'intervenant tente de développer les dispositions des soignants mais aussi les capacités de l'infirmier du travail en le mettant en situation d'agir afin de contribuer au déploiement de la démarche ORSOSA dans son service de soins.

Passation du questionnaire et analyse des résultats

L'intervenant récupère les questionnaires et entre les données dans un logiciel prévu à cet effet (cf. monographie pour plus de détails) afin de recueillir les seuils d'alerte par dimensions.

Entretien cadre de santé

Acteurs présents : intervenant, infirmier du travail et cadre de santé

Rappel des objectifs : « *Recueillir un premier point de vue du service de l'intérieur, impliquer d'un degré supplémentaire le cadre de santé au sein de l'étude ORSOSA, pérenniser l'implication de la direction* ».

Aucune stratégie n'est principalement utilisée par l'intervenant lors de ce temps.

Cet entretien est un réel outil pour l'intervenant mais aussi pour l'infirmier du travail (cf. hypothèse 2). Il permet de commencer à établir un diagnostic vis-à-vis des difficultés rencontrées par le service audité.

Intervenant : « *ça permet d'avoir un lien de confiance quand même, un autre regard (...). Ils (les cadres de santé) peuvent nous poser des questions qu'ils n'ont pas osé poser avant, ça permet de voir comment ils se positionnent par rapport à leur équipe, comment ils s'entendent avec leur médecin. Ça m'a permis d'avoir des informations. Par exemple, il leur manque un temps plein médical, et ça, personne ne me l'avait dit. Si je ne l'avais pas fait (l'entretien cadre) je n'aurais peut-être pas non plus compris les seuils d'alerte car c'est une unité bien mobilisée mais en termes d'alerte y en a pas mal !* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

Intervenant : « *ça me permet d'arriver au moment de la restitution et mettre déjà du lien avec les scores obtenus, de dédramatiser, de diminuer l'angoisse et être directement dans le concret pour voir comment on peut mettre les choses en lien. Ça m'aide vraiment* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

L'intervenant utilise, dans cette première étape de la méthodologie d'intervention, majoritairement des stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche et des stratégies à la recherche d'implication des acteurs. Il se place délibérément dans l'accompagnement de

la réflexion en tant que garant du processus initié.

Etape diagnostique: Diagnostic et recherche de solutions (temps 4, 5, 6)

Restitution cadre de santé/ médecin de l'unité (temps 4)

Acteurs présents : intervenant, infirmier du travail, médecin du travail, cadre de santé et médecin de l'unité.

Rappel des objectifs : « *Avoir une première grille d'analyse donnée par le cadre et le médecin (voire par les accompagnants internes à la structure), pérenniser la relation de confiance établie avec le cadre et le médecin* ».

Déroulé de ce temps : les acteurs de terrain complètent l'analyse de l'intervenant vis-à-vis des dysfonctionnements rencontrés dans le service et proposent de nouveaux axes d'intervention. Les temps pré et post intervention réalisés par l'intervenant avec les acteurs de la médecine du travail développent leurs connaissances vis-à-vis du fonctionnement du service.

Trois principales stratégies sont utilisées par l'intervenant lors de ce quatrième temps de la démarche.

Stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche (12)

L'intervenant présente à nouveau la démarche ORSOSA et notamment la façon dont a été construit le questionnaire ORSOSA (9). Il souligne la nécessité de débattre des alertes du questionnaire.

Intervenant : « (...) donc le questionnaire donne plusieurs alertes et en général c'est ce sur quoi on focalise le travail. On essaie d'en parler pour voir à un moment pourquoi c'est ressorti comme ça et en tous les cas comment on peut l'expliquer en le restituant dans le contexte du service » (extrait réunion temps 4).

L'intervenant cherche à mettre en débat les alertes du questionnaire.

Stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs (8)

Face aux scores en alerte du questionnaire, l'intervenant prépare un document synthétique à destination du médecin du travail afin de l'aider à s'approprier les résultats.

Intervenant : « le médecin n'était pas à l'aise du tout, il n'arrivait pas à se décentrer de ces résultats alors que les seuils d'alerte s'expliquent largement par rapport au contexte (...). J'ai pris le temps de lui écrire ce que j'avais sur mes fiches de brouillon. Je l'ai formalisé et je le fais tout le temps maintenant, ce qui prend du temps et si les personnes le lisent elles peuvent se dire 'ah oui je comprends du coup' (...). Il avait peur de la réaction du cadre » (extrait réunion temps 4).

L'intervenant tente de développer les capacités du médecin du travail sur la façon d'analyser les scores en alerte du questionnaire. De plus, à la demande du médecin du travail, il organise une rencontre avant et après la restitution cadre/ médecin de l'unité afin de lui restituer son interprétation de la situation.

[Pré rendez-vous avec la médecine du travail]

Médecin du travail : « *donc je voulais vous voir par rapport à la présentation des résultats, surtout qu'ils ne sont pas bons.* »

Intervenant : *je pense qu'il faut insister sur le contexte particulier lors de la passation du questionnaire, le manque de matériel, il y a eu des rappels sur congés, peu de personne en renfort ou alors des intérimaires (...).*

Médecin du travail : vous avez préparé un topo ?

Intervenant : *oui je pense commencer par reprendre les points forts puis dire que c'est une photographie à un instant t qui n'a pas été validée par les équipes (...).*

Infirmier du travail: *c'est vrai que si on reçoit ça comme ça sans vos explications c'est compliqué* » (extrait réunion temps 4).

Ce temps permet à l'intervenant de partager une nouvelle lecture de la situation avec les acteurs de la médecine du travail.

Lors de la restitution cadre de santé/ médecin de l'unité, l'intervenant est inquiet vis-à-vis des résultats du questionnaire en écart avec la représentation du cadre de santé sur le fonctionnement de son service. Il choisit alors de ne pas laisser un temps d'appropriation trop long aux acteurs en présence et de proposer directement son interprétation de la situation.

Intervenant : « *je ne voulais pas que le cadre se sente désavoué et donc plutôt de leur laisser un temps d'appropriation sur le tableau qui est hyper indigeste je l'ai interprété. Aujourd'hui je ne fais plus comme ça* » (entretien d'auto-confrontation intervenant).

Intervenant : « *il y avait vraiment un écart et je me suis dit mais comment il va le prendre. Il disait que ça se passait bien avec l'équipe et quand j'ai vu « soutien du cadre » en alerte je me suis dit est ce que ça va passer. Il faut arriver à se décentrer et passer au-dessus pour qu'on puisse essayer de voir d'où ça vient et pas rester sur de l'émotionnel et de l'angoisse, voire dans la colère (...)* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

Ici, l'intervenant dépasse la posture d'animation qu'il utilisait auparavant pour proposer directement son interprétation de la situation afin de minimiser l'impact qu'aurait une lecture rapide du résultat des questionnaires. Il protège ainsi le cadre de santé en tentant de développer les dispositions de ce dernier vis-à-vis des scores en alerte du questionnaire.

Stratégies en lien avec le fonctionnement du service (8)

L'intervenant, afin de présenter aux acteurs en présence les scores en alerte du questionnaire, décide d'accentuer le contexte délétère lors de sa passation : attente d'un nouvel hôpital, manque de matériel, manque d'un temps plein médical... Il utilise ainsi ses connaissances quant à l'organisation du service et questionne les acteurs de terrain sur le fonctionnement actuel du service de soins (7). L'intervenant essaie d'atténuer ces résultats afin de maintenir la dynamique initiée par la démarche dans le service.

Intervenant : « *la photographie peut paraître alarmiste mais replacée dans son contexte ce n'est pas si choquant que ça en tous les cas en mon sens* » (extrait réunion temps 4).

Il anticipe les représentations négatives que pourraient avoir le cadre de santé et le médecin de l'unité vis-à-vis des scores globaux des questionnaires.

L'intervenant lors de ce temps tente de développer principalement les dispositions du cadre de santé vis-à-vis des scores en alerte du questionnaire et les capacités du médecin du travail sur la façon d'analyser ces derniers.

Restitutions soignants (temps 5)

Acteurs présents : intervenant, médecin du travail, ergonomiste du terrain 1, soignants et cadre de santé (pour la première rencontre).

Rappel des objectifs : « *avoir une grille d'analyse des pistes plus approfondies, des ébauches de solutions, pérenniser la relation de confiance établie avec le cadre et le médecin* ».

Déroulé de cette réunion : les soignants ont pu s'exprimer sur les difficultés rencontrées et rechercher ensemble des solutions pour y pallier. L'infirmier du travail, la direction des soins et le gestionnaire des risques commencent à s'impliquer durablement.

L'intervenant a organisé deux rencontres avec les soignants.

Une principale stratégie est utilisée par l'intervenant lors de ce cinquième temps de la démarche.

Stratégies en lien avec le fonctionnement du service (10)

L'intervenant, afin d'inciter les soignants à s'exprimer lors de la réunion, les questionne vis-à-vis du fonctionnement du service (10). Il commence par présenter les points forts du service de soins afin de maintenir la dynamique initiée par la démarche.

Intervenant « *je suis parti des points forts pour essayer de créer un lien enfin aujourd'hui je ne fais plus comme ça je les (les alertes) déroule dans l'ordre et on voit après.*

Chercheur : *donc tu penses que le fait de partir des points forts permet d'instaurer un climat de confiance ?*

Intervenant : *oui et en plus j'étais déstabilisé par la présence du cadre, je me suis dit qu'il fallait que je commence autrement (...). Je me suis dit qu'il fallait mettre en valeur ces équipes, ils ont un collectif de travail, une manière de faire (...) elles (les soignants) se rejoignent toutes sur le patient, les soins même si elles n'ont pas les mêmes tâches. Elles ont une vraie identité de service et je trouve que ça il faut le mettre en valeur* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

Intervenant : « *ils (les soignants) avaient une sensation d'abandon il fallait que je leur dise que le service fonctionnait bien, qu'il était adapté à la prévention primaire* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

L'intervenant questionne en outre les soignants vis-à-vis des scores obtenus aux questionnaires (12). Pour l'aider dans ses fonctions, l'intervenant a demandé à l'ergonome du terrain 1 d'intervenir à ses côtés. Cette co-intervention permet à l'intervenant d'enrichir son diagnostic sur le service.

Intervenant : « *l'ergonome m'a été d'une aide précieuse et m'a éclairé sur une coopération plus que nécessaire de l'ergonomie et la psychologie du travail, pour une pluridisciplinarité des regards* » (extrait journal de bord).

Point sur la participation des soignants au cours du déploiement de la démarche :

Les soignants ont été présents en nombre important et très participatifs lors des réunions ORSOSA. Ils ont débattu des difficultés quotidiennes rencontrées (les interruptions de tâches, l'absentéisme, le manque de matériel, de communications et de supervision...) dans le service de soins. Ils ont de plus pu chercher collectivement des solutions afin d'y pallier. En revanche, lors de la restitution collective (temps 7), et en présence de la direction des soins, les soignants ont été moins participatifs.

Suite à cette rencontre, l'intervenant demande à l'infirmier du travail de chercher des informations en lien avec le prix d'un lave-bassin, l'analyse de la pratique pour les soignants et les formations proposées aux ASH dans l'établissement. Il agit ainsi sur les capacités de l'infirmier du travail en lui proposant une façon de s'impliquer dans le déploiement de la démarche.

Intervenant : « *l'infirmier du travail avait envie de bouger les choses. Il est très impliqué dans ORSOSA, il avait besoin de faire des choses concrètes et quand je lui ai dit : 'vous pouvez le savoir ?' Et qu'il m'a dit 'oui' il semblait très heureux. Ça lui donne un poids dans la démarche puis il a l'impression de s'être mobilisé (...)* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

L'intervenant utilise l'implication de l'infirmier du travail pour chercher des leviers au sein de l'établissement.

Lors de cette réunion, l'intervenant tente de développer principalement les capacités de l'infirmier vis-à-vis de la façon dont il peut intervenir dans le déploiement d'une telle démarche.

Point informel avec le médecin du travail (non prévu par la méthodologie initiale).

Quelques jours après la rencontre avec les soignants, le médecin du travail a contacté l'intervenant. La direction des soins déplorerait ne pas être intégrée et souhaiterait alors stopper le déploiement de la démarche.

Point informel avec la direction des soins (non prévu par la méthodologie initiale)

Le coordonnateur du projet (présent dans le terrain 1) a convenu d'un rendez-vous avec la direction des soins. Une rencontre a ainsi eu lieu entre l'intervenant, le coordonnateur du projet et la direction des soins. La direction des soins du terrain 1 est venue à cette rencontre, de sa propre initiative.

Intervenant : « *j'ai compris à mes dépens que c'était à moi de me manifester. Il fallait que je lui dise qu'il y avait eu des incompréhensions, que je ne l'avais pas inclus et que je m'en excusais* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

L'intervenant décide alors d'adopter une nouvelle stratégie d'information sur la démarche avec cet acteur.

Intervenant : « *je vais leur envoyer un tableau avec les dates d'intervention pour qu'il puisse suivre, qu'il sache que je suis là, qu'on fait des choses, qu'il y a une chronologie* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

L'intervenant s'engage à communiquer d'avantage auprès de la direction des soins.

L'intervenant tente de développer les dispositions à l'égard de la démarche de la direction des soins de cet établissement afin de continuer à la déployer dans de bonnes conditions.

COPIL (non prévu dans la méthodologie initiale)

Acteurs présents : intervenant, médecin du travail, infirmier du travail, gestionnaire des risques.

Rappel des objectifs : « *obtenir des leviers institutionnels pour la mise en place des préconisations* ».

Aucune stratégie utilisée par l'intervenant n'est principalement identifiée.

L'intervenant organise un COPIL afin de faire un point sur le déploiement de la démarche dans l'institution. Les préconisations envisagées pour ce service ont été présentées.

Intervenant « *je vais insister sur des actions simples à réaliser pour éviter de se fixer à un objectif hyper élevé par rapport à nos attentes et de dire bas on y arrive pas, des petites actions et petit à petit continuer* » (extrait réunion temps 5).

L'intervenant opte pour la stratégie « des petits pas » soit la mise en œuvre de préconisations simples afin de maintenir l'implication des acteurs de terrain vis-à-vis de la démarche.

Ce temps a permis à l'intervenant de modifier plusieurs préconisations compte tenu de plusieurs projets transversaux institutionnels en cours (gestion des dossiers aux urgences, gestion des armoires à pharmacie, recentrage des ASH sur leur cœur de métier, guide d'accueil des nouveaux professionnels, livraison de la pharmacie en lien avec le service logistique). Ainsi l'intervenant a laissé une place centrale au gestionnaire des risques (146 prises de parole contre 75 pour l'intervenant) qu'il considère comme une ressource. Il s'appuie notamment sur sa connaissance de

l'institution.

Intervenant : « *il a amené pleins d'éléments venant de sa pratique, il a une grande connaissance du service, il a été cadre sup du pôle, il connaît les agents et l'organisation, il fait plein de choses en termes de risques (...), son point de vue enrichit le débat (...) ça permet d'aplanir, d'expliquer, d'enrichir le débat en posant des questions que moi je n'aurai jamais posées car j'en avais pas la connaissance* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

L'intervenant semble vouloir travailler plus en collaboration avec le gestionnaire des risques.

Intervenant : « *je me suis rendu compte du très peu de poids qu'avait la médecine du travail, il fallait que je rencontre rapidement la direction des soins afin de voir ce qu'il était possible de faire dans le service, je voulais que les choses aillent vite* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

L'intervenant n'a pas cherché lors de cette réunion à développer les dispositions, les capacités ou le travail collectif des acteurs en présence.

Restitution cadre de santé/ médecin de l'unité (temps 6) (non prévue par la méthodologie initiale)

Acteurs présents : intervenant, médecin du travail, cadre de santé et médecin de l'unité

Rappel des objectifs : « *Impulser une dynamique de prévention : créer l'adhésion de la hiérarchie de proximité aux préconisations : leur faire intégrer ces données* ».

Déroulé de cette réunion : les acteurs en présence échangent sur les préconisations pensées pour le service en lien avec les projets institutionnels en cours dans l'établissement.

Deux principales stratégies sont utilisées par l'intervenant lors de ce sixième temps.

Stratégies en lien avec le fonctionnement du service (14)

L'intervenant insiste principalement sur les suites à donner à la démarche (9) et propose de co-intervenir avec l'ergonome du terrain 1 (il fait à nouveau appel à des ressources extérieures) afin de mettre en place un groupe de travail sur les interruptions de tâches dans le service. Cette proposition permet à l'intervenant d'allonger son temps d'intervention dans le service et d'assurer un meilleur accompagnement.

Intervenant « (...) *pour optimiser leur temps et améliorer les conditions de travail, le groupe de travail ça permet de garder un pied dans l'équipe, j'ai vendu la démarche comme longitudinale* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

Stratégies en lien avec des projets/ instances intentionnelles (7)

L'intervenant se sert des informations échangées lors du dernier COPIL afin de positionner les préconisations envisagées pour le service de soins : il fait des liens avec le plan de formation (3), la mise en œuvre de groupes de parole (2) et le travail effectué au service des Urgences (2). L'intervenant met en exergue que les préconisations pour le service de soins sont en lien avec des

projets institutionnels en cours. L'intervenant développe alors les connaissances des acteurs de terrain sur les projets institutionnels en cours de l'établissement. Il cherche à les positionner en position d'agir afin de déployer les préconisations dans le service de soins.

Enfin, l'intervenant encourage le cadre de santé et le médecin de l'unité à travailler plus étroitement ensemble.

Intervenant : *vous n'êtes pas seuls (par rapport aux préconisations), vous avez des ressources dans l'institution puis vous êtes deux dans l'unité. Il faut donc que vous vous serviez chacun des compétences de l'autre. C'est normal vous ne pouvez pas être partout tout le temps, au risque de mal faire les choses (...)* (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant).

L'intervenant tente principalement de développer les capacités et les collaborations du médecin de l'unité et du cadre de santé..

Principalement, pour cette troisième étape de la méthodologie d'intervention, l'intervenant utilise les stratégies en lien avec le fonctionnement du service.

Etape programmation et planification : la restitution collective (temps 7)

Acteurs présents : intervenant, médecin du travail, cadre de santé, médecin de l'unité, soignants, gestionnaire des risques et direction des soins.

Rappel de l'objectif: « *impliquer l'ensemble du service afin de pérenniser les actions dans le temps* ».

Déroulé de cette réunion : plusieurs préconisations ont été proposées et validées par les acteurs de terrain. Forte participation de la direction des soins.

Aucune stratégie n'est principalement identifiée lors de ce septième temps de la démarche.

L'intervenant se place en observation afin de laisser les acteurs débattre des préconisations. Il comprend lors de cette réunion qu'il est nécessaire de mieux collaborer avec la direction des soins qui a une place centrale au sein de l'établissement.

Intervenant : « *Il a des cartes de fou ! Il faut que j'arrive à bien travailler avec lui et qu'on se coordonne sinon je vais au casse-pipe, enfin la démarche* » (extrait entretien d'auto-confrontation intervenant)

COPIL (non prévu par la méthodologie initiale)

Acteurs présents : intervenant, direction des soins, infirmier du travail et médecin du travail

Rappel des objectifs : « *Faire un point sur les deux services en cours, faire un point sur le COPIL, sur le suivi & les groupes de travail à organiser, échanger sur les nouvelles unités fonctionnelles pour 2013* ».

Aucune stratégie n'est principalement utilisée par l'intervenant lors de ce temps.

L'intervenant a fait un point sur le déploiement de la démarche dans les services de soins concernés. Les acteurs en présence et l'intervenant ont de plus échangé sur la mise en place de plusieurs préconisations (groupe de travail sur les tâches afférentes, lave-bassin...).

Etape conclusion : Suivi, bilan de l'intervention (temps 8 et 9)

Mise en place et suivi des préconisations (temps 8 et 9)

Temps 8 : Acteurs présents : intervenant, médecin de l'unité, cadre de santé, médecin du travail, infirmier du travail, gestionnaire des risques

Rappel des objectifs : « *Vérifier les actions mises en place, échanger quant au groupe de travail sur les interruptions de tâches* ».

Temps 9 : Acteurs présents : intervenant, cadre de santé, médecin de l'unité et soignants

Rappel des objectifs : « *Identifier les différentes sources d'interruption* ».

Aucune stratégie n'est principalement utilisée par l'intervenant lors de ces temps.

Les acteurs de terrain sont satisfaits du déploiement de la démarche : la quasi-totalité des préconisations énoncées lors du temps 7 a été mise en œuvre et se maintient dans le temps.

Conclusion de l'analyse de nos données pour le terrain 3 :

En conclusion pour ce terrain, la majorité des préconisations a été mise en œuvre par les acteurs de terrain. Trois groupes de travail sur les interruptions de tâches ont été mis en place. L'intervenant a principalement utilisé trois stratégies : des stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche, des stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs et enfin des stratégies en lien avec le fonctionnement du service suivi. De plus, plusieurs temps informels ont été ajoutés par l'intervenant avec les acteurs de la médecine du travail et la direction des soins afin de les positionner davantage dans le déploiement de la démarche. Il semble qu'au fil du déploiement de la démarche s'élabore un travail collectif entre l'intervenant, les acteurs de terrain, les acteurs de la médecine du travail et les acteurs institutionnels. Comparativement aux autres terrains observés, l'intervenant utilise moins de stratégie d'intervention, face à des acteurs mobilisés dans le déploiement de la démarche (cf. Partie V, chapitres 4 et 5). Nous observons une réelle construction sociale autour de la démarche. Enfin, l'intervenant fait aussi appel à des ressources extérieures du terrain 1 comme d'un soutien à ses actions.

Avant de conclure vis-à-vis de l'analyse de nos données, il convient de signaler plusieurs limites inhérentes à la démarche ORSOSA et à la méthodologie mise en œuvre afin d'y répondre.

Limites liées à la démarche ORSOSA

- **La formulation des questions du questionnaire ORSOSA**

La formulation de certaines questions du questionnaire à l'égard du cadre de santé a été un frein au déploiement de la démarche (terrain 1 et terrain 2). Certains cadres de santé se sentent évalués par ce dispositif.

- **Le manque d'observations terrains**

La démarche ORSOSA 2 ne comprend pas d'observations terrain ou d'entretiens individuels avec les acteurs. Seuls les résultats du questionnaire sont prévus afin de réaliser un diagnostic des CPO et TMS du milieu de travail suivi. L'intervenant a dû ajouter des temps informels à la méthodologie. En effet, les résultats du questionnaire doivent être pris avec une extrême prudence, ne reflétant pas toujours la réalité perçue des soignants. Le questionnaire doit être utilisé comme un instrument permettant d'initier un débat et non comme une donnée objectivable, relevant du registre du diagnostic. L'intervenant poursuit ainsi son travail dans les services de soins (terrains 1 et 3) à la suite de la restitution finale de la démarche.

- Une intégration partielle de l'équipe de soins

La démarche ORSOSA est centrée sur les aides-soignants et les infirmiers. Cependant, une équipe de soins est constituée aussi de kinésithérapeutes, de secrétaires médicales, de médecins, du cadre de santé, d'ASH.... Le fait de ne pas les introduire dès le démarrage de la démarche entraîne des difficultés afin de les mobiliser lors de la restitution finale. De plus, l'étape 8 de la démarche (évaluation de la démarche ORSOSA) n'invite pas les soignants à donner leurs points de vue.

- Des critères pour choisir les services de soins à auditer non définis

La démarche ORSOSA ne prescrit pas quel type de service de soins doit être audité par la démarche, ni de quelles façons. Il est conseillé par l'intervenant de prendre des services de soins stables, qui n'ont pas de difficultés majeures. Cependant, laisser le choix aux acteurs institutionnels c'est se confronter comme nous l'avons signalé pour le terrain 2, à des choix arbitraires (faux tirage au sort).

- Une démarche gratuite pour les établissements de soins

Le fait que les établissements suivis par la démarche n'aient pas eu à financer ce dispositif (accord conventionnel avec la CNRACL) a pu être un frein à la mobilisation des directions. En effet, n'ayant pas à réaliser un investissement financier, comparativement à une intervention venant d'un cabinet extérieur, les enjeux pour les directions ont été moindres. La rémunération de la participation des soignants lors des réunions ORSOSA est ainsi variable.

Des limites relatives aux services de soins suivis :

- Sélection des services de soins observés

Comme nous l'avons signalé dans la partie méthodologie (partie IV), nous avons suivi le déploiement de la démarche qu'au sein de trois services de gériatrie dans trois établissements différents. Or, l'intervenant a déployé la démarche dans plusieurs services d'un même établissement. L'intervenant est allé plus fréquemment sur le terrain que le chercheur. Ainsi, nous n'avons pas pu enregistrer l'ensemble des échanges entre l'intervenant et les acteurs internes à l'établissement. En revanche, il tenait un journal de bord qui permettait d'accéder à des éléments apparus dans d'autres services qui pouvait concerner le service suivi. De plus, les trois services de gériatrie suivis faisaient partie des premiers désignées par les acteurs institutionnels.

Des limites relatives à l'intervenant observé :

Nous n'avons suivi qu'un seul intervenant durant le déploiement de la démarche ORSOSA. Or, nous savons que les effets produits au sein des entreprises peuvent être entre autres dûs aux caractéristiques de l'intervenant et à son modèle sous-jacent d'intervention. Son expérience, sa capacité à instaurer le débat dans les services, ses compétences ont pu avoir des effets sur les résultats obtenus... Il aurait pu être pertinent de suivre l'intervention de plusieurs psychologues du travail en milieu de soins et de comparer leur intervention. De plus, le professionnel que nous avons suivi était sur son premier poste en tant que psychologue du travail. Sa faible expérience de l'intervention a sans doute eu des répercussions sur la façon de déployer la démarche. Cependant, une même personne intervenant donne de l'homogénéité et a permis de comparer trois contextes différents d'intervention et les stratégies déployées.

Conclusion de l'analyse de nos données concernant l'hypothèse 1 :

Nous cherchions à répondre à l'hypothèse suivante : l'implication d'acteurs internes à un établissement dans une démarche préventive reposerait sur l'intervention d'un tiers utilisant différentes stratégies à des temps variés de l'intervention, visant à développer les dispositions, les capacités, et le travail collectif de ces derniers. Plusieurs éléments ont émergé de l'analyse de nos résultats. Tout d'abord, il existerait des stratégies communes d'intervention à différentes étapes de la démarche ORSOSA (cf. tableau 24). Cependant, celles-ci évoluent en fonction de la mobilisation des acteurs au cours du déploiement de la démarche.

	Terrain 1	Terrain 2	Terrain 3
Temps 1	Implication des acteurs Projets institutionnels Pertinence de la démarche	Implication des acteurs Pertinence de la démarche	 Pertinence de la démarche
Temps 2	Implication des acteurs Pertinence de la démarche	Implication des acteurs Pertinence de la démarche	Implication des acteurs Pertinence de la démarche
Temps 3	Implication des acteurs Pertinence de la démarche	Implication des acteurs Pertinence de la démarche	Implication des acteurs Pertinence de la démarche
Temps 4	Implication des acteurs Lien avec le service de soins Pertinence de la démarche	Implication des acteurs Lien avec le service de soins Pertinence de la démarche	Implication des acteurs Lien avec le service de soins Pertinence de la démarche
Temps 5	Implication des acteurs	Implication des acteurs Pertinence de la démarche	 Lien avec le service de soins
Temps 6	Implication des acteurs Lien avec le service de soins	Implication des acteurs	Projets institutionnels Lien avec le service de soins
Temps 7	Implication des acteurs Lien avec le service de soins	 Lien avec le service de soins Pertinence de la démarche	RAS
Temps 8	Lien avec le service de soins	RAS	RAS

Tableau 24. Analyse comparative des stratégies utilisées par l'intervenant

Ce tableau met en exergue des stratégies communes (entre les trois services suivis) utilisées par l'intervenant à chacune des étapes de la démarche ORSOSA. En effet, lors des temps 1, 2, 3 et 4 de la démarche, l'intervenant utilise principalement des stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche et des stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs. L'intervenant cherche à ce que les acteurs perçoivent le sens et l'utilité de la démarche afin qu'ils se mobilisent dans le déploiement de la démarche. La démarche ORSOSA est considérée comme un outil de l'action, visant par le biais d'une méthodologie participative à agir avec efficacité dans les services de soins afin de prévenir durablement les risques professionnels.

A partir du temps 5, les stratégies utilisées par l'intervenant sont moins homogènes. L'intervenant s'adapte aux terrains dans lequel il intervient mais aussi au type de mobilisation des acteurs. Ainsi, la mobilisation des acteurs durant le déploiement de la démarche modifie le type de stratégies utilisées par l'intervenant. Par exemple, pour le terrain 3, nous observons que l'intervenant utilise de moins en moins de stratégies étant donné la mobilisation générale des acteurs internes de l'établissement. Au fil du déploiement de la démarche dans les terrains 1 et 3, l'intervenant utilise de plus en plus de stratégies en lien avec le service de soins suivi. En revanche, quand les acteurs d'un milieu de travail sont opposés au déploiement d'une démarche, l'intervenant insiste sur la pertinence de la démarche et fait peu de liens avec le fonctionnement du service (terrain 2).

Nous avons de plus observé que l'intervenant a ajouté plusieurs étapes informelles au déploiement de la démarche afin d'impliquer au mieux l'ensemble des acteurs des établissements observés. Il s'aide de plus de courriels afin de maintenir la dynamique initiée. Il s'est aussi appuyé lorsque cela lui a été nécessaire sur des ressources extérieures à l'établissement suivi telles que l'ergonome ou le coordonnateur du projet du terrain 1. Enfin, nous observons un « effet d'expérience » de l'intervenant durant le déploiement de la démarche dans les trois terrains suivis. L'exemple le plus prégnant est relatif au tirage au sort : alors qu'il l'a proposé au terrain 2, il ne le propose plus au terrain 3.

Nous nous sommes de plus intéressée plus spécifiquement aux objectifs visés (développement des dispositions, des capacités ou du travail collectif) par l'intervenant lorsqu'il déploie la démarche. Pour cela, nous avons synthétisé les tableaux 17, 19 et 21 afin de mettre en lien les objectifs suivis par l'intervenant avec l'effet produit de la démarche dans le service de soins suivis (cf. tableau 25).

Objectifs Terrains	les dispositions des acteurs	les capacités des acteurs	le travail collectif des acteurs	Implication des acteurs au cours de la démarche	Effet de la démarche dans le service suivi sur les actions de prévention des TMS et CPO
Terrain 1	15	2	12	Implication progressive des acteurs	Positif
Terrain 2	25	5	3	Opposition collective	Minime
Terrain 3	6	6	3	Implication importante des acteurs	Très positif

Tableau 25. Objectifs visés des stratégies utilisées par l'intervenant

Nos résultats suggèrent que lorsque le milieu de travail est impliqué dans le déploiement d'une démarche préventive, l'intervenant utilise peu de stratégies et agit principalement sur les capacités et les dispositions de ces acteurs (terrain 3) en cherchant à maintenir une dynamique collective dans le service suivi. En revanche, lorsqu'il convient de construire avec les acteurs le sens apporté à la démarche, l'intervenant agit principalement sur les dispositions de ces derniers (terrain 1 et terrain 2). Cependant, quand les acteurs internes à un établissement ont créé du sens vis-à-vis de la démarche alors l'intervenant tente de maintenir cette dynamique collective en tentant de développer le travail collectif initié (terrain 1).

Nous venons de montrer dans ce chapitre le rôle d'un intervenant lors du déploiement d'une démarche préventive sur l'implication des différents acteurs. Dans le chapitre suivant (chapitre 4) nous chercherons à comprendre si le fait qu'un individu fasse des liens entre son activité et le déploiement d'une démarche préventive est un levier à son implication.

Chapitre 4. Rôle de l'activité individuelle d'un acteur dans son implication lors du déploiement de la démarche ORSOSA

Compte tenu de notre problématique de recherche qui vise à repérer les conditions permettant la mobilisation des acteurs lors du déploiement d'une démarche préventive, nous cherchons à comprendre si le fait que cette dernière interpelle l'activité d'un acteur, influence son implication¹¹². L'hypothèse suivante est posée : **L'implication d'un acteur interne dans une démarche préventive dépendrait du lien qu'il réalise avec son activité individuelle**¹¹³.

Selon nous, un acteur s'implique dans une démarche préventive si celle-ci fait sens avec son activité individuelle, d'un point de vue des mobiles, des buts qu'il poursuit et de ce qui lui est possible de faire durant le déploiement de la démarche ORSOSA, en lien avec ses missions. Afin de répondre à cette hypothèse nous avons utilisé des données relatives à l'observation du déploiement de la démarche ORSOSA, des entretiens brefs et des entretiens de fin de démarche (cf. Partie IV, 2.3.).

Pour répondre à cette hypothèse, nous avons donc décomposé en deux parties la présentation de nos résultats pour les trois terrains de recherche suivis :

- Tout d'abord, nous nous sommes intéressée à la façon dont les acteurs perçoivent la démarche ORSOSA en lien avec leur activité individuelle.
- Puis, nous nous sommes attachée à la façon dont les acteurs participent au déploiement de la démarche (les actions qu'ils mettent en œuvre). Nous avons cherché à comprendre si les missions qui leurs sont confiées influencent leur activité lors de l'implantation de la démarche ORSOSA.

Nous présenterons chacune de ces parties successivement pour chacun de nos terrains de recherche.

¹¹² Pour rappel, la mobilisation est un processus collectif. L'implication fait référence à la participation d'un seul individu.

¹¹³ Le réel de l'activité est « *ce qui ne se fait pas, ce que l'on cherche à faire sans y parvenir-le drame des échecs-ce que l'on aurait voulu ou pu faire, ce que l'on pense pouvoir faire ailleurs* » (Clot, Faïta, Fernandez et Scheller, 2001, p.2).

1. Quand les acteurs font des liens entre leur activité individuelle et le déploiement de la démarche ORSOSA (terrain 1)

Nous allons à présent décrire la façon dont les acteurs, présents durant le déploiement de la démarche dans le terrain 1, perçoivent la démarche ORSOSA, en lien avec leur activité individuelle (1.1.). Nous verrons ensuite comment ceux-ci s'impliquent dans le déploiement de la démarche (1.2.).

1.1. Des acteurs favorables au déploiement de la démarche, en accord avec les mobiles et buts poursuivis dans leur activité individuelle

Les acteurs observés ne s'impliquent pas de la même manière dans le dispositif ORSOSA (cf. partie V, chapitre 2). En effet au départ, les acteurs de terrain (cadre de santé et médecin de l'unité) n'étaient pas favorables au déploiement de la démarche dans leur service de soins (cf. monographie partie IV, chapitre 4). Il convient alors de repérer comment la démarche fait échos aux mobiles et aux buts que les acteurs poursuivent dans leur activité individuelle. Nous allons tout d'abord nous intéresser aux acteurs institutionnels, puis aux acteurs de terrain pour finir par l'ergonome (représentant le service de santé au travail de l'établissement). Les données présentées pour cette première sous-partie proviennent de nos entretiens brefs et de fin de démarche (cf. Partie IV, 2.3.).

Les acteurs institutionnels

Le médecin chef de pôle a fait la demande auprès du coordonnateur du projet de déployer la démarche en priorité dans les services de soins de son pôle.

Médecin chef de pôle: « *C'est moi qui ai demandé cette démarche* » (extrait entretiens brefs).

Médecin chef de pôle : « *Je n'ai pas vraiment participé à la démarche mais j'ai pris la décision de la faire, j'ai motivé les gens à vouloir la faire aussi* » (extrait entretiens brefs).

Cet acteur, très favorable au déploiement de la démarche, est en accord avec sa philosophie.

Médecin chef de pôle: « *c'est une démarche intellectuelle, sociale, humaine et je trouve qu'il y a un énorme manque dans le management humain à l'hôpital. C'est quelque chose d'intéressant. On pointe ce que l'on peut faire et pas l'inverse ce qui ne met pas dans une position où tout le monde déprime* » (extrait entretiens brefs).

En effet, la démarche lui permet de réaliser un diagnostic et notamment sur les pratiques managériales de son pôle et ce, tout en donnant les moyens de progresser. Plusieurs outils sont proposés par le biais du dispositif.

Médecin chef de pôle: « *les restitutions donnent lieu à des rapports assez détaillés. Ça peut donner une base de travail* » (extrait réunion temps 1).

Médecin chef de pôle: « *j'ai lu quelque part qu'il était prévu de faire un espèce de dictionnaire des préconisations pour que ça puisse être noté dans un catalogue de procédures, pour que ça donne des idées à d'autres unités* » (extrait réunion temps 1).

Médecin chef de pôle: « *la démarche est intéressante pour le pôle mais aussi pour l'hôpital. Ça ne résout pas tous les problèmes mais ça apporte la possibilité de transformation, des choses que l'on peut faire soi* » (extrait entretiens brefs).

La démarche permettrait d'accompagner le pôle dans la résolution des difficultés rencontrées au quotidien.

Au-delà de ces enjeux, la démarche ORSOSA est l'occasion pour cet acteur d'en être le précurseur dans l'hôpital.

Médecin chef de pôle : « *on souhaite s'affirmer dans ce type d'approche originale, intéressante en termes d'exemplarité, avoir une démarche qui s'autonomise au CHU, qui pourrait donner envie aux autres services* » (extrait réunion temps 1) ;

Médecin chef de pôle : « *il faut montrer l'impact économique d'ORSOSA aux directions, pour l'appliquer à grande échelle* » (extrait entretiens brefs).

Le médecin chef de pôle souhaite encourager les directions à démultiplier la démarche ORSOSA dans les différents services de soins de l'établissement. Il s'interroge ainsi sur un déploiement le plus efficient possible de la démarche en termes de délais, de méthodologies prévues, de choix de services de soins à sélectionner mais aussi d'autonomisation des acteurs.

Médecin chef de pôle: « *je me pose des questions. Comment on va s'approprier la démarche, le savoir faire, on n'a pas appris encore à maîtriser le processus. On ne sait pas le reproduire, ça serait intéressant à travailler pour suivre avec le temps, pour redonner les choses, faire des comparaisons pour voir si les préconisations sont faites* » (extrait entretiens brefs).

Le médecin chef de pôle est très favorable au déploiement de la démarche ORSOSA dans son pôle. Elle est pour lui l'occasion de montrer que son pôle est précurseur de ce type de démarche dans l'hôpital. En outre, elle lui permettrait de réaliser un diagnostic et d'apporter des solutions aux difficultés recensées par les services de soins.

La direction des soins¹¹⁴ ne se questionne pas sur la démarche lors des réunions prévues par la méthodologie ORSOSA. Cet acteur, intervenu à la demande de l'intervenant, était inquiet vis-à-vis de l'état de santé du cadre de santé.

La direction des soins : « *je suis venu pour lui (le cadre de santé), je voulais savoir dans quel état il était par rapport à l'alerte que j'en avais eu, je voulais vérifier la situation réelle* » (extrait entretiens brefs).

Tout au long du déploiement, il se positionne uniquement sur l'aide à la résolution des difficultés rencontrées par le cadre de santé. Cependant, la démarche est pour cet acteur l'occasion de travailler sur la diminution du nombre d'agents à maintenir en emploi.

La direction des soins : « *on a besoin de placer ORSOSA bien avant et pas en curatif, si elle est au début, on va avoir beaucoup moins de CIRP (instance de maintien en emploi de l'établissement) et ça va se résoudre beaucoup plus vite* » (extrait entretiens brefs).

La direction des soins : « *pour moi, ORSOSA est un maillon, une pièce maîtresse d'un programme (...) en lien avec la direction des soins, la DRH et la médecine du travail, il y a besoin de cohérence et avec le CHSCT aussi* » (extrait entretiens brefs).

Ainsi, ce dispositif lui permet de travailler plus en amont sur les difficultés rencontrées par les soignants, en collaboration avec la direction des soins, la DRH et les acteurs de la médecine du travail.

La direction des soins est favorable au déploiement de la démarche dans l'établissement. Elle est pour elle l'occasion d'intervenir auprès du cadre de santé en difficulté mais aussi auprès de soignants, dans une logique préventive. Cet acteur souhaite développer ce type d'approche dans les différents services de soins de l'établissement.

Le cadre supérieur est favorable au déploiement de la démarche mais recherche des informations complémentaires sur cette dernière.

Cadre supérieur : « *le pôle est inscrit dans la démarche depuis le début, j'adhère à la démarche même si les restitutions d'ORSOSA 1 m'ont beaucoup interrogé. Je voulais avoir des informations sur le cadre de la démarche* » (extrait entretiens brefs).

Cadre supérieur : « *on prend des unités qui vont bien (...) est ce que c'est vraiment logique ?* » (extrait réunion temps 1).

Il émet plusieurs limites inhérentes à la charge de travail que demande le déploiement d'une telle démarche pour le cadre de santé.

¹¹⁴ Nous avons en réalité suivi le représentant de la direction des soins.

Cadre supérieur : « *c'est difficile de demander des choses supplémentaires en ce moment aux cadres (de santé)* » (extrait réunion temps 1).

Il se questionne notamment sur l'autonomisation vis-à-vis d'une telle démarche.

Cadre supérieur : « *comment mener et faire perdurer une telle démarche en dehors de la structure ORSOSA ?* » (extrait entretiens brefs).

Le cadre supérieur ne s'exprime pas sur l'intérêt de déployer la démarche dans ses services de soins. Il n'expose pas d'objectifs ou de buts sous-jacents à son instauration. En revanche, il semble être vigilant à la charge de travail supplémentaire qu'une telle démarche entraîne, notamment pour les cadres de santé.

Les acteurs de terrain

Le cadre de santé est au départ mitigé quant à l'intérêt de la démarche pour son service de soins. En effet, il regrette certaines formulations du questionnaire vis-à-vis du cadre de santé et craint que les résultats du questionnaire ORSOSA évaluent sa pratique professionnelle sans prendre en compte les dysfonctionnements administratifs.

Cadre de santé : « *la question 'le cadre apporte son soutien' me dérange, je suis accaparé par plein de projets (...) c'est facile de casser du sucre sur le cadre, mais il faut travailler sur le lien entre l'administration et le service aussi* » (extrait entretiens brefs).

Cadre santé : « *j'aime bien la question 8, 'le cadre de santé apporte son soutien aux IDE', tu vas voir (au médecin de l'unité) que ça va me retomber dessus* » (extrait réunions temps 2).

En conséquence, il pose plusieurs questions sur le questionnaire ORSOSA (sur sa composition et les délais de remplissage) à l'intervenant.

Cependant, il perçoit dans la démarche l'occasion de faire remonter les dysfonctionnements de son service de soins.

Cadre santé : « *ce document là (document de la restitution finale), il aura le mérite même si au final il n'y aura pas grand-chose de nouveau, car faut rester objectif, que les agents puissent écrire et dire ce qui ne va pas. Qu'ils (les soignants) sachent que ce document là arrive à un moment quelque part et arrive peut être à un niveau institutionnel* » (extrait réunion temps 2).

Le cadre de santé craint au début du déploiement de la démarche que celle-ci évalue sa pratique professionnelle et le déstabilise dans sa fonction. Cependant, progressivement, cet acteur crée du sens autour de la démarche. Il y perçoit l'occasion de faire remonter la parole des soignants à un niveau institutionnel.

Le médecin de l'unité jusqu'au temps 7 (la restitution collective) est très réticent vis-à-vis de l'intérêt de déployer une telle démarche pour son service de soins.

Médecin de l'unité : « *je suis épaté de cette démarche, j'ai peur que vous (à l'intervenant et l'ergonome) soyez complètement instrumentalisé par l'administration qui est uniquement dans une logique comptable pour montrer qu'on s'occupe bien de la santé des gens au travail (...) politiquement c'est de l'instrumentalisation* » (extrait réunion temps 2).

Médecin de l'unité : « *c'est un bout de papier institutionnel pour que l'institution se dise bon si y a des suicides au travail c'est bon on a mis en place quelque chose. C'est aberrant qu'on en soit là pour mettre du lien dans les organisations, on arrive plus à s'organiser même nous car on fait trop de choses. Il y a une incompréhension avec la hiérarchie, la plus haute je veux dire et les leaders de soins, qui sont au plus près des équipes, ils disent qu'on s'organise mal* » (extrait entretiens brefs).

Médecin de l'unité : « *on n'a pas besoin d'ORSOSA pour savoir ce qui ne va pas, c'est très clair quand vous avez un cadre (cadre de santé) qui passe la moitié de son temps à trouver des effectifs pour pouvoir assurer le lendemain en effectif complet, vous voyez le temps qui est passé en management c'est tout ! Donc c'est pour ça que je souriais tout à l'heure quand vous (à l'intervenant) disiez que notre unité était stable. On a une bonne équipe de soins mais la moitié des infirmiers sont nouveaux. Il y a eu deux fois sur les trois derniers mois des fermetures de lits sur 15 jours parce qu'il n'y avait pas assez d'effectif (...) donc si vous voulez la stabilité voilà. Sachant que cette équipe est à 80% par rapport à une équipe normale donc à partir du moment où il manque quelqu'un c'est la grosse souffrance (...) et des arrêts, ça ne permet pas toujours d'être dans une dynamique de projets* » (Extrait réunion temps 2).

Selon cet acteur, la démarche n'est pas adaptée aux besoins du service de soins. Il s'interroge même sur les objectifs sous-jacents de la démarche (manipulation de la direction) et questionne à ce titre l'intervenant sur la constitution du questionnaire. De plus, il semblerait que le médecin de l'unité soit en désaccord avec le positionnement de « la hiérarchie la plus haute ».

Cependant, progressivement cet acteur perçoit un intérêt à la démarche pour son service.

Médecin de l'unité : « *ça nous oblige à prendre le temps de nous poser. On a pas mal discuté, réfléchi (...). Il faut des espaces pour dire des choses et pour que les choses s'écrivent. On ne peut pas tout le temps boucher les trous et à un moment les choses ne vont pas* » (extrait entretiens brefs).

Médecin de l'unité : « *le questionnaire peut donner un cadre (...), l'intervention ergo, psycho est intéressante dans cette unité où il y a une forte pression psychologique et physique* » (extrait entretien bref).

Médecin de l'unité : « *au départ vous étiez là pour évaluer quelque chose mais on voit que la parole et les choses se disent sur des points précis, il manque une communication terrible notamment avec le cadre sup, si je n'avais pas lancé l'équipe sur les congés je suis sûr qu'ils (les soignants) n'auraient rien dit* » (extrait entretiens brefs).

Il semble qu'au cours du déploiement de la démarche, le médecin de l'unité ait perçu que la parole des soignants et du cadre de santé pouvait se libérer. L'accompagnement proposé par l'intervenant est apprécié.

Le médecin de l'unité est au départ opposé au déploiement de la démarche dans son service de soins. En revanche, il perçoit avec le temps que la démarche lui permet de mettre en discussion l'organisation du travail de son service de soins et ainsi de faire remonter les difficultés qui en découlent. La démarche lui permet de ne plus porter seul ses revendications par le biais du travail collectif initié par la démarche (cf. hypothèse 3).

L'acteur de la médecine du travail

L'ergonome, très favorable au déploiement de la démarche, est en accord avec sa philosophie.

Ergonome : « *on invite les gens à réfléchir sur leurs pratiques, on donne de l'espace aux personnes* » (extrait entretiens brefs).

Ergonome : « *faire de la prévention primaire dans un cadre qui fait perdurer la démarche dans les unités* » (extrait entretiens brefs).

Ergonome : « *y a toute une méthodologie, on rencontre les cadres et les médecins puis les cadres seuls, les équipes puis ensuite on pourra formaliser quelque chose* » (extrait réunion temps 1).

Ergonome : « *l'idée est de venir aider (...), mais par contre le pôle doit se saisir de ce qu'est la prévention, la démarche globale d'ORSOSA. Il faut être attentif à ça* » (extrait réunion temps 1).

La démarche est pour cet acteur l'occasion d'instaurer une démarche préventive durable avec les acteurs du pôle en présence. Il se sert alors de la démarche pour intervenir dans les services de soins.

Ergonome : « *je me sers d'ORSOSA pour entrer dans les services* » (extrait entretiens brefs).

Ergonome : « *J'ai envie d'utiliser ORSOSA pour retourner dans les unités avec les éléments sortis du questionnaire pour amorcer le travail avec les équipes. Ça me donne un cadre à mes interventions* » (extrait entretiens brefs).

Ergonome : « *quand je rentre dans une unité, j'utilise le prétexte des TMS mais je ne sais pas comment je vais ressortir. Avant, c'était très à la mode, maintenant c'est les CPO (contraintes psychologiques et organisationnelles), donc je me sers d'ORSOSA pour entrer dans les services* » (extrait entretiens brefs).

Cet acteur connaît bien le dispositif ORSOSA qu'il utilise comme un outil pour ses interventions ergonomiques.

L'ergonome est très favorable au déploiement de cette démarche dans les services de soins. Elle est pour cet acteur l'occasion d'intervenir dans les services de soins afin d'instaurer une démarche préventive pérenne.

En résumé, progressivement, l'ensemble des acteurs de l'établissement est devenu favorable au déploiement de la démarche. Chacun y a trouvé un sens vis-à-vis de son activité : intervenir plus facilement sur le terrain, faire remonter les dysfonctionnements quotidiens, montrer que le pôle est précurseur de ce type de démarche... Il convient à présent de s'intéresser à la façon dont les acteurs se sont réellement impliqués durant le déploiement de la démarche ORSOSA.

1.2. Les acteurs s'impliquent dans le déploiement de la démarche ORSOSA en lien avec leur activité individuelle

Les tableaux ci-dessous (cf. tableaux 26 à 31) mettent en exergue comment l'activité individuelle de chacun des acteurs s'inscrit ou non dans le déploiement de la démarche ORSOSA. Lorsque les actions menées durant le déploiement de la démarche par un acteur étaient selon nous spécifiquement liées à ses missions nous l'avons mis en gras. Les données présentées pour cette deuxième sous-partie proviennent principalement d'extraits de réunions (cf. Partie IV, chapitre 2).

Le médecin chef de pôle

Missions de l'acteur au quotidien ¹¹⁵	Activités en lien avec la démarche ORSOSA	Verbatim associés ¹¹⁶
Gestion du fonctionnement général du pôle en accord avec la politique de l'établissement.	Présentation de la démarche à différentes instances (CODIR, CHSCT, réunion de pôle) Echange sur les difficultés rencontrées par les services de soins en général Suivi du déploiement de la démarche	« mon rôle est de montrer, motiver les personnes au niveau des directions, je mets l'énergie dedans » (extrait entretiens brefs). « Je vais vendredi présenter en CHSCT la démarche pour motiver l'administration sur le projet. Il faut avoir la fibre ORSOSA » (extrait entretiens brefs). « j'ai commencé, car on avait une réunion de pôle avant-hier, à en parler aux médecins de pôle (les médecins d'unité) donc je leur ai dit de réfléchir pour savoir s'il serait candidat car il faut quand même planifier qui en 2013, qui en 2014 car ça va aller très vite » (extrait réunion temps 1). « les cadres passent leur temps à faire et refaire des plannings. C'est important qu'ils le fassent car ça marque l'autorité, mais il faudrait améliorer le logiciel. On est à flux tendu, du coup les agents sont rappelés sur leurs congés » ; « en gériatrie la pénurie est encore plus ressentie car l'effectif est mal calculé, il y a de l'absentéisme » (extrait réunion temps 1). « Je vais mettre de l'énergie dans le suivi et la vérification des préconisations avec les cadres supérieurs. Enfin je n'ai rien fait encore » (extrait entretiens brefs).

Tableau 26. L'activité du médecin chef de pôle durant le déploiement de la démarche

Le médecin chef de pôle durant le déploiement de la démarche, communique auprès de différentes instances (il facilite la circulation de l'information) afin d'impliquer un maximum d'acteurs et recueillir des leviers d'actions. En référence aux différents types d'acteurs ressources recensés par Bruyère (2004), (cf. partie II, chapitre 2), nous catégorisons le médecin chef de pôle de « référent ».

¹¹⁵ Plus de précisions sur les missions confiées aux acteurs dans la partie méthodologie de ce travail de recherche.

¹¹⁶ Nous n'avons pas mis l'ensemble des verbatim associé à l'activité des acteurs par manque de place. Nous avons choisi les plus saillantes.

En ce qui concerne sa participation lors des réunions prévues par la démarche ORSOSA (cf. monographie partie IV, chapitre 4), le médecin chef de pôle n'a été présent que lors des comités de pilotage (COFIL). C'est donc l'intervenant qui lui a fait un récapitulatif des informations recueillies sur le terrain. C'est ainsi que le médecin chef de pôle a posé plusieurs questions sur l'organisation du service de soins suivi et fait des liens avec ce qu'il en connaît : les difficultés rencontrées par les cadres de santé, les problématiques de matériels ou encore de sous-effectif. Il semble conscient des difficultés rencontrées par le cadre de santé et se positionne notamment dans le suivi de la démarche ORSOSA.

La direction des soins

Missions de l'acteur au quotidien	Activités en lien avec la démarche ORSOSA	Verbatim associés
Ses missions consistent à concevoir, piloter et évaluer les résultats de la politique de soins de l'établissement, notamment la coordination générale des tâches de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. La direction des soins est aussi chargée de missions transversales telles que le maintien en emploi des soignants. Cet acteur est le responsable hiérarchique des cadres supérieurs.	Conseille le cadre de santé en utilisant son expérience professionnelle Se positionne comme ressources pour parler des conditions de travail Fait des liens entre les problématiques terrain et le dispositif de maintien en emploi de l'établissement	« tu (au cadre de santé) sais ce qu'il faut que tu fasses (...) je l'ai fait en rééducation moi et c'est très parlant, tu mets sur un tableau par patient ce qu'il y a à faire (...) et tu montres que pendant ce laps de temps, elles (les soignants) ont ni le temps de faire une pause, ni le temps d'aller manger(...) ça se sont des chiffres donc tu peux leur (aux gestionnaires) mettre sous le nez (...). Je peux t'aider à le faire » (extrait réunion temps 4). « l'avantage que j'ai par rapport au psychologue du travail c'est que je connais l'institution et son fonctionnement, les relations cadres/ médecins, je suis issu du terrain, ça me permet de mieux comprendre les mécanismes en jeu, puis je parle le même langage qu'eux », « je suis un élément facilitateur, j'ouvre les portes. Les soignants s'identifient à la direction des soins », « j'ai été IDE aussi, j'ai travaillé et je sais ce que c'est. Je suis la carte de crédibilité finalement, on est là pour parler des conditions de travail, les écouter, apporter des améliorations, avec moi ils ont construit un contrat de confiance », « je suis garant que l'équipe peut faire confiance à l'intervenant, que ce qu'il dira sera porté par la direction des soins » (extraits entretiens brefs). Cadre de santé : La secrétaire du premier gère tout ce qui est transport interne or, ça c'est du travail du soignant, ça ne relève pas de la secrétaire donc ils veulent lui enlever ça. A l'époque y avait une aide au cadre mais elle était administrative, pour moi les aides au cadre viennent du soin. Elle s'occupait des commandes de transports et des bons. Donc quand elle est partie on a remis des secrétaires mais oublié la fonction d'aide au cadre. Direction soins: Moi je peux t'en trouver, j'ai deux IDE nickels mais qui ont mal aux épaules mais elles sont bien 'cortiquées' par contre ! Cadre de santé : Oui mais j'avais demandé mais on m'a dit que ce n'était pas possible car c'est une création de poste. Direction soins : Mais non tu vois comment tu peux raboter de droite, de gauche. Effectivement tu enlèves soit une secrétaire, une AS, ou une IDE pour mettre une aide à la cadre en plus. Tu prends sur les effectifs en place. Cadre de santé: Ce qu'il y a, c'est que je ne peux pas enlever une AS ou une IDE car après je ne tourne pas. Je n'en ai pas en plus.

		Direction soins: Si tu ne peux pas enlever sur ça, faut enlever sur de l'ASH ou de la secrétaire ou agent administratif après c'est une discussion dans le pôle mais tu peux avoir une aide au cadre à condition d'enlever. Cadre de santé : Alors les ASH on nous en a déjà enlevé plein, en ce moment y a des arrêts maladies donc il n'y a plus d'ASH le soir, c'est la personne qui fait la restauration qui vient dans les étages. Aujourd'hui au niveau des sorties, on en a cinq donc on demande aux médecins de répartir mais bon quatre départs et un décès ce n'était pas prévu donc tout est compliqué finalement. Direction soins : la réduction d'effectif c'est terrible. Moi je leur dis tout le temps aux collègues, vaut mieux raboter un petit peu et avoir une aide au cadre plutôt que de mettre les cadres en burn-out après c'est un choix voilà. Après je peux en parler à X (directeur des soins) de ça mais il faut qu'il impose les trucs après tu comprends ?» (Extrait réunion temps 6).

Tableau 27. L'activité de la direction des soins durant le déploiement de la démarche

La direction des soins s'est positionnée comme ressource durant le déploiement de la démarche. Cette dernière s'est centrée sur l'aide à la résolution des difficultés rencontrées par le cadre de santé en le questionnant notamment sur sa façon d'organiser le travail du service. Elle est allée au-delà de sa mission en s'appuyant sur la transmission de son expérience professionnelle. En référence aux différents types d'acteurs ressources recensés par Bruyère (2004), (cf. partie II, chapitre 2), nous catégorisons la direction des soins de « décideur ». En effet, elle s'est impliquée à la suite de la sollicitation de l'intervenant afin d'aider le cadre de santé en difficulté. De plus, elle met en lien la nécessité de recourir à une aide au cadre avec des agents de l'établissement à reclasser. Elle est ainsi source de proposition.

Le cadre supérieur

Missions de l'acteur au quotidien	Activités en lien avec la démarche ORSOSA	Verbatim associés
Ses missions visent à organiser, coordonner et encadrer les moyens d'un pôle. Il est à la fois l'interlocuteur privilégié entre la direction de l'établissement et les équipes mais aussi responsable de la qualité, de la continuité des soins des services dont il a la charge tout en veillant à la formation et au transfert de	Communique sur la politique du pôle	[Concernant la gestion des heures supplémentaires] Cadre supérieur : (...) « y a deux choses donc j'en profite parce que je suis là. Soit le cadre arrive à vous rendre vos repos la semaine d'après ou dans les 15 jours (...) soit il les rentre en débit crédit. Cadre de santé : oui y a plusieurs agents qui en ont pas mal mais là depuis quelques temps les RTT sont annulées, on n'arrive pas à les remplacer. Alors c'est vrai que les années précédentes il y avait la politique des heures supplémentaires et faut reconnaître que c'était assez facile comme ça intéressait la plupart d'entre vous (...). Soignant : oui c'était pas mal c'était notre gagne-pain mais maintenant c'est différent (...). Cadre supérieur : je vais préciser comme je vous vois en direct. Pour en avoir discuté avec votre ancien cadre supérieur, les heures supplémentaires étaient dans un cadre bien précis, vous aviez à l'époque des postes vacants (...) ! On ne déclenche pas les heures supplémentaires pour 0, 50 ETP (équivalent temps plein) (...). Médecin de l'unité : donc il faut qu'il y ait des arrêts ?

compétences de ses équipes. Il participe à la mise en œuvre de la politique d'établissement, coordonne ses moyens (techniques, financières, humaines, informationnelles ...), ainsi que l'activité de ses services. Il est le responsable hiérarchique du cadre de santé.	Suivi des préconisations Recherche de solution peu couteuse	Cadre supérieur : <i>non ce n'est pas ça ! Il faut que l'équipe entende ce que j'ai à dire (...)</i> <i>Soignant : moi ce que j'ai entendu aussi c'est que d'autres agents, d'autres services revenaient faire des heures supplémentaires chez nous alors que ça aurait pu intéresser le personnel.</i> Cadre supérieur : <i>c'est bien ce genre de réunion, ça permet de mettre à plat et de discuter (...)</i> » (Extrait réunion temps 7). « Elles (les préconisations) sont complètement adaptées, réalistes et réalisables, va falloir objectiver cette charge de travail maintenant, on s'est mis d'accord avec X (l'intervenant) pour travailler sur une grille d'observation de la charge de travail » (extrait entretiens brefs). « Après je suis conscient du budget contraignant, donc pour l'aide au cadre on va voir dans le pôle, si y a pas une personne en poste adapté qu'on pourrait mettre, on ne va pas ajouter un poste » (extrait entretiens brefs)

Tableau 28. L'activité du cadre supérieur durant le déploiement de la démarche

Le cadre supérieur est intervenu tardivement dans le déploiement de la démarche ORSOSA. Selon les missions qui lui sont initialement confiées, il aurait dû aider le cadre de santé dans la gestion des difficultés quotidiennes rencontrées (plutôt que la direction des soins). Ceci peut s'expliquer par les différends entre le cadre de santé et le cadre supérieur concernant la façon de gérer l'absentéisme et les heures supplémentaires dans le service de soins. Progressivement, la démarche a permis au cadre supérieur de s'exprimer sur la politique de pôle en matière d'heures supplémentaires et ainsi d'en débattre avec les acteurs de terrain. Plusieurs liens entre les difficultés rencontrées par le service de soins et la politique de pôle établie sont réalisés par les acteurs en présence. Enfin, ce dernier s'est ensuite positionné dans le suivi des préconisations et la recherche de solutions, dans une optique gestionnaire (soit de moindre coût) de redéploiement des ressources. En référence aux différents types d'acteurs ressources recensés par Bruyère (2004), (cf. partie II, chapitre 2), nous catégorisons le cadre supérieur de « coordonnateur ». En effet, à la fin du déploiement de la démarche, ce dernier se positionne dans la mise en œuvre et le suivi et des préconisations.

Le cadre de santé

Missions de l'acteur au quotidien	Activités en lien avec la démarche ORSOSA	Verbatim associés
Ses missions consistent à organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations. Il est le responsable direct des soignants.	Communique auprès des équipes	« J'ai un rôle d'incitation pour que les gens répondent aux questionnaires(...) il faut qu'ils (les soignants) voient que je suis partant », « J'ai communiqué, fait des affiches, je fais s'en m'en rendre compte je ne suis pas dans la reconnaissance » (extraits entretiens brefs).
	Expression de ses propres difficultés de management vécues au quotidien	« Parfois on a l'impression d'être seul à devoir tout faire, courir partout, à avoir la tête dans le guidon sans savoir comment faire pour arriver à avancer », « dans l'équipe il y a un turn-over très important et un renouvellement d'infirmiers (...) c'est épuisant pour les soignants et pour moi aussi qui suis sans arrêt en train de retravailler les plannings, se réinvestir auprès des équipes ». (extrait réunion temps 2).
	Rend compte de la charge de travail des soignants	« la charge en soin et la quantité d'actes de soins qu'on demande aux équipes sont bien supérieures au nombre de personne sur le terrain qui sont présentes pour répondre à ce qu'on demande » (extrait réunion temps 7).
	Fait état des difficultés matérielles rencontrées	« il faut se battre pour avoir du matériel qui fonctionne (...) faut attendre un an pour la réparation d'un matériel » (extrait réunion temps 2). « ça fait trois semaines que j'attends la réparation d'un matelas à air » (extrait entretiens brefs).
	Suivi du déploiement de la démarche	« on va travailler sur la charge de travail chez les AS et les IDE », « Je suis partant pour travailler sur la charge en soins mais pour cela j'ai besoin d'être plus en contact avec les équipes, de faire remonter les choses (...). C'est pour ça que j'ai besoin d'une aide au cadre » (extrait entretiens brefs).

Tableau 29. L'activité du cadre de santé durant le déploiement de la démarche

Le cadre de santé communique auprès des soignants afin de les inciter à participer à l'étude. Il semble impliqué dans le déploiement de la démarche. Il profite des espaces prévus par la démarche ORSOSA afin de s'exprimer sur les difficultés rencontrées (par lui-même et les soignants) au quotidien (charge de travail trop importante, multiples manquements ou dysfonctionnements matériels) dans l'espoir de les faire remonter au niveau institutionnel et trouver ainsi des solutions pérennes. Ces espaces lui permettent de parler de son activité qui est souvent empêchée. En référence aux différents types d'acteurs ressources recensés par Bruyère (2004), (cf. partie II, chapitre 2), nous catégorisons le cadre de santé de « fondateur ». En effet, cet acteur est impliqué dans le déploiement de la démarche et apporte des éléments sur l'organisation du travail, les difficultés rencontrées par le service de soins.

Le médecin de l'unité

Missions de l'acteur au quotidien	Activités en lien avec la démarche ORSOSA	Verbatim associés
Cet acteur est le responsable médical de l'organisation générale de son service de soin. A ce titre, il doit définir et appliquer un projet médical. Il réalise de plus une activité de soins (suivi des patients...) et participe à la formation des futurs médecins (internes et externes).	Dénonciation de la charge en soins du service Dénonciation des problématiques matérielles rencontrées Expression sur ses propres difficultés	« on est à 80% par rapport à l'effectif habituel donc des qu'il manque quelqu'un c'est la grosse souffrance », « nous avons-nous même élaboré nos indicateurs en terme de charge de soins (...), on essaye de faire les entrées en fonction de ça », « Si vous voulez quand on est en effectif constant, et on a eu une période d'un an ou on l'était et ça allait, et c'était le moment où on pouvait faire des projets » (extraits réunion temps 2). « si l'on veut diminuer l'interruption des tâches il faut avoir du matériel en double », « c'est infernal vous voyez, on est à un point où on trouve ça normal, ça fait trois mois qu'on préfère s'adapter et utiliser un seul ordinateur » (extraits réunion temps 7). « j'ai un peu honte mais je n'arrive plus à faire bouger les choses, je n'ai plus d'énergie » (extrait réunion temps 8).

Tableau 30. L'activité du médecin de l'unité durant le déploiement de la démarche

Lors du déploiement de la démarche, le médecin de l'unité a principalement fait remonter les conditions de travail délétères des soignants dans son service. Cet acteur regrette de plus le manque d'effectifs dans son service ne lui permettant pas de mettre en œuvre des projets (de service). Ce dernier semble démuni vis-à-vis des actions à mettre en œuvre afin de pallier aux difficultés recensées. Il exprime son absence de pouvoir d'agir. En référence aux différents types d'acteurs ressources recensés par Bruyère (2004), (cf. partie II, chapitre 2), nous concluons que cet acteur a transformé son positionnement au cours du déploiement de la démarche : il est passé « d'opposant »¹¹⁷ à « fondateur ».

¹¹⁷ Catégorie non utilisée par Bruyère (2004), (cf. partie II, chapitre 2).

L'ergonome : (Pour rappel, cet acteur représente le service de santé au travail de l'établissement)

Missions de l'acteur au quotidien	Activités en lien avec la démarche ORSOSA	Verbatim associée
Ses missions consistent sous la responsabilité du médecin du travail, à la mise en place de démarches de prévention. Il établit un diagnostic ergonomique et élabore des propositions d'amélioration avec les personnes en présence dans un objectif de santé et de performance.	Aide au déploiement de la démarche	« j'ai suivi le déploiement de l'outil depuis le départ et j'ai participé à la construction des éléments annexes », « il fallait prendre le temps de creuser les problématiques, de préparer les acteurs à les recevoir, les entendre. Puis on a eu affaire à des personnalités difficiles », « J'ai compris avec le CHU qu'il fallait laisser du temps à tout le monde pour que ça mûrisse sinon on va vers un mur » (extraits entretiens brefs).
	Insiste sur la problématique des TMS	« l'idée est de jouer sur les dysfonctionnements organisationnels pour que cela ait un impact sur les TMS. Il faut utiliser l'organisation comme levier (...), je croise les dimensions organisationnelles et biomécaniques » « je fais en sorte qu'on ne met pas de côté les TMS » (extraits entretiens brefs). « je les (les soignants) laisse s'exprimer, je ne suis pas là pour leur donner mon point de vue de préventeur (...) en les écoutant des questions se construisent » (extrait entretiens brefs).
	Initiation de la parole des soignants + liens avec formation manutention du pôle	Ergonome : « Contraintes de manipulation autour du patient » (item du questionnaire) vous avez beaucoup de toilettes au lit à faire ? Soignant : Moi, sur dix j'en ai sept [Les soignantes comptent le nombre de personne qu'elles ont à charge]. Ergonome : au X (nom d'un service) ils ont eu une formation sur la manutention et j'avais vu que la plupart des accidents du travail était liée à la toilette et notamment quand le patient était agité. Du coup on avait demandé au responsable de la formation de cibler sur l'agitation et du coup il donnait quelques conseils et j'ai trouvé ça intéressant. Dans le pôle tout le monde va bénéficier de la formation mais il faut le temps que ça se mette en place. Souvent les patients s'agrippent à la barrière et pour arriver à les décrocher (rire) Soignant : Oui mais y en a qui s'accroche et qui pousse au moment où on veut faire le dos et les fesses. Ce n'est pas une question de poids mais de force. C'était madame X (une patiente) je me rappelle elle était toute menue. C'est au niveau musculaire. L'idéal quand tu es à deux c'est de faire passer les bras derrière la barrière. Soignants : Puis pour les patients déments vaut mieux être à deux ils peuvent être violents, faut les immobiliser » (extrait réunion temps 5).
	Lien entre ses connaissances du fonctionnement des services de soins et ORSOSA Propositions et mise en place d'outils	« après y a des différences de pratique qui peuvent faire flasher le partage des valeurs de travail. Moi j'ai déjà vu des jeunes qui allaient très vite dans leur activité, d'autres qui allaient moins vite mais qui faisaient différemment (...) ils ne vont pas interagir de la même manière avec le patient (...) ça peut créer des difficultés » (extrait réunion temps 4). « J'ai lancé l'idée du comité de pilotage, de construire une structure autour de l'intervention des acteurs clés, ça peut nous permettre de faire le point au cours de l'intervention. ça permet de garder la mobilisation », « On va réaliser des observations sur trois jours (...) on va leur (aux équipes) donner du grain à moudre pour réfléchir sur les interruptions. Les observations permettent d'avoir des scénarios pour faire verbaliser l'équipe sur qu'est ce qui a fait que », « il faut faire des groupes de travail avec l'idée d'enseigner, d'autonomiser pour amener l'encadrement à faire

	Suivi du déploiement	évoluer ses pratiques de management » (extrait entretiens brefs). « Je m'occupe des aménagements de poste, de la réflexion au niveau organisationnel puis je fais quelques suivis, ça permet d'instaurer une certaine stabilité dans les services », « Le psychologue du travail analyse les dysfonctionnements, fait des préconisations et s'en va. Nous (les ergonomes) on aide l'équipe dans la démarche, voir ce qu'ils vont mettre en place pour améliorer les conditions de travail », « On (l'ergonome et l'intervenant) va essayer de redonner une place à chacun des acteurs dans la mise en place des préconisations, tout le monde a un petit peu perdu confiance les uns en les autres. Donc il faut repositionner les agents par rapport à une réflexion sur leur activité (...), le cadre et le cadre supérieur et le médecin aussi ! », « il faut faire des groupes de travail avec l'idée d'enseigner, d'autonomiser pour amener l'encadrement à faire évoluer ses pratiques de management » ; « maintenant, je me positionne en tant que suivi de la démarche, en post évaluation » (extraits entretiens brefs).

Tableau 31. L'activité de l'ergonome durant le déploiement de la démarche

L'activité de l'ergonome se centre sur l'accompagnement et le suivi des acteurs durant le déploiement de la démarche. L'ergonome est très impliqué et autonome dans le déploiement de cette démarche. Il propose plusieurs outils tels que le comité de pilotage, des observations terrain, la mise en place d'un groupe de travail. Il facilite à plusieurs reprises les échanges entre les acteurs de terrain, notamment en donnant une place à la parole des soignants. En référence aux différents types d'acteurs ressources recensés par Bruyère (2004), (cf. partie II, chapitre 2), nous catégorisons l'ergonome de « fondateur ». Cependant, nous ne le plaçons pas au même niveau que le cadre de santé ni même du médecin de l'unité. En effet, l'ergonome se positionne à un niveau plus transversal : il fait des liens entre l'instauration de la démarche, le contexte institutionnel de l'établissement, l'organisation du service de soins et les répercussions de cette organisation sur la santé des soignants.

Conclusion de l'analyse de nos données pour le terrain 1 :

Nous avons montré que progressivement l'ensemble des acteurs participant au déploiement de la démarche y est devenu favorable. Ceci leur a permis de réaliser des liens entre les mobiles, les buts qu'ils poursuivent dans leur activité individuelle et le déploiement de la démarche. Nos résultats montrent de plus que chacun des acteurs s'implique de différentes manières durant le déroulement du dispositif : présentation de la démarche en comité institutionnel, apport d'outils d'analyse, relais de la charge importante de travail du service de soins ... Ce qui a permis de déployer la démarche dans le service de soins. Les acteurs de terrain se sont principalement exprimés sur les difficultés rencontrées au quotidien dans le service tandis que les acteurs institutionnels et l'ergonome, face aux problématiques remontées par ces derniers, se sont impliqués dans la résolution de leurs difficultés en cherchant dans leur activité des éléments de réponse. C'est ainsi que nous avons catégorisé différents types d'acteurs ressources (Bruyère ; 2004). Nous avons recensé des « fondateurs » (acteurs de terrain et ergonome), un « coordonnateur » (cadre supérieur), un « décideur » (la direction des soins) et un « référent » (médecin chef de pôle). L'ensemble des acteurs s'est intéressé à l'organisation actuelle du service de soins suivi. Ils se sont alors retrouvés autour d'un objet commun (cf. chapitre 5 pour plus de précisions). Cette convergence est un enjeu pour une préservation efficace et durable des effets d'une démarche préventive.

2. Quand les acteurs de terrain ne font pas de lien entre leur activité individuelle et le déploiement de la démarche ORSOSA (terrain 2)

Nous allons à présent décrire la façon dont les acteurs, présents durant le déploiement de la démarche dans le terrain 2, perçoivent la démarche ORSOSA, en lien avec leur activité individuelle (2.1.). Nous verrons ensuite comment ils s'impliquent dans le déploiement de la démarche (2.2.).

2.1. Des acteurs de terrain défavorables au déploiement de la démarche dans leur service de soins

Les différents acteurs en présence, observés durant le déploiement de la démarche ORSOSA, ne s'impliquent pas de la même manière (cf. partie V, chapitre 2). Les acteurs de terrain et le cadre supérieur sont opposés au déploiement de la démarche dans leur service de soins (cf. monographie partie IV, chapitre 4) tandis que les acteurs de la médecine du travail la soutiennent. Il convient alors de repérer comment la démarche fait échos aux motifs et buts qu'ils poursuivent dans leur activité individuelle. Nous allons dans un premier temps nous intéresser aux acteurs institutionnels puis aux acteurs de terrain, pour finir avec les acteurs de la médecine du travail. Les données présentées pour cette première sous-partie proviennent de nos entretiens brefs et de fin de démarche (cf. Partie IV, chapitre 2).

Les acteurs institutionnels¹¹⁸

La direction qualité souhaite se servir de la démarche ORSOSA afin de mettre en parallèle l'ensemble des dispositifs préventifs sur les risques professionnels de l'établissement.

Direction qualité : « l'idée c'est de montrer qu'en parlant risques professionnels, puisqu'on est aussi accusé (par les syndicats) de ne pas mettre en œuvre le document unique, on a une approche plus globale en disant y a des démarches qui se conduisent en parallèle (...) on prend tout ce qui peut nous faire avancer dans le domaine » (extrait réunion temps 3).

¹¹⁸ Nous n'avons pas traité les verbatim de tous les acteurs institutionnels présents à certaines réunions. En effet, leur participation n'a soit pas été assez fréquente (DRH adjoint), soit certains acteurs n'étaient rapidement plus présents dans l'établissement (DRH, DS) durant le déploiement de la démarche.

Direction qualité : « ils (les syndicats) disent qu'il n'y a rien de fait dans les unités, donc c'est pour ça que nous il faut valoriser ce qu'on a déjà fait je pense et du coup réintégrer cette partie ORSOSA dans l'ensemble des points sur lesquels on travaille au niveau des risques professionnels » (extrait réunion temps 2).

Direction qualité : « on a travaillé sur le DU (document unique) donc il y a un lien avec ORSOSA, une relance à faire sur les risques professionnels, ceci peut nous permettre d'avoir une méthode qui n'est pas subjective » (extrait entretiens brefs).

Il semble important pour cet acteur de travailler sur la prévention des risques professionnels et notamment pour répondre à la demande des syndicats. Il souhaite pouvoir intégrer la démarche ORSOSA aux différentes démarches en cours dans l'établissement.

Lors du déploiement de la démarche, cet acteur pose plusieurs questions, notamment sur la façon dont les soignants doivent remplir les questionnaires, en faisant référence à d'autres études préalablement menées.

Direction qualité : « comment souhaitez-vous que les soignants répondent au questionnaire ? C'est individuel ? Non parce que pour l'étude X on a mis toutes les personnes dans la même salle pendant 45 minutes et on leur a demandé de répondre. On a dû les surveiller mais au moins on était sûr que les réponses étaient individuelles » (extrait réunion temps 2).

La direction qualité est favorable au déploiement de la démarche dans l'établissement. Elle représente pour elle l'occasion de mettre du lien dans l'ensemble des démarches qu'elle co-encadre et de répondre dans le même temps à la demande des syndicats.

Le cadre supérieur est opposé au déploiement de la démarche dans son unité. Il regrette que le questionnaire cible le cadre de santé.

Cadre supérieur : « Les résultats du cadre sont nominatifs et pas ceux de l'équipe » (extrait réunion temps 2).

Cadre supérieur : « c'est comme ça que vous (à l'intervenant) le présentez (ORSOSA comme une démarche de prévention primaire) mais ce n'est pas comme ça réellement (...), le but c'est qu'il y ait un cadre (cadre de santé) pour les deux unités mais ils vont finir par y arriver » (extrait réunion temps 2).

En conséquence, cet acteur méfiant, pose plusieurs questions à l'intervenant de façon détournée.

Cadre supérieur : « le compte-rendu de réunion sera diffusé à qui ? » (extrait réunion temps 2).

Cadre supérieur : « l'idée est de voir l'interaction avec des gens qui ne sont pas là (au sujet du temps 5¹¹⁹) ? » (extrait réunion temps 2).

Cadre supérieur : « et si le médecin n'est pas d'accord pour participer vous faites quoi ? » (extrait réunion temps 2).

Cadre supérieur : « Il y avait beaucoup de positif pourquoi ça n'apparaît pas dans la restitution ? » (extrait réunion temps 7).

¹¹⁹ Temps entre l'intervenant et les soignants.

Le cadre supérieur n'est pas favorable au déploiement de la démarche. Il n'en perçoit pas d'intérêt. Au contraire, il semble inquiet de l'objectif initialement recherché par l'intervenant.

Les acteurs de terrain

Le cadre de santé, tout comme le cadre supérieur, est opposé au déploiement de la démarche dans son service de soins.

Cadre de santé : « *c'est qu'il n'apparaît pas du tout les choses positives qui ont pu être mises en place dans les unités, on se centre directement sur les difficultés et on ne fait pas apparaître les points forts dans un service, car les points forts ça peut exister !* » (extrait réunion temps 2).

Cadre de santé : « *tout à l'heure vous disiez que vous ne forciez pas les agents mais nous sommes dans cette procédure, on est obligé de répondre donc je crois qu'on se pose pas trop la question* » (extrait réunion temps 2).

Cadre de santé : « *ça fait spontanément émerger les problèmes* » (extrait réunion temps 2).

Cadre de santé : « *cela m'a été imposé* » (extrait réunion temps 4).

Cadre de santé : « *il faut voir ce que ça nous apporte, car c'est bien beau d'avoir les résultats mais après ce qui va être intéressant c'est par rapport aux résultats concrets, ce que ça va pouvoir apporter* » (extrait réunion temps 4).

Cadre de santé : « *concrètement ce que nous venons de faire va servir à quoi ?* » (extrait réunion temps 7).

Cet acteur déplore que la démarche ne se centre que sur les difficultés du service de soins. Il se sent obligé de participer à cette démarche sans pour autant en identifier d'intérêts pour son service de soins, ni même en lien avec son activité individuelle.

Il déplore que les résultats de l'enquête se centrent sur des dimensions subjectives, ce qui ne reflète pas, selon lui, la réalité du vécu des soignants.

Cadre de santé : « *Ce n'est pas objectif, seulement sept soignants. Vous ne pouvez rien en conclure* » (extrait réunion temps 6).

Cadre de santé : « *C'est du ressenti ce n'est pas représentatif* » (extrait réunion temps 7).

Il se sent, de plus, évalué par le dispositif.

Cadre de santé : « *le but c'est peut-être de nous faire démissionner* » (extrait réunion temps 2).

Cadre de santé : « *j'ai été la personne cible, on voulait avoir ma tête* » (extrait entretiens brefs).

Cadre de santé : « *Ah j'ai une bonne note* » (extrait réunion temps 6).

Cadre de santé : « *ORSOSA me paraît très généraliste et je dirai très ciblé au niveau des ressentis de l'encadrement* » (extrait réunion temps 7).

Enfin, il insiste lors du temps 2 et 3 pour que les questionnaires soient remplis individuellement par les soignants.

Cadre de santé : « *je pense que les réactions seront plus spontanées, plus diluées car le collectif fait que la perception n'est pas la même quand on est en individuel que quand on réfléchit en collectif sur un sujet* » (extrait réunion temps 2).

Le cadre de santé n'est pas favorable au déploiement de la démarche dans son service de soins. Il craint que la démarche ORSOSA conduise à une évaluation de sa pratique quotidienne et le déstabilise. Celle-ci ne lui permet pas de développer son activité individuelle.

Le médecin de l'unité, s'est impliqué contre le déploiement de la démarche. Il regrette que la démarche ORSOSA ne soit pas adaptée spécifiquement aux services de gériatrie.

Médecin de l'unité : « *Le questionnaire soulève des problématiques mais y a pas les réponses qu'ont pu être apporté par les cadres, y a pas ce questionnement là par rapport aux problématiques que l'institution a pu apporter* » (extrait réunion temps 2).

Médecin de l'unité : « *moi ce que je reproche c'est que les causes de souffrance en gériatrie on les connaît, elles sont multiples, on y travaille (...) mais elles ne sont pas là-dedans (le questionnaire)* » (extrait réunion temps 4).

Médecin de l'unité : « *je pense qu'on aurait mérité un questionnaire plus orienté vers la gériatrie avec des problématiques plus profondes entre guillemets sur la fin de vie, au niveau du ressenti des familles, de la communication (...)* » (extrait réunion temps 7).

Il déplore que seuls les soignants remplissent le questionnaire.

Médecin de l'unité : « *Ce n'est pas une démarche collective, les cadres et médecins ne sont pas sollicités* » (extrait réunion temps 2).

De plus, il s'interroge sur les suites données à la démarche.

Médecin de l'unité : « *Que va-t-on faire par exemple si on montre une mauvaise relation entre IDE et médecin ?* » (extrait réunion temps 2).

Médecin de l'unité : « *je veux bien des idées car là je ne vois pas comment on peut améliorer l'interruption des tâches* » (extrait réunion temps 4).

Cet acteur a des difficultés à se projeter sur ce que pourrait apporter une telle démarche.

Le médecin de l'unité n'est pas favorable au déploiement de la démarche. Il regrette que les items du questionnaire ne soient pas adaptés aux difficultés rencontrées par les services de gériatrie. Il ne fait pas de lien entre son activité et ce que pourrait lui apporter la démarche.

Les acteurs de la médecine du travail

Le médecin du travail a semblé très intéressé par les objectifs de la démarche qu'il essaie de défendre malgré l'opposition des acteurs de terrain.

Médecin du travail : « *Le but est d'enclencher un travail de réflexion (...) ce n'est pas de rester dans la phase de restitution mais de voir s'il y a des éléments sur lesquels on peut agir pour améliorer l'organisation du travail actuelle* » (extrait réunion temps 1).

Médecin du travail : « *c'est une démarche participative intéressante car on responsabilise les agents par rapport à leur travail* » (extrait entretiens brefs).

Médecin du travail : « *Ce qui est intéressant aussi à travers cette étude, c'est que, vous m'arrêtez si je dis des bêtises, c'est qu'on alimente une base de données nationales et régionales à terme* » (extrait réunion temps 3)
Médecin du travail : « *la méthodologie est intéressante, c'est une démarche globale* » (extrait entretiens brefs).
Médecin du travail : « *L'organisation du travail dépasse les cadres, ORSOSA met en évidence la souffrance, le manque de moyen, l'organisation* » (extrait entretiens brefs).
Médecin du travail : « *l'objectif est clair, essayer de réinstaurer un échange transversal au sein des équipes sur le contenu du travail, créer une dynamique au sein des équipes* » (extrait entretien brefs).

La démarche est pour cet acteur l'occasion de réintroduire un débat sur l'organisation du travail. Il est renseigné sur la démarche ORSOSA et est très intéressé par la création d'une base de données nationale sur les CPO et les TMS en milieu de soins.

Aider au déploiement de la démarche ORSOSA est pour cet acteur l'occasion de donner du sens à son activité.

Médecin du travail : « *je suis noyé par les démarches individuelles dans le quotidien où apporter des solutions est très chronophage. ORSOSA laisse tomber les urgences* » (extrait entretiens brefs).
Médecin du travail : « *pour moi ORSOSA c'est plus important car ça porte sur le collectif : voir les agents juste pour mettre des tampons, c'est dommage ! Quoi que l'entretien individuel permet aux gens de s'exprimer, mais bon, on peut pleurer avec les agents dans le cabinet mais ça ne change rien* » (extrait entretiens brefs).

Ayant une faible ancienneté dans l'établissement, la démarche ORSOSA lui permet également de mieux connaître l'établissement.

Médecin du travail : « *La démarche a de l'intérêt pour moi car je suis dans l'établissement depuis deux ans. J'étais loin de connaître l'ensemble de l'hôpital et des acteurs. La démarche me permet une meilleure connaissance des services et la mise en contact avec certains dirigeants et agents. Ça me permet une certaine collaboration avec les cadres, ça a un rôle positif* » (extrait entretiens brefs).
Médecin du travail : « *ça permet de mieux comprendre à travers des réflexions, les rouages car je suis complètement extérieur, les IDE sont proches du terrain, moi moins. Ça me permet de comprendre comment ça fonctionne, de connaître les cadres* » (extrait entretiens brefs).
Médecin du travail : « *ça oblige les cadres à se positionner, leur montrer qu'ils ne sont pas les seuls maîtres à bord. On a le droit d'avoir un regard sur le service. Ça amène une réflexion de la part des cadres qui se sont sentis contraints de modifier leurs questionnements* » (extrait entretiens brefs).

Le médecin du travail est très favorable au déploiement de la démarche. Elle est pour lui, l'occasion d'intervenir dans les services de soins et ainsi de mieux connaître l'établissement. Il fait plusieurs liens entre le déploiement de la démarche et le développement de son activité individuelle.

L'infirmier du travail est intéressé et impliqué par la démarche. La démarche ORSOSA permettrait de resituer la médecine du travail dans les services de soins.

Infirmier du travail: « *ça permet de rappeler aux agents qu'il y a des personnes qui s'occupent de leurs conditions de travail* » (extrait entretiens brefs).

Ainsi, il différencie cette démarche d'autres, portées par des acteurs institutionnels.

Infirmier du travail : « *on veut accentuer le fait que c'est une démarche générale qui s'inscrit dans l'intervention, ce n'est pas quelque chose qui est pointé du doigt par l'institution* » (extrait réunion temps 4).

Infirmier du travail: « *il faut que les soignants se sentent plus moteurs au quotidien* » (extrait entretiens brefs).

L'infirmier du travail est très favorable au déploiement de la démarche dans l'établissement. Elle est pour lui l'occasion de montrer la valeur ajoutée du service de santé au travail dans l'hôpital.

En résumé, les différents acteurs ne sont pas tous favorables au déploiement de la démarche dans l'établissement. Les acteurs de terrain et le cadre supérieur n'en perçoivent pas l'intérêt. Cependant, la direction qualité et les acteurs de la médecine du travail font des liens entre leur activité individuelle et le déploiement de la démarche. La direction qualité y voit l'opportunité de travailler sur les liens à réaliser entre les différentes démarches préventives de l'établissement et les acteurs de la médecine du travail la possibilité d'intervenir dans les services de soins. Il convient à présent de s'intéresser à l'activité individuelle réelle de ces acteurs durant le déploiement de la démarche ORSOSA.

2.2. L'ensemble des acteurs de l'établissement s'implique peu dans le déploiement de la démarche

Les tableaux ci-dessous (cf. tableaux 32 à 37) mettent en exergue comment l'activité individuelle de chacun des acteurs s'inscrit ou non dans le déploiement de la démarche ORSOSA. Lorsque l'activité de l'acteur était selon nous spécifiquement liée aux missions qui lui sont confiées nous l'avons mis en gras. Les données présentées pour cette deuxième sous-partie proviennent principalement d'extraits de réunions (cf. Partie IV, chapitre 2).

Les acteurs institutionnels

Le directeur qualité

Missions de l'acteur au quotidien	Activités en lien avec la démarche ORSOSA	Verbatim associés
Ses missions visent à définir, piloter et contrôler la mise en œuvre de la politique qualité dans l'établissement (portant sur les produits, les matériels, les investissements, les modifications de procédés, etc...) vis-à-vis des référentiels réglementaires en vigueur (différentes normes). Il réalise une veille juridique et réglementaire dans le domaine de la qualité. Il participe au développement et à l'évaluation de la culture qualité au sein de l'établissement.	Fait des liens entre ses missions et la démarche Cherche à impliquer le médecin du travail (délégation) Ne se positionne pas comme acteur central durant le déploiement de la démarche Se positionne dans le suivi des préconisations	« Mon travail c'est de faire en sorte qu'on intègre bien dans le cadre des RPS des éléments qui mesurent ces risques et des plans d'actions », « Je n'ai pas joué un grand rôle, je fais le lien avec des actions au niveau institutionnel » (extraits entretiens brefs) « Moi je pense qu'il faut un échange préalable du médecin du travail avec les médecins, dire voilà en tant que médecin je souhaite faire ça pour travailler sur les risques professionnels » (extrait réunion temps 1). « Je pense que c'est déterminant que ce soit vous (au médecin du travail) qui portiez la démarche », « Le médecin doit être le leader de la démarche. Il faut réaffirmer notre volonté à la fois sur le respect du plan réglementaire mais aussi dans le cadre d'un travail en réseau de proposer des indicateurs plus objectifs dans l'établissement » (extraits réunion temps 2). « Notre rôle c'est juste de nous rendre au COPIL et commenter certains documents », « On travaille sur tout ce qu'on peut faire pour améliorer les conditions de travail donc je porte, adhère à la démarche officiellement même si je n'ai pas un rôle central », « Les leaders dans ce projet, c'est plus la RH et le médecin du travail, moi je suis plus dans l'accompagnement, je fais des synthèses » (extraits entretiens brefs). « Au niveau de la qualité c'est exactement la même communication, on ne pourra pas tout faire mais tout ce qu'on peut faire en termes d'amélioration, d'organisation on va le faire (...) améliorer la façon de travailler ensemble... c'est important de dire qu'on ne fera pas tout mais une partie » (extrait réunion temps 2). « Je suis en dehors du déploiement et je vais voir le plan d'actions si c'est bien récupéré derrière » (extrait entretiens brefs).

Tableau 32. L'activité du directeur qualité durant le déploiement de la démarche

Le directeur qualité a été présent à chacun des comités de pilotage mais ne s'est pas positionné comme acteur central. Il utilise fréquemment le « on » plutôt que le « je ». Ainsi, le directeur qualité ne semble pas faire le lien entre le déploiement de la démarche et son activité individuelle. Il est peu intervenu durant le déploiement de la démarche, seulement dans le suivi des préconisations. Sa principale participation a visé à renforcer l'implication du médecin du travail, garant de la prévention des risques professionnels dans l'établissement, suite aux difficultés rencontrées par l'intervenant dans le service de soins. Il souhaite déléguer au médecin du travail le déploiement de la démarche. En référence aux différents types d'acteurs ressources recensés par Bruyère (2004), (cf. partie II, chapitre 2), nous catégorisons le directeur qualité de « référent ». Ce dernier souhaite impliquer le médecin du travail pour convaincre les acteurs de terrain de bien vouloir participer à la démarche.

Missions de l'acteur au quotidien	Activités en lien avec la démarche ORSOSA	Verbatim associés
Ses missions visent à organiser, coordonner et encadrer les moyens d'un pôle. Il est à la fois l'interlocuteur privilégié entre la direction de l'établissement et les équipes mais aussi responsable de la qualité, de la continuité des soins des services dont il a la charge tout en veillant à la formation et au transfert de compétences de ses équipes. Il participe à la mise en œuvre de la politique d'établissement, coordonne ses moyens (techniques, financiers, humains, informationnels...), ainsi que l'activité de ses services. Il est le responsable	Exprime regretter de ne pas avoir été intégré au déploiement de la démarche Soutien son cadre de santé	« <i>je n'ai pas été inclus du tout dans toute la démarche</i> » (extrait entretiens brefs). « <i>j'ai vu dans votre tableau (tableau final des préconisations) qui doit être général à tous les établissements dans les responsables des actions le cadre sup n'y est pas</i> » (extrait réunion temps 2). « <i>vous êtes psychologue, vous pouvez comprendre si je parle de territoire, j'ai besoin de savoir, d'être au courant de ce qui se passe, je demandais juste un petit coup de fil pas forcément un e-mail. Heureusement que je communique avec mon cadre</i> », « <i>je n'ai pas eu de rôle, j'interviens plutôt au niveau du plan d'actions. J'interviens en cas de difficultés. Après quel rôle avoir quand on n'est pas au courant qu'il y a une démarche, que c'est le cadre qui nous informe ?</i> » (extraits entretiens brefs). « <i>On ne sait jamais ce qui va ressortir, je souhaite que dans le compte-rendu, le cadre soit dédouané, qu'ORSOSA serve au moins à ça. J'ai insisté à chaque fois que ça n'allait pas dans ce sens. Vu que le questionnaire était orienté par rapport à ça, au moins, les gens nous lâchent</i>», « <i>Les soupçons sur le cadre ne se sont pas révélés vrai donc ça soulage(...) mon jugement n'est pas si mauvais</i> », « <i>je ne sais pas ce qui pourrait aider car on ajoute des contraintes de A à Z aux cadres pour organiser les réunions, trouver des salles, contacter les agents. Honnêtement on s'en passerait bien (...) le cadre a du boulot par-dessus la tête</i> » (extraits entretiens brefs). « <i>non mais alors s'il y avait beaucoup de points positifs pourquoi ça n'apparaît pas du tout le positif qu'il y avait car</i> » « <i>le cadre de santé semble soutenir son équipe</i> », on ne peut pas dire que ce soit très positif » (extrait réunion temps 2).

hiérarchique du cadre de santé.	Positionnement gestionnaire	« 180 h de temps d'agents (une mensualité) pour un résultat sans intérêt pour le meilleur fonctionnement de l'unité et aucune avancée à 6 mois dans les préconisations (...) cela me semble cher payé dans un contexte de crise et de restrictions budgétaires », « on est serré en termes d'encadrement par rapport aux heures supplémentaires (...) quand il y a dix personnes pendant deux heures en réunion, ça fait vingt heures (...) donc il faut redonner une demi-journée dans la semaine » (extraits entretiens brefs).

Tableau 33. L'activité du cadre supérieur durant le déploiement de la démarche

Le cadre supérieur a été mal positionné par l'intervenant dans le déploiement de la démarche compte tenu dès le temps 2 de l'opposition collective des acteurs de terrain (cf. partie IV, chapitre 4.). Le cadre supérieur a cherché à profiter du déploiement de la démarche afin de protéger son cadre de santé des éventuels résultats négatifs de l'enquête. Il déplore de plus le décalage entre les contraintes imposées (en termes de disponibilité des acteurs, de temps demandé) au pôle et les ressources nécessaires afin de déployer une telle démarche. Cet acteur fait des liens entre le fonctionnement au quotidien de l'unité, son activité et la démarche mais pour démontrer que cette dernière n'est pas adaptée à la spécificité du service de soins. Nous qualifions la participation de cet acteur durant le déploiement de la démarche « d'opposante »¹²⁰.

¹²⁰ Catégorie non utilisée par Bruyère (2004), (cf. partie II, chapitre 2). Nous l'avons ajoutée.

Les acteurs de terrain

Le cadre de santé

Missions de l'acteur au quotidien	Activités en lien avec la démarche ORSOSA	Verbatim associés
Ses missions consistent à organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations. Il est le responsable direct des soignants.	Se positionne comme un exécutant vis-à-vis de la démarche ORSOSA Recense les difficultés vécues dans son service de soins Justifie plusieurs résultats du questionnaire Fait des liens avec les besoins matériels de ses soignants	« <i>ce projet n'est pas le mien</i> », « <i>je ne suis pas l'acteur principal, c'est un projet institutionnel, on me demande d'être disponible, d'aider, de participer à l'organisation mais ce n'est pas mon projet</i> », « <i>la démarche aurait pu être plus portée, moi je n'ai fait qu'exécuter</i> », « <i>j'ai été un bon petit soldat qui exécute et qui met son ressenti de côté</i> » (extraits entretiens brefs). « <i>Sur 74 patients que nous avons, nous en avons quatre qui ont la capacité de se lever seul de leur lit donc ça donne une représentation du nombre de personnes qu'il faut installer, mobiliser(...) ça fait partie des contraintes importantes</i> », « <i>Malgré les soins on accompagne les pertes(...) faire le deuil</i> » (extraits réunion temps 4). « <i>difficile d'investir alors qu'on est un lieu de vie et que les personnes viennent y vivre sur une plus courte durée</i> » (extrait réunion temps 7). « <i>je ne suis pas d'accord avec vous car tout les jours l'IDE référent me permet de me dédoubler, je suis capable de savoir ce qu'ont les 74 résidents quand l'équipe m'interpelle. Je suis en capacité de pouvoir accompagner</i> » (extrait réunion temps 7). « <i>l'interruption des tâches je ne suis pas étonné (...) quand on est au service d'autrui c'est aussi un peu compréhensif qu'on soit interrompu (...) ça me semble faire partie du métier (...) ça dépend si l'on se centre sur les besoins du résident ou du professionnel (le soignant)</i> » (extrait réunion temps 4). Cadre de santé : « <i>par contre hormis ORSOSA est-ce qu'il existe d'autres démarches au niveau d'aide au niveau des unités ?</i> » Intervenant : <i>au niveau de la prévention ?</i> Cadre de santé : <i>voilà est ce que ça ne serait pas qu'un professionnel se chausse correctement, un endroit pour avoir un rappel des bonnes pratiques (...). Puis un endroit où les soignants puissent étendre leurs muscles, se détendre après avoir accompagné les patients. On est dans cette prévention là il me semble (...).</i> Intervenant : <i>(...) à mon avis ça ne me paraît pas jouable au niveau du coût</i> Cadre de santé : <i>oui mais ORSOSA ça coûte un budget</i> Intervenant : <i>c'est la CNRACL qui finance</i> Médecin du travail : <i>ça ne coûte rien à l'hôpital</i> Cadre de santé : <i>en termes de prévention est-ce que ça ne serait pas de prendre soin des gens qui prennent soin des patients</i> » (Extrait réunion temps 7).

Tableau 34. L'activité du cadre de santé durant le déploiement de la démarche

Le cadre de santé s'exprime peu sur son activité et notamment sur la façon dont il gère les difficultés rencontrées. Cet acteur, ne fait pas de lien entre la démarche et son activité individuelle

mais avec le fonctionnement au quotidien de l'unité, afin de démontrer que la démarche ORSOSA n'est pas adaptée à la spécificité de son unité, ni même aux besoins de ses soignants. Nous qualifions, tout comme le cadre supérieur, la participation de cet acteur durant le déploiement de la démarche, « d'opposante »¹²¹.

Le médecin de l'unité

Missions de l'acteur au quotidien	Activités en lien avec la démarche ORSOSA	Verbatim associés
Cet acteur est le responsable médical de l'organisation générale de son service de soin. A ce titre, il doit définir et appliquer un projet médical. Il réalise de plus une activité de soins (suivi des patients...) et participe à la formation des futurs médecins (internes et externes).	Critique de l'outil ORSOSA Justification des choix managériaux pour son service Rôle vis-à-vis de la démarche	« la gériatrie c'est vraiment spécifique, ORSOSA n'étudie pas les bons indicateurs et n'interroge pas les soignants sur leurs réelles problématiques. Même au niveau de l'organisation on a un fonctionnement particulier, adapté aux patients » (extrait réunion temps 2). « il faut qu'on ait un œil très aiguisé par rapport aux situations pour qu'il n'y ait jamais quelque chose qui dérape jamais (...) il peut y avoir à un moment un sentiment de persécution car on (médecin et cadre de l'unité) est très vigilant mais ce n'est pas à titre punitif(...), « c'est pour ça qu'il faut protéger les équipes et les malades surtout (...) l'équipe n'est pas en situation de vulnérabilité (...). Ils (les soignants) ne sont pas grabataires, ils n'ont pas les mêmes capacités pour se défendre » (extraits réunion temps 4). « chapoter et promouvoir la démarche avec le cadre infirmier » (extrait entretiens brefs). « dans ce cas là c'est vrai qu'il faudrait mettre aussi une croix (dans le tableau des préconisations) au médecin car là ça fait bizarre il n'est responsable de rien » (extrait réunion temps 7).

Tableau 35. L'activité du médecin de l'unité durant le déploiement de la démarche

Le médecin de l'unité fait plusieurs comparaisons entre le fonctionnement au quotidien du service de soins et la démarche. Selon lui, la démarche n'est pas adaptée à la spécificité du secteur de la gériatrie. Nous qualifions la participation de cet acteur durant le déploiement de la démarche « d'opposante ». Sa participation est cependant ambiguë car bien qu'il soit opposé au déploiement de la démarche dans son service, il est présent à chacune des réunions prévues par la démarche ORSOSA et regrette de ne pas avoir un rôle précis à jouer lors du temps 7 (restitution collective).

¹²¹ Catégorie non utilisée par Bruyere (2004), (cf. partie II, chapitre 2)

Les acteurs de la médecine du travail

Le médecin du travail

Missions de l'acteur au quotidien	Activités en lien avec la démarche ORSOSA	Verbatim associés
« Sa mission fondamentale est d'éviter toute altération de la santé physique et mentale des travailleurs du fait de leur travail ». Il assure le suivi médical des salariés (visites d'embauche, de reprises, suivis individuels des salariés à risque, émet des avis d'aptitude) et conseille l'employeur en matière de préservation de la santé au travail. Pour cela, il réalise un tiers de son temps de travail (appelé le tiers temps) au sein des entreprises et met en place des actions de prévention des risques professionnels. La tâche attendue est exclusivement une médecine préventive (amélioration des conditions de travail, adaptation de poste de travail, protection de nuisances, actions d'informations et de formations...). Cependant la tâche attendue par les médecins dans la loi n'est pas forcément celle attendue dans les CH (consultation prévention secondaire).	Intervient dans les services de soins Cherche à impliquer d'autres acteurs Insiste sur l'importance du débat entre les acteurs Insiste sur la prise en compte du ressenti des soignants et du cadre de santé	« je vais venir présenter la démarche à l'équipe du soir » (extrait réunion temps 3). « je vais retourner voir cette histoire de sacs à linge » (extrait réunion temps 4). « il faudrait que j'essaie de contacter le médecin de l'unité pour essayer de le convaincre » (extrait réunion temps 6). « J'ai fait une erreur, je n'étais pas présent à la première réunion, je pense que c'est dommage (...) je vais essayer de rectifier les choses » (extrait réunion temps 7). [Au sujet de la direction des soins] « peut être que j'aurais dû plus la solliciter et que du coup, elle aurait été plus impliquée. Si c'était à refaire, je travaillerais dans ce sens, d'ailleurs on va rencontrer le nouveau directeur des soins pour voir comment s'inscrit le projet dans la suite » (extrait entretiens brefs). « L'objectif est d'instaurer une sorte de dialogue social qui permet une compréhension réciproque des uns et des autres, c'est aussi le but de ce travail » (extrait réunion temps 4). « La prévention c'est une difficulté, c'est compliqué de mettre en œuvre les bonnes pratiques (...) c'est là que le débat est intéressant entre les gens qui travaillent », « après mon expérience industrielle je pense que la prévention c'est un débat permanent qui doit être instauré au sein d'une équipe et dans les milieux industriels il y a des animateurs sécurité, qui viennent de l'extérieur(...) il faut comprendre qu'il ne suffit pas d'injonction de bonnes pratiques pour que ça fonctionne mais il faut un débat entre les individus eux même(...) c'est le rôle de tout le monde et le vôtre aussi (aux acteurs de terrain) d'ailleurs mais pas seulement car si c'est une injonction ça ne marchera pas » (extraits réunion temps 7). « c'est très important de travailler sur le ressenti, je dirais que là on peut faire quelque chose », « y a aussi qu'un soignant en situation de souffrance peut aussi être malveillant enfin il y a plus de risque » (extraits réunion temps 4) « la perception du cadre de santé c'est essentiel on travaille en termes de psycho dynamique sur le ressenti. La perception ce n'est pas une vérité mais la vérité n'existe pas donc la seule chose intéressante c'est la perception donc il faut travailler ensuite sur la modification des perceptions » (extrait réunion temps 7).

	Fait des liens avec son expérience professionnelle antérieure Positionne la médecine du travail dans ce type de démarche Souhaite positionner la démarche au sein des projets institutionnels de l'établissement	« moi, j'ai travaillé pour le privé et c'est vraiment différent, y a des personnes qui ne travaillent que sur l'organisation » (extrait réunion temps 5). « Il faut accepter de perdre du temps pour en gagner, perdre de l'argent pour en gagner » (extrait entretiens brefs). « il est tout naturel qu'en tant que médecin du travail, je m'intéresse à vos conditions de travail » (extrait réunion temps 4) « ORSOSA s'inscrit pour moi dans le rôle du service de santé au travail », « j'ai fait une présentation sur le burn-out à la société d'hygiène hospitalière et j'ai parlé de la démarche. Y avait 600 personnes. L'organisation du travail dépasse les cadres, ORSOSA met en évidence la souffrance, le manque de moyen, l'organisation et je suis là pour l'accompagner » (extraits entretiens brefs). Intervenant : « je voulais voir avec vous pour essayer de valoriser la démarche en disant : vous le passez mais ce n'est pas une évaluation, c'est un bénéfice pour vous. DRH : mais on a parlé projets de recherche, on a dit que c'était une démarche nationale (...) que notre CH avait été sélectionné Direction qualité : (...) moi j'ai une idée on pourrait parler de risques professionnels et le mettre en lien avec le document unique. Le but étant d'avoir une approche globale avec différentes démarches en parallèle car on nous reproche de ne rien faire. Médecin du travail : oui ça peut aider et en plus il y a une logique convergente. On peut dire que dans le cadre de la réévaluation du DU (document unique) il y a un certain nombre de risques notamment les TMS et les CPO et on a besoin d'indicateurs objectifs pour ne pas rester sur des données subjectives. Direction qualité : tout à fait, avoir des indicateurs objectifs ! Médecin du travail : voilà c'est un contexte réglementaire et pour lequel on a besoin d'indicateurs objectifs et la démarche ORSOSA s'inscrit dans ce cadre. Les gens ne voient pas la cohérence donc c'est une bonne idée. Direction qualité : dire voilà depuis plusieurs années on travaille sur les risques professionnels mais évoluant de manière forte voilà les actions que l'on propose ! Médecin du travail : oui il faut valoriser ce travail de prévention que nous faisons aujourd'hui car ça manque ». (extrait COPIL 1, temps 1).

Tableau 36. L'activité du médecin du travail durant le déploiement de la démarche

L'activité du médecin du travail se réalise dans différentes actions en lien avec la démarche ORSOSA : intervention dans le service de soins, recherche des acteurs leviers, positionnement de la médecine du travail sur les problématiques de santé au travail, mise en débat les difficultés

rencontrées par les soignants... Sa forte implication apparaît en lien avec son activité individuelle.

Il souhaite faire vivre et généraliser ce type de démarche à l'ensemble de l'établissement en cherchant à impliquer un maximum les différents acteurs présents lors des réunions afin de leur démontrer l'intérêt de la démarche. En référence aux différents types d'acteurs ressources recensés par Bruyère (2004), (cf. partie II, chapitre 2), nous catégorisons le médecin du travail de « fondateur ». En effet, il aide l'intervenant à déployer la démarche dans le service de soins.

L'infirmier du travail

Missions de l'acteur au quotidien	Activités en lien avec la démarche ORSOSA	Verbatim associés
Théoriquement, cet acteur doit accompagner le médecin du travail dans la réalisation de ses missions. L'activité de l'infirmier du travail est diverse : gérer les équipements de protection individuelle (EPI) ; mettre en place des formations ; réaliser des études ergonomiques de poste de travail ; organiser les visites médicales et le tiers temps du médecin du travail ; faire des enquêtes ; gérer le registre des accidents du travail et mettre en place les campagnes de vaccinations auprès du personnel soignant, réaliser des tests médicaux...	Se positionne en relai Déplore manquer de légitimité pour agir seul dans les services de soins Lien entre la démarche et les visites médicales Lien entre l'activité des soignants et l'interruption des tâches S'interroge sur la suite de la démarche	« On va être un relais pour donner l'information, expliquer la démarche au niveau des agents pour essayer de leur fournir un maximum d'informations pour qu'un maximum adhère à la démarche » (extrait entretiens brefs). « Moi je suis un IDE du travail jeune dans la profession, on a un manque de crédibilité », « Pour les cadres et les médecins je ne me sens pas à l'aise c'est plus au médecin du travail d'intervenir », « je suis intervenu durant la réunion pour montrer notre honnêteté et à la fin de la réunion, on m'a dit qu'ils (acteurs de terrain) avaient raison, (le tirage au sort est faux) » (extraits entretiens brefs). « on fait des liens (durant les visites individuelles avec les soignants) quand on voit les agents au niveau individuel, on leur explique que c'est important qu'ils s'impliquent car c'est eux qui vivent les choses, la réalité du terrain », « ça permet de mettre en exergue des difficultés en lien avec la santé au travail qu'on retrouve au niveau individuel » (extraits entretiens brefs). « le lève malade dysfonctionne bon bien finalement on va faire sans de peur qu'il y ait un souci (...) et c'est ça l'interruption des tâches aussi le matériel qui n'est pas à la portée de main c'est usant je me souviens très bien », « ce n'est pas toujours facile de demander de l'aide aux collègues qui sont en train de faire des soins ou autre mais pourtant c'est essentiel » (extraits réunion temps 5). « c'est un projet de grande envergure, à voir si dans le temps on peut le gérer en interne, on a peu de moyens », « comment matériellement poursuivre le projet à grande échelle sachant qu'on a d'autres projets en parallèle » (extraits entretiens brefs).

Tableau 37. L'activité de l'infirmier du travail durant le déploiement de la démarche

L'infirmier du travail fait des liens entre la démarche ORSOSA et les visites médicales individuelles. Il se sert de son ancienne expérience professionnelle en tant qu'infirmier afin d'initier des échanges sur le travail avec les soignants. Il cherche à impliquer un maximum les différents acteurs présents lors des réunions afin de les impliquer dans la démarche. De plus, nous percevons que la mise en place d'une telle démarche questionne l'infirmier du travail sur son activité. En référence aux différents types d'acteurs ressources recensés par Bruyère (2004), (cf. partie II, chapitre 2), nous catégorisons l'infirmier du travail de « facilitateur ».

Conclusion de l'analyse de nos données pour le terrain 2 :

Nous avons montré que les acteurs de terrain et le cadre supérieur ne sont pas favorables au déploiement de la démarche dans leur service de soins. Ainsi, ils font peu de lien entre le déploiement de la démarche et leur activité individuelle. Seuls les acteurs de la médecine du travail font des liens entre leur activité individuelle et le déploiement de la démarche, convaincus de l'intérêt de généraliser ce type de démarche à l'ensemble de l'établissement. Ils se servent de leurs connaissances sur l'organisation des services de soins afin d'initier un débat entre les acteurs présents lors des réunions. C'est ainsi que nous avons catégorisé différents types d'acteurs ressources (Bruyère, 2004). Nous avons recensé des opposants (les acteurs de terrain et le cadre supérieur), des « fondateurs » (médecin du travail et infirmier du travail) et un « référent » (le directeur qualité).

L'opposition des acteurs internes et du cadre supérieur empêche un déploiement efficient de la démarche dans le service de soins suivi. Ils apportent des éléments contextuels durant le déploiement de la démarche afin de démontrer en quoi la démarche n'est pas adaptée aux besoins du service de soins. En effet, ils se servent de leurs connaissances terrain comme d'une variable stratégique d'opposition afin de montrer leur désaccord vis-à-vis de la démarche. Nous pouvons parler de stratégies d'acteurs. Ces acteurs se sont alors retrouvés autour d'un objet commun (s'opposer à la démarche ORSOSA) afin de se mobiliser collectivement contre son déploiement (cf. chapitre 5 pour plus de précisions).

3. Quand la démarche ORSOSA s'inscrit au cœur des attentes des acteurs en charge de son déploiement (terrain 3)

Nous allons à présent décrire la façon dont les acteurs, présents durant le déploiement de la démarche dans le terrain 3, perçoivent la démarche ORSOSA, en lien avec leur activité individuelle (3.1.). Nous verrons ensuite comment ils s'impliquent dans le déploiement de la démarche (3.2.).

3.1. Des acteurs très favorables au déploiement de la démarche ORSOSA dans leur établissement, en accord avec les mobiles et buts poursuivis dans leur activité individuelle

Les acteurs en présence durant le déploiement de la démarche ORSOSA ne s'impliquent pas de la même manière (cf. partie 5, chapitre 2). Ils sont cependant tous favorables au déploiement de la démarche (cf. monographie partie IV, chapitre 4). Il convient alors de repérer comment la démarche fait échos aux mobiles et buts qu'ils poursuivent dans leur activité individuelle. Nous allons tout d'abord nous intéresser aux acteurs institutionnels, puis aux acteurs de terrain, puis aux acteurs de la médecine du travail. Les données présentées pour cette première sous-partie proviennent de nos entretiens brefs et de fin de démarche (cf. Partie IV, chapitre 2).

Les acteurs institutionnels

La direction des soins est favorable au déploiement de la démarche dans l'établissement. En effet, elle irait dans le sens de ce que l'établissement souhaite mettre en œuvre.

Direction des soins: « ça va dans le sens que l'on souhaite, responsabiliser les équipes pour qu'elles agissent sur leur organisation du travail, rendre le pouvoir aux agents » (extrait entretiens brefs).

Direction des soins : « ça permet une large expression du personnel, on leur propose de trouver eux-mêmes leurs solutions », « ça génère de la satisfaction » (extrait entretiens brefs).

Cet acteur semble intéressé par les démarches préventives participatives.

De plus, la démarche permettrait à cet acteur d'avoir des ressources pour déployer ce type d'approche préventive en milieu de soins.

Direction des soins : « je suis très partant car seul on ne peut pas faire grand-chose, là on est accompagné dans un cadre structurant, aidant et ça permet d'avancer sur nos pratiques » (extrait entretiens brefs).

C'est ainsi que la direction des soins pose plusieurs questions à l'intervenant, relatives à la suite de la démarche.

Direction des soins: « *c'est vous qui animez le groupe d'interruption de tâches ?* » (extrait réunion temps 7)

Direction des soins : « *vous aviez pensé à combien de personnes ?* » (extrait réunion temps 7)

Direction des soins : « *quand souhaitez-vous intervenir ?* » (extrait réunion temps 7).

La direction des soins est favorable au déploiement de la démarche. Elle y perçoit l'opportunité de développer des démarches préventives au sein de l'établissement et de pouvoir bénéficier d'une ressource qualifiée (le psychologue du travail) afin de déployer la démarche.

Le gestionnaire des risques est favorable au déploiement de la démarche dans l'établissement. Celle-ci lui permettrait d'agir directement sur la prévention des risques professionnels et de les mettre en lien avec d'autres projets institutionnels en cours.

Gestionnaire des risques : « *je pense que c'est intéressant, c'est un autre éclairage* (extrait entretiens brefs).

Gestionnaire des risques : « *ORSOSA c'est un nouveau regard, une fenêtre particulière qui se croise avec les autres dispositifs (...) on a les mêmes axes de travail, ça montre qu'on ne se trompe pas* » (extrait entretiens brefs).

Gestionnaire des risques : « *c'est quelque chose qui est vraiment important car c'est au cœur de la gestion des risques, quand on aura vu tout ça, on aura moins d'événements indésirables graves. Là, pour le coup, c'est traiter les causes* » (extrait réunion temps 6).

Le gestionnaire des risques est favorable au déploiement de la démarche. Elle lui permet de faire des liens avec l'ensemble des démarches préventives mises en œuvre dans l'établissement. Ainsi, il réalise plusieurs liens entre la démarche ORSOSA et le contexte institutionnel de l'établissement.

Les acteurs de terrain

Le cadre de santé est favorable au déploiement de la démarche dans son service de soins. Elle lui permettrait de l'aider à améliorer l'organisation actuelle de son service.

Cadre de santé : « *ça aide à trouver des pistes de réflexions (...), voir sur quoi on peut progresser* » (extrait entretiens brefs).

Cadre de santé : « *c'est d'autres yeux, une ouverture d'esprit, une aide à identifier ce qui ne va pas* » (extrait entretiens brefs).

Selon cet acteur, le déploiement de la démarche est l'opportunité d'améliorer ses connaissances vis-à-vis des besoins des soignants.

Cadre de santé : « *ça permet de soutenir les équipes* » (extrait entretiens brefs).

Cadre de santé : « *ça permet de savoir ce qui ne va pas, ça permet aux personnels de s'exprimer, on perçoit plus finement les besoins au quotidien* » (extrait entretiens brefs).

Enfin, il n'a pas ressenti, comme les deux cadres de santé précédent, que sa pratique professionnelle était évaluée par les items du questionnaire ORSOSA.

Cadre de santé : « *ça n'a pas été un regard dérangeant, j'ai compris l'intérêt, on se sent acteur de ce que l'on dit* » (extrait entretiens brefs).

Le cadre de santé est favorable au déploiement de la démarche car elle lui permet d'améliorer le fonctionnement de son service de soins et de développer ses collaborations avec les soignants.

Le médecin de l'unité est favorable au déploiement de la démarche dans son service de soins. Elle lui permettrait d'améliorer son organisation actuelle.

Médecin de l'unité : « *ça va enfin nous permettre de se poser tous ensemble pour réfléchir* » (extrait entretiens brefs).

Médecin de l'unité : « *ça permet d'avancer, d'améliorer les conditions de travail, les relations entre différents professionnels* » (extrait entretiens brefs).

Médecin de l'unité : « *c'est important de travailler sur les TMS et les contraintes ça va avoir une influence sur la façon dont les soignants vivent leur travail* » (extrait entretiens brefs).

Le médecin de l'unité fait des liens entre la prévention des risques professionnels et les répercussions sur l'activité des soignants.

Le médecin de l'unité est favorable au déploiement de la démarche. Elle lui donnerait l'opportunité de faire avancer son service de soins sur les difficultés rencontrées quotidiennement.

Les acteurs de la médecine du travail

Le médecin du travail semble très attaché au déploiement de la démarche dans l'établissement.

Médecin du travail : « *on est convaincu par l'intérêt de cette démarche donc on se débrouille toujours pour y participer* » (extrait entretiens brefs).

En effet, la démarche lui permettrait d'intervenir avec plus d'efficacité dans les services de soins.

Médecin du travail : « *la démarche permet de poser un cadre institutionnel où l'on échange avec les équipes, on formalise les échanges, ça permet de mieux connaître les unités et leurs organisations* » (extrait entretiens brefs).

Le dispositif ORSOSA lui donnerait un cadre d'intervention.

Cet acteur semble connaître la démarche et la valorise par rapport à d'autres dispositifs en cours dans l'établissement.

Médecin du travail : « *Disons que là y a une dimension supplémentaire, un suivi par la suite et une recherche de solutions comparativement à l'étude X* » (extrait réunion temps 1).

Le médecin du travail est très favorable au déploiement de la démarche dans l'établissement. Elle lui permet de proposer un accompagnement plus efficient au service de soins.

L'infirmier du travail semble très favorable au déploiement de la démarche. Celle-ci lui permettrait de donner du sens à son activité quotidienne.

Infirmier du travail : « *c'était important pour moi que l'on puisse faire la démarche, ça donne du sens, on est privilégié* » (extrait entretiens brefs).

Le cadre méthodologique de la démarche lui a permis d'exercer son rôle au sein des services de soins.

Infirmier du travail : « *la démarche m'a permis de dire des choses que je n'aurais pas osé comme le poids des sacs, le dysfonctionnement avec le lave-bassin, le manque de formation avec les ASH* » (extrait entretiens brefs).

Déployer cette démarche c'est pour cet acteur l'occasion d'acquérir plus de légitimité lors de ses interventions.

L'infirmier du travail est très favorable au déploiement de la démarche dans l'établissement. En effet, elle lui permet de déployer son activité.

En résumé, l'ensemble des acteurs est favorable au déploiement de la démarche. Chacun y voit un intérêt lié à son activité individuelle: aider à la mise en œuvre de projets en cours, développer sa pratique, avoir un contexte d'intervention, acquérir de la légitimité... Il convient à présent de s'intéresser à l'activité individuelle de ces acteurs durant le déploiement de la démarche ORSOSA.

3.2. Les acteurs s'impliquent massivement dans le déploiement de la démarche en lien avec leur l'activité individuelle

Les tableaux ci-dessous (cf. tableaux 38 à 43) mettent en exergue comment l'activité individuelle de chacun des acteurs s'inscrit ou non dans le déploiement de la démarche ORSOSA. Lorsque l'activité de l'acteur était selon nous spécifiquement liée aux missions qui lui sont confiées nous l'avons mis en gras. Les données présentées pour cette deuxième sous-partie proviennent principalement d'extraits de réunions (cf. Partie IV, chapitre 2.).

Les acteurs institutionnels

La direction des soins (faisant aussi fonction de directeur qualité)

Missions de l'acteur au quotidien	Activités en lien avec la démarche ORSOSA	Verbatim associés
Direction des soins : Ses missions consistent à concevoir, piloter et évaluer les résultats de la politique de soins de l'établissement, notamment la coordination générale des tâches de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. La direction des soins est aussi chargée de missions transversales telles que le maintien en emploi des soignants. Cet acteur est le responsable hiérarchique des cadres supérieurs. Directeur qualité : Ses missions visent à définir, piloter et contrôler la mise en œuvre de la politique qualité dans l'établissement (portant sur les produits, les matériels, les investissements, les modifications de procédés, etc...) vis-à-	Fait des liens entre la démarche et des projets institutionnels à venir dans l'établissement Insiste pour être présent lors du déploiement de la démarche	[L'intervenant reprend les préconisations établies par les différents acteurs] Intervenant : « (...) vous aviez eu un stagiaire qui vous avez permis de créer un vrai espace de parole, permettant de débriefer entre vous, donc il faut voir si on ne peut pas le mettre de façon plus pérenne dans le service. Médecin de l'unité : <i>oui c'est ce qu'on avait demandé dans le projet médical du pôle, de partager le psychologue pour les différents services de gériatrie.</i> Direction des soins : <i>alors c'est en voie de développement dans l'établissement puisqu'on parle de supervision par des psychologues extérieurs. Aujourd'hui plusieurs équipes en bénéficient et ça arrive progressivement donc c'est dans les projets à venir. C'est bien entendu !</i> Médecin de l'unité : <i>à la fois pour les soignants et pour les patients puisqu'on est vraiment très en difficulté pour accompagner les patients dans leur deuil d'autonomie enfin d'indépendance. On ne peut plus utiliser le psychologue du palliatif qui est débordé.</i> Direction des soins : <i>alors c'est également posé dans le projet de soin l'accompagnement social, enfin psychologique des équipes on parle de supervision et ensuite de temps pour les patients. (...)</i> » (Extrait réunion temps 7). « je suis directeur qualité aussi, j'ai la double casquette donc ça a tout son sens que je sois aussi présent », « j'ai très vite réagis quand j'ai vu que je n'étais pas convié aux restitutions, on a besoin d'accompagner les équipes pour le développement des compétences, améliorer les pratiques, réfléchir sur l'organisation » (extraits entretiens brefs).

vis des référentiels réglementaires en vigueur (différentes normes). Il réalise une veille juridique et réglementaire dans le domaine de la qualité. Il participe au développement et à l'évaluation de la culture qualité au sein de l'établissement.	Se considère comme acteur ressource Repositionne plusieurs acteurs	« j'accompagne puis j'appuie. Je fais le lien avec certaines problématiques, j'essaie de favoriser la résolution de problèmes notamment du lave-bassin (...) je soutiens et appuie la démarche et garantis la mise en œuvre des actions », « j'ai appuyé la démarche pour qu'elle se fasse, je suis partie prenante » (extraits entretiens brefs). « vous vous souvenez lors d'une réunion, les équipes avaient dit que le cadre (le cadre de santé) répondait au téléphone. Non je suis désolé il n'est pas standardiste ! J'ai donc reposé les choses, les missions du cadre, si je ne le redis pas, je pense que personne ne le fait » (extrait entretiens brefs). « le CH a pour projet de recentrer les soignants sur leur cœur de métier », « il faut redéfinir les missions des ASH et ne pas leur demander des glissements de tâches » (extraits réunion temps 7).

Tableau 38. *L'activité de la direction des soins durant le déploiement de la démarche*

La direction des soins se positionne comme acteur ressource. Elle fait plusieurs liens entre le fonctionnement de l'établissement et les difficultés remontées dans le service de soins. En outre, elle insiste à plusieurs reprises sur la nécessité que chaque corps de métier reste sur les fonctions qui leurs sont fixées. La direction des soins fait plusieurs liens entre son activité individuelle et le déploiement de la démarche. En référence aux différents types d'acteurs ressources recensés par Bruyère (2004), (cf. partie II, chapitre 2), nous catégorisons la direction des soins de « référent ». En effet, en contact avec une diversité d'acteur, ce dernier facilite la circulation de l'information dans l'établissement.

Le gestionnaire des risques

Missions de l'acteur au quotidien	Activités en lien avec la démarche ORSOSA	Verbatim associés
Théoriquement, les missions de ce professionnel consistent à mettre en lien l'ensemble des dispositifs préventifs de l'établissement entre eux. Il travaille sur plusieurs projets transversaux en collaboration avec différentes directions et il est amené à se rendre sur le terrain afin de déployer les dispositifs en cours.	Fait des liens avec les projets institutionnels en cours	« je pense que c'est intéressant, c'est un autre éclairage. Il y a aussi le CLACT (contrats locaux d'amélioration des conditions de travail) on ne fait pas rien ! le DU (document unique) qu'on met à jour régulièrement, on travaille sur le parcours professionnel des agents, les entretiens annuels, il y a donc des temps d'écoute (...) on a les mêmes axes de travail (qu'avec la démarche ORSOSA) » (extrait entretiens brefs). « On va quand même être sur des démarches similaires mais à une autre échelle car vous allez travailler sur deux unités » (extrait réunion temps 1)
	Se positionne comme coordinateur de la démarche	« Ben moi je veux bien m'y mettre mais je suis en formation une semaine par mois », « ça fait 10 ans que je travaille ici sur des postes et des secteurs différents. J'ai une bonne connaissance du fonctionnement et des individus », « je pense que pour la méthode il faut prendre quelqu'un qui connaît bien le terrain, pas la médecine du travail car ils ont un regard médical, ils ne sont pas dans les services, ni quelqu'un étant en position hiérarchique, ce qui est mon cas pour faire appuyer la demande auprès des services concernés » (extrait entretiens brefs). « j'ai une vision de tous les services(...) ORSOSA vient conforter tout ce que je fais à côté » (extraits entretiens brefs).
	Fait des liens avec les difficultés d'autres services	« y a des services qui n'ont plus de sacs de 100 litres (...) on les a enlevé. C'est aux soignants de réduire la quantité, ça leur appartient, c'est eux qui bourrent les sacs personne d'autre. C'est des petites choses qui peuvent tout changer » (extrait réunion temps 6).
	Se positionne dans le suivi du plan d'action	« je suis là pour les (les acteurs de terrain) accompagner dans le plan d'actions », « je m'assure que les binômes (cadre/ médecin) font bien leur travail, dans le maintien du plan d'actions. Je vais suivre les actions en cours, propose mon aide si besoin. Je suis aussi là comme soutien méthodologique, j'ai participé aux choix des unités avec le médecin du travail pour trouver le bon terreau pour démarrer l'étude », « je peux aussi les aider dans l'analyse des événements indésirables, travailler sur les risques d'épuisement professionnel, la démotivation » (extraits entretiens brefs).

Tableau 39. L'activité du gestionnaire des risques durant le déploiement de la démarche

Le gestionnaire des risques fait plusieurs liens entre les difficultés remontées par le service de soins et les projets en cours dans l'établissement. Il se positionne comme acteur ressource, pouvant accompagner et suivre le déploiement d'une telle démarche. En référence aux différents types d'acteurs ressources recensés par Bruyère (2004), (cf. partie II, chapitre 2), nous catégorisons le gestionnaire des risques de « fondateur ». C'est ainsi qu'il fait plusieurs liens durant le déploiement de la démarche entre les difficultés rencontrées par les soignants et ce qu'il a mis en œuvre dans

d'autres services de soins pour y pallier.

Les acteurs de terrain

Le cadre de santé

Missions de l'acteur au quotidien	Activités en lien avec la démarche ORSOSA	Verbatim associés
Ses missions consistent à organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations. Il est le responsable directe des soignants.	Implique les soignants à participer à la démarche Demande à ajuster la démarche Décrit l'organisation du service de soins	« vous avez parcouru un peu les questions y a pas d'interrogations auxquelles on peut répondre ? » (extrait réunion temps 3). « qu'il y ait le plus de personnes possibles et que les gens prennent en compte les questions qui leur sont posées » (extrait entretiens brefs). « qu'un maximum de personnes viennent et puissent entendre les préconisations rendues », « j'assure la continuité, j'affiche les éléments envoyés pour que tout le monde puissent en avoir conscience, puis on va lancer un groupe de travail » (extraits entretiens brefs). « elles (les ASH) ont quand même une vraie fonction qui n'est pas reconnue (...). Elles vont encore mal le prendre si leur opinion n'est pas prise en compte. On ne pourrait pas leur faire passer aussi le questionnaire » (extrait réunion temps 2). « le travail en binôme est plus probant le weekend puisqu'elles sont moins » (extrait réunion temps 4). « c'est très fréquent que les ASH viennent aider les aides soignants, notamment pour les repas », « si vous le souhaitez (à l'intervenant) nous allons vous décrire notre organisation dans le détail » (extraits réunion temps 2).

Tableau 40. L'activité du cadre de santé durant le déploiement de la démarche

Le cadre de santé a insisté auprès de son équipe afin qu'un maximum de soignants viennent aux réunions prévues par la démarche ORSOSA. Au cours de son déploiement, il recense les difficultés que son équipe rencontre. Il décrit, avec le médecin de l'unité, à plusieurs reprises l'organisation de leur service de soins afin de mettre en œuvre des préconisations sur mesure. Cet acteur fait des liens entre son activité individuelle et le déploiement de la démarche. En référence aux différents types d'acteurs ressources recensés par Bruyère (2004), (cf. partie II, chapitre 2), nous catégorisons le cadre de santé de « fondateur ».

Le médecin de l'unité

Missions de l'acteur au quotidien	Activités en lien avec la démarche ORSOSA	Verbatim associés
Cet acteur est le responsable médical de l'organisation générale de son service de soin. A ce titre, il doit définir et appliquer un projet médical. Il réalise de plus une activité de soins (suivi des patients...) et participe à la formation des futurs médecins (internes et externes).	S'exprime sur son positionnement au cours du déploiement de la démarche	« On est assez investi, ça m'a permis de dire les choses, de mettre à plat (...), y a des choses que l'on peut faire (...) la semaine prochaine on met en place une réunion avec le cadre pour régler des problèmes relationnels au sein de l'équipe », « je suis intéressé pour identifier les causes des interruptions (...), un tas de choses sont à travailler; rien qu'en en parlant ça permet de trouver des solutions », « j'ai un rôle pour améliorer les choses(...). J'ai un rôle de propositions pour faire avancer les projets, les soignants sont très demandeurs pour le présent et pour l'avenir (...) j'ai un rôle un peu moteur; j'ai une part à prendre » (extraits entretiens brefs).
	S'exprime sur les besoins du service	« Au niveau de l'organisation du service, on peut mieux faire pour que les soignants se sentent moins éparpillés (...). Y en a une qui est simple (de préconisation) c'est la transmission ciblée à la fin de la visite, il suffit de commencer dès demain (...), là on interrompt l'infirmier dans sa visite », « Il faudrait des temps avec un psychologue interne ou externe pour mieux appréhender certains patients (...) », « Moi je pense qu'il faut qu'on appuie le rôle du cadre de santé au cours de ce travail qui a une vraie fonction de cadre dans la communication, dans la gestion des tâches afférentes. Alors on essaie de se partager le téléphone mais je pense qu'il faut qu'on progresse nous sur le binôme cadre/médecin pour avancer et refixer les choses » (extrait entretiens brefs).
	Recherche à impliquer l'équipe de soins	« Je suis actif (rire) c'est important car je fais partie de l'équipe, j'ai un rôle de motivation de l'équipe au travail, de donner du sens à ce qui est fait, de réfléchir ensemble », « je suis actif (rire), c'est important car je fais partie de l'équipe, j'ai un rôle de motivation de l'équipe au travail, de donner du sens à ce qui est fait, de réfléchir ensemble » (extraits entretiens brefs).
	Demande à ajuster la démarche ORSOSA pour les ASH	« ça va être dur pour elles (les ASH) si on leur demande d'être là pendant la phase de restitution si on ne leur demande pas leur avis(...) y a pas un moyen de les intégrer d'emblée car c'est quelque chose dont elles souffrent à l'hôpital » (extrait réunion temps 2).

Tableau 41. L'activité du médecin de l'unité durant le déploiement de la démarche

Le médecin de l'unité cherche à améliorer l'organisation du travail de son unité. Il est source de propositions de préconisations. Son implication permet de mobiliser les soignants. Il présente à plusieurs reprises l'organisation du service de soins à l'intervenant et au gestionnaire des risques afin de leur permettre d'avoir un diagnostic commun. En référence aux différents types d'acteurs ressources recensés par Bruyère (2004), (cf. partie II, chapitre 2), nous catégorisons le médecin de l'unité de « fondateur ». Il soulève des difficultés majeures rencontrées par le service de soins (le

Conclusion de l'analyse de nos données pour le terrain 3 :

Nous observons que l'ensemble des acteurs est favorable au déploiement de la démarche dans l'établissement. Ils font de plus, des liens entre la démarche et leur activité individuelle. En effet, les acteurs institutionnels se positionnent comme acteurs ressources et font plusieurs liens entre le fonctionnement de l'établissement et les difficultés remontées par le service de soins suivi. Les acteurs de terrain insistent tout au long de la démarche sur la particularité de leur service de soins et les difficultés rencontrées. C'est ainsi qu'ils proposent plusieurs préconisations visant à améliorer leur organisation du service. Les acteurs de la médecine du travail accompagnent le déploiement de la démarche tout au long de sa mise en œuvre. Leur participation permet d'initier des débats entre les soignants. C'est ainsi que nous avons catégorisé différents types d'acteurs ressources (Bruyère, 2004). Nous avons recensé des « fondateurs » (le gestionnaire des risques les acteurs de terrain et les acteurs de la médecine du travail) et un « référent » (la direction des soins).

Avant de conclure vis-à-vis de l'analyse de nos données, il convient de signaler plusieurs limites inhérentes à la démarche ORSOSA et à la méthodologie mise en œuvre afin d'y répondre.

Limites relatives à la présence du chercheur

Comme nous l'avons signalé dans ce travail nous ne sommes pas intervenus lors des réunions ou des entretiens menés par l'intervenant. Cependant, la réalisation d'entretiens brefs à chaque fin de réunion a pu avoir un impact sur l'implication des acteurs internes se sentant alors pris en compte et écoutés. Cependant, au départ plusieurs acteurs ont eu du mal à comprendre les rôles distincts de l'intervenant et du chercheur. De plus, le fait de connaître le positionnement de certains acteurs par rapport à la démarche (lors des entretiens brefs) a pu conduire à des biais dans l'interaction du chercheur avec l'intervenant (par exemple lors des entretiens d'auto-confrontation avec ce dernier).

Limites liées à la méthodologie utilisée

- **Accéder aux buts et aux motifs des acteurs en présence**

Nous avons utilisé des entretiens brefs (accès aux motifs) et de fin de démarche (accès aux buts) afin d'accéder aux buts et aux motifs des acteurs en présence durant le déploiement de la démarche ORSOSA. Nous aurions cependant souhaité faire des entretiens d'auto-confrontation avec chacun des acteurs mais le manque de disponibilité de ces derniers ne nous l'a pas permis.

- Des entretiens de fin de démarche difficiles à réaliser

Nous n'avons pu interroger les acteurs internes qu'individuellement (entretiens de fin de démarche). Il aurait été pertinent de réunir l'ensemble des acteurs concernés par la démarche en fin d'intervention afin d'échanger sur la suite du dispositif et réaliser une évaluation. Cependant, il n'a pas été possible de réunir ces différents acteurs ne souhaitant ou ne pouvant pas libérer plus de temps. Cette contrainte de temps a été une limite à notre recueil de données.

Conclusion de l'analyse de nos données afin de répondre à l'hypothèse 2 :

Nous cherchions à comprendre si l'implication d'un acteur interne dans une démarche préventive dépendait de la pertinence avec son activité individuelle. En conséquence, nous avons découpé l'analyse de nos résultats en deux parties : nous avons cherché à repérer les motifs et buts poursuivis des acteurs dans la démarche, en lien avec leur activité (1), mais aussi si les missions qui leur sont confiées influent sur leur implication (2).

Nos résultats permettent de conclure que l'implication des acteurs dans la démarche ORSOSA dépend du lien qu'ils réalisent entre leur activité individuelle et les actions qui leur sont possibles de réaliser. Quand ils créent du sens entre ce qu'ils font dans leur activité et la démarche ORSOSA, les acteurs se mobilisent.

En effet, nous avons montré que les acteurs du terrain 1, font chacun des liens entre la démarche et leur activité individuelle. Ils se retrouvent autour du cadre de santé en difficulté, en apportant chacun des éléments propres à leur métier : l'ergonome, des outils d'analyse ; la direction des soins, des réponses institutionnelles, le cadre supérieur, des réponses en lien avec la politique du pôle... Le terrain 2, quant à lui, suggère que lorsque des acteurs ne font pas de lien entre leur activité individuelle et le déploiement de la démarche, ils n'arrivent pas à s'impliquer et y sont opposés : ils craignent que la démarche ne les déstabilise dans leur travail. Ils font peu de références à leur activité individuelle et développent une stratégie collective défensive (nous reviendrons sur ce point dans l'hypothèse 3). Leur participation se centre sur leurs connaissances et les paradoxes existants au sein de l'organisation des unités de soins ou de l'établissement en termes d'effectifs manquants, de ressources allouées... Enfin, le terrain 3 montre que lorsque les acteurs arrivent à faire le lien entre la démarche et leur activité individuelle, ils se mobilisent et déploient leur activité individuelle.

De plus, le fait d'avoir catégorisé les différents types d'acteurs ressources (Bruyère ; 2004) pour nos trois terrains de recherche, nous permet de constater que lorsqu'une majorité d'acteurs « fondateurs » sont présents durant le déploiement de la démarche, plus de liens entre leur activité individuelle et le déploiement de la démarche sont réalisés. En revanche, lorsqu'ils sont de type « opposants », peu de lien entre leur activité individuelle et la démarche sont faits, ce qui ne permet pas leur mobilisation.

Ainsi, ces premiers résultats indiquent que la forme d'implication des acteurs au cours d'une démarche préventive est dépendante du lien qu'ils effectuent avec leur activité individuelle et du sens qu'ils lui attribuent.

Cependant, la mobilisation des acteurs dépend aussi de la façon dont ils travaillent collectivement ensemble durant le déploiement de la démarche. Il est nécessaire à présent d'étudier ce lien plus précisément.

Chapitre 5. Impact du développement de l'activité collective sur la mobilisation des acteurs durant le déploiement de la démarche ORSOSA

Afin de répondre à notre problématique de recherche visant à repérer les conditions relatives à la mobilisation des acteurs lors du déploiement d'une démarche préventive, nous cherchons à comprendre, comment les acteurs se mobilisent grâce au travail collectif initié par l'intervenant. Nous cherchons à répondre à l'hypothèse suivante : **le travail collectif, initié par la démarche ORSOSA, réunit les acteurs autour d'un objet commun, permettant de développer de l'activité collective qui les mobilisent durant le déploiement d'une démarche préventive.** Nous présenterons les résultats de cette hypothèse de façon détaillée pour les trois terrains suivis. Les données utilisées afin de répondre à cette hypothèse sont issues d'observations des réunions et d'entretiens brefs (cf. partie IV, chapitre 2.).

1. Quand le travail collectif s'opère autour d'un acteur en difficulté (terrain 1)

Nous avons schématisé (cf. figure 18) l'évolution des thématiques échangées collectivement entre les acteurs au cours du déploiement de la démarche (cf. monographie partie IV, chapitre 4).

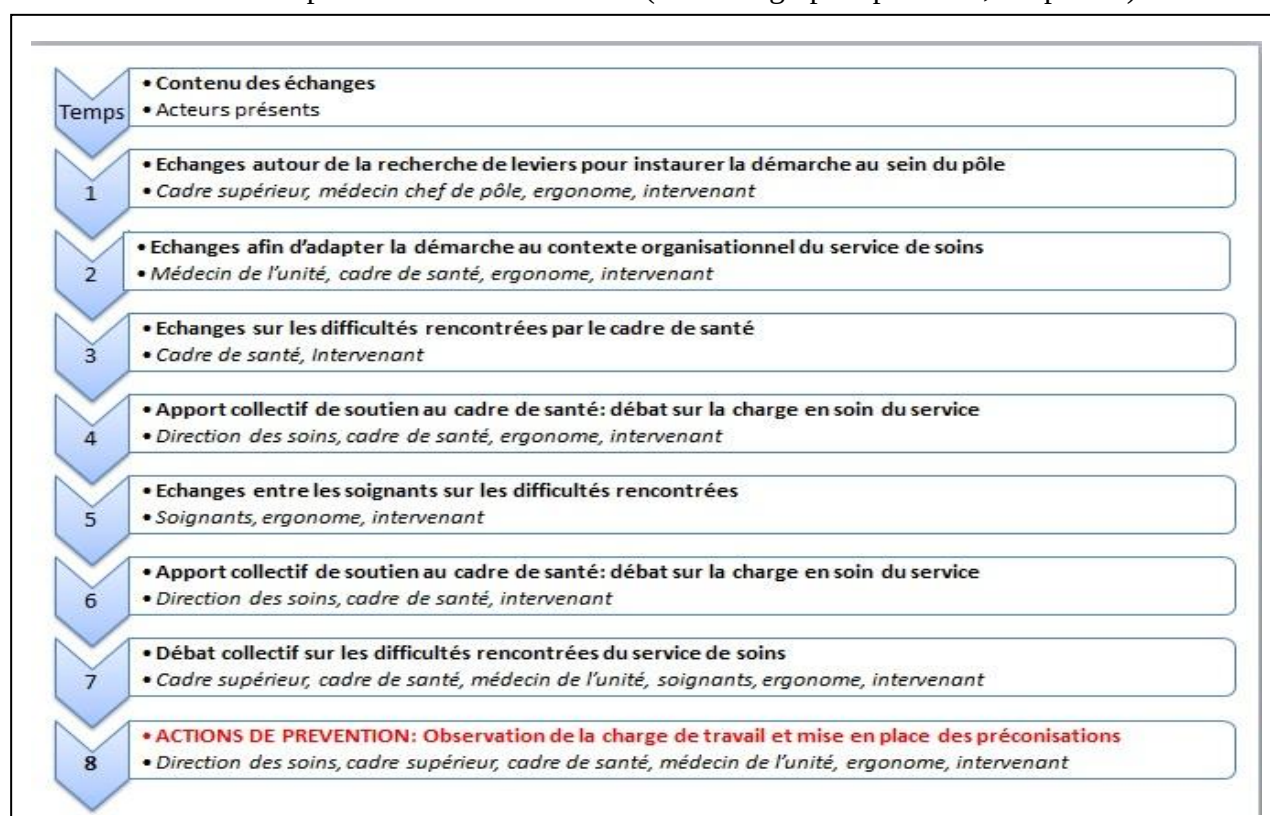


Figure 18. Contenu des échanges collectifs au cours de la démarche (terrain 1)

Cette figure montre que c'est à partir du moment où le cadre de santé s'est exprimé sur les difficultés qu'il rencontre (durant le temps 3 de la démarche) que différents acteurs se sont mobilisés¹²² dans la démarche. Ils se sont réunis autour d'un objet commun afin de travailler collectivement sur l'amélioration des difficultés rencontrées par le service de soins. Nous allons à présent montrer plus précisément comment s'est développé au fil de la démarche l'activité collective entre les acteurs.

Le point de départ : le cadre de santé s'est exprimé sur les difficultés vécues au quotidien

Lors du temps 3, l'intervenant rencontre le cadre de santé individuellement afin de réaliser 'l'entretien cadre'. Ce dernier a pu exprimer ses difficultés notamment vis-à-vis de la charge de travail qui lui incombe.

Cadre de santé : « *je pense que j'ai atteint les limites, je ne peux pas faire plus. Je pense que tout le monde est en souffrance donc effectivement le rôle de chef d'équipe je ne le fais pas. Je ne le fais pas car je suis accaparé par les plannings, parce que 40 lits à gérer ça fait beaucoup !* ».

Cadre de santé : « *ce qu'on nous dit quand on n'arrive pas à faire les choses, c'est qu'on est mal organisé, c'est ce qu'on nous renvoie* ».

Cadre de santé : « *pour les plannings des fêtes je les ai fait chez moi jusqu'à 2 heures du matin. Sinon je n'arrive pas* »

Cadre de santé : « *plusieurs fois le médecin m'a dit 'le cadre prend la place qu'il veut prendre' mais oui ! Une fois qu'on a dit ça, ça dit tout et quand on n'a pas la place, quand on n'a pas le temps de le prendre on fait quoi ?* ».

Cadre de santé : « *je suis toujours tout seul dans ma difficulté et mon poste de travail* ».

Cadre de santé : « *pour être honnête je n'ai plus envie là, maintenant je pense que je suis saturé* ».

(Extraits entretien cadre de santé)

Cet acteur semble débordé. Il manque vraisemblablement de ressources afin de mener à bien ses missions. Il déplore de ne pas être plus présent auprès des soignants, ce qui pourtant donne du sens à son activité. Le cadre de santé est pris par des tâches administratives dont notamment la gestion des plannings face à une équipe où le turn-over est important.

¹²² Pour rappel, la mobilisation des acteurs est forcément collective auquel cas nous utilisons le terme d'implication des acteurs.

La mise en discussion des difficultés rencontrées par le cadre de santé : Une recherche de solutions collectives

Suite à cet entretien, l'intervenant a contacté l'ergonome, le cadre supérieur et la direction des soins afin de définir une stratégie commune d'intervention pour aider le cadre de santé dans la gestion de ses difficultés. La direction des soins s'est principalement impliquée auprès du cadre de santé permettant à ce dernier de bénéficier de conseils notamment sur l'évaluation de la charge de travail de son service. Il a pu développer son positionnement professionnel et acquérir de nouvelles ressources matérielles et humaines. Nous allons détailler la façon dont le développement du travail collectif a participé au développement de l'activité du cadre de santé et a renforcé la mobilisation des acteurs dans la démarche ORSOSA.

Vers une aide méthodologique proposée au cadre de santé afin d'objectiver la charge en soins

Face aux difficultés recensées par le cadre de santé, la direction des soins lui propose d'objectiver la charge de travail de son service de soins afin de réaliser un diagnostic. Cet état des lieux permettrait à l'intervenant, à la direction des soins et au cadre de santé de partir sur une base commune.

Intervenant : « *au niveau de vos effectifs si mes souvenirs sont bons vous avez eu un renouvellement assez important ce qui peut expliquer les alertes (...)* »

Cadre de santé : *non je ne pense pas, le lien n'est pas là. La charge de travail et la quantité d'actes de soin qu'on demande aux équipes est bien supérieure au nombre de personnes sur le terrain (...)*

La direction des soins: *tu as évalué la charge de travail par patient pour tes soignants ? Combien d'actes sont faits sur sept heures, vois s'ils peuvent réaliser tous les soins ou si c'est impossible !*

Cadre de santé : *non un agent m'avait fait la liste de sa charge de travail sur un jour*

La direction des soins: *tu sais ce que tu fais moi j'avais fait ça, tu fais sur un tableau par patient ce qui est à faire, tu commences par tout ce qui est injectable et pansements. Tu fais une moyenne sur 15 jours au moins.*

Cadre de santé : *c'est faramineux sur les 40 patients je fais ça ?*

La direction des soins: *Ne t'inquiète pas X (cadre d'un autre service) a le tableau il pourra te l'envoyer. Tu prends pour les IDE tous les soins faits et le temps mis. Des fois ça varie de 30 min à 4 heures et ça tu le cumules à tes 39 patients sur une base de 7 heures. Tu enlèves les pauses et tu ne mets que le temps travaillé (...) ça si tu veux je peux t'aider à le faire, je peux venir ici et on le fait ensemble(...) » (Extrait réunion temps 4).*

Le cadre de santé fait état de la charge en soins, trop importante, de son service : étant liée non pas à l'arrivée de nouvelles recrues comme l'analyse l'intervenant mais aux nombres de soins techniques à réaliser comparativement à l'effectif prévu pour le faire. La direction des soins lui propose alors son aide et un outil, déjà utilisé dans un autre service de soins, afin d'objectiver la charge en soins. Nous allons voir que le travail collectif initié par la démarche est de type « entraide » envers le cadre de santé (cf. partie II, chapitre 3).

Vers un repositionnement du cadre de santé vis-à-vis des soignants, du médecin de l'unité et du cadre supérieur

Face aux scores en alerte du questionnaire, la direction des soins exerce un rôle de soutien auprès du cadre de santé. Il lui conseille notamment de développer ses collaborations avec le médecin de l'unité.

La direction des soins : « *Tu es le seul pilote c'est à toi de gérer tes troupes et en binôme avec le médecin. Donc soit tu en fais un collaborateur avec qui tu vas avancer sur les projets, soit vous allez avancer sur des projets complètement différents (...)* »

Cadre de santé : *je suis d'accord mais ça prend du temps tout ça !*

La direction des soins : (...) *ton organisation tu l'as ! Il faut juste que tu resserres les boulons (...). Il faut que tu sois plus présent, qu'elles (les soignantes) t'identifient plus comme pilote qui donne la marche à suivre. Là tu le fais mais pas*

Cadre de santé : *oui c'est éparpillé j'en ai bien conscience !*

La direction des soins : *donc toi il faut que tu te recentres et nous on est là pour t'aider. Et tu n'es pas le seul dans ce cas de figure (...). Il y a une perte de repère, une zone de flottement donc sache que tu n'es pas isolé (...)*

Cadre de santé : *oui parfois on a l'impression d'être seul à devoir tout faire, courir de partout, à avoir la tête dans le guidon sans savoir comment faire pour avancer quoi*

La direction des soins : *c'est du management du désordre (...). Il te manque juste des outils pour donner du sens (...)* » (Extrait réunion temps 4).

La direction des soins cherche à faire prendre conscience au cadre de santé qu'il lui est nécessaire de se repositionner auprès du médecin de l'unité et des soignants. Il lui suggère notamment d'être plus présent mais aussi plus directif afin de se positionner comme le « pilote » du service de soins. Une fois de plus, la direction des soins lui propose son aide et cherche à le valoriser afin de le faire déculpabiliser vis-à-vis des difficultés qu'il rencontre, notamment en prenant exemple sur d'autres cadres de santé ayant les mêmes difficultés.

La direction des soins conseille de plus au cadre de santé de faire intervenir plus fréquemment le cadre supérieur afin de justifier des décisions prises au niveau du pôle.

La direction des soins : « *tu as le droit à combien en intérim ?* »

Cadre de santé : *je n'y ai pas le droit du tout, j'ai le droit au pool (pool de remplacement) mais comme on a des difficultés de planning je fonctionne beaucoup aux heures supplémentaires (...) et dans ce cas les filles (les soignantes) sont prêtes à revenir mais le nouveau cadre sup n'est pas d'accord.*

La direction des soins : *et pourquoi ?*

Cadre de santé : *on n'arrive pas à se voir on se court après.*

La direction des soins : *comment il veut fonctionner alors ?*

Cadre de santé : *il veut bien des heures supplémentaires uniquement sur des postes vacants (...)*

La direction des soins : (...) *du coup tu as de la maladie !*

Cadre de santé : (...) *oui et ça je le dis à l'équipe pour que les choses soient claires.*

La direction des soins : *il faut qu'il vienne pour expliquer ça et qu'il y ait le médecin aussi. Il faut faire une réunion pour qu'il explique son positionnement et que toi tu es obligé de le faire. Parce que sinon tu vas te faire laminer, tu vas être la cible. Il faut qu'il (le cadre supérieur) prenne ses responsabilités (...)* » (Extrait réunion temps 4).

La direction des soins semble critique vis-à-vis du positionnement du cadre supérieur sur la gestion des heures supplémentaires. Elle insiste sur la nécessité que chacun des acteurs se recentre sur ses fonctions afin de protéger le cadre de santé du mécontentement des soignants.

Vers la mise en place d'un outil logistique afin d'aider le cadre de santé à préparer les commandes

La direction des soins et le cadre supérieur ont proposé, en fin de démarche (temps 8) de nouveaux outils au cadre de santé afin d'alléger sa charge de travail quotidienne. Nous avons choisi de présenter l'un d'entre eux, relatif aux commandes de fournitures au sein du service.

Cadre de santé : (...) « puis y a les commandes aussi, ça prend du temps, toutes les semaines quasi une heure. Puis je dois les contrôler quand je les reçois »

La direction des soins : tu as des référents en termes de support pour identifier les besoins de commande ?

Cadre de santé : oui j'ai une IDE, pour le stock et hors stock je m'en occupe et les AS pour les protections

La direction des soins : et les bandes stériles, les choses comme ça ?

Cadre de santé : non

La direction des soins : ça pourrait aussi être valorisant pour l'équipe de prendre sa place la dedans et te décharger
Cadre de santé : non ça je le fais toutes les semaines mais des fois je fais des grosses commandes et la semaine d'après c'est plus petit

La direction des soins : et les commandes récurrentes ?

Cadre de santé : non je ne l'utilise pas. On peut le faire ça nous ?

Cadre supérieur : il faut que tu contactes le directeur logistique qui vient étudier ta consommation et il regarde ce qui ne bouge pas

Cadre de santé : donc il me livrera ça toutes les semaines ?

Cadre supérieur : oui sauf intervention de ta part (...) » (Extrait réunion temps 8).

Cet extrait montre que la direction des soins et le cadre supérieur cherchent à alléger la charge de travail du cadre de santé en lui proposant de nouvelles alternatives : en déléguant la gestion des stocks à des soignants volontaires et en utilisant un outil permettant de faire des commandes récurrentes. Le cadre de santé bénéficie d'un travail collectif de type « aide », lui donnant de nouvelles ressources dans son activité et notamment de nouvelles marges de manœuvre.

Des soignants impliqués dans le déploiement de la démarche et source de propositions

Les soignants se sont rendus aux différentes réunions organisées par l'intervenant et ont été source de propositions d'amélioration pour leur service de soins. C'est ainsi qu'un débat sur leur activité a pu avoir lieu. Les soignants ont pu faire part des difficultés qu'ils rencontrent au quotidien.

Le travail collectif, initié par la démarche, permet le développement de l'activité collective des acteurs en présence ainsi que le développement de leurs réseaux

Les différentes réunions, proposées par la démarche ORSOSA, ont permis la mise en discussion, entre les acteurs en présence, des difficultés rencontrées par le cadre de santé. Ces réunions ont développé leurs coopérations, allant même en fin de démarche, jusqu'à développer l'activité collective des acteurs en présence. Nous avons schématisé le nombre d'échanges entre les différents acteurs, présents au cours du déploiement de la démarche, pour chaque grande réunion prévue par la démarche ORSOSA (temps 1, 2, 4, 6, 7 et suite. Ainsi que les principaux COPIL).

Pour des questions de lisibilité nous avons représenté leurs interactions sous la forme de flèches de couleur et de tailles différentes. Nous avons considéré comme interaction le fait qu'un acteur s'adresse à un autre en particulier. Les flèches sont à double sens car dans la majorité des cas, l'interpellation d'un acteur entraîne une réponse de la personne sollicitée.



Nous allons montrer dans les sous-parties suivantes que deux ingrédients indispensables (soit l'implication des acteurs institutionnels au cours du déploiement de la démarche et le développement des collaborations entre les acteurs en présence) ont été réunis, au cours du déploiement de la démarche, permettant de développer l'activité collective des acteurs en présence.

Des acteurs institutionnels mobilisés, à la recherche de ressources, dans le déploiement de la démarche ORSOSA

Les acteurs institutionnels se sont principalement réunis entre eux au début du déploiement de la démarche afin de trouver des leviers à sa mise en œuvre (cf. figures 19 et 20).

Lors du temps 1 : Rencontre institutionnelle¹²³

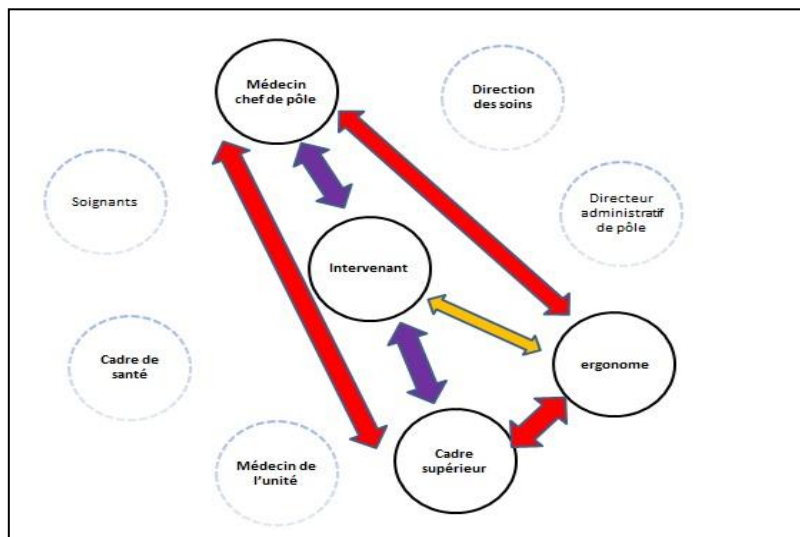


Figure 19. Les interactions entre les acteurs lors du temps 1.

L'intervenant est au centre des échanges. Il anime la réunion avec l'aide de l'ergonome. Les acteurs en présence quant à eux sont intéressés par la démarche et recherchent collectivement des leviers afin de la déployer dans les meilleures conditions. Le médecin chef de pôle et le cadre supérieur sont participatifs. Ils ont l'habitude de travailler ensemble, ce qui facilite leurs échanges sur la mise en œuvre de ce dispositif.

Lors du COPIL 1

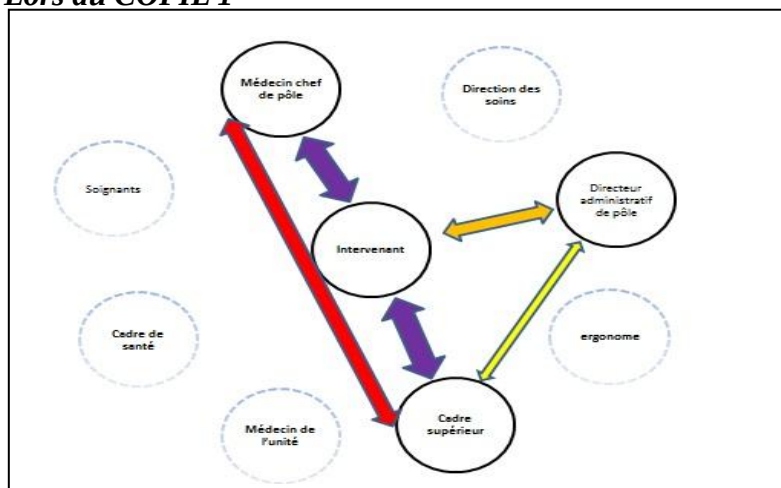


Figure 20. Les interactions entre les acteurs lors du COPIL

L'intervenant est au centre des échanges: il informe les acteurs institutionnels du déroulé de la démarche dans les services de soins. Un nouvel acteur a été invité par le cadre supérieur, le directeur administratif de pôle tandis que l'ergonome est absent. Plusieurs échanges ont lieu entre le médecin chef de pôle et le cadre supérieur vis-à-vis de l'organisation du travail du service de soins suivi. Ils cherchent à aider le cadre de santé.

¹²³ Les cercles bleus en pointillés représentent les acteurs absents de la réunion : n'étant soit pas invités lors de ce temps ou n'ayant pas pu venir.

Vers un développement des collaborations entre les acteurs participant au déploiement de la démarche

Les figures qui suivent (cf. figures 21 à 25) représentent les interactions des différents acteurs présents lors des réunions ORSOSA. Comme nous l'avons montré auparavant, la direction des soins a eu un rôle crucial au cours du déploiement de la démarche. Elle a notamment contribué au développement des collaborations : entre le cadre de santé et le cadre supérieur ainsi qu'entre le médecin de l'unité et le cadre supérieur.

Lors du temps 2 : Rencontre cadre de santé/ médecin de l'unité

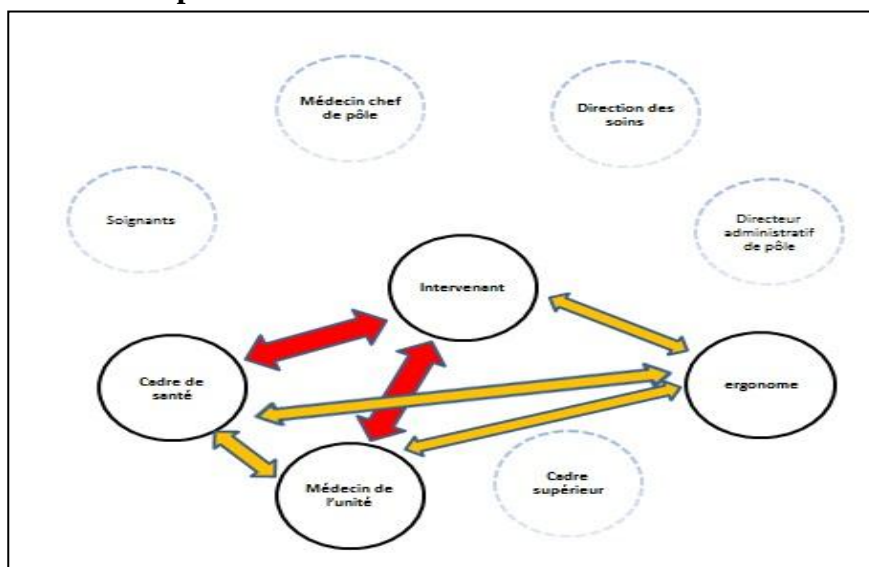


Figure 21. Les interactions entre les acteurs lors du temps 2.

Les interactions sont principalement centrées entre l'intervenant, le cadre de santé et le médecin de l'unité. Le cadre de santé et le médecin de l'unité expriment leurs craintes vis-à-vis de cette démarche, ils n'arrivent pas à concevoir l'intérêt de l'outil pour leur service de soins. L'intervenant et l'ergonome cherchent alors à les impliquer dans le processus.

Lors du temps 4 : Rencontre cadre de santé/ médecin de l'unité

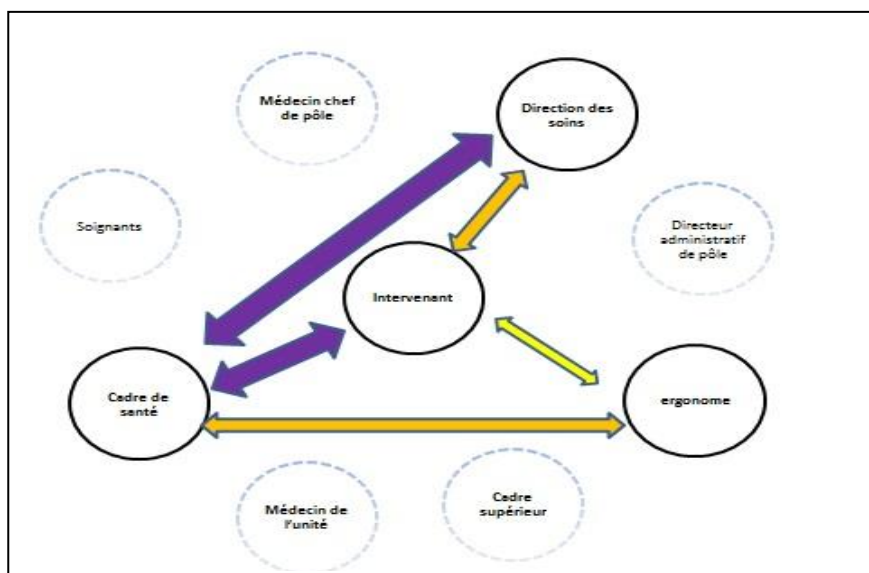
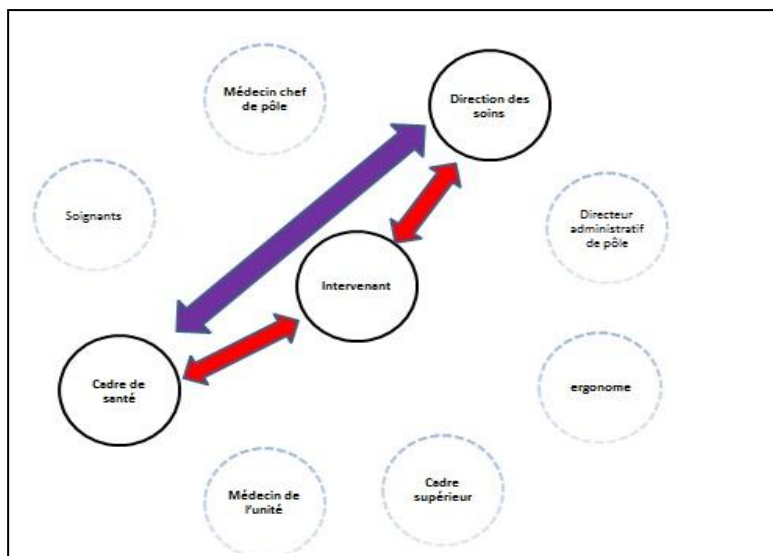


Figure 22. Les interactions entre les acteurs lors du temps 4.

Le médecin de l'unité est absent. L'intervenant et la direction des soins cherchent à réaliser un diagnostic et trouver des solutions pour aider le cadre de santé dans son activité. L'ergonome quant à lui est en observation, laissant une place importante à la direction des soins, se positionnant au centre du débat.

Lors du temps 6 : Rencontre cadre de santé/ médecin de l'unité



Les principales interactions lors de cette réunion, ont lieu entre la direction des soins et le cadre de santé. Ils échangent sur le fonctionnement du service de soins et la manière de gérer les difficultés rencontrées au quotidien. Nous observons, comparativement au temps précédent plus d'échanges entre la direction des soins et l'intervenant.

Figure 23. Les interactions entre les acteurs lors du temps 6.

La direction des soins commence à se décentrer des difficultés rencontrées par le cadre de santé afin de chercher avec l'intervenant des solutions institutionnelles.

Lors du temps 7: Restitution finale

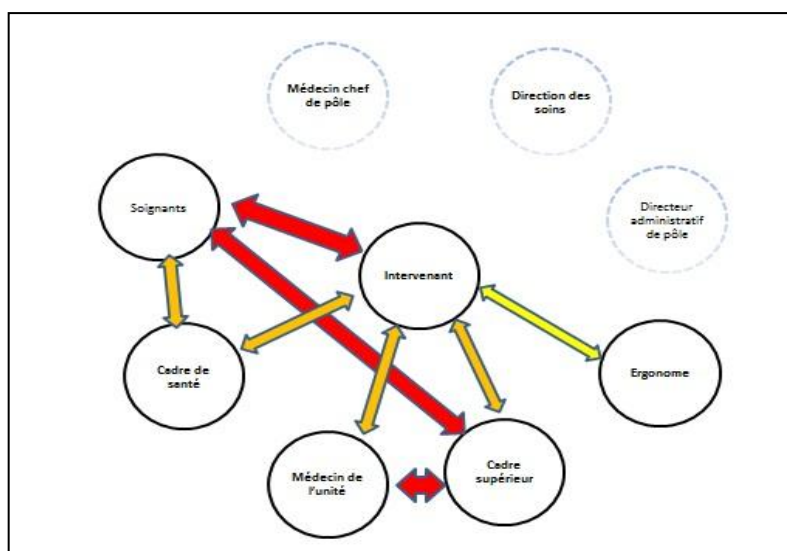


Figure 24. Les interactions entre les acteurs lors du temps 7.

Nous observons que cette réunion a réuni autour de la table plus d'acteurs comparativement aux précédentes, permettant des échanges plus variés, notamment entre le cadre supérieur et les soignants ou entre le médecin de l'unité et le cadre supérieur. C'est la première fois que le cadre supérieur se rend à une réunion formelle proposée par la démarche. Il en profite, à la demande du cadre de santé, pour justifier des choix effectués au sujet des heures supplémentaires.

De plus, nous observons que le cadre de santé et le médecin de l'unité participent moins. L'intervenant laisse les échanges se faire afin de faciliter le débat sur le travail. Ces échanges contribuent à redonner une place dans le service à chacun des acteurs.

Evaluation à 6 mois

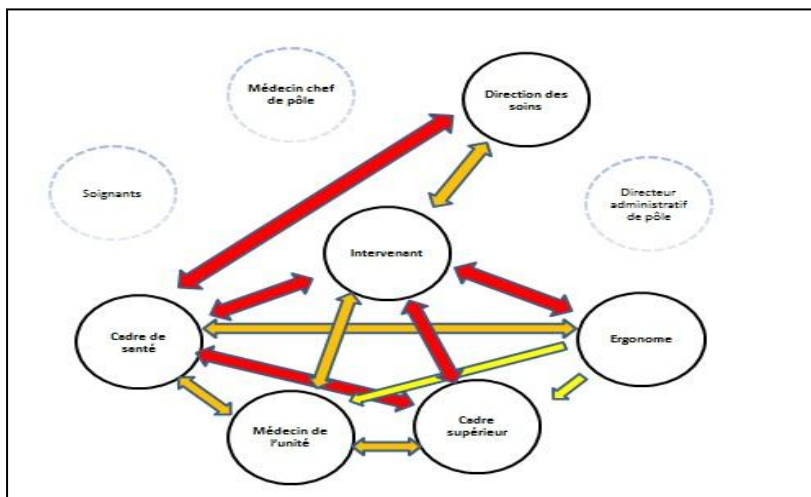


Figure 25. Les interactions entre les acteurs lors du temps 8

Nous observons de plus que les soignants n'ont pas été conviés à ce temps.

Nous observons des interactions plus nombreuses et diverses, notamment entre le cadre de santé et le cadre supérieur. L'intervenant et l'ergonome se positionnent plus en observation des échanges. Les acteurs en présence échangent sur la charge de travail du service et l'éventualité d'introduire une aide au cadre de santé. Ils commencent à s'autonomiser vis-à-vis du déploiement de la démarche.

Ces différents schémas montrent qu'au cours du déploiement de la démarche, les acteurs développent leurs coopérations afin d'aider le cadre de santé dans son activité. Nous souhaitons à présent détailler plus précisément cette évolution des interactions entre le cadre de santé et le cadre supérieur. En effet, la synthèse des observations terrain sur la charge de travail du cadre de santé réalisée par l'intervenant a permis d'objectiver un manque de coopération entre ces acteurs.

[Suite aux documents synthèses de l'intervenant vis-à-vis de la charge de travail du cadre de santé]

Cadre supérieur : je vois « échange avec le cadre supérieur » moi ma question c'est est-ce que tu (au cadre de santé) as des attentes particulières auprès du cadre sup ? Car finalement je suis un peu étonné il y a peu de relation entre cadre et cadre supérieur ?

La direction des soins : ça doit être compris dans la communication

Cadre de santé : quand j'ai besoin d'un renseignement je t'appelle après c'est vrai que le service est éloigné et du coup on est autonome. On règle beaucoup de cas, on se débrouille par nous-mêmes (...). Si on était dans la tour (dans le CHU) on se verrait peut être plus. Là il faut s'habiller, mettre les chaussures, ça prend du temps et nous n'en avons pas.

Cadre supérieur : oui c'est une réflexion que je me faisais

Cadre de santé : c'est des petits détails mais c'est peut-être des freins finalement (Extrait temps 8).

Grâce à cette réunion, les cadres ont l'occasion de faire le point sur leurs collaborations. Le cadre de santé gère seul, selon lui les difficultés rencontrées au quotidien, notamment à cause de la distance géographique qui sépare leurs bureaux. La non proximité de leurs bureaux semble être un frein à leurs collaborations.

Le travail collectif initié par la démarche, a permis au cadre supérieur d'exprimer le souhait de développer ses collaborations avec le cadre de santé.

[Concernant le lave-bassin]

Intervenant : *« il y avait des difficultés avec la variation de degré de l'eau.*

Cadre de santé : *oui j'ai vu le plombier (...) mais ils sont débordés.*

La direction des soins : *oui mais quand même !*

Ergonome : *il y a un danger pour les patients il faut passer au-dessus du plombier.*

Cadre de santé : *oui mais j'ai tout fait le bon (de commande) et tout !*

Cadre supérieur : tu me le passeras aussi.

Intervenant : *moi je mets le directeur de l'hôpital en copie maintenant.*

Ergonome : *là on ne prend pas les bonnes portes avec les bons scoops. Vous pouvez faire remonter X (au cadre supérieur) ?*

Cadre supérieur : oui je l'ai fait une dizaine de fois dans d'autres unités

La direction des soins : *(au cadre supérieur) je ne sais pas comment ça se passe chez toi mais moi les cadres sont obligés de passer par ces bons.*

Ergonome : *non là c'est au-dessus*

Cadre supérieur : si je peux me permettre (au cadre de santé) mettez moi plus dans la boucle je ne le suis pas beaucoup (...)

Ergonome : *moi je trouve qu'au bout de deux relances ça suffit après il faut qu'un autre acteur fasse la troisième (...)*
(Extrait temps 8).

Cet extrait montre que l'ergonome incite le cadre supérieur à se positionner. Des règles d'actions communes entre les acteurs, se construisent et montrent le développement d'une activité collective. Le cadre supérieur exprime au cadre de santé vouloir être mieux informé sur les dysfonctionnements du service de soins afin de pouvoir exercer son rôle de relai.

Nous venons de montrer comment s'est initié le développement de l'activité collective autour des difficultés rencontrées par le cadre de santé au cours du déploiement de la démarche ORSOSA. Le travail collectif initié de type « aide » a eu un effet sur le développement de l'activité de certains acteurs tels que le cadre de santé, le cadre supérieur et l'ergonome. Cette activité collective mobilise les acteurs durant le déploiement de la démarche ORSOSA. Nous allons à présent montrer en détail ce passage du développement de l'activité collective au développement de l'activité individuelle.

De l'activité collective au développement de l'activité individuelle

Il semble que le travail collectif initié par la démarche ORSOSA ait permis aux acteurs en présence de se mobiliser (par l'intermédiaire du développement de l'activité collective) mais aussi au cadre de santé, au cadre supérieur et à l'ergonome de développer leur propre activité (cf. tableaux 44 à 46). Nous allons à présent approfondir ce résultat pour chaque acteur concerné.

Le cadre de santé

Développement de l'activité	Verbatim
De nouveaux possibles identifiés dans son activité	« quand je vous (les acteurs impliqués) rencontre, je ressors plein d'enthousiasme, vous êtes calmes et sereins ça m'évade un peu, m'apporte de l'espoir (...) je vois que l'on peut faire des choses, puis, je suis vite confronté à la réalité de terrain », « ça m'a confirmé qu'il fallait que je sois auprès des équipes, j'ai fait des réunions flash comme on me l'a conseillé. Ça m'a permis de me recentrer sur la fonction et d'organiser des choses. Ça m'a remis dans ce que je dois faire, me remettre au cœur de mon travail, de réfléchir et de mettre en place des choses. Toutes nos conversations ont permis de réfléchir, de re-pointer des idées que nous avons, ça permet de faire un rappel à l'ordre pour voir ce qu'on peut améliorer » (extraits entretiens brefs).
Expression publique des contradictions rencontrées dans son activité	Cadre de santé : « après je pense que pour le soutien de l'administration vous me dites si je me trompe mais vous vous demandez est-ce que je suis soutenu par le cadre, le médecin. Moi je mets des choses en place par rapport à ce que ma hiérarchie me demande. Donc c'est clair que c'est une cascade au quotidien. C'est plutôt moi qui suis en ligne de mire ». Intervenant : oui c'est vous qui êtes identifié sur le terrain Cadre de santé : tout ce qu'on me demande de mettre en place naturellement m'est attribué même si je ne suis pas forcément d'accord avec ce qu'on me demande de faire ». (extrait réunion temps 7).

Tableau 44. Le développement de l'activité du cadre de santé

Le travail collectif initié par la démarche a permis à cet acteur de développer son pouvoir d'agir en identifiant de nouvelles ressources à utiliser dans son activité individuelle : des collaborations (l'ergonome, la direction des soins, le cadre supérieur...), des moyens logistiques (organisation des commandes de médicaments automatisées, gestion des difficultés matérielles plus efficace...) et des pratiques managériales (mise en place de réunions de communication avec les soignants, nouveaux outils à disposition ...). La démarche lui permet de retrouver une légitimité dans son service de soins notamment auprès des soignants et d'agir sur l'organisation du travail.

Le cadre supérieur

Développement de l'activité	Verbatim
Vers une prise en compte de la charge de travail du service de soins et du cadre de santé	<i>« l'unité est lourde donc il (le cadre de santé) n'a pas la possibilité d'être aussi proche des équipes qui le faudrait », « il faut trouver un moyen pour décharger le cadre de santé » (extraits entretiens brefs).</i>

Tableau 45. Le développement de l'activité du cadre supérieur

Cet acteur, nouvellement en poste a pu prendre conscience de la charge de travail qui incombe au cadre de santé. Cette prise en compte a aidé le cadre supérieur à se positionner auprès du cadre de santé et ainsi à développer leurs collaborations (cf. résultats antérieurs).

L'ergonome

Développement de l'activité	Verbatim
De nouveaux possibles sont identifiés dans son activité	<i>« c'est bien qu'il y ait un cadre d'intervention, moi je n'étais pas capable de le créer tout seul (...) ça me donne un cadre à mes interventions » (extrait entretiens brefs). « je n'avais plus d'interventions, c'était trop lourd (...) je n'arrivais pas à faire travailler les équipes (...) », « j'avais perdu cette légitimité et la confiance en ce que je pouvais apporter (...). Ça a tout changé, ça m'a redonné un positionnement, l'impression que je pouvais servir à quelque chose » (extraits entretiens brefs).</i>
De nouvelles coopérations sont identifiées	<i>« ça m'a permis aussi de ne plus travailler en solitaire », « maintenant, on peut porter un projet à plusieurs », « j'essaie de travailler en pluridisciplinarité ou pluri-compétences », « ça me permet de travailler en équipe », « on (avec l'intervenant) prépare les réunions ensemble, on se pose des questions » (extraits entretiens brefs).</i>
Un nouveau regard sur ses interventions terrain	<i>« ça m'a amené à intégrer les médecins dans la démarche car ORSOSA les intègre de suite et c'est génial car sans eux, on ne peut rien faire. Faut vraiment les repositionner dans la démarche », « en fait, ça m'a permis de revoir les étapes de l'intervention et d'y intégrer l'encadrement, je les mobilise plus maintenant », « ça m'a permis de me positionner sur comment on intervient sur du long terme dans un service. Aujourd'hui, j'interviens au bloc (autre service) et je blinde la méthodologie et les rendus aux acteurs » (extraits entretiens brefs).</i>

Tableau 46. Le développement de l'activité de l'ergonome

Le déploiement de la démarche et le travail collectif qui en découle a permis à cet acteur de développer son activité individuelle. L'ergonome a retrouvé de nouveaux contextes d'intervention grâce au travail collectif initié par la démarche. L'ergonome a développé son pouvoir d'agir. Il se sent plus légitime d'intervenir dans les services de soins.

Du travail collectif au développement de l'activité collective : conclusion pour le terrain 1

Face aux difficultés rencontrées par le cadre de santé dans son activité, l'intervenant a impliqué la direction des soins, l'ergonome et le cadre supérieur. L'ensemble des acteurs en présence, durant le déploiement de la démarche, a travaillé collectivement et s'est mobilisé afin d'aider le cadre de santé à faire face aux difficultés rencontrées (objet commun). Progressivement, les acteurs ont développé leur activité collective : le travail collectif est efficient et tend vers un collectif de travail pluridisciplinaire.

De plus, nous avons montré que la mobilisation des acteurs dans une démarche préventive via l'activité collective qui s'y déploie permettait de développer dans un second temps leur activité individuelle. En effet, le cadre de santé a progressivement restauré son pouvoir d'agir (cf. chapitre 2 partie II). Cette restauration (de nouvelles ressources afin de réaliser son activité ont été identifiées) lui a permis d'impliquer à son tour les soignants à participer à la démarche. L'activité du cadre supérieur et de l'ergonome s'est aussi développée : cette mise en dynamique est pour eux l'occasion de découvrir de nouvelles ressources, d'avoir de nouvelles connaissances et de travailler en collectif. Nous assistons dans ce cas de figure à un véritable processus de mobilisation des acteurs dans une démarche de prévention. Le travail collectif est alors considéré comme un instrument de renforcement de la mobilisation des acteurs étant donné que les acteurs ont développé leur activité collective.

2. Quand deux collectifs de travail distincts sont antinomiques : une absence de développement de travail collectif (terrain 2)

Nous avons schématisé (cf. figure 26) l'évolution des thématiques échangées collectivement entre les acteurs au cours du déploiement de la démarche (cf. monographie partie IV, chapitre 4).



Figure 26. Contenu des échanges collectifs au cours de la démarche (terrain 2)

Cette figure montre qu'il n'a pas été possible pour l'intervenant de déployer la démarche ORSOSA dans de bonnes conditions étant donné la résistance du cadre de santé, du cadre supérieur et du médecin de l'unité. Ils se sont mobilisés contre le déploiement de la démarche dans leur service de soins. Nous allons à présent détailler les éléments qui selon nous, n'ont pas permis un travail collectif efficient autour du déploiement de la démarche.

Des acteurs de terrain et le cadre supérieur opposés au déploiement de la démarche dans leur service de soins

Une absence de lien entre les problématiques rencontrées par le service de soins et les fonctions attribuées à la démarche ORSOSA

Comme nous l'avons montré dans l'hypothèse 2, le cadre de santé, le médecin de l'unité et le cadre supérieur sont opposés au déploiement de la démarche dans leur service de soins. Ils se centrent uniquement sur la formulation des questions du questionnaire et n'envisagent pas ce que peut apporter la démarche pour leur service de soins, ni même pour leur activité individuelle. Ils ne mettent pas en discussion les difficultés rencontrées par leur service de soins.

Des soignants peu participatifs lors des réunions ORSOSA

Les soignants ont été peu participatifs durant le déploiement de la démarche. Ils ont peu échangé sur leur activité et sont restés sur des problématiques matérielles sans remettre en question l'organisation du travail de leur service. Cependant, ils n'ont pas eu à leur disposition de lieu de débat sécurisé afin d'échanger. En effet, lors de la réunion « rencontre des soignants » (temps 5) l'infirmier référent (équivalent d'aide au cadre de santé) était présent. De plus, le cadre de santé n'a pas autorisé l'intervenant à organiser plusieurs réunions afin de sensibiliser le maximum de soignants, prétextant que ce temps ne pouvait pas être rémunéré. Enfin, le temps de réunion n'étant pas rémunéré, seulement deux soignants ont été présents lors de la restitution collective (temps 7).

Un cadre supérieur non intégré au déploiement de la démarche

Comme nous l'avons montré dans l'hypothèse 2, le cadre supérieur n'a pas été sollicité par l'intervenant au cours du déploiement de la démarche. Ceci l'a affecté et a renforcé son opposition vis-à-vis de la mise en œuvre de la démarche dans le service de soins.

Des conflits entre les différentes logiques professionnelles de l'établissement

Une absence de vision commune des difficultés

Tout au long du déploiement de la démarche, nous observons que le médecin de l'unité, le cadre de santé et le médecin du travail ne partagent pas le même point de vue vis-à-vis de l'importance de prendre en considération la santé des soignants.

Médecin de l'unité: <i>[Au sujet des interruptions de tâches]</i> « oui mais globalement dans tous les services ça doit ressortir »
Médecin du travail : <i>ça n'empêche pas une réflexion sur les pratiques et de se poser la question de comment améliorer ça.</i>
Cadre de santé : <i>quand on est au service d'autrui c'est compréhensif d'être interrompu (...)</i>
Médecin du travail : <i>bien sûr mais on peut se poser la question si dans l'organisation du travail y a des choses qui peuvent être atténuées (...).</i>
Cadre de santé : <i>ça dépend si on se centre sur le besoin du résident ou du professionnel.</i>
Médecin du travail : <i>les deux sont importants. Il ne faut pas que la santé des patients soit au détriment de celle des soignants (...). En tous les cas c'est intéressant de débattre sur un ressenti même si il n'y a pas forcément de solution (...).</i>
Médecin de l'unité: <i>oui enfin quand on est en situation de vulnérabilité comme les patients, on n'a pas les mêmes capacités pour se défendre que les soignants même si il y a de la souffrance à l'hôpital (...)</i>
Médecin du travail : <i>oui et il y a aussi un soignant en situation de souffrance qui peut être malveillant »</i> (Extrait réunion temps 4).

Le médecin du travail exerce pleinement son rôle et tente de modifier les représentations du cadre de santé et du médecin de l'unité à l'égard de la santé des soignants. En l'absence de travail collectif, les acteurs de différentes logiques professionnelles restent sur ses positions et n'envisagent pas le point de vue de l'autre : il n'y a pas une vision partagée des difficultés rencontrées. Par exemple, le cadre de santé et le médecin de l'unité considèrent qu'il est normal d'être interrompu lorsque le métier de soignant est exercé contrairement à l'avis du médecin du travail.

Des cadres en attente d'aide plus importante afin de déployer la démarche dans leur service

Le cadre de santé est critique vis-à-vis de l'activité des acteurs institutionnels durant le déploiement de la démarche.

Cadre de santé : « <i>peut-être que si les personnes de l'administration avait été plus impliquées, ça aurait changé</i> » (extrait entretiens brefs).

Cet acteur de terrain déplore avoir dû gérer seul la mise en œuvre de la démarche, face à des acteurs institutionnels absents.

De plus, le cadre de santé et le cadre supérieur sont critiques vis-à-vis de l'activité des acteurs de la médecine du travail durant le déploiement de la démarche.

Cadre de santé: « *la médecine préventive n'a pas joué le jeu dans l'organisation des rencontres (...), sur le suivi* » ; « *il y a deux IDE du travail et c'est à moi de tout organiser* » (extrait entretiens brefs).

Cadre supérieur : « *la médecine du travail n'a pas pris en charge l'organisation de la démarche. Deux IDE à 80%, un médecin et une secrétaire, elles gèrent les rendez-vous, je ne dis pas qu'ils font rien mais, qu'on demande à un cadre qui a 80 agents, de gérer toute l'organisation je trouve ça déplorable* » ;

Cadre supérieur : « *l'unité, entre guillemet doit être prise comme un rat de laboratoire, elle ne doit rien avoir à faire. On ne leur demande pas d'organiser le labyrinthe ! Je n'ai jamais vu ça* » ;

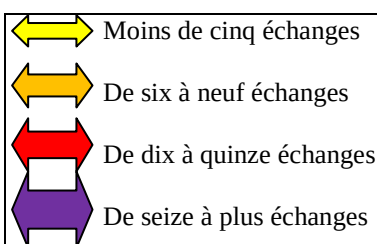
Cadre supérieur : « *là, ils (les soignants) doivent répondre et faire confiance à une personne qu'ils voient une fois dans l'année : le médecin du travail, c'est assez déroutant je trouve, même si c'est anonyme* » (extrait entretiens brefs)

Le cadre de santé et le cadre supérieur regrettent que ce ne soit pas les acteurs de la médecine du travail qui organisent les rencontres prévues par la démarche ORSOSA. Le cadre supérieur met en parallèle la mise en œuvre de la démarche et des expériences « de rats dans un laboratoire ». Ceci suggère qu'il n'a pas compris la philosophie de l'outil.

Nous observons de plus que le type de travail collectif initié par la démarche ORSOSA est de type « co-action » (cf. partie II, chapitre 3).

De faible collaboration entre les différents acteurs de l'établissement

Nous avons schématisé, comme pour le terrain précédent, l'évolution des échanges entre les différents acteurs. Pour des questions de lisibilité nous avons représenté les interactions sous la forme de flèches de couleurs et de tailles différentes.

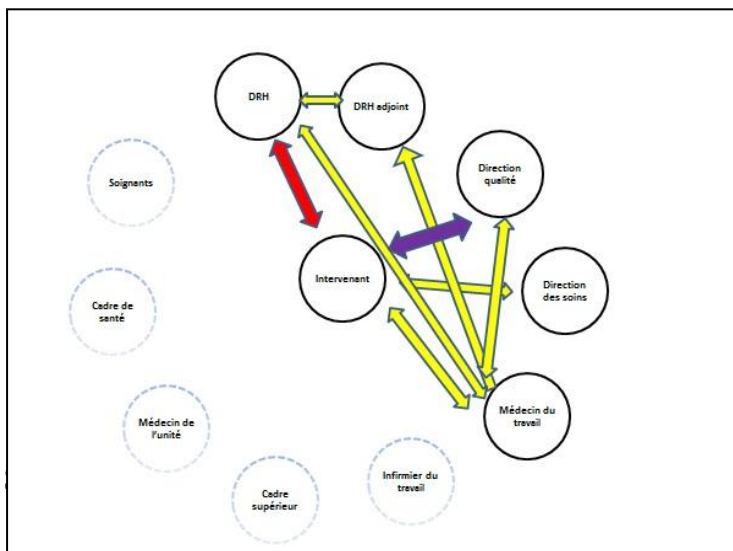


Dans les sous parties suivantes, nous verrons que les professionnels de l'établissement, d'horizons et de niveaux hiérarchiques différents, ne se sont pas rencontrés durant le déploiement de la démarche. Nous verrons ainsi que les acteurs de terrain et le cadre supérieur au cours du déploiement de la démarche y sont de plus en plus opposés.

Des acteurs institutionnels impliqués lors des COPIL mais absents sur le terrain

Les acteurs institutionnels ne se sont pas rendus, comme demandé par l'intervenant, aux réunions prévues par la démarche ORSOSA. Ils n'ont alors pas pu rencontrer le cadre supérieur et les acteurs de terrain. En revanche, lors des comités de pilotage organisés par l'intervenant, l'ensemble a répondu présent et a participé (cf. figures 27, 28 et 29).

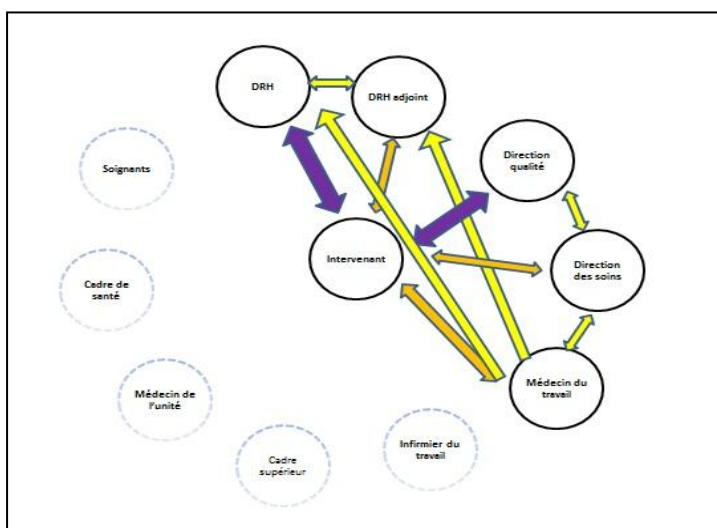
Lors du temps 1 : Rencontre institutionnelle



Lors de cette réunion, le DRH et la direction qualité échangent majoritairement avec l'intervenant au sujet de la mise en œuvre de la démarche dans l'établissement. Le médecin du travail, le DRH adjoint et la direction des soins se positionnent en observation.

Figure 27. Les interactions entre les acteurs lors du temps 1.

Lors du COPIL 1



L'intervenant, le DRH et la direction qualité échangent toujours beaucoup ensemble. Nous observons une augmentation du nombre de prise de parole pour le DRH adjoint, la direction des soins et le médecin du travail. Les acteurs échangent sur la recherche de leviers pour permettre une instauration de la démarche efficiente.

Figure 28. Les interactions entre les acteurs lors du COPIL 1

Ces deux figures donnent l'impression de nombreuses interactions plus désorganisées comparativement au terrain 1. Les acteurs échangent peu entre eux.

Une réflexion collective autour de la démarche s'est initiée, sans pour autant se maintenir au-delà des réunions. En effet, ces acteurs recherchent notamment pourquoi l'intervenant rencontre des difficultés durant le déploiement de la démarche.

Intervenant : « je voulais qu'on se rencontre aujourd'hui afin de recaler les modalités d'accompagnement de la démarche car je rencontre des difficultés : les cadres ne croient pas au tirage au sort (...) »

DRH : vous avez rencontré qui pour le moment ?

Intervenant : [il cite les différents acteurs présents...]. Je vous ai envoyé le compte-rendu et ils (les acteurs terrain) se posent des questions sur la manière dont ont été sélectionnées les unités. Ils ne croient pas au tirage au sort et ils ont beaucoup de mal à adhérer ils pensent qu'on les évalue au niveau du management, ils le vivent mal au niveau de l'institution(...). Donc je ne sais pas quels sont vos rapports, ni comment vous avez communiqué aux équipes par rapport à la sélection mais pour le coup c'est mal interprété (...)

DRH : en fait on a fait comme on a dit la première fois (lors du temps 1), on a communiqué à toutes les instances que ces unités étaient tirées au sort ce n'est pas sorti de là. Ce qui me trouble si vous vous souvenez bien c'est que nous n'avons jamais eu de jugement envers ces unités.

Direction qualité : on m'a demandé à moi aussi et j'ai dit que c'était un tirage au sort (...)

Direction des soins : et vous avez vu le cadre supérieur ?

Intervenant : non j'ai préféré vous voir avant pour revoir tout ça en termes de communication

Direction qualité : il n'y a pas eu de présentation en CME (commission médicale d'établissement) c'est des choses qui peuvent empêcher

DRH : mais ils n'y sont jamais

Direction qualité : j'ai été à la présentation du médecin du travail sur les outils et je pense que ça peut aider

Médecin du travail : oui j'ai prévu d'en reparler en septembre (...) de préciser que la démarche s'inscrit dans le rôle du service de santé au travail (...)

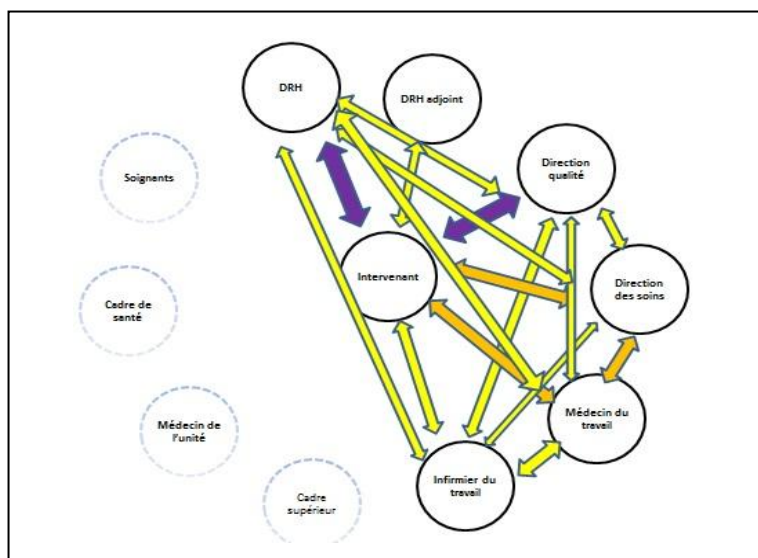
Direction qualité : je pense que c'est déterminant que ce soit vous qui portiez la démarche

Médecin du travail : oui je pense que c'est important, on va essayer de rectifier les choses (...)

Direction des soins : pour le problème avec le cadre supérieur on s'en occupe. Il y a eu un problème de communication, quelque chose n'a pas été compris (...) » (Extrait COPIL 1)

Cet extrait montre comment les acteurs institutionnels cherchent à expliquer les résistances du cadre de santé et du médecin de l'unité vis-à-vis de la démarche. Ils souhaitent de plus déléguer le déploiement de la démarche au médecin du travail.

Lors du COPIL 2



La DRH et la direction qualité restent des acteurs centraux lors de la réunion. En revanche, nous observons plus d'interactions entre les différents acteurs. Chacun apportant son point de vue, suite à l'interprétation de l'intervenant, sur les difficultés rencontrées par le service de soins suivi.

Figure 29. Les interactions entre les acteurs lors du COPIL 2

La démarche ORSOSA, en permettant aux acteurs de se réunir autour d'un diagnostic réalisé dans un service de soins développe leurs connaissances communes du terrain.

Intervenant : *après si vous voulez y a des choses pour lesquelles on peut agir qui touchent plusieurs dimensions (...). Par exemple revoir le système d'appel malade où vous allez jouer sur la communication entre les agents et réduire les interruptions de tâches et les TMS.*

Direction qualité : donc ça veut dire que cette action est considérée comme prioritaire ?

Intervenant : *on voit avec vous en premier lieu ces préconisations voir si on peut les mettre en place, si ça s'inscrit dans votre politique d'établissement. Ensuite, on revisite le cadre et le médecin car ils n'ont pas assisté à la réunion et ensuite il y a une réunion collective qui valide l'ensemble et priorise en fonction des urgences dans notre unité (...) donc si vous voulez bien on va balayer les préconisations.*

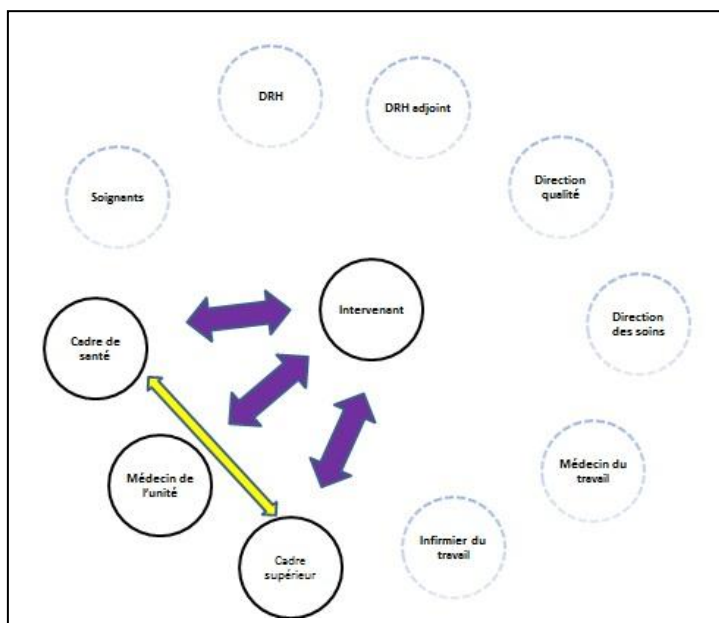
DRH : ce qui est surprenant c'est qu'elles apparaissent là. Revoir la connexion wifi c'est curieux non ? Moi ce qui me surprend dans la démarche c'est que finalement les CPO c'est des problèmes matériels qui ressortent !

Intervenant : *apparemment ça leur pose beaucoup de problèmes (extrait réunion COPIL 2).*

Le DRH semble prendre conscience que c'est en réglant les dysfonctionnements matériels quotidiens que les soignants vont pouvoir réfléchir sur leur activité. Il convient de régler les difficultés matérielles pour limiter les CPO (Contraintes Psychologiques et Organisationnelles).

Cadre de santé, médecin de l'unité et cadre supérieur sont de plus en plus opposés au déploiement de la démarche dans leur service de soins

Lors du temps 2. Rencontre cadre de santé/ médecin de l'unité

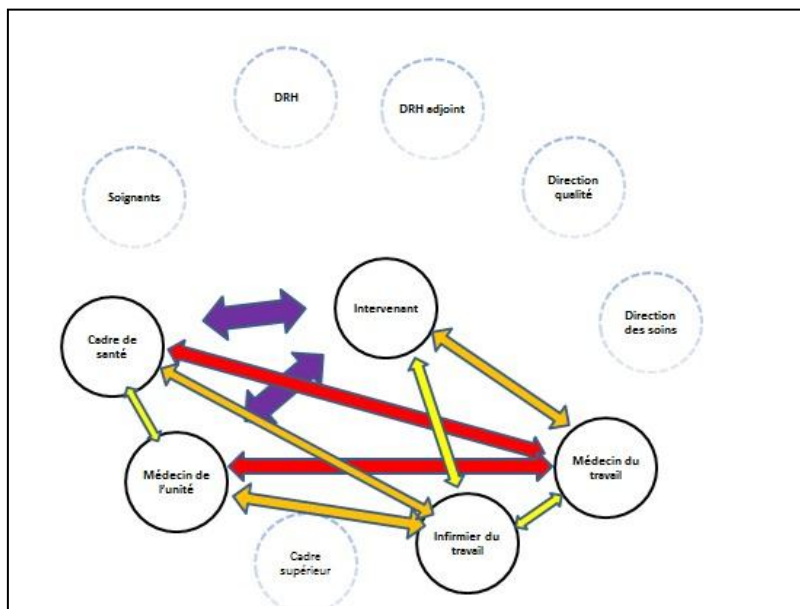


Cette figure montre que les acteurs de terrain (médecin de l'unité et cadre de santé) et le cadre supérieur sont en opposition vis-à-vis du déploiement de la démarche. Leurs échanges sont principalement en direction de l'intervenant afin de justifier de la non adéquation entre la démarche et les besoins du service de soins.

Figure 30. Les interactions entre les acteurs lors du temps 2.

Les acteurs de terrain et le cadre supérieur échangent très peu entre eux. Nous observons que ni les acteurs de la médecine du travail, ni des acteurs institutionnels ne sont présents.

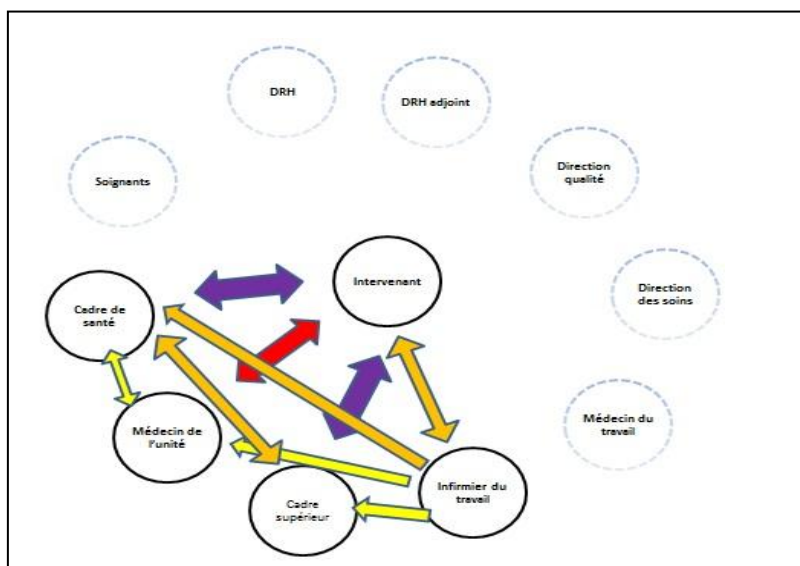
Lors du temps 4 : Rencontre cadre de santé/ médecin de l'unité



Deux nouveaux acteurs ont rejoint la réunion, le médecin du travail et l'infirmier du travail. En revanche, le cadre supérieur n'a pas été convié. Cette figure montre que les acteurs de la médecine du travail initient le débat et aident l'intervenant à déployer la démarche. Cependant les acteurs de terrain y restent opposés.

Figure 31. Les interactions entre les acteurs lors du temps 4.

Lors du temps 6 : Rencontre cadre de santé/ médecin de l'unité



Cette figure suggère qu'il y a moins d'échanges lors de la réunion entre les acteurs. Les acteurs de terrain sont toujours très opposés au déploiement de la démarche. C'est ainsi que l'infirmier du travail tente avec l'intervenant, de les convaincre de l'utilité d'une telle démarche pour leur service de soins.

Figure 32. Les interactions entre les acteurs lors du temps 6.

Ces figures montrent que les acteurs échangent peu entre eux : les échanges sont centrés sur l'intervenant. Ceci suggère des difficultés à travailler collectivement autour du déploiement de la démarche.

Lors du temps 7 : Restitution collective

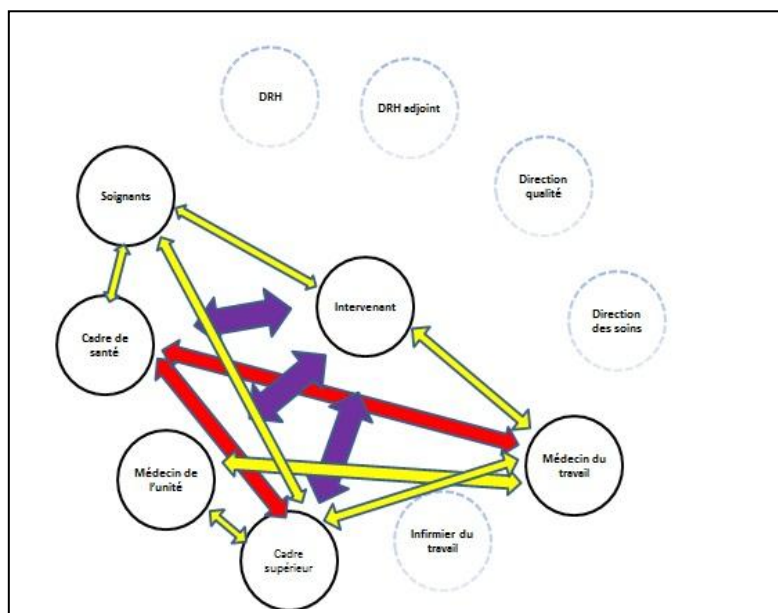


Figure 33. Les interactions entre les acteurs lors du temps 7.

Nous observons également peu d'échange avec les soignants. De plus, nous tenons à rappeler que l'infirmier du travail ne s'est pas rendu intentionnellement à cette réunion. En effet, ayant appris que le choix des services avait été fait en suivant la règle d'un faux tirage au sort, il s'est désinvesti.

Les acteurs de terrain et le cadre supérieur sont toujours très opposés au déploiement de la démarche. Ceci est renforcé par l'absence d'acteurs institutionnels afin de porter la démarche au niveau de l'établissement. Plusieurs interactions sont cependant visibles entre les acteurs en présence. En effet, l'intervenant et le médecin du travail tentent d'initier un débat sur les difficultés rencontrées par le service de soins alors que les acteurs de terrain et le cadre supérieur y sont opposés.

Evaluation à 6 mois

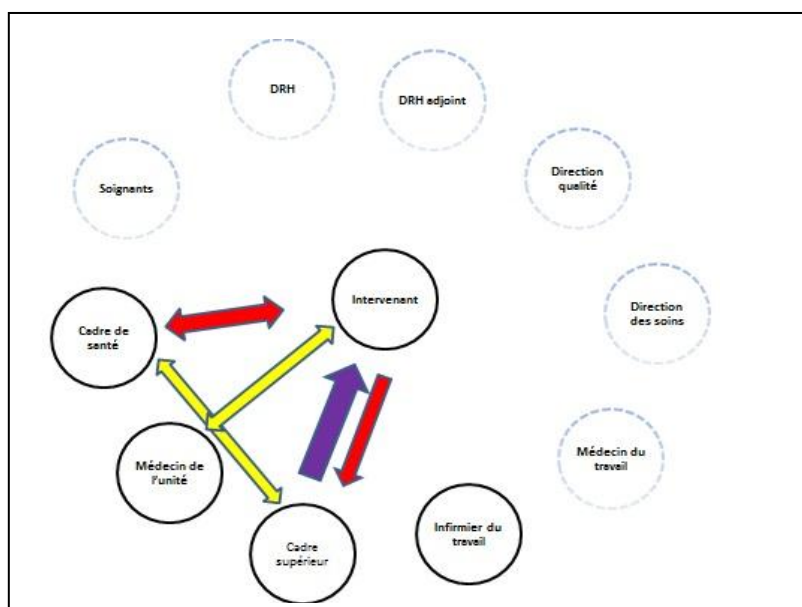


Figure 34. Les interactions entre les acteurs lors de l'évaluation

Nous observons qu'aucun acteur institutionnel, ni même de la médecine du travail n'a été présent.

Le cadre de santé mais surtout le médecin de l'unité participent moins aux échanges. Le cadre supérieur a pris en main la réunion afin de démontrer en quoi la démarche ORSOSA n'avait servi à rien compte tenu des difficultés matérielles rencontrées par le service de soins.

Ces figures montrent la faiblesse des échanges entre les acteurs de terrain et le cadre supérieur. Ils ne travaillent pas collectivement autour du déploiement de la démarche. Nous observons de plus une absence d'élargissement du réseau social de ces derniers.

Ces schémas montrent des alliances entre le cadre de santé, le médecin de l'unité et le cadre supérieur. Nous observons des stratégies collectives défensives en l'absence de soutien institutionnel ce qui suggère que l'objectif de la démarche a mal été interprété.

Cadre supérieur : « Ça nous a permis de nous souder de manière positive contre la démarche. Donc, ça c'est positif même si c'est contre la démarche, ça pose une certaine complicité. On a envie de rire maintenant, on a vécu des choses tellement compliquées. Vous savez, y a des nuits où on n'a pas dormi, ce n'est pas forcément confortable » (extrait entretiens brefs).

L'absence de mobilisation des acteurs durant le déploiement de la démarche n'a pas permis de construction sociale autour de la question de la prévention des risques professionnels, ni même de développer leur activité individuelle (comparativement au terrain 1).

De l'absence de travail collectif à l'absence de mobilisation des acteurs : conclusion pour le terrain 2

Le manque de travail collectif entre les acteurs internes et les acteurs institutionnels durant le déploiement de la démarche ne leur a pas permis de se rencontrer autour d'un objet commun (la prévention des risques professionnels des soignants) et donc de se mobiliser durant le déploiement d'une démarche préventive. Il semble que ces acteurs n'aient pas l'habitude de travailler ensemble. Chacune des différentes logiques professionnelles semble méfiante ou ne pas percevoir la valeur ajoutée de l'autre (chacun attend plus de la participation de l'autre). L'absence de débat entre les collectifs de travail ne permet pas aux différents acteurs de travailler ensemble.

Les acteurs institutionnels sont présents lors des COPIL et recherchent collectivement des leviers afin d'aider l'intervenant à déployer la démarche dans de bonnes conditions. C'est ainsi qu'ils discutent du travail des soignants et des difficultés rencontrées dans le service de soins. Cependant, ils ne se rendent pas sur le terrain afin d'aider l'intervenant à déployer la démarche. Du côté des acteurs de terrain et du cadre supérieur, nous avons observé du travail collectif (plus de complicité entre ces acteurs, réflexion commune informelle autour de la démarche). Cela se traduit par une stratégie collective défensive d'opposition vis-à-vis de la démarche. Ils ne sont pas investis dans la démarche malgré des résultats du questionnaire plutôt positifs (très peu d'alerte). La faible

mobilisation de l'ensemble des acteurs conduit à une absence d'amélioration dans le service.

Nous sommes ici dans ce que les ergonomes appellent un « cercle vicieux »: les acteurs de terrain et le cadre supérieur sont en opposition vis-à-vis de la démarche, les résultats du questionnaire suggèrent peu de dimension en alerte et enfin aucune préconisation relative à l'amélioration du fonctionnement du service de soins n'a été mise en œuvre.

3. Quand l'activité collective permet la mobilisation des acteurs de l'établissement (terrain 3)

Nous avons schématisé (cf. figure 35) l'évolution du contenu des échanges collectifs entre les acteurs au cours du déploiement de la démarche (cf. monographie partie IV, chapitre 4).

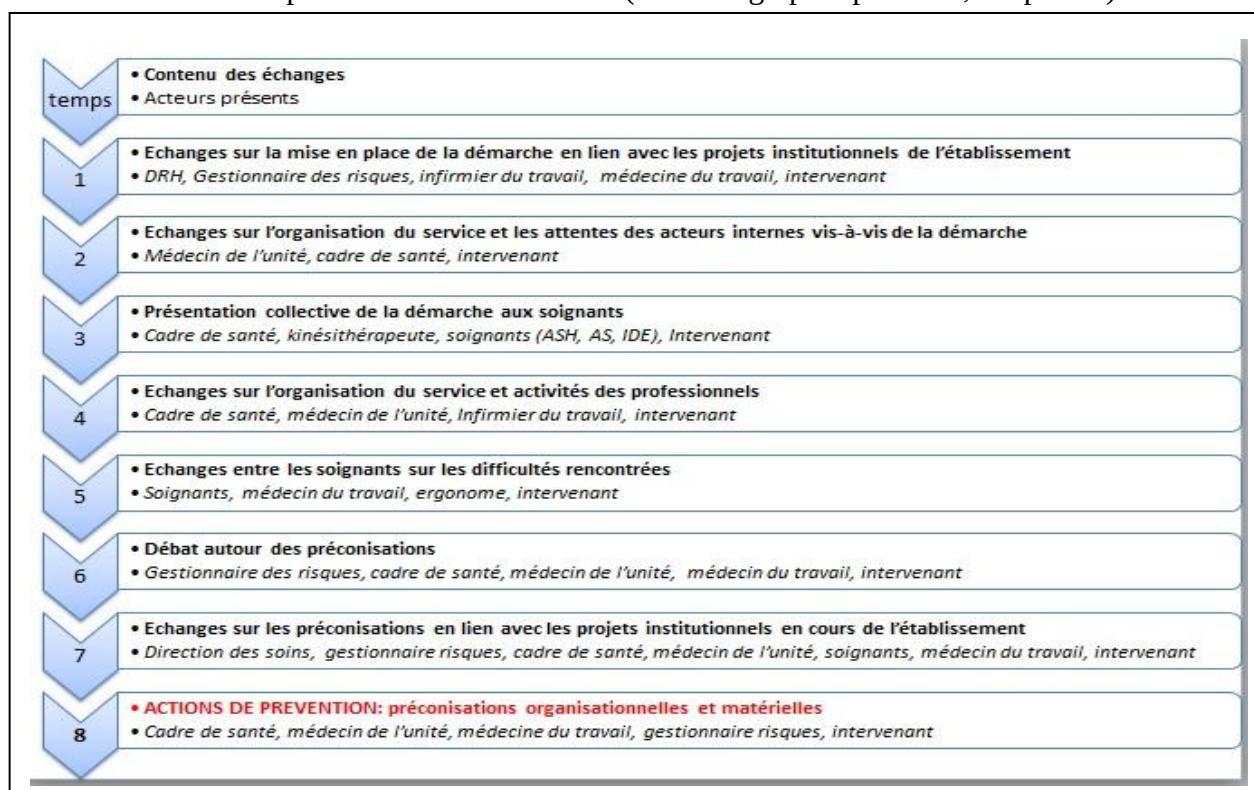


Figure 35. Contenu des échanges collectifs au cours de la démarche (terrain 3)

Cette figure montre qu'aux différentes étapes de la démarche, les acteurs en présence ont débattu de l'organisation du fonctionnement du service et des difficultés rencontrées dans le travail réel (objet commun). Ils ont cherché collectivement des solutions afin d'améliorer l'organisation du service de soins. Le travail collectif initié par la démarche a permis le développement de l'activité collective des acteurs internes qui se sont alors mobilisés dans le déploiement de la démarche ORSOSA. Nous allons à présent détailler comment s'est développé l'activité collective des acteurs.

Des acteurs favorables au déploiement de la démarche

Comme nous l'avons montré dans l'hypothèse 2, l'ensemble des acteurs en charge du déploiement de la démarche (acteurs institutionnels, acteurs de terrain et acteurs de la médecine du travail) y est très favorable. Des liens entre leur activité individuelle, les difficultés rencontrées par le service de soins suivi et ce que pourrait apporter la démarche, sont ainsi faits.

Différentes logiques professionnelles, avant l'habitude de travailler collectivement

Les acteurs institutionnels et de la médecine du travail semblent avoir l'habitude de travailler ensemble. Plusieurs projets institutionnels ont été menés collectivement.

DRH (à l'intervenant): « *ce que vous souhaitiez aussi c'est peut-être d'avoir des éclaircissements sur les actions conduites ? [...]* »

Intervenant : *oui sur les actions conduites de ce type-là.*

Gestionnaire des risques : *après tu peux dire (à l'infirmier du travail) que dans le cadre de la réalisation du document unique, y a pleins de choses qui ont été mises en place par la médecine du travail en termes d'équipement individuel, de formation, d'adaptation des postes de travail, d'analyse des événements indésirables et qui ont amené des solutions ce qui fait que certains risques ont été revus à la baisse par les équipes et ça c'est important peut être.*

Infirmier du travail : *c'est vrai que ça a pris plus de temps que ce qu'on pensait au départ mais en même temps c'est bon signe, les gens ont pris le temps et des fois il fallait dire on avance (rire) mais c'est bien ça a tendu pleins de perches, d'autres choses qu'on ne va pas mettre forcément dans le document unique, ça a permis un dialogue ciblé sur les qualités du travail, les contraintes (...) enfin voilà prendre ce temps pour rencontrer les agents, les acteurs de terrain c'était important.*

Gestionnaire des risques : *surtout qu'ils ont proposé des solutions.*

Infirmier du travail : *C'était la question à chaque fois comment vous, vous sentez les choses, comment vous feriez, comment vous auriez envie que ça soit, au moins les gens s'approprient les choses.*

Médecin du travail : *oui et les cadres en avaient parlé avec leurs équipes aussi, ils sont bien au courant des problèmes qui se posaient (...)* » (extrait réunion temps 1).

Ceci suggère un climat organisationnel favorable au déploiement d'une telle démarche. Les acteurs institutionnels et de la médecine du travail collaborent sur plusieurs projets en cours. Ils semblent en outre satisfaits de leurs collaborations.

La mise en discussion de l'organisation du service de soins: Une recherche collective de solutions

Le cadre de santé et le médecin de l'unité décrivent ouvertement le fonctionnement de leur service de soins

Dès le temps 2, ces acteurs ont souhaité présenter à l'intervenant l'organisation formelle de leur service de soins. Ils ont présenté ensemble le déroulé d'une journée type d'un soignant.

Médecin de l'unité : *« et vous voulez qu'on vous décrive un peu notre organisation ou vous la découvrirez ?*

Intervenant : *ça m'intéresse, si vous avez le temps avec plaisir*

Médecin de l'unité : *euh du coup, on va se compléter, monsieur X. (le cadre de santé)*

Cadre de santé : *oui tout à fait*

Médecin de l'unité : *alors pour la journée des AS et des IDE (...) »* (extrait réunion temps 2)

Tout au long du déploiement de la démarche, ces acteurs se sont exprimés sur l'organisation du travail de leur service de soins. Ils ont souhaité faire connaître leur fonctionnement et ont alors accepté qu'un regard extérieur puisse venir les questionner. Ces acteurs étaient ouverts à toutes suggestions d'amélioration. Cette ouverture a permis à l'intervenant de réaliser un diagnostic précis des difficultés qu'ils rencontrent.

Le cadre de santé et le médecin de l'unité participent activement à l'explication des alertes du questionnaire. Afin de le montrer, nous avons choisi un extrait de réunion au sujet de la dimension « partage de valeurs entre les aides-soignants et les infirmiers » du questionnaire.

Cadre de santé : *ce que l'on en ressent. Euh donc vous avez parlé globalement d'une bonne entente entre les soignants, les cadres, l'équipe médicale donc je pense que, moi je suis actuellement en plein milieu des entretiens donc à ce moment là justement on peut justement se dire les choses également en face, les barrières tombent un petit peu, donc on est beaucoup plus à l'aise et c'est vrai que y a pas de critiques que ce soient mêmes positives ou négatives à l'encontre de l'équipe médicale. Au contraire il y a même un plus au niveau de la communication qui est pointée aujourd'hui euh des moments où on peut justement où on sait qu'on peut se réunir donc y a toujours une ouverture, une possibilité pour les soignantes de savoir qu'elles peuvent s'exprimer sur n'importe quel sujet qui peut être abordé aujourd'hui. Donc je pense que c'est essentiel et elles le savent. Ça c'est important. Par contre, vous avez parlé également des IDE anciennes, AS anciennes et IDE, AS plus jeunes moi je pense de mon point de vue, que c'est plus un enrichissement je trouve qu'il y a une équipe du matin, une équipe de l'après-midi qui tourne mieux quand il y a justement une ancienne et une jeune. Ce qui est actuellement le cas cet après-midi par exemple parce que si y a une question, de toute façon y a une réponse qui est donnée, et le jeune peut également donner son point de vue aussi 'moi je pense qu'on peut faire comme ça, j'ai appris comme ça' donc voilà donc je le vois comme un enrichissement.*

Médecin du travail: *entre les classes d'âges*

Médecin de l'unité: *en tous les cas le conflit ne se ressent pas dans la façon de travailler, peut-être qu'elles, elles le ressentent au fond d'elles et que voilà (...) après moi ce que j'ai beaucoup entendu à ce sujet c'est le travail en binôme c'est que pour certaines c'est difficile. Le matin y a des soins IDE qui sont lourds du coup les IDE ont du mal à faire le binôme avec les AS (...) ça doit peut-être se ressentir (...) (extrait réunion temps 4).*

Ces acteurs semblent proches de leur équipe de soins et bien connaître leur façon de s'organiser. Ils apportent chacun des éléments constructifs au débat.

Des acteurs institutionnels intéressés par les problématiques rencontrées dans le service de soins suivi

Les acteurs de la médecine du travail et l'intervenant échangent régulièrement sur les informations qu'ils ont recueillies sur le terrain. Lors des COPIL, organisés par l'intervenant, ils en informent le gestionnaire des risques. Nous avons choisi un extrait traitant des difficultés relatives au lave-bassin.

Intervenant : *« Et c'était également pour voir avec vous alors car le service X (service suivi) a un gros problème de lave-bassin, je ne sais pas si vous en avez entendu parler. Et donc du coup ils utilisent des couches, qui leur font des manutentions en plus, ce qui fait que les sacs poubelles sont lourds.*

Médecin du travail : *Y a les protèges pour le bassin aussi c'est ça ?*

Gestionnaire des risques : *C'est des systèmes qu'on met en place quand les laves-bassins sont en pannes pour des patients qui auraient des diarrhées, des troubles.*

Intervenant : *Oui enfin là ça a l'air récurrent.*

Gestionnaire des risques : *Bon enfin moi je n'ai pas été alerté euh par cette problématique dernièrement après est ce que l'infirmière en hygiène hospitalière a été alertée. Moi X (cadre de santé) ne m'a pas du tout parlé de ce problème-là. C'est un lave-bassin qui ne lave pas bien, qui ne fonctionne plus depuis un certain temps ?*

Intervenant : *C'est un lave-bassin qui ne lave pas bien.*

Médecin du travail : *Voilà c'est un mauvais choix de départ.*

Intervenant : *Il ne lave pas du tout les scelles, et ils disaient que apparemment il faut relaver trois fois quand c'est de l'urine pour que ce soit propre si mes souvenirs sont bons (...). Ils ont monté un groupe avec les services techniques, ils sont passés et on dit qu'ils ne pouvaient rien faire et en attendant il faudrait qu'ils fonctionnent avec ce système de sacs » (extrait COPIL temps 6).*

L'intervenant et le médecin du travail décrivent ensemble les difficultés rencontrées par le service suivi. Ils font état collectivement de la façon dont est organisé le service de soins. Chacune des difficultés rencontrées par le service suivi a été rapportée de la même façon au gestionnaire des risques afin de trouver institutionnellement des solutions. A chacune des rencontres, le gestionnaire des risques a été très impliqué et source de propositions afin de remédier à ces difficultés. Il semble ainsi que le type de travail collectif entre ces acteurs relève de la coopération.

Des soignants participatifs durant le déploiement de la démarche

Le cadre de santé semble apprécier les effets de la démarche ORSOSA dans son service de soins. Il relate de plus que les soignants y sont très intéressés.

Cadre de santé : « *au fur et à mesure de la démarche, des agents venaient me voir pour me dire il faut mettre cela en place, y a vraiment eu un intérêt* » (extrait entretiens brefs).

Les soignants participent activement lors des temps prévus à cet effet. Ils expriment les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien. Nous supposons que c'est le travail collectif initié par la démarche ORSOSA qui a permis cette mobilisation. En effet, les soignants ont compris l'intérêt de participer à ce type de démarche. De plus, un des facteurs de renforcement est matériel, lié à l'acquisition d'un nouveau lave-bassin au cours du déploiement de la démarche. Le service de soins était en attente de ce nouveau matériel depuis plusieurs années. Les soignants se sont sentis écoutés et en ont profité pour s'exprimer. A chacune des réunions dans lesquelles ils ont été conviés, ils sont venus nombreux. La réalisation des « petits projets » permet aux acteurs de prendre conscience que des améliorations peuvent être mises en œuvre (Daniellou, 2001, p. 122).

Le travail collectif, initié par la démarche, permet le développement de l'activité collective des acteurs en présence

Comme pour les terrains précédents, nous avons schématisé les interactions des acteurs lors des principales réunions prévues par la méthodologie ORSOSA.



Nous allons détailler, dans les sous-parties suivantes, que le travail collectif initié par la démarche a permis aux acteurs d'horizons et de niveaux hiérarchiques différents de développer leurs collaborations. Deux ingrédients indispensables (soit l'implication des acteurs institutionnels au cours du déploiement de la démarche et le développement des collaborations entre les acteurs en présence) ont été réunis, au cours du déploiement de la démarche.

Des acteurs institutionnels à la recherche de ressources pour un déploiement efficient de la démarche

Lors du temps 1 : Rencontre institutionnelle

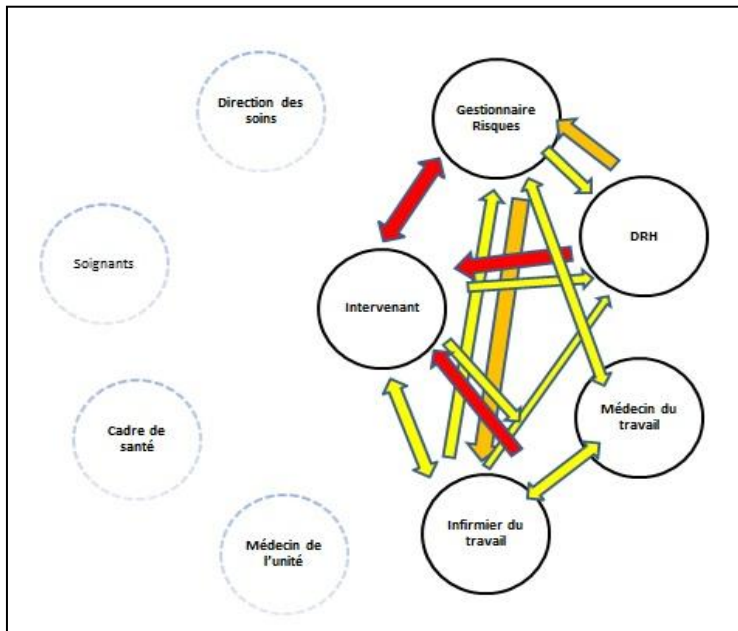


Figure 36. Dynamique des échanges lors du temps 1

Ces schémas montrent que les acteurs institutionnels et de la médecine du travail échangent ensemble. Ils sont déjà tous impliqués dans la recherche de ressources pour un déploiement efficient de la démarche dans leur établissement.

Lors du COPIL 1

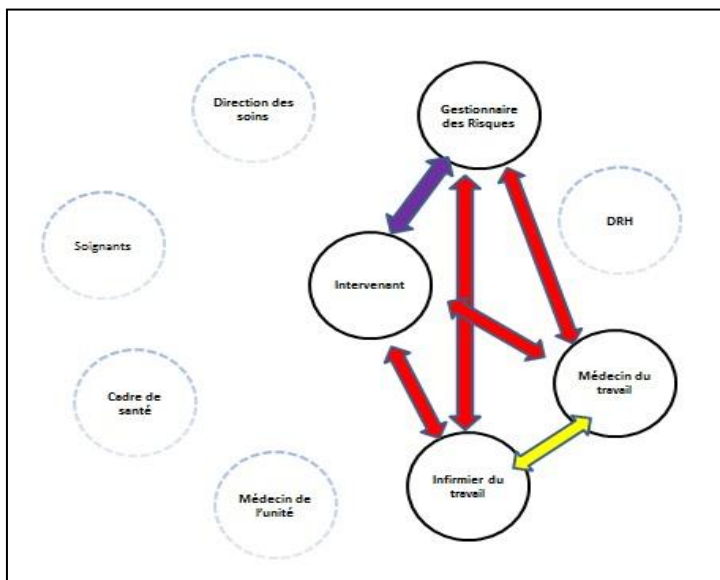


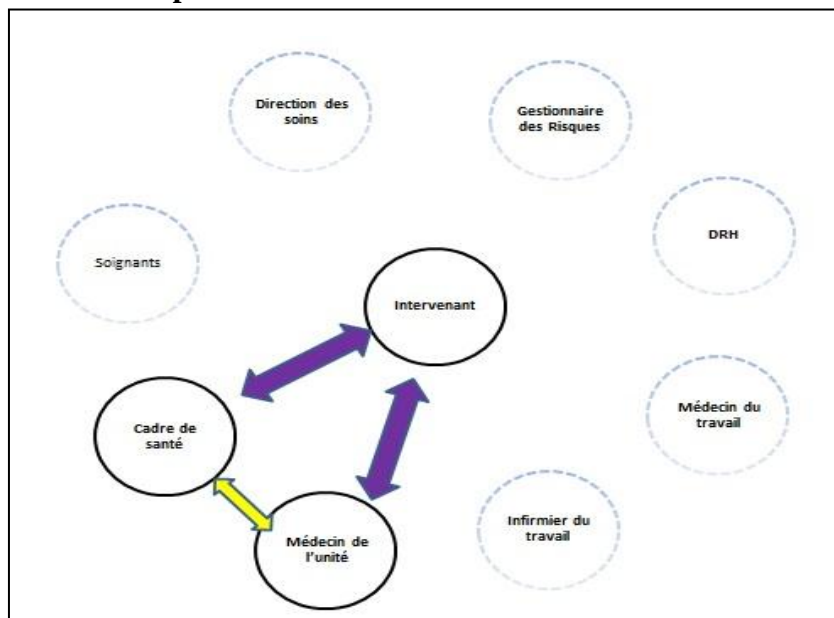
Figure 37. Dynamique des échanges lors du COPIL 1

Leurs interactions lors du COPIL 1 s'intensifient. Il est à remarquer que seul le gestionnaire des risques représente les acteurs institutionnels.

Vers le développement des collaborations entre les différentes logiques professionnelles

Les réunions prévues par la démarche ORSOSA permettent aux différents acteurs impliqués dans son déploiement de travailler collectivement à la recherche de solutions afin de pallier aux difficultés vécues par le service de soins. Nous avons schématisé les interactions de ces acteurs à différents temps de la démarche ORSOSA.

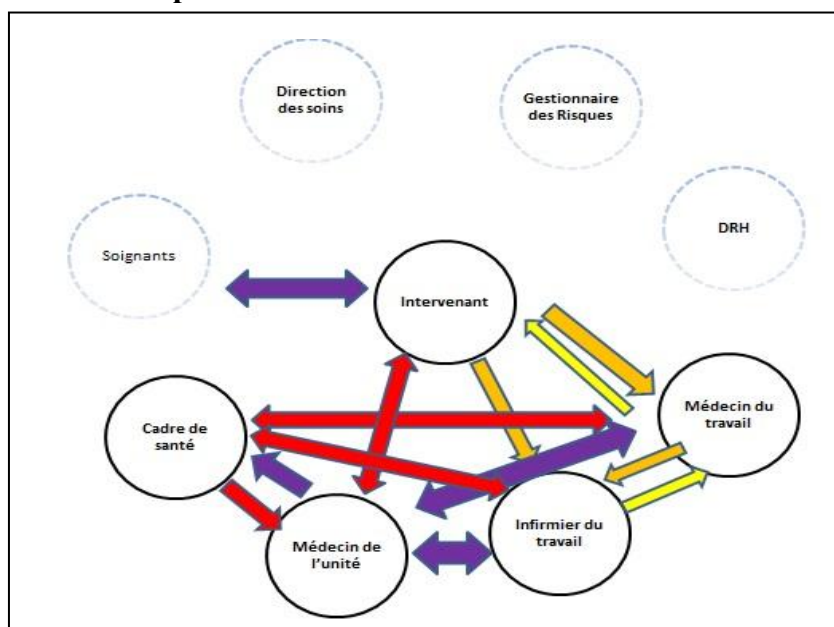
Lors du temps 2 : Rencontre cadre de santé/ médecin de l'unité



Cette figure montre de nombreuses interactions entre l'intervenant, le cadre de santé, le médecin de l'unité (mais peu entre le cadre de santé et le médecin de l'unité). Ils décrivent lors de ce temps le fonctionnement de leur service de soins et répondent aux questions de l'intervenant. La mobilisation des acteurs dans la démarche les amènent à développer leur travail collectif et notamment avec l'intervenant.

Figure 38. Dynamique des échanges lors du temps 2

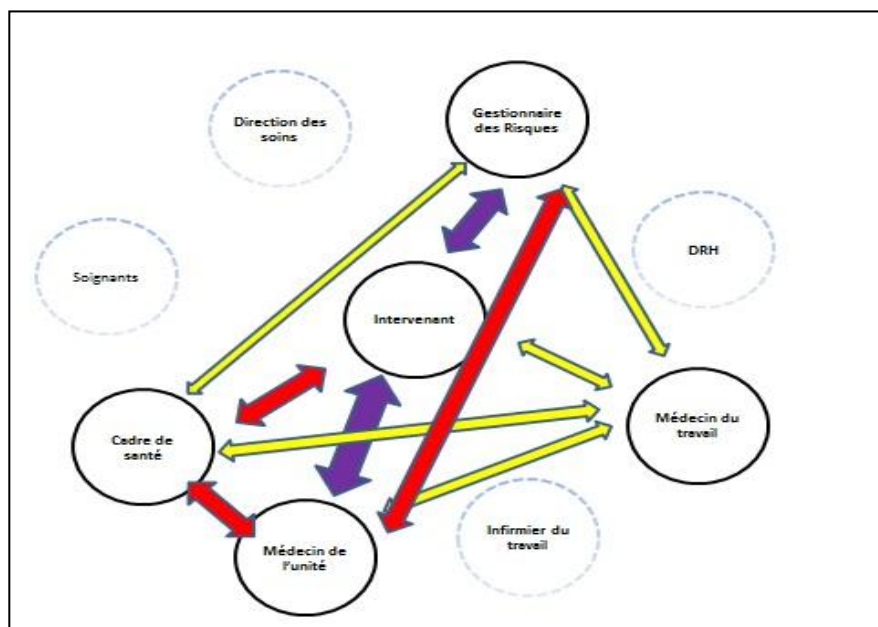
Lors du temps 4. Rencontre cadre de santé/ médecin de l'unité



En présence des acteurs de la médecine du travail nous observons de multiples interactions. L'intervenant est moins au centre des échanges : les acteurs en présence échangent collectivement sur le fonctionnement et les difficultés du service de soins suivi. Nous observons que le cadre de santé et le médecin de l'unité sont très participatifs lors de la réunion. Ils travaillent collectivement à l'instauration de la démarche dans leur service de soins, notamment en sollicitant les acteurs de la médecine du travail (considérés comme des ressources).

Figure 39. Dynamique des échanges lors du temps 4

Lors du temps 6 : Restitution cadre de santé/ médecin de l'unité

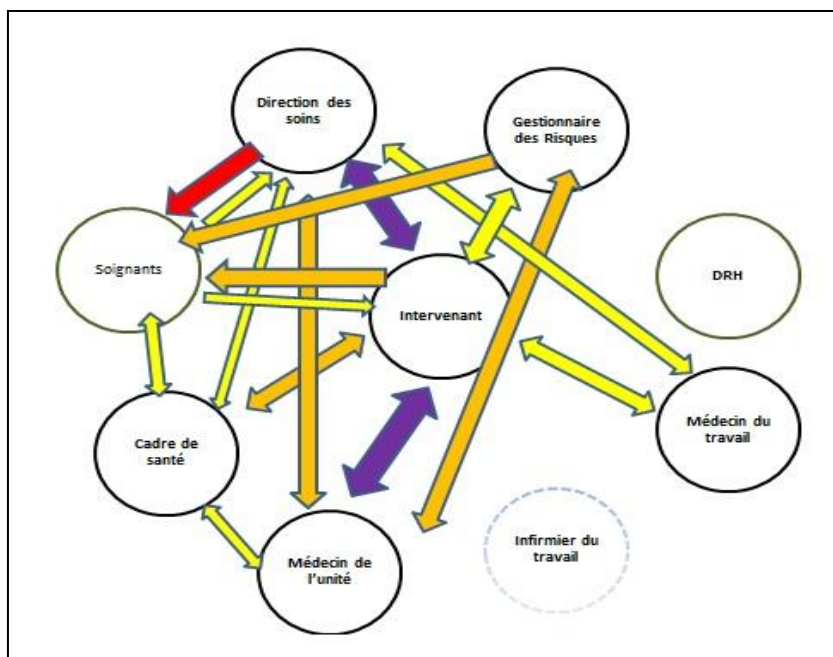


Cette figure montre une place centrale du gestionnaire des risques. En présence de ce dernier, le médecin du travail participe moins : il se positionne en observation des échanges. En revanche, les interactions entre le cadre de santé et le médecin de l'unité se maintiennent. Le médecin de l'unité est au centre des échanges et initie avec l'intervenant le débat.

Figure 40. Dynamique des échanges lors du temps 6

De plus, nous observons un élargissement du réseau des acteurs de terrain avec la présence du gestionnaire des risques.

Lors du temps 7 : Restitution collective

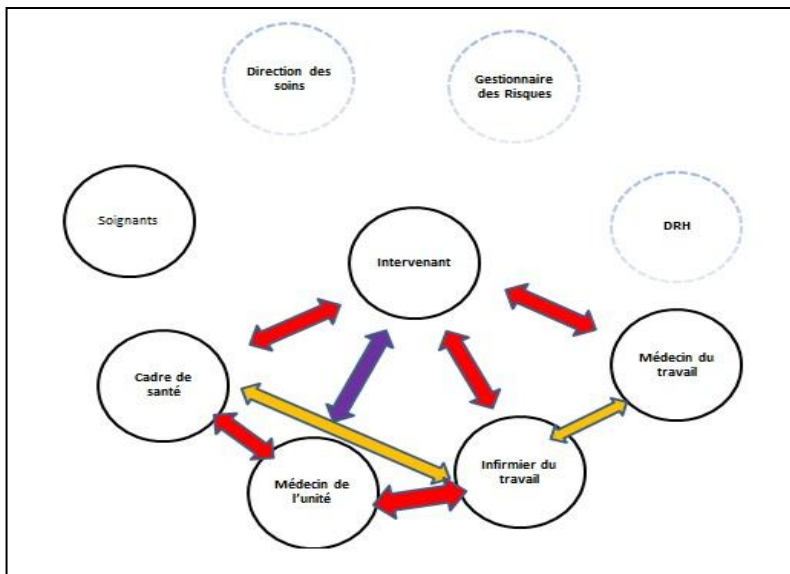


Les différentes logiques professionnelles échangent entre elles. Principalement deux acteurs participent au cours de la réunion : la direction des soins et le médecin de l'unité. Le médecin de l'unité cherche des pistes avec les autres acteurs pour améliorer l'organisation de son service. La direction des soins soutient activement cette recherche de solutions. Le médecin du travail est en observation des échanges.

Figure 41. Dynamique des échanges lors du temps 7

Enfin, cette réunion suggère un élargissement du réseau des acteurs de terrain bien que le cadre de santé ne n'exprime peu. Ce dernier laisse les acteurs en présence échanger entre eux.

Evaluation à 6 mois



L'ensemble des acteurs débattent ensemble. Les acteurs de terrain sont très satisfaits des répercussions de la démarche sur leur service de soins. L'infirmier du travail fait l'objet de nouvelles interactions. Il est devenu un acteur ressource : les acteurs de terrain ont élargi leurs réseaux.

Figure 42. Dynamique des échanges à 6 mois

Ces différents schémas montrent que l'ensemble des acteurs de cet établissement ont échangé tout au long du déploiement de la démarche. L'activité collective entre l'ensemble des acteurs a renforcé la mobilisation de ces derniers durant le déploiement de la démarche. Dans un second temps, l'activité collective a permis le développement de l'activité individuelle du cadre de santé, du médecin de l'unité, de l'infirmier du travail et de la direction des soins. C'est ce que nous allons à présent, détailler pour montrer ce passage du développement de l'activité collective au développement de l'activité individuelle.

Du développement de l'activité collective au développement de l'activité individuelle

L'activité collective a développé l'activité individuelle de plusieurs acteurs en charge du déploiement de la démarche : le cadre de santé, le médecin de l'unité, l'infirmier du travail et la direction des soins. C'est ce que nous allons à présent détailler (cf. tableaux 46 à 49).

Le cadre de santé

Le développement de l'activité	Verbatim
Le développement des coopérations avec le médecin de l'unité	« on travaille depuis peu de temps ensemble mais c'est plutôt un soutien pour moi », « je me sens soutenu par le médecin du service, vaut mieux être deux car on a beaucoup d'autres projets en cours » (extraits entretiens brefs).

Tableau 47. Le développement de l'activité du cadre de santé

Il semblerait que le déploiement de la démarche dans son service de soins lui ait permis de développer ses collaborations avec le médecin de l'unité. A chacun des entretiens brefs réalisés avec cet acteur, il relate que le médecin de l'unité est une ressource pour lui. Ainsi, il exprime qu'il est plus facile de mener à deux les projets de service.

Le médecin de l'unité

Le développement de l'activité	Verbatim
Le développement de ses connaissances institutionnelles	Intervenant : « (...) la troisième préconisation c'était par rapport à la formation pour continuer à enrichir vos compétences donc essayer d'identifier les besoins en formation que vous avez. A ce que j'ai pu comprendre avec le gestionnaire des risques vous avez un plan de formation qui est assez riche donc il faut essayer de voir de quoi vous avez besoin (...). Direction des soins : alors je vais vous arrêter. Les besoins en formation sont très formalisés c'est-à-dire que les cadres de santé ont comme obligation lors des entretiens d'évaluation annuelle de recenser les besoins exprimés (...). Bientôt vous allez avoir un passeport formation issu de la réglementation où vous allez avoir l'ensemble de vos formations, des petits documents individuels (...). Médecin de l'unité : on peut imaginer que bien que le catalogue de formations soit très riche dans l'établissement d'en ajouter ou d'en créer ? Cadre de santé : y a des formations obligatoires aussi. Direction des soins : bien sûr le plan n'est pas figé, ce n'est pas nous qui créons le plan. Il est créé à partir de tous les recensements faits par les cadres (...). On retient des projets particuliers aussi, si c'est un projet de l'unité, qu'il y a une motivation forte de l'équipe et que derrière il y a des actions. Il y a l'idée de retour sur investissement. Au bloc on a financé une formation sur l'hypnose (...) ». (Extrait réunion temps 7).

Le développement de ses collaborations avec le cadre de santé	<i>« avec le cadre, on travaille plus ensemble, on fait des réunions plus souvent, quand il y a des problèmes, on est au courant tous les deux. Les liens se sont renforcés, on parle ensemble, on essaie de trancher dans le vif mais ça prend du temps » (extrait entretiens brefs).</i>
Le développement de ses collaborations avec les acteurs institutionnels	<i>« on sent qu'on peut faire des propositions. Il (la direction des soins) nous l'a dit d'ailleurs si on construit un projet, il veut bien l'étudier et aller dans notre sens. C'est important car ça ne va pas dans le sens de ce que l'on entend d'habitude, notamment avec le cadre de santé », « ça va permettre de fixer les objectifs au sein de l'établissement. Si on travaille sans eux (les acteurs institutionnels), c'est le désordre, on arrive à rien de concret » (extraits entretiens brefs).</i>

Tableau 48. Le développement de l'activité du médecin de l'unité

Le travail collectif issu de la démarche a permis au médecin de l'unité d'envisager de nouvelles ressources afin de mettre en place des projets de service dans son unité de soins, notamment en s'appuyant sur le dispositif de formation continue. De plus, il souligne que la démarche lui a permis de développer ses collaborations avec le cadre de santé. Cet acteur prend de plus conscience qu'il est nécessaire de travailler plus étroitement avec les acteurs institutionnels afin de recueillir un maximum de ressources. Le travail collectif initié au cours du déploiement de la démarche lui a permis de se familiariser avec la fonction de direction des soins et de la considérer comme un acteur ressource au développement de projets de service.

L'infirmier du travail

Le développement de l'activité	Verbatim
Le développement de ses connaissances terrain	<i>« l'idée des thermomètres, c'est quelque chose que je garde dans le coin de la tête et je vais le dire au médecin du travail. La prochaine fois qu'on a une réunion CHSCT ou avec la direction du service économique, je vais pouvoir appuyer » (extrait entretiens brefs).</i>

Tableau 49. Le développement de l'activité de l'infirmier du travail

Les échanges collectifs au cours du déploiement de la démarche lui ont permis de développer ses connaissances sur le fonctionnement des services de soins. Ce développement lui donne du pouvoir d'agir.

La direction des soins

Le développement de l'activité	Verbatim
Développement de ses connaissances terrain	« c'est vrai qu'il manque beaucoup d'informations aux soignants, pourtant on fait des efforts de communication. Je suis un peu surpris je dois dire. J'ai commencé à parler de cette histoire de lave-bassin et je me suis rendu compte que beaucoup de choses avaient été faites mais rien n'a été dit aux équipes. Ça m'interpelle pour voir comment concevoir un circuit plus court », « comme quoi on pousse la réflexion sur des choses qui n'ont pas lieu d'être. On pensait à des choses plus ambitieuses. Mais il faut passer par des choses simples, ça permet de se remettre dans la réalité terrain » (extraits entretiens brefs).

Tableau 50. Le développement de l'activité de la direction des soins

Le travail collectif issu de la démarche a permis à la direction des soins de développer ses connaissances sur le fonctionnement du service de soins suivi. Cet acteur est même surpris du type de difficultés remontées par le service et notamment de l'absence de réponse institutionnelle vis-à-vis du lave-bassin défectueux.

Du travail collectif au renforcement de la mobilisation des acteurs : Conclusion pour le terrain 3

Le travail collectif initié par la démarche ORSOSA a permis un réel débat autour de l'organisation du travail du service de soins suivi. Plusieurs acteurs, d'horizons et de niveaux hiérarchiques différents se sont mobilisés durant le déploiement de la démarche, ce qui a permis d'élargir pour les acteurs de terrain le réseau des acteurs ressources. Un réel débat s'est engagé sur les préconisations à mettre en œuvre dans le service de soins afin de faire face aux difficultés rencontrées.

Les acteurs de terrain ont facilité pour l'intervenant la réalisation d'un diagnostic des dysfonctionnements du service de soins qui a été ensuite remonté aux acteurs institutionnels. Le médecin de l'unité a été participatif et moteur durant la mise en œuvre de la démarche. De plus, les soignants ont été participatifs et sources de propositions. Les acteurs de la médecine du travail ont été mobilisés et ont fait des propositions durant le déploiement de la démarche. Le gestionnaire des risques ainsi que la direction des soins ont été un réel atout pour la mise en place de préconisations adaptées aux besoins du service de soins : ils se sont servis de projets en cours ou de leviers institutionnels. L'ensemble des acteurs en présence durant le déploiement de la démarche ORSOSA s'est rencontré à plusieurs reprises durant le déploiement de la démarche et ont pu développer une

réelle activité collective. Enfin, nous avons montré que cette activité collective a développé l'activité individuelle de plusieurs des acteurs en présence, notamment en leur donnant des ressources pour faire aux difficultés rencontrées.

Avant de conclure vis-à-vis de l'analyse de nos données, il convient de signaler plusieurs limites inhérentes à la méthodologie mise en œuvre afin de répondre à notre hypothèse.

L'analyse des réunions prévues par la démarche ORSOSA

Cette recherche s'est centrée sur la dynamique initiée lors de l'implantation d'une démarche préventive entre différentes logiques professionnelles. Cependant, il aurait pu être intéressant d'observer en détail les échanges entre le cadre de santé, le médecin de l'unité et les soignants lors des réunions. Ceci aurait permis de catégoriser la nature de leurs échanges et donc la façon dont ils travaillent ensemble. Cette optique fait partie de nos perspectives de recherche.

Présence temporaire du chercheur

Nous avons suivi les acteurs en présence seulement lors des réunions prévues par la démarche ORSOSA. Cependant, il aurait été intéressant d'analyser l'activité des acteurs institutionnels afin de comprendre comment ils travaillent ensemble ou avec d'autres acteurs. Comment sont suivis les projets institutionnels.

Conclusion de l'analyse de nos données afin de répondre à l'hypothèse 3 :

Nous cherchions à tester si le travail collectif initié par la mise en œuvre de la démarche ORSOSA permettait la mobilisation des acteurs. Nos résultats suggèrent plusieurs éléments de réponse :

Tout d'abord, plusieurs voies sont possibles afin de construire un travail collectif efficient entre différents acteurs d'un établissement. Les terrains 1 et 3 suggèrent des constructions différentes mais avec un point non négligeable de ressemblance : un objectif commun entre les acteurs. Pour le terrain 1, les acteurs se sont réunis autour du cadre de santé en difficulté (travail collectif de type aide) et pour le terrain 3 autour de la volonté d'améliorer l'organisation du service de soins (travail collectif de type coopératif).

Nos résultats suggèrent que l'activité collective permet la mobilisation des acteurs en présence lors du déploiement d'une démarche préventive. De plus, il est à noter que certains acteurs ont un potentiel de rassemblement plus important : tel que le cadre de santé et la direction des soins par exemple. Ainsi, le cadre de santé a un rôle déterminant puisqu'il est en lien direct avec les soignants et le médecin de l'unité : il peut intervenir directement en faveur de la démarche (cf. terrains 1 et 3) ou au contraire en sa défaveur (terrain 2) dans son service. De plus, nos trois terrains ont mis en exergue le rôle central de la direction des soins. Sa présence rend légitime la démarche auprès des soignants et des cadres supérieurs (cf. le manque d'implication du cadre supérieur lors du terrain 2). Il permet de plus de garantir la mise en œuvre des préconisations (terrain 3).

Enfin, il semblerait que plus une diversité d'acteurs participe dans une démarche préventive et plus le service de soins audité bénéficie d'amélioration de son fonctionnement. Ainsi, les acteurs mettent à disposition leurs connaissances et leurs compétences au sein d'un cadre sécurisé qu'est l'activité collective. La mise en débat des difficultés du terrain, les co-interventions dans les services ont non seulement un impact sur le bien-être au travail des soignants, mais aussi sur le développement des ressources de ces acteurs.

Nous pouvons conclure que plus les acteurs d'un établissement travaillent collectivement et plus l'activité de ces derniers sera développée : acquisition de nouvelles ressources, de nouvelles opportunités d'intervention, de nouvelles collaborations. Ces acteurs peuvent ainsi envisager de nouvelles façons de procéder et d'échanger des ficelles inter-métier. Cependant, en l'absence de travail collectif aucune amélioration n'est apportée (terrain 2).

Nous concluons ainsi qu'un travail collectif efficace développe la mobilisation des acteurs dans le déploiement d'une démarche préventive, permettant d'une part, l'amélioration de l'organisation du service de soins et d'autre part le développement de l'activité individuelle des acteurs en présence.

Résumé de la cinquième partie

Cette partie appréhende les conditions de mobilisation des acteurs lors du déploiement d'une démarche préventive. Nous avons découpé en cinq parties les résultats obtenus :

Premièrement, nous avons montré que le déploiement de la démarche ORSOSA ne s'était pas initié dans des contextes similaires. Le terrain 3 semble plus « capacitant » que le terrain 1 et 2. Plusieurs éléments contextuels permettent de comprendre pourquoi l'instauration de la démarche ORSOSA a mieux fonctionné sur le terrain 3. Cependant, étant donné que le déploiement de la démarche ORSOSA a eu des répercussions plus importantes sur le terrain 1 comparativement au terrain 2, nous en concluons que le contexte est une variable modératrice. En effet, les acteurs internes à l'établissement s'y sont impliqués, ont donné du sens à cette démarche comparativement aux acteurs du terrain 2. Nous en concluons que le déploiement d'une démarche préventive nécessite une réelle construction sociale de la démarche de prévention des risques professionnels et qu'il ne faut pas seulement un contexte favorable de déploiement.

Deuxièmement, nous avons montré que chacun des acteurs de nos trois terrains ne s'implique pas de la même manière dans le déploiement de la démarche. Nous avons schématisé le processus d'implication pour chacun d'entre eux. Pour faire cela, huit catégories ont été identifiées : la verbalisation autour de son activité, la participation en réunion, la participation terrain, l'absence de participation, l'observation, la crainte, l'opposition ou encore le désengagement.

Ainsi, nous avons montré que les acteurs du terrain 1 s'impliquent progressivement au cours du déploiement de la démarche. Les acteurs de terrain du terrain 2 ne s'impliquent pas comparativement aux acteurs de la médecine du travail qui se désimpliquent progressivement. Enfin, nous avons montré que les acteurs du terrain 3 sont impliqués dès le démarrage du déploiement de la démarche.

Troisièmement, nous avons étudié l'impact qu'un intervenant a au cours du déploiement d'une démarche sur la mobilisation des acteurs. Nous avons identifié cinq stratégies utilisées et repérés que l'intervenant les utilise à des étapes précises du déploiement de la démarche. Ces stratégies de l'intervenant visent le développement des dispositions, des capacités et du travail collectif des acteurs. Les trois terrains suivis montrent comment l'intervenant s'adapte au terrain dans lequel il déploie la démarche mais aussi comment le milieu de travail modifie les stratégies utilisées par l'intervenant. En effet, plus les acteurs en présence sont mobilisés dans le déploiement de la démarche et plus l'intervenant oriente ses stratégies en lien avec les difficultés rencontrées par le service audité (terrains 1 et 3). De plus, l'analyse comparative effectuée suggère que lorsque les acteurs sont mobilisés dès le démarrage du déploiement de la démarche, l'intervenant utilise moins de stratégie d'intervention (terrain 3). Enfin, nous avons montré que dans le cas inverse l'intervenant utilise principalement des stratégies en lien avec la pertinence de la démarche mise en place afin de mobiliser les acteurs (terrain 2) à déployer la démarche.

Quatrièmement, nous avons mis en exergue que les acteurs ne s'impliquaient pas dans la démarche uniquement en fonction du rôle qui leur est communément assigné mais en fonction de leur activité individuelle et du sens qu'ils donnent à la démarche. Nos résultats détaillent comment chaque acteur fait des liens entre le déploiement de la démarche et son activité individuelle. Plus précisément, nous avons montré que les acteurs du terrain 1, font chacun des liens entre la démarche et leur activité individuelle afin d'aider le cadre de santé en difficulté. Le terrain 2 suggère que lorsque des acteurs ne font pas de lien entre leur activité individuelle et le déploiement de la démarche, ils n'arrivent pas à s'impliquer et y sont opposés. Enfin, le terrain 3 montre que lorsque les acteurs arrivent à faire le lien entre la démarche et leur activité individuelle, ils se mobilisent et déploient leur activité individuelle.

Cinquièmement, nous avons montré comment s'est développé l'activité collective des acteurs au cours du déploiement de la démarche pour nos trois terrains de recherche. Les terrains 1 et 3 suggèrent des constructions différentes mais avec un point non négligeable de ressemblance : un objectif commun entre les acteurs. Pour le terrain 1, les acteurs se sont réunis autour du cadre de santé en difficulté et pour le terrain 3 autour de la volonté d'améliorer l'organisation du service de soins. Nos résultats suggèrent que l'activité collective permet la mobilisation des acteurs en présence lors du déploiement d'une démarche préventive. Enfin, nous avons mis en exergue que l'activité collective permet d'une part l'amélioration de l'organisation du service de soins et d'autre part le développement de l'activité individuelle des acteurs en présence (acquisition de nouvelles ressources, de nouvelles opportunités d'intervention, de nouvelles collaborations...).

L'objectif de la discussion dans la partie suivante (partie VI) est de recenser quelles sont les conditions permettant la mobilisation des acteurs durant le déploiement d'une démarche préventive au regard de l'efficacité des interventions ergonomiques. Nous rendrons compte plus généralement des processus d'élaboration de la construction sociale de la prévention des risques professionnels dans le cadre du déploiement d'une démarche de prévention primaire.

PARTIE VI. DISCUSSION

La partie V a présenté nos résultats de recherche. Nous cherchions à comprendre à quelles conditions les acteurs internes d'un établissement se mobilisent dans le déploiement d'une démarche de prévention des risques professionnels. Plusieurs déterminants ont été mis en exergue grâce à l'analyse comparative effectuée au sein de trois services de soins.

La discussion de ces résultats se découpe en deux parties.

Premièrement, nous recenserons les conditions permettant la mobilisation des acteurs lors du déploiement de démarches préventives (chapitre 1). Après avoir rappelé les objectifs de notre recherche (1) et les principaux résultats qui en découlent (2), nous présenterons quatre catégories de conditions (3) qui nous paraissent essentielles à la mobilisation des acteurs durant le déploiement d'une démarche préventive : relatives au contexte d'intervention (3.1), aux stratégies déployées par un intervenant extérieur (3.2), aux liens effectués par les acteurs entre la démarche et leur activité individuelle (3.3) et enfin à l'activité collective initiée par la démarche ORSOSA (3.4).

Deuxièmement, nous présenterons les perspectives scientifiques et méthodologiques de ce travail en lien avec le concept de construction sociale de la prévention des risques professionnels (chapitre 2).

Chapitre 1. Les conditions permettant la mobilisation des acteurs lors du déploiement d'une démarche préventive

1. Rappel des objectifs de la recherche

Lorsqu'une intervention en santé au travail est conduite au sein d'une entreprise, les praticiens et les chercheurs tentent de déceler quels ont été les facteurs de réussite ou d'échec (Caroly et al., 2008 ; Fassier et Durand, 2010 ; Saint-Arnaud, Gignac, Gourdeau Pelletier et Vézina, 2010 ; Rouat et Sarnin, 2013). Un des éléments déterminants de l'efficacité d'une intervention, et qui peut être transposé à n'importe quels secteurs d'activité ou types d'intervention, concerne la construction sociale autour de la démarche mise en œuvre. En effet, il convient pour les acteurs de l'entreprise de construire collectivement la prévention des risques professionnels dans leur établissement. Le principal enjeu pour l'intervenant est d'initier cette dynamique (Lescarbeau, Payette et Saint-Arnaud, 2003 ; Pichault, 2006 ; Querelle et Thibault, 2007 ; Daniellou et Martin, 2007) considérée comme levier d'efficacité pour des interventions réussies. Hélas, chercher à mobiliser des acteurs lors du déploiement d'une démarche préventive ne va pas toujours de soi comme nous l'avons montré dans les trois terrains de recherche suivis (cf. partie V. Résultat).

La notion de mobilisation est largement utilisée dans la littérature sans pour autant être définie. Définir les contours de cette notion nous paraît essentiel afin de recenser les conditions de la mobilisation des acteurs pour favoriser l'efficacité des interventions dans le domaine de la prévention des risques professionnels. C'est ainsi, que nous nous sommes demandée dans le cadre de cette recherche **comment créer les conditions de la mobilisation d'acteurs internes à un établissement en vue de permettre la construction sociale de la prévention des troubles musculo-squelettiques et psycho-sociaux ?** Considérant la mobilisation des acteurs durant le déploiement d'une démarche préventive comme un ingrédient essentiel à la construction sociale de la prévention, nous avons posé la problématique de recherche suivante : ***La mobilisation des acteurs dans une démarche de prévention est un processus dynamique et temporel, initié par un tiers, permettant le travail collectif entre différents acteurs afin de construire socialement la réalisation d'un objet commun (ici la démarche de prévention primaire ORSOSA) dans un environnement (contexte de travail particulier) capacitant pour la conduite du projet et l'activité individuelle de chacun.***

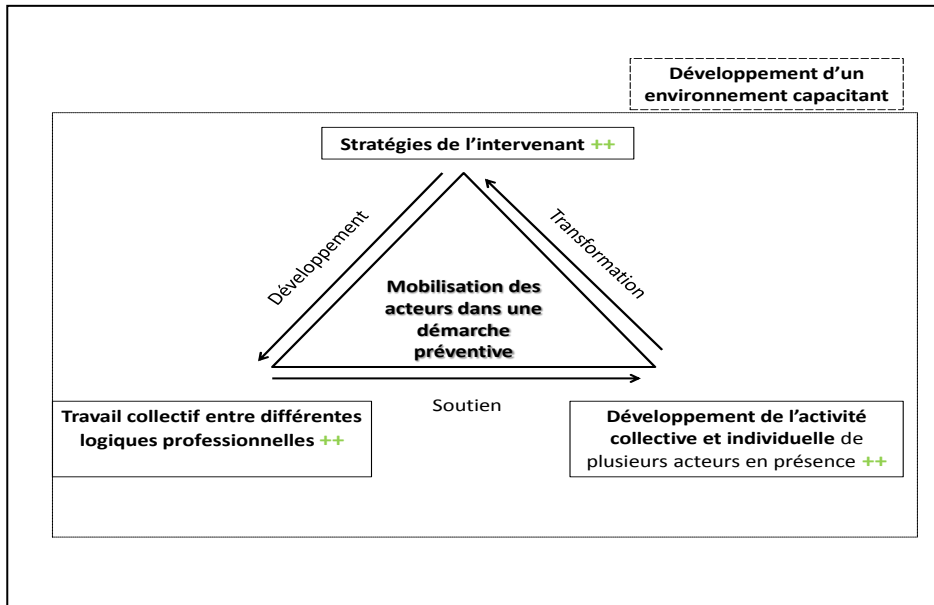
Afin de comprendre comment se construit et se développe le processus de mobilisation des acteurs dans une démarche préventive, trois hypothèses de recherche ont été posées (cf. Partie III. Question de recherche et hypothèses) :

- **L'implication d'un acteur interne à un établissement dans une démarche préventive reposerait sur l'intervention d'un tiers utilisant différentes stratégies à des temps variés de l'intervention, visant à développer les dispositions, les capacités, et le travail collectif des acteurs (hypothèse 1).**
- **L'implication d'un acteur interne dans une démarche préventive dépendrait de sa pertinence avec son activité individuelle (hypothèse 2).**
- **Le travail collectif, initié par la démarche ORSOSA, réunit les acteurs autour d'un objet commun, permettant de développer de l'activité collective qui les mobilise durant le déploiement d'une démarche préventive (hypothèse 3).**

La partie qui suit synthétise les résultats obtenus.

2. Synthèse des principaux résultats obtenus

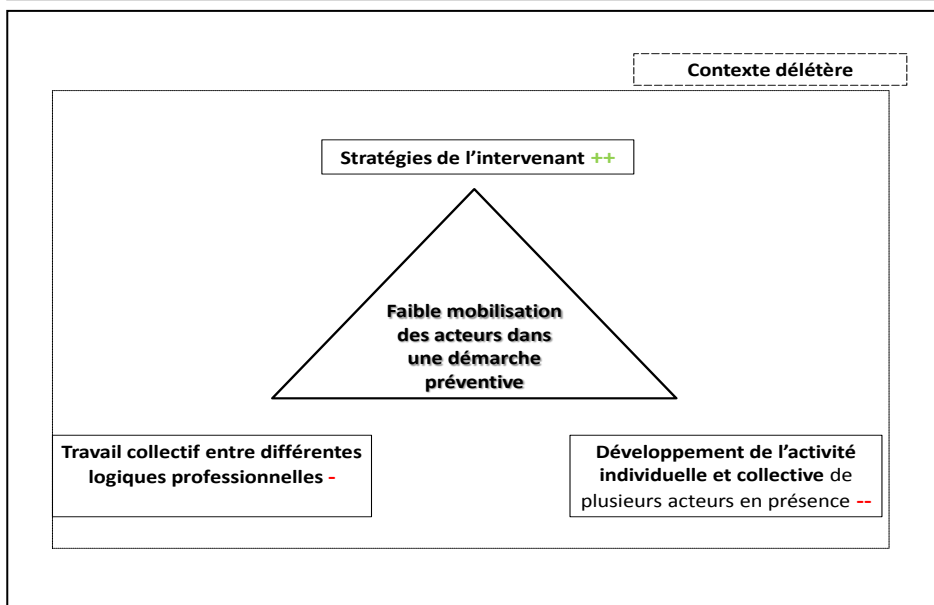
Nous avons pour commencer schématisés les résultats obtenus pour nos trois terrains de recherche.



Terrain 1

Lors de cette intervention dans un environnement en voie de devenir capacitant, l'intervenant a utilisé plusieurs stratégies afin de permettre aux différents acteurs en présence de travailler collectivement. Plusieurs acteurs ont développé leur activité collective et individuelle.

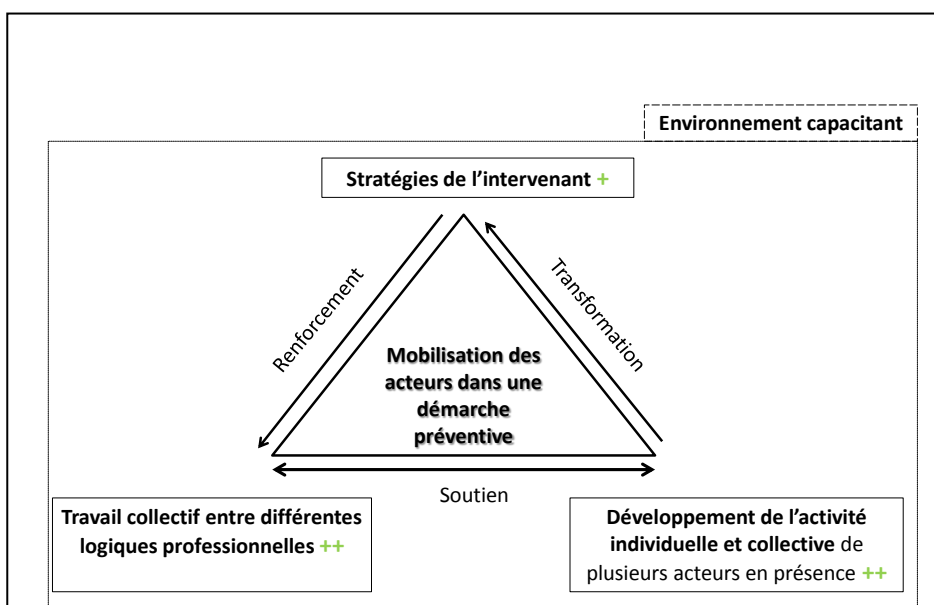
Figure 43. Mobilisation des acteurs du terrain 1



Terrain 2

Lors de cette intervention dans un contexte organisationnel délétère, l'intervenant a utilisé de nombreuses stratégies afin d'inciter les acteurs à travailler collectivement. Cependant, face à l'opposition collective des acteurs de terrain et du cadre supérieur, les différents acteurs de l'établissement n'ont pas travaillé ensemble, ce qui n'a pas permis de développer leur activité.

Figure 44. Faible mobilisation des acteurs du terrain 2



Terrain 3

Lors de cette intervention dans un environnement capacitant, l'intervenant utilise peu de stratégie d'intervention, face à des acteurs mobilisés dans le déploiement de la démarche. Les acteurs en présence travaillent collectivement et développent leur activité collective et individuelle.

Figure 45. Mobilisation des acteurs du terrain 3

Ces trois figures (43, 44 et 45) montrent que le déploiement de la démarche ORSOSA n'a pas eu les mêmes répercussions dans les trois terrains observés. Il convient alors d'identifier les ingrédients ayant influencé (positivement ou négativement) le déploiement de la démarche ORSOSA.

3. Quatre catégories de conditions recensées permettant la mobilisation des acteurs au cours du déploiement d'une démarche préventive

Le déploiement de la démarche ORSOSA au sein de ces trois services a été différent. L'observation du déploiement de cette recherche au sein de trois services de soins nous a permis de **recenser des conditions permettant la mobilisation des acteurs dans ce type de démarche préventive**. Nous avons classé ces conditions en quatre catégories : celles relatives au contexte organisationnel de l'établissement et du service de soins suivi, celles relatives aux stratégies déployées par l'intervenant, celles en lien avec l'activité individuelle des acteurs présents, et enfin celles en lien avec le travail collectif initié durant le déploiement de la démarche. Réunir cet ensemble de conditions est selon nous un gage d'efficacité et d'efficience de l'intervention en prévention des risques professionnels. Nous allons détailler chacune d'entre elles de façon plus précise afin de comprendre comment favoriser la construction sociale des démarches préventives et ainsi permettre l'efficacité des interventions dans le domaine de la prévention des risques professionnels.

3.1. Les conditions en lien avec le contexte organisationnel de l'établissement

Le déploiement de la démarche ORSOSA dans les trois terrains observés ne s'est pas inscrit dans les mêmes contextes d'intervention (cf. Partie V, chapitre 1) :

- le service de soins du terrain 1 est en cours de restructuration (fusion de deux unités de soins). Le cadre de santé est en souffrance face à une activité empêchée.
- les acteurs de terrain et le cadre supérieur du terrain 2 sont en opposition vis-à-vis du déploiement de la démarche, se sentant évalués par la démarche. Ils suspectent que « la direction » utilise la démarche ORSOSA afin de fusionner deux unités de soins et ce dans le but de faire des économies, notamment en supprimant le poste d'un cadre de santé.
- le terrain 3 est considéré comme un « environnement capacitant ». Ce dernier est un petit établissement, plusieurs projets institutionnels mais aussi de service sont menés sur la prévention

de la santé des patients, une politique institutionnelle est portée vis-à-vis de la démarche ORSOSA, l'entente au sein du service de soins entre les différentes logiques professionnelles est favorable à l'élaboration de projets collectifs.

Cependant, le contexte d'intervention n'est pas fixe et peut être transformé. L'objectif étant pour les acteurs de développer de « *nouvelles compétences, connaissances, élargir leurs possibilités d'action, leur degré de contrôle sur leur tâche et sur la manière dont ils la réalisent, c'est-à-dire leur autonomie* » (Fernagu-Oudet, 2012, p.7 citant Falzon, 2005, 2006, 2008). Dans le cadre de notre recherche, le déploiement de la démarche a mis en dynamique les acteurs du terrain 1 afin de développer leur activité. En effet, la démarche ORSOSA permet aux acteurs internes de l'établissement de « *développer l'activité dans tous ses aspects, gestuels, cognitifs et sociaux, en cherchant constamment le meilleur compromis entre objectifs de bien-être et de performance* » (Falzon et Mas, 2007). Les acteurs découvrent (terrain 1) ou développent (terrain 3) des ressources afin de réaliser leur activité individuelle mais aussi collective. Cette élaboration permet de construire socialement la prévention des risques professionnels dans l'établissement. En effet, le cadre de santé, l'ergonome, le médecin de l'unité du terrain 1 identifient, grâce à la démarche, de nouvelles possibilités dans leur activité, leur permettant d'agir sur l'organisation du travail. Par contre, face à l'opposition collective des acteurs de terrain et du cadre supérieur du terrain 2, le contexte d'intervention est considéré comme délétère. En revanche, si les acteurs de terrain et le cadre supérieur avaient été mobilisés durant le déploiement de la démarche, le contexte organisationnel du service de soins aurait été considéré comme un « environnement capacitant » : plusieurs projets de service sont en cours, les items du questionnaire ORSOSA ne sont pas en alerte...

Les résultats de notre recherche nous permettent de présenter les conditions permettant la mobilisation des acteurs, relatives au contexte organisationnel, dans le tableau ci-dessous (cf. tableau 51).

Catégories	Conditions permettant la mobilisation
Le contexte organisationnel de l'établissement	• Le contexte organisationnel de l'établissement est stable (peu de certification en cours, faibles restrictions budgétaires...). • Plusieurs projets en matière de santé au travail sont en cours dans l'établissement impliquant des acteurs institutionnels et la médecine du travail. Ces derniers ont l'habitude de travailler collectivement. • Une présentation en CHSCT de la démarche mise en place doit être faite. • La démarche ne doit pas être imposée par la direction. • Libre choix des services de soins participants à la démarche. • Rémunération des soignants lors des réunions prévues par la démarche.
Le contexte organisationnel du service de soins	• Le service n'est pas isolé géographiquement du reste de l'établissement. • Le service est stable (pas de restructurations, de fusions...). • L'effectif est stable (peu d'absentéisme ou remplacements). • Plusieurs projets de service sont en cours (nutrition, bientraitance...). • Implication de tous les corps professionnels au sein du service : ASH, AS, IDE durant le déploiement de la démarche.

Tableau 51. Conditions favorables concernant le contexte organisationnel

Le contexte organisationnel doit permettre aux acteurs en présence de travailler ensemble afin de transformer leur milieu de travail (possibilités d'actions) en « environnement capacitant ».

3.2. Les conditions en lien avec le rôle de l'intervenant

Plusieurs recherches en ergonomie et en psychologie du travail se sont intéressées aux stratégies de l'intervenant mais peu traitent de la façon dont un intervenant influence l'implication, voire la mobilisation des acteurs au cours du déploiement d'une démarche de prévention. Plusieurs stratégies ont été identifiées dans la littérature (cf. partie II, chapitre 2). Les résultats recueillis dans notre recherche complètent cet inventaire en recensant cinq stratégies utilisées par l'intervenant dans les trois terrains suivis : les stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche ORSOSA¹²⁴, les stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs¹²⁵, les stratégies en lien avec le fonctionnement du service¹²⁶, les stratégies en lien avec des projets institutionnels et instances de l'établissement¹²⁷ et enfin les stratégies temporelles¹²⁸. Ces stratégies sont utilisées à

¹²⁴ L'intervenant insiste sur les antécédents, l'intérêt de l'outil, le financement, le déroulé de la démarche, la constitution du questionnaire ou enfin le suivi de cette dernière.

¹²⁵ L'intervenant se centre précisément sur les besoins des acteurs et cherche à les engager dans le processus d'intervention.

¹²⁶ L'intervenant fait des liens avec le fonctionnement du service suivi et les difficultés rencontrées par les acteurs internes et/ou les soignants. Il fait ainsi des liens entre le travail réalisé et l'organisation du travail mise en place.

¹²⁷ L'intervenant fait des liens entre la démarche ORSOSA et plusieurs instances institutionnelles telles que le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), la Commission Médicale d'Etablissement (CME) ou encore des dispositifs en cours tels que celui du Maintien en emploi, de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance

des étapes précises du déploiement de la démarche ORSOSA que nous avons mises en parallèle avec la démarche d'intervention classique des interventions ergonomiques.

- Lors de **la phase initiale** (temps 1 à 3 de la démarche ORSOSA), l'intervenant insiste principalement sur les stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche et des stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs. L'intervenant cherche à convaincre les acteurs internes de leur intérêt à participer à la démarche.
- Lors de **la phase diagnostique et de programmation** (temps 4 à 6 de la démarche ORSOSA), l'intervenant s'adapte au milieu de travail dans lequel il intervient, en utilisant principalement des stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche ORSOSA, des stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs et des stratégies en lien avec le fonctionnement du service. L'intervenant cherche à ce que les acteurs perçoivent un intérêt au déploiement de la démarche (aide à la gestion des difficultés rencontrées dans le service de soins, aide à la mise en place de projets de services de soins...). Nos résultats montrent que lorsque les acteurs se mobilisent dans le déploiement de la démarche, l'intervenant utilise des stratégies en lien avec le fonctionnement du service suivi (terrains 1 et 3) afin de trouver des solutions aux difficultés rencontrées et des stratégies en lien avec des projets et instances institutionnelles afin de pérenniser la démarche à la fin de l'intervention. Au contraire, quand les acteurs ne sont pas mobilisés, l'intervenant utilise des stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche mise en œuvre et à mobiliser les acteurs en présence.
- Lors de la phase **conclusion** (le bilan), aucune stratégie n'est principalement identifiée. Dans le terrain 1, l'intervenant utilise des stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs afin de maintenir la dynamique initiée entre les acteurs. L'intervenant cherche des leviers afin de pérenniser les préconisations à mettre en œuvre dans le service. Dans les terrains 2 (les acteurs de terrain et le cadre supérieur sont trop opposés au déploiement de la démarche) et 3 (l'ensemble des acteurs est déjà impliqué dans le déploiement du dispositif) l'intervenant n'utilise pas de stratégies.

des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)....

¹²⁸ L'intervenant cherche à optimiser le temps de déploiement de la démarche dans l'établissement suivi.

Nos résultats montrent que l'intervenant peut s'éloigner de la prescription de la démarche qu'il met en œuvre en ajoutant par exemple des temps informels avec les acteurs en difficulté. L'intervenant s'adapte entre autres au contexte de l'établissement de soins dans lequel il intervient afin que les acteurs en présence puissent s'impliquer, se mobiliser de façon durable. Le rôle de l'intervenant consiste non seulement à prendre en compte le contexte de l'établissement mais aussi à montrer aux acteurs en présence que des changements sont possibles (Daniellou, 2001, p. 122) au sein de leur organisation. Par exemple, Daniellou (1998) a montré que l'impossibilité d'imaginer que l'on puisse faire autrement dans une situation semble générer des situations de TMS (Daniellou, 1998) dans les entreprises. Quand le déploiement d'une démarche préventive manque de soutien institutionnel (comme pour le terrain 2), l'intervenant doit mettre en œuvre des « *petites solutions* » afin de changer les représentations des acteurs. Bellemare et al. (2000) montrent que « *les petits projets sont réalisés dans une plus grande proportion que les gros au cours d'une intervention ergonomique* ». La réalisation des « *petits projets* » permet aux acteurs de prendre conscience que des améliorations peuvent être mises en œuvre (Daniellou, 2001, p. 122).

Nos résultats montrent de plus que l'intervenant cherche à développer les dispositions, les capacités, et le travail collectif des acteurs en présence afin de les mobiliser dans le déploiement d'une démarche préventive. Cependant, ces objectifs sont dépendants de « *la maturité du milieu de travail* » (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004). Lorsque les acteurs sont, dès le démarrage, favorables au déploiement de la démarche, l'intervenant agit principalement sur les capacités et les dispositions de ces acteurs (terrain 3) en cherchant à maintenir une dynamique collective dans le service suivi. En revanche, lorsqu'il convient de construire, avec les acteurs, le sens apporté à la démarche, l'intervenant agit principalement sur les dispositions des acteurs (terrains 1 et terrain 2) tout en essayant de créer une dynamique collective (terrain 1). De plus, nos résultats montrent que plus des acteurs internes à l'établissement sont mobilisés dans le déploiement de la démarche et moins l'intervenant utilise de stratégies. A l'inverse, moins les acteurs sont mobilisés dans le déploiement de la démarche et plus les stratégies de l'intervenant sont nombreuses (terrain 2 (233 stratégies utilisées) > terrain 1 (230 stratégies utilisées) > terrain 3 (148 stratégies utilisées)).

C'est ainsi que l'intervenant agit au sein d'un triptyque entre pouvoir penser, pouvoir débattre et pouvoir agir (Daniellou, 1998). En effet, l'intervenant aide les acteurs à agir pour améliorer les conditions de travail de leur service de soins et mettre en œuvre des actions de prévention. Pour cela, son intervention vise à « *enrichir le dialogue social entre une pluralité de logiques ou de*

points de vue, à transformer les représentations sur le travail, à questionner le travail comme variable stratégique dans les projets de changement » (Coutarel et al., à paraître). L'intervenant doit ainsi osciller entre les postures d'intervention, d'accompagnement et d'observation, afin que les acteurs en présence s'autonomisent vers ce type de démarche préventive.

Les résultats de notre recherche nous permettent de présenter les conditions permettant la mobilisation des acteurs, relatives au rôle de l'intervenant extérieur, dans le tableau ci-dessous (cf. tableau 52).

Catégories	Conditions permettant la mobilisation
Plusieurs objectifs recherchés par l'intervenant	• L'intervenant cherche à développer les capacités, les dispositions et le travail collectif des acteurs internes. L'intervenant doit diversifier les stratégies qu'il utilise (cinq sont recensées) et les utiliser à des temps précis de la démarche d'intervention. • L'intervenant cherche à autonomiser les acteurs sur ce type de démarche. Pour cela, il cherche à s'appuyer sur des acteurs relais. Il doit accepter que ces derniers s'approprient la démarche.
Plusieurs leviers utilisés par l'intervenant	• Le déploiement de la démarche doit être court. • La démarche doit montrer des résultats rapides (stratégie des petits changements pour l'intervenant). • L'intervenant doit insister sur les fins de la démarche plutôt que les moyens. • L'intervenant doit utiliser des termes techniques du milieu et adapter son jargon professionnel aux acteurs (théorie de la traduction). • L'intervenant doit s'adapter au contexte organisationnel du service et de l'établissement. • L'intervenant doit faire des liens entre la démarche et les projets de service en cours. • L'intervenant doit s'appuyer sur les scores positifs du questionnaire afin de restituer les résultats aux acteurs de terrain. • L'intervenant doit impliquer l'ensemble des acteurs du service. • L'intervenant cherche à mettre du lien entre les différents acteurs de l'établissement, et les invitent à participer aux réunions. Il valorise l'activité individuelle de chaque acteur et sa complémentarité avec les autres. • L'intervenant doit adapter la démarche aux demandes des acteurs terrain (et notamment à leur rythme), à leurs capacités et dispositions.
Ajout d'éléments supplémentaires non prescrits au cours de la démarche	• L'ajout de temps supplémentaires (individuel et collectif) formels ou informels par l'intervenant a pour objectif de permettre l'expression, le travail collectif des acteurs de l'établissement. • Institue dès le départ un COPIL avec les acteurs institutionnels. • Rédaction de plusieurs documents, synthèses... comme objets intermédiaires. • Envoie de plusieurs mails pour maintenir la mobilisation des acteurs dans l'établissement en son absence. • Suivi dans le temps du service audité (réalisation d'observations, mise en place de groupes de travail...).

Tableau 52. Conditions favorables concernant les stratégies utilisées par l'intervenant

L'intervenant ayant l'objectif de développer les capacités, les dispositions et le travail collectif des acteurs utilise plusieurs stratégies. De façon générale, nous constatons qu'il vise à s'adapter au

milieu de travail dans lequel il intervient, aux acteurs en présence. Il cherche à co-construire avec les acteurs plutôt qu'à leur imposer une démarche.

3.3. Les conditions en lien avec l'activité individuelle des acteurs

Selon nous, un acteur se mobilise dans une démarche préventive si elle fait sens avec les buts et les objectifs qu'il poursuit et ce qui lui est possible de faire (Clot, Faïta, Fernandez et Scheller, 2000a; 2001) dans son quotidien. La démarche ORSOSA ne prescrivant à aucun moment le rôle des acteurs y participant, chacun s'est impliqué comme il l'a souhaité (présentation lors de différentes instances, apports d'outils d'analyse, recherche de solutions pratiques...).

Nous avons montré que les acteurs du terrain 1, font des liens entre la démarche et leur activité individuelle. Ils se retrouvent autour du cadre de santé en difficulté en apportant chacun des éléments propres à leurs métier : l'ergonome, des outils d'analyse ; la direction des soins, des réponses institutionnelles, le cadre supérieur, des réponses en lien avec la politique du pôle... Le terrain 2, quant à lui, montre que lorsque des acteurs ne font pas de lien entre leur activité individuelle et le déploiement de la démarche, ils n'arrivent pas à s'impliquer et y sont opposés. Ils craignent que la démarche ne les déstabilise dans leur travail. Ils font peu de références à leur activité individuelle et développent une stratégie collective défensive. Le terrain 3 montre que les acteurs faisant un lien entre la démarche et leur activité individuelle se mobilisent dans le déploiement de la démarche. La catégorisation du rôle des différents types d'acteurs ressources (Bruyère ; 2004) pour nos trois terrains de recherche, nous a permis de constater que plus une majorité d'acteurs « fondateurs » sont présents durant le déploiement de la démarche et plus des liens entre leur activité individuelle et le déploiement de la démarche sont réalisés. En revanche, lorsqu'ils sont de type « opposants », peu voire pas de lien entre le déploiement de la démarche et leur activité n'est effectué.

Les résultats de notre recherche nous permettent de présenter les conditions permettant la mobilisation des acteurs, relatives au développement de leur activité individuelle, dans le tableau ci-dessous (cf. tableau 53).

Catégories	Conditions permettant la mobilisation
Leviers relatifs aux acteurs de l'établissement	• Absence de turn-over des acteurs en présence. • Les acteurs sont sensibilisés aux problématiques des risques professionnels des soignants. • Les acteurs connaissent les difficultés rencontrées par les services de soins. • La direction des soins ou son représentant sont au moins présents à la fin du déploiement de la démarche afin de porter les préconisations institutionnellement pour le service suivi. • La présence de la médecine du travail sur le terrain au démarrage de la démarche est essentielle. • Le médecin du travail connaît les services de soins et a l'habitude d'exercer son tiers temps dans l'établissement. • Présence d'une équipe pluridisciplinaire de médecine du travail (ergonome, ergothérapeute, IDE du travail...). • La parole des soignants est prise en considération. • Les soignants sont sensibilisés aux risques professionnels. • Les soignants sont sources de propositions afin d'améliorer leur environnement de travail (pas centrés uniquement sur des difficultés matérielles).
Dire des acteurs sur leur activité	• Les acteurs terrain présentent le fonctionnement de leur service de soins. • Le cadre de santé exprime son accord afin que son service soit audité par ce type de démarche préventive. • Les acteurs font des liens avec leur activité individuelle et le déploiement de la démarche (créer du sens à leur implication). • Les acteurs s'expriment sur les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien. • Les acteurs expriment leurs craintes vis-à-vis de la démarche. • Les acteurs terrain ne se sentent pas évalués dans leur pratique professionnelle, ils acceptent de remettre en question leur organisation.
Actions des acteurs durant le déploiement de la démarche	• Les acteurs sont présents sur le terrain, lors des réunions. • Les acteurs font des liens entre la démarche et les projets en cours dans l'établissement/ le service de soins audité. • Les acteurs sont source de propositions pour améliorer le fonctionnement du service de soins. • Les acteurs prennent des initiatives. • Les acteurs se positionnent en relai de l'intervenant. • Les acteurs s'expriment sur leur rôle durant le déploiement de la démarche.
Entre expression et actions : le développement de l'activité individuelle des acteurs	• Développement de leurs connaissances sur le service suivi. • Développement de leurs connaissances sur ce qui existe comme ressource (humaine, logistique, financière...) au sein de l'établissement. • Les acteurs se posent de nouvelles questions sur les liens travail/santé. • Développement des coopérations avec d'autres acteurs.

Tableau 53. Conditions favorables au développement de l'activité des acteurs en présence

Nos résultats permettent de conclure que l'implication des acteurs dans la démarche ORSOSA dépend du lien qu'ils réalisent avec leur activité individuelle et des actions qui leur sont possibles de réaliser.

3.4. Les conditions en lien avec l'activité collective

Nos résultats, en accord avec la littérature, montrent qu'il n'est pas possible d'imposer à différents acteurs, aux logiques professionnelles différentes, de travailler ensemble (comme nous l'avons constaté pour le terrain 2). Chacun doit y percevoir un intérêt commun : les acteurs se réunissent pour le terrain 1 autour des difficultés du cadre de santé afin de l'aider à y faire face; pour le terrain 2, les acteurs de terrain se rassemblent afin de montrer leur opposition, et enfin pour le terrain 3, l'ensemble des acteurs se réunit autour d'une logique d'amélioration continue de l'organisation du travail. Il convient donc de trouver ce qui relie les acteurs entre eux : la qualité du travail accompli, le maintien dans l'emploi des soignants, le bien être des patients...afin de les amener à débattre autour d'une même table et faire en sorte que les questions de santé ne soient pas la seule propriété des acteurs de la médecine du travail (comme ça a été le cas dans le terrain 2). C'est donc en permettant aux acteurs, de différentes logiques professionnelles, d'avoir un diagnostic partagé que des solutions aux difficultés rencontrées vont émerger : apport de solutions méthodologiques, apports d'outils d'analyse, apports de conseils et de ressources en lien avec le travail réel...

Cependant, ceci n'est possible que si les acteurs de terrain s'expriment sur leur activité et le fonctionnement de leur service de soins (terrains 1 et 3). Il convient alors de favoriser la mise en débat dans les services de soins en instaurant des lieux de rencontres durables entre les acteurs. Cette mise en débat nécessite des espaces sécurisés dans lesquels la parole est libre afin que tous les professionnels puissent s'exprimer (terrains 1 et 3). Comme le mentionne Sainsaulieu (2012) « *les buts partagés avec les personnels des services de soins visités sont peu nombreux et insuffisants* » (p.486). La démarche ORSOSA est ainsi considérée comme un instrument (Rabardel, 2005) permettant de réunir différents acteurs autour d'un objet commun pouvant favoriser la mise en débat sur le travail. Cette mise à plat de l'organisation du travail et la fréquence des contacts qu'entraînent les différentes réunions ORSOSA peuvent faire prendre conscience aux acteurs en présence de la richesse du travail en collectif. En effet, le déploiement de la démarche ORSOSA a entre autres permis à certains acteurs de développer leurs collaborations. Par exemple, le cadre de santé du terrain 1 développe son réseau social en travaillant plus étroitement avec le cadre supérieur et la direction des soins. Le médecin de l'unité, le cadre de santé et le cadre supérieur du terrain 2 ont développé leurs collaborations. Le médecin de l'unité et le gestionnaire des risques du terrain 3 ont développé leurs collaborations.

Les échanges collectifs sur l'activité réalisée, les difficultés rencontrées dans le service de soins enrichissent la reconnaissance (Dejours, 1993, Grenier et Zeller, 2014) de l'activité d'autrui (Caroly, 2010), source de développement de l'activité collective. Selon Tremblay et Wils (2005) et Wils, Labelle, Guérin et Tremblay (2008), « *la reconnaissance est l'un des plus puissants leviers de mobilisation collective (...) pour assurer le succès d'un changement organisationnel* ». C'est ainsi que « *la transformation des situations de travail devient ici une occasion de construire de nouveaux modes, espaces, capacités, règles, où s'institue le débat sur le travail, et où deviennent visibles et possibles les réserves d'alternatives. La modification durable du rapport au milieu professionnel en faveur d'une plus grande capacité des individus à influencer le déroulement de leur travail contribue au développement du pouvoir d'agir. Ce développement du pouvoir d'agir affecte les individus, ceux-ci pouvant passer par des moments inconfortables et critiques* » (Coutarel et al., à paraître).

Enfin, nos résultats montrent que certains acteurs ont un rôle crucial dans ce type de démarche, tel que par exemple le médecin du travail. Ce dernier, de par son statut est un levier à la mobilisation des acteurs de terrain. Cependant, les médecins du travail n'ont pas toujours la possibilité d'agir, submergés par la gestion des situations préoccupantes chez les soignants. Dans le terrain 1, le médecin du travail est absent, n'ayant pas le temps de s'impliquer dans ce type de démarche, mais représenté par l'ergonome. Dans le terrain 2, le médecin du travail s'est progressivement désimpliqué, manquant de légitimité et de pouvoir d'agir. Dans le terrain 3, il s'est positionné en observation, le processus de mobilisation s'élaborant. Par ailleurs, nous avons observé que l'implication de certains acteurs entraîne celle d'un autre. Par exemple, le cadre de santé peut être un initiateur à l'implication des soignants (terrains 1 et 3). En outre, l'implication de la direction des soins peut dans certains cas (terrains 1 et 2) favoriser l'implication du cadre supérieur.

Enfin, nous avons remarqué que lors du déploiement de la démarche, chacun des acteurs se positionne différemment. Par exemple, les acteurs institutionnels étaient principalement présents au début (recherche de leviers et choix des services choisis) et à la fin (recherche de mise en œuvre des préconisations) du déploiement de la démarche. En revanche, les acteurs de la médecine du travail étaient principalement présents au cours du déploiement aidant l'intervenant à déployer la démarche et plus en retrait en fin d'intervention.

Les résultats de notre recherche nous permettent de présenter les conditions permettant la mobilisation des acteurs, relatives au développement de l'activité collective, dans le tableau ci-dessous (cf. tableau 54).

Catégories	Conditions permettant la mobilisation
Un environnement favorable à la collaboration entre les acteurs	• Les acteurs ont l'habitude de travailler ensemble. • Les acteurs ne sont pas en conflit. • Les acteurs terrain ont confiance dans les acteurs institutionnels. • Un porteur en interne de la démarche est identifié et reconnu. • Binôme cadre de santé/ médecin de l'unité efficient. • Les acteurs voient une utilité à la démarche par rapport à leur façon de travailler ensemble.
Vers un débat sur le fonctionnement du service de soins	• Les acteurs terrain acceptent que leur organisation soit discutée, repensée. • Différentes logiques professionnelles sont présentes durant les réunions prévues par l'intervenant. • Les acteurs échangent sur les difficultés rencontrées par un acteur et/ou le service suivi. • Les acteurs cherchent des solutions/ échangent sur les préconisations. • Les acteurs font des liens entre le contexte institutionnel, le fonctionnement du service de soins suivi et la santé des soignants.
Vers un renforcement du collectif de travail	• Les acteurs recherchent des leviers et se répartissent le travail. • Les acteurs se donnent des conseils. • Les acteurs communiquent entre eux à chacune des étapes de la démarche. • Les acteurs reconnaissent la complémentarité de chacun. • Les acteurs s'entraident et interviennent collectivement. • Les acteurs élaborent des règles communes de fonctionnement. • Les acteurs se mettent en relation les uns avec les autres : développement des réseaux sociaux.

Tableau 54. Conditions favorables au développement de l'activité des acteurs en présence

Le développement de l'activité collective ne va pas de soi et nécessite que les acteurs aient confiance les uns envers les autres, reconnaissent la complémentarité de chacun et acceptent d'échanger sur leur activité individuelle.

Chapitre 2. Les perspectives de recherche

Plusieurs perspectives scientifiques et méthodologiques sont recensées à l'issue des résultats de cette recherche. Nous n'avons pas opté pour une approche sociologique des stratégies d'acteurs et des jeux de pouvoir (qui aurait aussi pu être intéressante à instruire). Nous nous situons davantage dans une approche ergonomique concevant le développement de l'activité comme condition de la mobilisation des acteurs dans la prévention des risques de troubles musculo-squelettiques et psycho-sociaux.

- Des perspectives scientifiques

Ce travail de recherche a permis d'apporter des éclairages sur la notion de mobilisation des acteurs lors du déploiement d'une démarche préventive. Lorsque nous avons commencé à faire notre revue de littérature sur la notion de mobilisation, nous nous sommes aperçue qu'il n'existait pas réellement de définition en ergonomie et en psychologie du travail. Notre recherche se centrant principalement sur l'activité et son développement, nous avons proposé la problématique de la mobilisation suivante : ***la mobilisation des acteurs dans une démarche de prévention est un processus dynamique et temporel, initié par un tiers, permettant le travail collectif entre différents acteurs afin de construire socialement la réalisation d'un objet commun (ici la démarche de prévention primaire ORSOSA) dans un environnement (contexte de travail particulier) capacitant pour la conduite du projet et l'activité individuelle de chacun.*** Cette recherche a permis de plus de repérer quelles étaient les conditions permettant la mobilisation des acteurs durant le déploiement d'une démarche préventive. La notion de « processus » fait référence au concept de construction sociale de la prévention des risques professionnels. Selon nous, la mobilisation des acteurs est un ingrédient essentiel à la construction sociale de la prévention. En effet, il semblerait qu'il soit un processus long, qui s'élabore aux différentes étapes de l'implantation d'une démarche menée par un **intervenant**. Cette mise en dynamique va dépendre **du contexte** des établissements et des acteurs internes en présence (Baril-Gingras, Brun et Bellemare, 2004). Cette construction nécessite le passage **constant d'activité individuelle à collective et vice et versa** (Caroly, 2010). Le schéma ci-dessous formalise ce processus en milieu de soins (cf.figure 46).

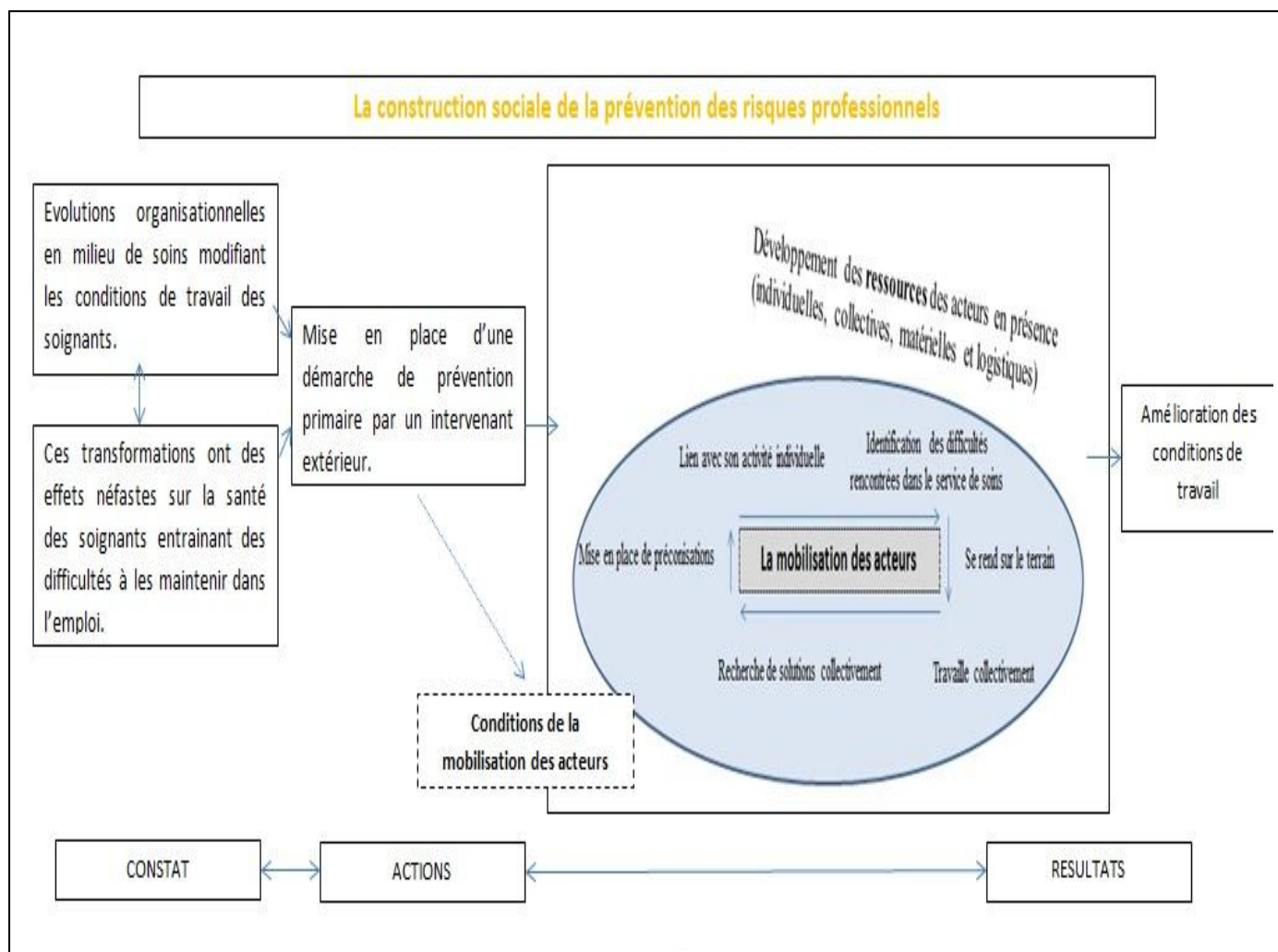


Figure 46. La construction sociale de la prévention des risques professionnels

Le concept de la construction sociale de la prévention des risques professionnels serait composé de trois étapes différentes : celle du constat, de l'action et des résultats. Pour être opérant, il nécessite la mobilisation des acteurs, facteur d'efficacité des interventions en prévention des risques professionnels (amélioration des conditions de travail). Cependant, mobiliser des acteurs ne va pas de soi et nécessite plusieurs conditions que nous avons identifiées (référencées dans la partie VI, chapitre 1).

Cette recherche ouvre de plus des perspectives méthodologiques pour les intervenants en ergonomie dans le domaine de la prévention des risques professionnels.

- **Des perspectives méthodologiques**

Cette recherche décrit plusieurs méthodologies que les intervenants peuvent utiliser sur le terrain, notamment afin d'évaluer les effets de leurs interventions au regard de la mobilisation des acteurs. En effet, plusieurs méthodes qualitatives telles que les entretiens brefs, les entretiens de fin de démarche, les entretiens d'auto-confrontation, les entretiens sur les stratégies de l'intervenant... ont été utilisés. Ces différentes méthodologies utilisées permettent d'appréhender l'évolution des représentations des acteurs au cours du déploiement de la démarche mais aussi le développement de l'activité de chacun d'entre eux. Ceci nous paraît particulièrement important afin que l'intervenant puisse s'adapter aux acteurs internes et au milieu dans lequel il intervient.

Cette recherche met aussi en exergue les stratégies utilisées par un intervenant au cours du déploiement d'une démarche préventive :

- Les stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs
- Les stratégies temporelles
- Les stratégies en lien avec des projets et instances institutionnels de l'établissement
- Les stratégies en lien avec le fonctionnement du service
- Les stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche

Nous avons montré que les stratégies en lien avec la recherche d'implication des acteurs et les stratégies visant à légitimer la pertinence de la démarche sont principalement utilisées en début d'intervention alors que les stratégies en lien avec le fonctionnement du service vers la fin. L'intervenant met en discussion les difficultés du service de soins à un moment donné. De même, nous avons montré que les objectifs de l'intervenant (soit de développer le travail collectif, les capacités ou les dispositions des acteurs) étaient en fait dépendants du contexte du service dans lequel il déploie sa démarche, des acteurs et de leurs relations.

Nos résultats ont montré dans un second temps qu'il était nécessaire que les acteurs de terrain (au plus proche de l'activité et des difficultés rencontrées par le service) verbalisent sur leur activité individuelle afin d'initier le débat sur le travail réalisé et les difficultés rencontrées. Il faut accepter d'exprimer ses difficultés pour trouver les ressources pour y faire face. Il serait donc pertinent pour l'intervenant, d'insister sur l'intérêt pratique de la démarche auprès des acteurs, de montrer en quoi celle-ci est pertinente pour leur activité de tous les jours, dès le démarrage du déploiement d'une intervention. De plus, nous avons montré que les acteurs, bien qu'ayant des missions différentes,

ont besoin de se retrouver autour d'un objet commun afin de pouvoir apporter chacun leurs spécificités au sein des espaces de débat initiés. Cette mise en relation avec d'autres acteurs leur permet dans un second temps de développer leur activité individuelle.

Ces perspectives scientifiques et méthodologiques nous amènent à de nouveaux questionnements qui relèvent principalement de deux questions posées par cette recherche.

- **Comment pérenniser ce type de démarche préventive en milieu de soins en l'absence d'un intervenant extérieur ?**

L'intervenant intervient ponctuellement dans les unités de soins. Même si les terrains 1 et 3 montrent que les acteurs internes de l'établissement sont mobilisés dans le déploiement de la démarche, il convient de s'intéresser à la façon de les autonomiser afin de pérenniser ses effets. Cependant, comment permettre cette autonomisation sans l'usage d'un tiers extérieur ? Qui doit animer ces espaces de débat ? Comme le mentionnent Saint-Arnaud et Gignac (2005) « *la poursuite des travaux ne peut se faire sans avoir quelqu'un pour mobiliser les gens, pour les obliger à produire dans le cadre d'un échéancier. Ceux qui initient un projet ne peuvent se retirer tant que la situation l'exige* » (p.33). Cette question invite à s'interroger sur la ré-internalisation du rôle du tiers afin que ce type de démarche soit intégré à l'organisation du travail à l'instar des démarches qualité en milieu hospitalier par exemple. Comment permettre aux espaces de discussion, créés lors des interventions, de se pérenniser (Rocha, 2014) ? En effet, dans le cadre de notre recherche il s'agit de permettre aux soignants d'identifier les facteurs de risque de leur service, les solutions d'amélioration, d'échanger entre collègues, et autres acteurs, de les positionner dans une dynamique de projets collectifs, favorables au maintien en emploi. Il s'agit de dépasser la recherche de solutions par rapport à des difficultés individuelles afin de construire un projet collectif préventif.

- **Comment rendre compte de l'efficacité des démarches de type ORSOSA auprès des gestionnaires ?**

Etant donné les logiques financières auxquelles sont soumis les établissements de soins, il serait pertinent de créer des indicateurs longitudinaux permettant de mesurer le retour sur investissement de ce type de démarche préventive sur le long terme. Il convient ainsi de développer les recherches en ergonomie sur l'évaluation de l'efficacité des interventions. En effet, la mise en place de la tarification à l'acte (T2A) par exemple surdétermine la réduction des coûts de fonctionnement des

établissements. Cependant, l'impact de ces réductions sur la santé des soignants n'a pas été envisagé et plusieurs coûts cachés pourraient être absorbés par ce type de démarche collective (réductions des dysfonctionnements, gain de temps dans la façon de procéder, réduction des erreurs qualité, meilleur cohésion de groupe ...). Il convient alors de valoriser les démarches préventives au niveau des gestionnaires. En effet, proposer aux établissements ce type de démarche avec des arguments économiques pourrait permettre de la généraliser plus facilement.

CONCLUSION

Les conclusions de cette recherche sont de nature à nourrir tant les interventions ergonomiques et de psychologie du travail en proposant une nouvelle méthodologie aux praticiens que de proposer un regard renouvelé aux chercheurs afin de mieux mobiliser des acteurs et ce le plus en amont possible lors du déploiement d'une démarche préventive. Ceci nous paraît particulièrement important puisque nous positionnons la notion de mobilisation comme un facteur d'efficacité des interventions, levier essentiel de la construction sociale de la prévention des risques professionnels en entreprise.

La démarche ORSOSA n'est pas forcément l'outil idéal pour faire de la prévention durable des risques professionnels. **C'est surtout la façon dont une démarche de prévention est déployée qui a un effet de transformation sur le milieu de travail et les acteurs internes.** Afin de construire socialement la prévention des risques professionnels, nous préconisons aux intervenants et ce dès le début du déploiement de la démarche de faire en sorte que les acteurs internes tissent les liens nécessaires entre la démarche et leurs propres activités. L'intervenant, à l'aide de plusieurs stratégies que nous avons identifiées, doit tout au long du déploiement de la démarche qu'il contribue à mettre en place, créer des espaces de débat permettant aux acteurs internes à l'établissement de pouvoir penser, débattre et agir individuellement mais surtout collectivement. Il convient pour l'intervenant de faire verbaliser le plus possible les acteurs sur leurs activités afin de les impliquer dans le déploiement de la démarche. Le but sous-jacent de l'intervenant étant de travailler en collaboration avec des acteurs de type « fondateurs » pour un déploiement efficient et durable de la démarche. L'objectif étant d'aider les acteurs à trouver leur place dans la démarche au sein d'un collectif de travail. Les acteurs découvrent alors de nouveaux acteurs, de nouvelles ressources méthodologiques et logistiques... afin de réaliser leurs activités. Ce développement permet de développer de l'activité collective. Cette notion d'activité collective nous paraît particulièrement importante puisque source de pérennisation des préconisations en l'absence du tiers intervenant.

BIBLIOGRAPHIE

- Acker, F. (2005). Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 161-181.
- Aiken, L.H., & Fagin, C.M. (1997). Evaluating the consequences of hospital restructuring. *Medical Care*, 35(10), 1-4.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, ... & Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs* (Millwood), 20(3), 43-53.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*. Montreuil : Presses des Mines.
- Alcouffe, J., Fabin, C., Manillier, P., Pignerols, S., Verdenne, F. & Monteleon, P.Y. (2001). Les lombalgies chez les femmes travaillant en milieu de soins. Phase 1. *Archives des maladies professionnelles*, 62(1), 11-21.
- Alter, N. (2009). *Donner et prendre : la coopération en entreprise*. Paris: La Découverte.
- Amalberti, R., De Montmollin, M., & Theureau, J. (1991). *Modèles en analyse du travail*. Liège: Mardaga.
- Amblard, H., Bernoux, P., Herreros, G., & Livian, Y.F. (2005). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations* (3ed). Saint-Amand-Montrond : Seuil.
- Amigues, R. (2003). Pour une approche ergonomique de l'activité enseignante. *Skholê 1(hors série)*, 5-16.
- Amourous, C. (2004). *Que faire de l'hôpital ?* Paris: L'Harmattan.
- ANACT. (2001). *Repères pour le travail*. Lyon: Réseau ANACT.
- ANACT. (2005). *Le maintien dans l'emploi un défi de GRH*. Lyon: Réseau ANACT.
- ANACT. (2009). *La prévention du stress et des risques psychosociaux*. Lyon: Réseau ANACT.
- Argyris, C., & Schön, D.A. (1974). *Theory in Practice: Increasing Professional Effectiveness*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Arnaud, N. (2011), Du monologue au dialogue. Étude de la transformation communicationnelle d'une organisation. *Revue Française de Gestion*, 1(210), 15-31.
- Arnoud, J. (2013). *Conception organisationnelle : pour des interventions capacitanes*. (Thèse de doctorat, CNAM, Paris, France).
- Arnoud, J., & Falzon, P. (2013). Changement organisationnel et reconception de l'organisation : des ressources aux capacités. *Activités*, 10(2), 109-130.
- Askri, A., Josselin, V., Sicard, P., Caroly, S., & De Gaudemaris, R. (2013). Prévenir ensemble les risques d'atteinte psychologique au travail. *Les cahiers des RPS*, 1(22), 1-50.
- Aublet-Cuvelier, A. (2011). *Quelles relations entre TMS et RPS ?* Communication présentée au 3^{ème} congrès francophone sur les TMS, Grenoble.

- Aublet-Cuvelier, A., Douillet, P., Escriva, E., & Piette, A. (2013). *1er congrès francophone sur les TMS : rechercher ensemble les conditions favorables à leur prévention*. Communication présentée au 48^{ème} congrès international de la SELF, Paris.
- Autissier, D., & Moutot, J.M. (2007). *Méthode de conduite du changement*. Paris: Dunod.
- Autissier, D., Vandangeon-Derumez, I., & Vas, A. (2010). *Conduite de changement : concepts clés*. Paris: Dunod.
- Autissier, D., & Meslin, L. (2012). *Réussir un grand projet de transformation: 20 bonnes pratiques pour changer l'entreprise*. Paris: Edition d'organisation.
- Avila Assunção, A. (1998). *De la déficience à la gestion collective du travail : les troubles musculo-squelettiques dans la restauration collective* (Thèse de doctorat, Ecole Pratique des Hautes Etudes, Paris 5, France).
- Backer, M. (2004). *Recherches sur l'élaboration de connaissances dans le dialogue*. (Habilitation à diriger des recherches, Université de Nancy 2, Nancy, France).
- Barcellini, F., Détienne, F., & Burkardt, J.M. (2013). A situated approach of roles and participation in Open Source Software Communities. *Human-Computer Interaction*, 29(3), 205-255.
- Baril, R., Martin, J.C., Massicotte, J., & Lapointe, C. (1994). *Étude exploratoire des processus de réinsertion sur le marché du travail des travailleuses et des travailleurs après un passage en réadaptation* (Rapport R-082). Montréal: IRSST.
- Baril, R., Berthelette, D., Ross, C., Gourde, D., Massicotte, P., & Pajot, M. (2001). *Les interventions de maintien du lieu d'emploi en entreprises, facteurs facilitants et obstacles organisationnels. Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie*. Communication présentée à la SELF, Montréal.
- 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* (Rapport n°367). Montréal: IRSST.
- Baril-Gingras, G., Bellemare, M., & Brun, J.P. (2006). Interventions externes en santé et en sécurité du travail : influence du contexte de l'établissement sur l'implantation de mesures préventives. *Relations industrielles*, 16(1), 9-43.
- Baril-Gingras, G., Bellemare, M., & Brun, J.P. (2007). Conditions et processus menant à des changements à la suite d'interventions en santé et en sécurité du travail: l'exemple d'activités de formation. *PISTES*, 9(1).
- Baril-Gingras, G., Bellemare, M., Poulin, P., & Ross, J. (2010). *Conditions et processus de changement lors d'intervention externe en SST. Elaboration d'outils pour les praticiens* (Rapport n°647). Montréal: IRSST.
- Barthe, B., & Quéinnec, Y. (1999). Terminologie et perspectives d'analyse du travail collectif en ergonomie. *L'année Psychologique*, 99(4), 663-686.
- Bauduret, J.F., & Jaeger, M. (2002). *Rénover l'action sociale et médico-sociale: histoire d'une refondation*. Paris : Dunod.
- Béguin, P. (2005). Concevoir pour les genèses professionnelles. Dans P. Rabardel, et P. Pastré (Edit.), *Modèle du sujet pour la conception. Dialectiques activités développement*. Toulouse: Octarès.

- Béguin, P. (2007). Prendre en compte l'activité de travail pour concevoir. *Activités*, 4(2),107-114.
- Bellemare, M. (1995). *Action ergonomique et projets industriels : de la coopération dans le travail à la coopération pour la transformation du travail : le cas du travail à la chaîne*. (Thèse de doctorat, CNAM, Paris, France).
- Bellemare, M., Marier, M., Prévost, J., Montreuil, S., & Perron, N. (2000). *From diagnosis to transformation : how projects are implemented in a participatory framework*. Communication présentée au congrès de l'IEA, San Diego.
- Bellemare, M., Marier, M., & Allard, D. (2001). *Le journal de bord : un outil pour l'intervention et la recherche en ergonomie*. Communication présentée au congrès de la SELF –ACE, Montréal.
- Bellemare, M., Marier, M., Montreuil, S., Allard, D., & Prevost, J. (2002). *La transformation des situations de travail par une approche participative en ergonomie : une recherche intervention pour la prévention des troubles musculo-squelettiques* (Rapport n°292). Montréal: IRSST.
- Bellemare, M., Trudel, L., Viau Guay, A., Guyon, A.C., Feillou, I., Desrosiers, J., & Godi, M.J. (2013). *Réaliser des soins relationnels à la suite d'une formation en établissement de longue durée: quelles sont les conditions favorables ?* Communication présenté au 50^{ème} congrès à la SELF, Paris.
- Berthelette, D. (2002). Les déterminants de l'implantation et des résultats des programmes de santé et de sécurité du travail. Dans D. Harisson, et C. Lengendre (Edit.), *Santé et transformations du travail. Réflexions et recherches sur le risque professionnel*. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université du Québec.
- Berthelette, D., Bilodeau, H., & Leduc, N. (2008). Pour améliorer la recherche évaluative en santé au travail. *Santé Publique*, 20(3), 171-179.
- Bichon, A. (2005), *Comment conjuguer une GRH individualisée et la mobilisation collective des salariés au sein des équipes de projet ?* (Thèse de doctorat, Université Pierre Mendès France, Grenoble, France).
- Blanchet, A., Ghiglione, R., Massonnat, J., & Trognon, A. (2005). *Les techniques d'enquête en sciences sociales. Observer, interviewer, questionner*. Paris: Dunod.
- Bobillier-Chaumon, M.E., Dubois, M., & Retour, D. (2010). *Relations de services. Nouveaux usages, nouveaux usagers*. Bruxelles: De Boeck.
- Bobillier-Chaumon, M.E., & Sarnin, P. (2012). *Manuel de psychologie du travail et des organisations : Les enjeux psychologiques du travail*. France: De Boeck.
- Boissières, F. (2002). *Les soignants face au stress. Soigner et accompagner* (2nd éd). France: Lamarre.
- Bonneterre, V. (2004). *Contraintes psychosociales et organisationnelles en milieu de soins: retentissement sur la santé des soignants et la performance des soins. Synthèse bibliographique et contribution à la mise en place d'outils pour une étude épidémiologique nationale : l'étude ORSOSA*. (Thèse de doctorat, Université Joseph Fourier, Grenoble, France).

- Bonneterre V., Liaudy S., Chatellier G., Lang T., & De Gaudemaris, R. (2008). Reliability, validity and health issues arising from questionnaires used to measure psychosocial and organizational work factors (POWFs) among hospital nurses: a critical review. *Journal Nurses Measurement*, 16(3), 207-230.
- Bonneterre, V., Virginie, E., Balducci, F., Caroly, S., Jolivet, A., Sobaszek, A., De Gaudemaris, R., & Lang, T. (2011). Validation of an instrument for measuring psychosocial and organizational work constraints detrimental to health among hospital workers : the NWI-EO questionnaire. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 557-567.
- Boubée, N. (2010). La méthode de l'auto-confrontation : une méthode bien adaptée à l'investigation de l'activité de recherche d'information ?. *Etudes de communication*, 1(35), 47-60.
- Bouchaut-Rolnin, M.E. (2004). Construction d'une démarche structure d'évaluation du personnel soignant : un enjeu pour le directeur des soins. *Gestions Hospitalière*, 1(435), 275-283.
- Boujut, J-F., & Jeantet, A. (1998). Les entités de coopération dans les nouvelles organisations de la conception. *Performances Humaines & Techniques*, 1(96), 38-44.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Malenfant, R., & Vézina, M. (2005). Health care restructuring, work environment, and health of nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 47(1), 54-64.
- Boure, R., Bonneville, L., Grosjean, S., & Mayère, A. (2009). Rationalisation des organisations hospitalières. *Presses universitaires du Mirail*, 1(76), 1-212.
- Bouret, P. (2008). Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible. *Revue française d'administration publique*, 128(4), 728-740.
- Bourgeois, F., LeMarchand, C., Hubault, F., Brun, C., Polin, A., & Fauchaux, J.M. (2000). *Troubles musculo-squelettiques et travail. Quand la santé interroge l'organisation*. Lyon: ANACT.
- Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013). Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. *Management et avenir*. 61(3), 168-189.
- Brémond, M., Mick, S.S., Robert, D., Pascal, C., & Claveranne, J.P. (2013). Crises et tension au sein de l'hôpital public : changer la donne ou donner le change ? *Les tribunes de la santé* (38), 77-94.
- Bressol, E. (2004). *Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés* (Rapport). Paris : Conseil économique et social.
- Brun, J.P. (2003). *Faire cesser le problème de la prévention du stress au travail. La santé psychologique au travail : de la définition du problème aux solutions* (Rapport 0099-3950). Laval: IRSST.
- Brunet, R. (2014). *L'intervention de mobilisation des acteurs en entreprise pour promouvoir les liens entre santé et travail : des pratiques à élucider*. Communication présentée à l'ACE, Montréal.
- Bruyère, C. (2004). Les réseaux médicaux-sociaux: quels sont les leviers de la coordination des connaissances? (DEA en sciences de gestion, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II, France).
- Buchan, J. (1999). Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing health care environment. *Advanced Nursing*, 30(1), 100-108.

- Caillard, J.F. (2004). Maintien dans l'emploi et états de santé: un enjeu majeur pour les services de santé au travail. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 65(2-3).
- Callon, M. (1974-1975). *L'opération de traduction comme relation symbolique, Incidence des rapports sociaux sur le développement scientifique et technique*. Paris : Maison des sciences de l'homme.
- Callon, M. (1989). *La science et les réseaux. Genèse et circulation des faits scientifiques*. Paris : La Découverte.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.
- Canoui, P., & Mauranges, A. (1998). *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn out aux réponses*. Paris : Masson.
- Canoui, P., & Mauranges, A. (2001). *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn out aux réponses* (2nd ed). Paris : Masson.
- Capul, J.Y. (1998). Des organisations transversales à la coopération dans l'entreprise. *Les cahiers français*, 1(287), 57-65.
- Carballeda, G., Béguin, P., Garrigou, A., & Jackson, M. (1997). Gestion de l'intervention : interactions et construction de l'action dans les processus de conception industriels. *Performances Humaines et Techniques*, 1(HS), 68-71.
- Caroly, S. (2001). *Régulations individuelles et collectives des situations critiques dans un secteur des services : le guichet de la Poste*. (Thèse d'ergonomie, EPHE- LEPC, Paris, France).
- Caroly, S. (2002). *Gérer les règles et le client : implication des cadres dans les modalités d'ajustement des règles pour une organisation efficiente*. Communication présentée lors du 37^{ème} congrès de la SELF, Aix-en-Provence.
- Caroly, S., & Clot, Y. (2004). Du travail collectif au collectif de travail. Des conditions de développement des stratégies d'expérience. Comparaison de deux bureaux. *Formation et Emploi*, 1(88), 43-55.
- Caroly, S. (2005). *Condition de la prévention durable des lombalgies des personnels hospitaliers : intervenir sur l'organisation collective du travail*. Communication présentée au 40^{ème} congrès de la SELF, Ile de la réunion.
- Caroly, S., Coutarel, F., Escriva, E., Roquelaure, Y., Schweitzer, J.M., & Daniellou, F. (2008). *La prévention durable des TMS. Quels freins ? Quels leviers d'action ? Recherche-action 2004-2007* (Rapport d'étude). Paris : Direction générale du travail.
- Caroly, S. (2010). *L'activité collective et la réélaboration des règles : des enjeux pour la santé au travail* (Habilitation à diriger des recherches, Université Victor Segalen Bordeaux II, Bordeaux, France).
- Caroly, S., Moisan, S., Juret, I. & Roquelaure, Y. (2011). Les artefacts et instruments médicaux. Dans J. Dinét, et C. Batien (Edit.). *Ergonomie des objets et environnements physiques et numériques*. France : Lavoisier.
- Caroly, S., Cholez, C., & Landry, A. (2012). *Le collectif comme lieu de formalisation et de transmission de l'expérience : une ressource pour l'activité du médecin du travail* (Rapport ANR SEST09). PACTE : France.
- Cazamian, P. (1973). *Leçons d'ergonomie industrielle*. Paris : Cujas.

- Chadoin, M., Albert, V., Tougas, G., Vézina, N., Bilodeau, H., & Brunet, R. (2013). *L'intervention de mobilisation : une pratique particulière qui intéresse nos pratiques*. Communication présentée à la SELF, Paris.
- Chadoin, M., Tougas, G., & Brunet, R. (2014). *La mobilisation de l'entreprise : un enjeu méconnu de l'intervention en ergonomie et en santé au travail*. Communication présentée à l'ACE, Montréal.
- Chanlat, J.F. (1990). Théories du stress et psychopathologie du travail. *Revue prévenir*, 1(20), 117-125.
- Chapirio, S. (2011). Quelles spécificités pour les soins palliatifs en gériatrie ? *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, 10, 209-214.
- Charlot, B. (1999). *Le rapport au savoir en milieu populaire. Une recherche dans les lycées professionnels de banlieue*. Paris : Anthropos.
- Chazel, F. (2003). *Du pouvoir à la contestation*. Paris : LGDJ.
- Chiron, E. (2008). Les TMS et le maintien en emploi des salariés de 50 ans et plus: un défi pour la santé au travail et la santé publique. *Santé publique*, 20(HS), 19-28.
- Clot, Y. (1995). *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. Paris : Octarés.
- Clot, Y. (1997). *Le travail, activité dirigée, contribution à une analyse psychologique de l'action*. (Document de synthèse pour l'habilitation à diriger des recherches, Université Paris VIII, Paris, France).
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris: PUF.
- Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2000a). Entretiens en auto-confrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *PISTES*, 2(1), 1-8.
- Clot, Y. (2001). Clinique de l'activité et pouvoir d'agir. *Education Permanente*, 1(146), 7-17.
- Clot, Y. (2001a). Psychopathologie du travail et clinique de l'activité. *Education permanente*, 1(146), 35-49.
- Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2001). Entretiens en auto confrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Education permanente*, 1(146), 17-25.
- Clot, Y. (2005). *Les TMS : Hyper-sollicitation ou Hypo-sollicitation ?* Communication présentée au 1er congrès francophone sur les TMS du membre supérieur, Nancy.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris: PUF.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris: La Découverte.
- Clot, Y. (2011a). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF
- CNRACL (2012). Droit applicable à la prévention dans la fonction publique territoriale. 1-68
- Coleman, J. (1990). *Social capital, in Foundations of social theory*. Cambridge MA: Press of Harvard University.
- Conseil scientifique de l'évaluation (1996). *Petit guide de l'évaluation des politiques publiques*. Paris : La Documentation française.

- Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Denis, J.F., & Pineault, R. (1993). L'évaluation dans le domaine de la santé. Concepts et méthodes. *Bulletin*, 33(1), 12-17.
- Contandriopoulos A.P., Champagne F., Denis J.L., & Avargues M.C. (2000a). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48(6), 517-539.
- Contandriopoulos, A.P. (2006). Interventions complexes et évaluation. Résumé du compte rendu du séminaire ANEIS. Tiré de l'URL : <http://medsp.umontreal.ca/aneis/pdf/Compte-rendu11Oct2006.pdf>.
- Cordier, M. (2008). Hôpitaux et cliniques en mouvement : changement d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients. Tiré de l'URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/hopitaux-et-cliniques-en-mouvement-changements-d-organisation-de-l-offre-de-soins-et-evolution-de-l-attente-des-patients,4327.html>.
- Cornière, H., & Guaquere, D. (2005). *Etre directeur en action sociale aujourd'hui, quels enjeux ?* Paris : ESF.
- Cotta, C. (2008). Les aides-soignants, les infirmiers, le cadre infirmier et les autres. *NPG*, 8(HS2).
- Coutarel, F. (2004). *La prévention des troubles musculo-squelettiques en conception: quelles marges de manœuvre pour le déploiement de l'activité ?* (Thèse de doctorat, Université Victor Segalen Bordeaux II, Bordeaux, France).
- Coutarel, F. (2005). *Développer les marges de manœuvre et évaluer nos interventions pour faire face aux TMS : quelles conditions à une prévention durable ?* Communication présentée 40^{ème} congrès de la SELF, La Réunion.
- Coutarel, F., & Daniellou, F. (2007). *Construction sociale du changement en ergonomie et réseaux sociaux. Vers une conduite de projet orientée conception d'organisations capacitantes ?* Communication pour le colloque management et réseaux sociaux, Clermont-Ferrand.
- Coutarel, F., Vézina, N., Berthelette, D., Aublet-Cuvelier, A., Descatha, A., Chassaing, K., Roquelaure, Y. & Ha, C. (2009). Orientations pour l'évaluation des interventions visant la prévention durable des troubles musculosquelettiques liés au travail. *PISTES*, 11(2) 1-20.
- Coutarel, F. & Petit, J. (2013). Prévention des TMS et développement du pouvoir d'agir. Dans P. Falzon (Edit.), *Ergonomie constructive*. Paris : PUF.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris : Seuil.
- Cru, D. (1988). Collectif et travail de métier. Dans C. Dejours (Edit.), *Plaisir et souffrance dans le travail*. Paris : Editions de l'AOCIP.
- Cru, D. (1995). *Règles de métier. Langue de métier*. Paris : Ecole Pratique des Hautes Etudes.
- Cuvelier, L., & Caroly, S. (2009). Appropriation d'une stratégie opératoire : un enjeu du collectif de travail. *Activités*, 6(2). Disponible à l'URL : <http://www.activites.org/v6n2/cuvelier.pdf>.
- Cuvelier, L. (2011). *De la gestion des risques à la gestion des ressources de l'activité. Etude de la résilience en anesthésie pédiatrique*. (Thèse de doctorat, Université CNAM, Paris, France).
- 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, Bordeaux, France).

- Daniellou, F. (1995). La construction sociale de et par l'analyse du travail. *Performances Humaines et Techniques*, 1(hors série).
- Daniellou, F. (1996). Questions épistémologiques soulevées par l'ergonomie de conception. Dans F. Daniellou (Edit.), *L'ergonomie en quête de ses principes*. Toulouse: Octarès.
- Daniellou F. (1998). *Participation, représentation, décisions dans l'intervention ergonomique*. Dans V., Pilnière, & O., L'hospital (Edit.), Actes des Journées de Bordeaux sur la Pratique de l'Ergonomie : Participation, représentation, décisions dans l'intervention ergonomique. Bordeaux : Éditions du LESC.
- Daniellou, F. (2001). L'action en psychodynamique du travail, interrogations d'un ergonome, *Travailler*, 1(7), 119-130.
- Daniellou, F., & Béguin P., (2002). *Méthodologie générale de l'action ergonomique. Traité d'Ergonomie*. Paris : PUF.
- Daniellou, F., & Brahim, B.M. (2005). *L'ergonome dans les collaborations multiprofessionnelles*. Communication présentée aux journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie, Bordeaux.
- Daniellou, F. (2006). Entre expérimentation réglée et expérience vécue : les dimensions subjectives de l'activité de l'ergonomie de l'ergonome en intervention. *Activité*, 3(1), 5-18.
- Daniellou, F., & Martin, C. (2007). *Quand l'ergonome fait travailler les autres, est-ce de l'ergonomie ?*. Actes des journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie. Bordeaux, 13-32
- Davezies, P. (2005). La santé au travail, une construction collective. *Santé et Travail*, (52), 24-28.
- Davezies, P. (2008). Médecine : le stress, un phénomène biochimique. *Santé et Travail*, (64).
- Dawson, S., Willman, P., Bamford, M., & Clinton, A. (1988). *Safety at Work : The Limits of Self-Regulation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dedessus-Le Moustier, N., & Douguet, F. (2010). La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques. Dans Y. Roquelaure (Edit.), *Les troubles musculosquelettiques des membres supérieurs liés au travail : un défi pour la santé au travail*. France : Editions Tec & Doc.
- Dejours, C. (1993). *Travail et usure mentale*. Paris : Bayard.
- Dejours, C. (2007). Psychanalyse et psychodynamique du travail : ambiguïtés de la reconnaissance. Dans A. Caillé (Edit.) *La quête de la reconnaissance. Nouveau phénomène social total*. Paris : Editions La Découverte.
- De Gaudemaris, R., Levant, A., Ehlinger, V., Hérin, F., Lepage, B., Soulat, J.M., Sobaszek, A., Kelly-Irving M., & Lang T. (2011). Blood pressure and working conditions in hospital nurses and nursing assistants. The ORSOSA study. *Archive Cardiovasculaire*, 104(2), 97-103.
- De la Garza, C. (1995). Gestion individuelle et collective du danger et du risque de la maintenance d'infrastructure ferroviaire (Thèse doctorat, LEPC-EPHE, Paris, France).
- De la Garza, C., & Weill-Fassina, A. (2000). Régulations horizontales et verticales du risque. Dans A. Weill- Fassina, & T.H. Benchekroun (Edit.), *Le travail collectif : perspectives actuelles en ergonomie*. Toulouse: Octarès.
- Delbrouck, M. (2005). Burnout : surmonter l'épuisement professionnel. *Hospitals.be*, (4), 17-19.

- Delbrouck, M. (2008). *Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel*. Paris : De boeck.
- Denis, J.L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations ». *Academy of Management Journal*, 44(4), 809-837.
- Descatha, A., Leclerc, A., Aublet-Cuvelier, A., & Roquelaure, Y. (2012). Epidémiologie des pathologies de la coiffe des rotateurs et douleurs de l'épaule au travail. Dans B. Fouquet, A. Roulet, Y. Roquelaure, & C. Hérisson (Edit.), *Epaule et activités professionnelles. Pathologies professionnelles et médecine de réadaptation*. France: Sauramps Médical.
- Derriennic, F., Pezé, M., & Davezies, P. (1997). Analyse de la souffrance dans les lésions par efforts répétitifs : épidémiologie, psychosomatique, médecine du travail. Dans *Acte du colloque international de psychodynamique et psychopathologie du travail, CNAM*, 209-251.
- Desmarais C., & Abord de Chatillon E. (2010). Le rôle de traduction du manager. Entre allégeance et résistance. *Revue Française de Gestion*, 36(205), 71-88.
- Desriaux, F. (2009). Malaise à l'hôpital. Une perception dégradée des conditions de travail. *Santé et travail*, (66).
- Detchessahar, M. (2001), Quand discuter, c'est produire. *Revue Française de Gestion*, (132), 32-43.
- Detchessahar, M., Minguet G., & Pinel L. (2009). *Les déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail : l'enjeu de la parole sur le travail*. Synthèse de l'étude SORG. ANR : Nantes.
- Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, (19), 57-80.
- De Terssac, G., & Chabaud, C. (1990). Référentiel Opératif commun et fiabilité. Dans J. Leplat, J., & G. De Terssac (Edit.), *Les facteurs humains : De la fiabilité dans les systèmes complexes*. Paris: Octarès.
- De Terssac, G., & Lompré, N. (1994). Coordination et coopération dans les organisations. Dans B. Pavard, (Edit.) *Systèmes coopératifs : de la modélisation à la conception*. Toulouse : Editions Octarès.
- De Terssac, G., & Maggi, B. (1996), Le travail et l'approche ergonomique. Dans F. Daniellou (Edit.), *L'ergonomie en quête de ses principes. Débats épistémologiques*. Toulouse : Octarès.
- Detienne, M., & Vernant, J.P. (1974). *Les Ruses de l'intelligence, la Métis des grecs*, France : Flammarion.
- De Vaujany, F.X. (2005). *De la conception à l'usage : vers un management de l'appropriation des outils de gestion*. France : EMS.
- Dhondt, S. (1997). *Time constraints and autonomy at work in the European Union*. Luxembourg : Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail.
- Douguet, F., & Muñoz, J. (2005). *Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants* (Rapport n°48). Tiré de l'URL : www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud48.pdf.
- Dubois M., & Retour, D. (1999). La compétence collective : validation empirique fondée sur les représentations opératoires de travail partagées. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 5(2-1), 225-243.

- Dugué, B., Petit, J., & Daniellou, F. (2010). L'intervention ergonomique comme acte pédagogique. *PISTES*, 12(3).
- Durand, M.J., & Loisel, P. (2001). La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique. *PISTES*, 3(2).
- Durand, M.J., Berthelette, D., Loisel, P., & Imbeau, D. (2012). Étude de la fidélité de l'implantation d'un programme de réadaptation au travail auprès de travailleurs de la construction ayant une dorsolombalgie. *PISTES*, 14(1).
- EFIGIP (2009). Le maintien dans l'emploi en Franche Comté... une approche préventive de la désinsertion professionnelle. *Emploi Formation Insertion*, 1-47.
- El Houari, D., Steudler, F., Minares, J., & Bertrand, D. (2003). Attitudes et comportements des DRH hospitaliers à l'égard du vieillissement et des personnels soignants âgés. *Gestions Hospitalières*, 12(431), 835-845.
- Elovainio, M., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2002). Organizational Justice: Evidence of a new psychosocial predictor of health. *American Journal of Public Health*, 92(1), 105-108.
- Elovainio, M., Leino-Arjas P., Vahtera J., & Kivimäki, M. (2006). Justice at work and cardiovascular mortality: a prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(2), 271-274.
- Elovainio, M., Ferrie, J.E., Gimeno, D., De Vogli, R., Shipley, M., Brunner, E., Kumari, M., Vahtera J., Marmot, M.G., & Kivimäki, M. (2009). Organizational Justice and Sleeping Problems: The Whitehall II Study. *Psychosomatic Medicine*, 71(3), 334-340.
- ENSP (2000). *Le maintien dans l'emploi en question : santé, travail, inaptitude. Groupe de réflexion sur le maintien en emploi.* Tiré de l'URL : <http://www.handipole.org/IMG/pdf/maintien.pdf>.
- Escriva, E., Maline, J., & Depincé, D. (2001). *Pourquoi et comment faire évoluer nos pratiques ? Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie.* Actes du 36ème congrès de la SELF-ACE, Montréal.
- Escriva, E. (2004). Le maintien dans l'emploi: un défi de GRH. *Tendance*, (1), 1-4. Tiré de l'URL : https://www.agefiph.fr/content/.../1131628886_tendances_numero_1.pdf.
- Estryn-Béhar, M., & Fouillot, J.P. (1990). Etude de la charge physique du personnel soignant. Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans 10 services de soins. *Documents pour le Médecin du Travail.* Tiré de l'URL : <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=TL%205>.
- Estryn-Béhar, M. (1996). *Ergonomie hospitalière - théorie et pratiques.* Paris: De Boeck.
- Estryn-Béhar, M. (1997). *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital.* Paris: De Boeck.
- Estryn-Béhar, M. (2001). Interface entre les normes et les référentiels, et l'activité de travail réelle des soignants. *Actualités et dossiers en santé publique, la documentation Française*, 35, 71-73.
- Estryn-Béhar, M. (2004). Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant. *Etude PRESST-NEXT. Partie 1.* Tiré de l'URL : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/estrynbehar.pdf>.
- Estryn-Béhar, M. (2008). *Santé et Satisfaction des soignants au travail en France et en Europe.* Rennes: Presses de l'Ecole des hautes Etudes en Santé Publique.

- Estryn-Behar, M., Chaumon, E., Garcia, F., Milanini-Magny, G., Bitot, T., Ravache, A.E., & Deslandes, H. (2011). Isolement, parcellisation du travail et qualité des soins en gériatrie. *Activités*, 8(1), 77, 103.
- Estryn-Behar, M., Chaumon, E., Garcia, F., Milanini-Magny, G., Fry, C., Bitot, T., Ravache, A.E., & Deslandes, H. (2013). La souffrance au travail en gériatrie. Comprendre et agir. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 20(191/192), 6-27.
- Eurofound (2002). *La qualité du travail et de l'emploi en Europe. Enjeux et défis* (n°1). Dublin: Cahiers de la fondation.
- Falzon, P. (2004). L'ergonomie. PUF : Paris.
- Falzon, P. (2005). Ergonomie, conception et développement. *Actes du 40e congrès de la SELF*, La Réunion.
- Falzon, P., & Mas, L. (2007) Les objectifs de l'ergonomie et les objectifs des ergonomes. In M. Zouinar, G. Valléry & M.-C. Le Port (Edit.), *Ergonomie des produits et des services*, XXXXII congrès de la SELF, Toulouse : Octarès.
- Falzon, P. (2013). Pour une ergonomie constructive. Dans Falzon, P. (Edit.), *Ergonomie constructive*. Paris : PUF.
- Farro, A.L. (2000). *Les mouvements sociaux*. Montréal, Québec : Presses de l'Université de Montréal.
- Fassier, J.B., & Durand, M.J. (2010). L'analyse d'implantation des interventions en santé et sécurité au travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 71, 102-107.
- Fernagu-Oudet, S. (2012). Concevoir des environnements de travail capacitants comme espace de développement professionnel : Le cas du réseau réciproque d'échanges des savoirs à La Poste. *Formation Emploi*, (119), 7-27.
- Florès, J.L. (1996). Handicap et travail. Aider à construire de nouvelles capacités. *Travail et changement*, 219, 23-25.
- François, F., Broekaert, S., & Berthomier, M.C. (2010). Le secteur hospitalier se transforme : incidences sur l'individu et le collectif de travail. *Connexions*, 2(94), 135-148.
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*. Paris : Seuil
- Fuhrer, R., & Rouillon, F. (1989). La version française de l'échelle CES-D. Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *Psychiatrie et Psychobiologie*, 1(4), 163-166.
- Gagnon, S. (2009). Gérer le changement au sein d'une main-d'œuvre professionnelle : le cas du centre hospitalier. *Gestion*, 34(1), 20-26.
- Gantner, M.T. (2008). *La gestion des postes aménagés : une politique de promotion de la santé au travail*. (Mémoire, EHESP, Rennes, France).
- Gaudart, C., & Chassaing, K. (2009). *Organisation du travail et ergonomie*. Communication présentée au 44^e Congrès de la SELF, Toulouse.
- Gaudin, J.P. (1999). *Gouverner par contrat : l'action publique en question*. Paris : Presses de Sciences Po.
- GEDER (2003). *Situation de handicap : quelles pratiques pour quelles interventions ? IVe journées d'études du Groupement d'études pour le développement de l'ergonomie en réadaptation (GEDER)*. Toulouse : Octarès

- Gheorghiu, M.D., & Moatty, F. (2014). L'emploi et le travail hospitaliers à l'épreuve des réformes. *Connaissance de l'emploi* (109).
- Gimeno, D., Tabák, A.G., Ferrie, J.E., Shipley, M.J., De Vogli, R., Elovainio, M., ... & Kivimäki M. (2010). Justice at Work and Metabolic Syndrome: the Whitehall II Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 67(4), 256-262.
- Godart, V. (2005). *L'ergonome et ses rencontres dans l'industrie automobile : l'apport de la connaissance des organisations à l'action en ergonomie*. Communication lors des journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie, Bordeaux.
- Godowski, C. (2004). La dynamique d'assimilation des approches par activités dans le domaine bancaire. *Comptabilité contrôle audition*, 10(2), 176-196.
- Gollac, M., & Volkoff, S. (2007). *Les conditions de travail aujourd'hui*. France : La Découverte.
- Gouedard, C., & Rabardel, P. (2012). Pouvoir d'agir et capacités d'agir : une perspective méthodologique ? Illustration dans le champ de la santé, sécurité et conditions de travail. *PISTES*, (14)2, 1-29.
- Grenier, C., & Zeller, C. (2014). La mobilisation collective face à un changement institutionnel imposé : le cas d'une université dans le contexte de mise en œuvre de la loi LRU. *Revue interdisciplinaire Management, Homme et Entreprise*, 1(10), 84-104.
- Grosjean, M., & Lacoste, M. (1999). *Communications et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris : PUF.
- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J., & Kerguelen, A. (1991). *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie* (1^{ère} éd.). Lyon : Edition ANACT.
- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J. & Kerguelen, A., (2006). *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie*. Lyon : ANACT.
- Guide Aract Ile-de-France (2010). *Conditions de travail et prévention des troubles musculo- squelettiques dans les maisons de retraites - . Constats et préconisations*. Tiré de l'URL : <http://www.aractidf.org/sites/default/files/centredocumentaire/conditions-de-travail-prevention-tms-maisons-retraite-aract-idf-oeth.pdf>.
- Hamonet, C., Magalhaes, T., De Jouvencel, M., & Hamadi, M. (2004). Evaluer la personne en situation de handicap face au travail : problématique et nouvelles perspectives. Dans J.F. Caillard, & C. Dalm (Edit), *Maintien dans l'emploi et états de santé: un enjeu majeur pour les services de santé au travail*. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 65(2-3), 214, 234.
- Haradji, Y., Valléry, G., Haué, JB., & Valentin, A. (2006). Influence des objets techniques dans l'interaction : la conception des produits et services. Dans F. Jeffroy, J. Theureau, et Y. Haradji (Edit), *Relation entre activité individuelle et activité collective : Confrontation de différentes démarches d'études*. Toulouse: Octarès Editions.
- Hasselhorn, H., Tackenberg, P., & Muller, B. (2003). Nurse's Early Exist Study: working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe (Rapport n°7). Tiré de l'URL: http://nile.lub.lu.se/arbarch/saltsa/2003/wlr2003_07.pdf.
- Hatchuel, A. (1994). Connaissance et pouvoir. L'analyse stratégique des organisations revisitée. Dans F., Pave (Edit), *L'analyse stratégique, sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels. Autour de Michel Crozier*. Paris : Seuil.

- Hatzfeld, N. (2006). L'émergence des troubles musculo-squelettiques (1982-1996). *Histoire et mesure*, 21(1), 111-140.
- Hazif-Thomas, C., & Thomas, P. (2011). Burnout des soignants: un risque inépuisable ? *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 11(65), 181-187.
- Herin, F., Gehanno, J.F., Lodde, B., Amar, A., Laplace, V., & Soulat, J.M. (2009). Maintien dans l'emploi, prévention du handicap dans les établissements hospitaliers : développement et étude préliminaire d'outils pour assurer le recueil systématique et la comparabilité des informations. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 70(1), 55-66.
- Herisson, C., Fouquet, B., & Codine, P. (2001). *Membre supérieur et pathologie professionnelle*. Collection de pathologie locomotrice et de médecine orthopédique. France : Masson.
- Hubault, F. (2007). Nature d'intervention, nature de savoirs. *Education permanente*, 1(170), 77-85.
- Hugonnet, A. (1999). L'absentéisme des AS en gériatrie : comment le prévenir. (Mémoire de l'école nationale de la santé Publique, Rennes, France).
- Jabes, A. (2007). *Une question de connaissance, de méthode et de processus entre acteurs*. Communication présentée lors du 14^{ème} journée recherche de IIMTPIF, Paris.
- Jackson, M. (1998). *Entre situations de gestion et situation de délibération : l'action de l'ergonome dans les projets industriels*. (Thèse de doctorat, CNAM, Paris, France).
- Jasseron, C., Estryn-Behar, M., Le Nezet, O., & Rahhali, I. (2006). Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle. Analyse longitudinale des soignants de l'enquête Presst-Next. *Recherche en soins infirmiers*, 2(85), 555-563.
- Jeantet, A., Tiger, H., Vinck, D., & Tichkiewitch, S. (1996). La coordination par les objets dans les équipes intégrées de conception de produit. Dans G. De Terssac, & E. Friedberg (Edit.), *Coopération et conception*. Toulouse: Editions Octarès.
- Jeantet, A. (1998). Les objets intermédiaires dans la conception. Éléments pour une sociologie des processus de conception. *Sociologie du travail*, 3(98), 291-315.
- Jeffroy, F., Theureau, J., & Haradji, Y. (2006). *Relation entre activité individuelle et activité collective : Confrontation de différentes démarches d'études*. Toulouse: Octarès Editions.
- Jobert, G. (2007). Le travail, obscure objet de l'intervention. Intervention et savoir. *Education Permanente*, 1(170), 13-23.
- Jodelet, D. (1991). *Représentations sociales. Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse.
- Jolivet, A., Caroly, S., Ehlinger, V., Kelly-Irving, M., Delpierre C., Balducci, F., Sobaszek, A., De Gaudemaris, R., & Lang, T. (2010). Linking hospital workers' organisational work environment to depressive symptoms : A mediating effect of effort-reward imbalance? The ORSOSA study. *Social Science and Medicine*, 71(3), 534-540.
- Jones R.J. (1997). Corporate Ergonomics Program of a Large Poultry Processor. *AIHA Journal*, 58(2), 132-137.
- Karsenty, L., & Pavard, B. (1997). Différents niveaux d'analyse du contexte dans l'étude ergonomique du travail collectif. *Réseaux*, 74(2), 131-155.

- Kim, S., Okechukwu, C., Dennerlein, J., Boden, L., Hopcia, K., Hashimoto, D., & Sorensen, G. (2013). Association between perceived inadequate staffing and musculoskeletal pain among hospital patient care workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 87, 323-330.
- Koberg, C.S., Boss, R.W., Senjem, J.C., & Goodman, E.A. (1999). Antecedents and outcomes of empowerment. *Group & organization management*, 24(1), 71-91.
- Kompier, M., & Levy, L. (1994). *Stress at work : Causes, effects and prevention*. Dublin, Irlande : Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
- 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 35^{ème} congrès de la SELF, Toulouse.
- Kotowski, S.E., Davis, K.G., Wiggermann, N., & Williamson, R. (2013). Quantification of patient migration in bed: catalyst to improve hospital bed design to reduce shear and friction forces and nurses' injuries. *Human Factors*, 55(1), 36-47.
- Kouabenan, R.D., Cadet B., Hermand, D., & Muñoz Sastre, M.T. (2007). *Psychologie du risque: De Boeck Université*.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (1988). Magnets hospitals : Part II. Institutions of excellence. *Journal Nursing Administration*, 18(2), 9-11.
- Krynen, B., Yeni, I., & Fournales, R. (2011). *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé* (Rapport N°11-083-01). Inspection générale des affaires sociales et administratives. Tiré de l'URL: <http://www.interieur.gouv.fr/Publications/Rapports-de-l-IGA/Fonction-publique/Evaluation-du-dispositif-de-reclassement-des-fonctionnaires-declares-inaptes-a-l-exercice-de-leurs-fonctions-pour-des-raisons-de-sante>.
- Lacomblez, M., Montreuil, S., & Teiger, C. (2000). Ergonomic work analysis, training and action: New paths opened by the interconnection of approaches. *Proceedings of the Human Factors & Ergonomics Society Annual Meeting*, 44(12), 647-650.
- Lagerström, M., Hansson, T., & Hagberg, M. (1998). Work-related low-back problems in nursing. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 24(6), 449-464.
- Lamonde, F. (2000). *L'intervention ergonomique. Un regard sur la pratique professionnelle*. Toulouse: Octares.
- Lamy, S. (2013). *Le rôle des contraintes psychosociales et organisationnelles sur l'état de santé des infirmières et des aides-soignantes : analyse longitudinale des données de 7 CHU en France*. (Thèse de doctorat, Université de Toulouse, Toulouse, France).
- Lamy, S., De Gaudemaris, R., Lepage, B., Sobaszek, A., Caroly, S., Kelly-Irving, M., & Lang, T. (2013). The organizational work factors' effect on mental health among hospital workers is mediated by perceived effort-reward imbalance: Result of a longitudinal study. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 55(7), 809-816.
- Lamy, S., Descatha, A., Sobaszek, A., Caroly, S., De Gaudemaris, R., Lang, T. (2014). Rôle of the work-unit environment in the development of new shoulder pain among hospitals workers : a longitudinal analysis. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 40(4), 400-410.

- Lancry-Hoestlandt, A., Akiki, J., & Houillon, V. (2004). Handicap et travail. Dans E.Brangier, A. Lancry, & C. Louche (Edit.), *Les dimensions humaines du travail. Théories et pratiques en psychologie du travail et des organisations*. Nancy : PUN.
- Landry, A., Mary-Cheray, I., & Tayar, E. (2006). *Proposition for evaluations of musculoskeletal disorders preventive intervention*. Communication présentée au 16 ème congrès de l'IEA, Maastricht.
- Landry, A. (2008) *L'évaluation de l'intervention ergonomique : de la recherche évaluative à la proposition d'outils pour la pratique*. (Thèse de doctorat, Université de Bordeaux Segalen, Bordeaux, France).
- Landry, A. (2012). *Cours d'ergonomie*. Master de psychologie du travail. Grenoble
- Langley, A. (1997). L'étude des processus stratégiques: Défis conceptuels et analytiques. *Management International*, 2(1), 37-50.
- Laneyrie, E., & Caroly, S. (2013). *Faire du maintien dans l'emploi un enjeu de mobilisation collective des acteurs dans le cadre d'une politique institutionnelle de prévention*. Communication présentée à la SELF, Paris.
- Lasfargues, G. (2001). Législation du tableau 57 des maladies professionnelles, historique des pathologies et lien avec l'évolution du travail. Dans C. Hérisson, B. Fouquet, & P. Codine, (Edit.), *Membre supérieur et pathologie professionnelle*. Paris : Editions Masson.
- Lasfargues, G., Roquelaure, Y., Fouquet, B., & Leclerc, A. (2003). *Pathologies ostéoarticulaires par hypersollicitation d'origine professionnelle*. Paris : Masson.
- Latour, B. (1992). *Aramis, ou l'amour des techniques*. Paris : La découverte.
- Laville, A. (1995). Travail et âges, de la recherche à l'action. Dans J.C. Marquié, D. Paumès et S. Volkoff (Edit.), *Le travail au fil de l'âge*. Toulouse : Octarès Editions.
- Le Boterf, G. (2000). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Editions organisations.
- Le Boterf, G. (2010). *Construire les compétences individuelles et collectives. Agir et réussir avec compétence. Les réponses à 100 questions* (5ed). Eyrolles : Editions d'Organisation.
- Le Breton, D. (2012). *Sociologie du risque*. Paris : PUF
- Lee, E.W., Fok, J.P., Lam, A.T., Law, R.K., Szeto, G.P., & Li, P.P. (2014). The application of participatory ergonomics in a healthcare setting in Hong Kong. *Work*, 48(4).
- Lefevre, G., Garcia, A., & Namolovan, L. (2009). Les indicateurs de développement professionnel. *Questions Vives. Recherches En Éducation*, 5(11), 277–314.
- Léonard, M. (2007). Intervention en psychodynamique du travail : Quelles perspectives transformatrices ? Interventions et savoirs. *Education permanente*, 1(170), 113-119.
- Leontiev, A. (1975). *Activités, conscience, personnalité*. Moscou : Editions du Progrès.
- Léontiev, A. (1976). *Le développement du psychisme*. Paris : Editions Sociales.
- Leplat, J. & Cuny, X. (1974). *Les accidents du travail*. PUF: Paris.
- Leplat J., & Hoc, J.M. (1983). Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations. *Cahiers de psychologie cognitive*, (3), 49-63.

- Leplat, J. (1991). Activités collectives et nouvelles technologies. *Revue internationale de Psychologie sociale*, (4), 335-356.
- Leplat, J. (1997). *Regard sur l'activité en situation de travail : contribution à la psychologie ergonomique*. Vendôme : PUF.
- Leplat, J. (2000). *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie. Aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes* (1ed). Toulouse : Octares.
- Leplat, J. (2001). La gestion des communications par le contexte. *PISTES*, 3(1).
- Lescarbeau, R., Payette, M., & Saint-Arnaud, Y. (2003). *Profession consultant* (4 ed). Canada : Gaetan Morin.
- Lièvre, P., & Lecoutre, M. (2006). Le processus de mobilisation des réseaux sociaux dans une démarche de projet : La notion de lien faible potentiellement coopérative. Une application au cas des expéditions polaires. *Revue science de gestion*, (52), 83-103.
- Lopez-Tourres, F., Lefebvre-Chapiro, S., Guichardon, M., Burlaud, A., Feteanu, D., & Trivalle, C. (2010). Fin de vie et maladie d'Alzheimer : Etude rétrospective dans un service de gériatrie. *NPG*, (10), 37-42.
- Loriol, M. (2004). *Construction du stress, psychologisation du social et rapport au public. Les cas des infirmières hospitalières, des conducteurs de bus et des policiers. Projet de recherche pour l'initiative de recherché "travail dans la fonction publique*. Paris : Centre National de la recherche scientifique.
- Madan, I., & Walker-Bone, K. (2013). Evaluation of a musculoskeletal training package for occupational health practitioners. *Occupational Med*, 63(8), 579-582.
- Malet, D., & Benchekroun, T.H. (2012). Comprendre la manutention de patient pour la valoriser : une voie de construction de la santé des soignants. *PISTES*, 1(14), 1-14.
- Manckoundia, P., Mischis-Troussard, C., Ramanantsoa, M., Blettery, B., François-Pursell, I., Martin-Pfitzenmeyer, I., Camus A., Popitean, L., Lalu-Fraisie, A., & Pfitzenmeyer, P. (2005). Les soins palliatifs en gériatrie : étude rétrospective de 40 cas. *La Revue de Médecine Interne*, 26(11), 851-857.
- Manoukian, A. (2009). *La souffrance au travail, les soignants face au burn-out*. France: Editions Lamarre.
- Martin, C., Escouteloup, J., & Daniellou, F. (1996). L'ergonome et la programmation architecturale. *Performances Humaines et Techniques. Dossier architecture et ergonomie* (9).
- Martin, C., & Baradat, D. (2003). Des pratiques en réflexion. 10 ans de débats sur l'intervention ergonomique. Octarés : Toulouse.
- Martin, C., & Gadbois, C. (2004). L'ergonomie à l'hôpital. Dans P. Falzon (Edit.), *Ergonomie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Maumet, S., De Gaudemar, R., Caroly, S., & Balducci, F. (2005). Facteurs associés à la prévalence des troubles musculo-squelettiques en milieu hospitalier. Recherche des éléments à prendre en compte pour l'évaluation des risques. *Archive des maladies professionnelles*, 66, 236-243.
- Meuleman, F. (2011). *Vaincre l'absentéisme*. Paris, France : Dunod.

- Michel, E., Amar, A., Josselin, V., Caroly, S., Merceron, G., & De Gaudemaris, R. (2007). Evaluation d'une stratégie pluridisciplinaire de maintien et retour au travail du CHU de Grenoble. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 68(5), 474-481.
- Mintzberg, H. (1986). Le pouvoir dans les organisations. Paris : Organisation
- Minvielle, E., & Contandriopoulos, A.P. (2004). La conduite du changement : quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ? *Revue française de gestion*, 3(150), 29-53.
- Moisdon, J.C. (2007). La recherche intervention en gestion : de la prescription à l'énigme. *Education permanente*, 1(170), 87-97.
- Moisan, S., Caroly, S., Juret, I., Brinon, C., Josselin, V., Guiho-Bailly, M.P., Tripodi, D., Penneau-Fontbonne, D. & Roquelaure, Y. (2008). Prévenir les troubles musculo-squelettiques chez les soignants : connaître les expositions et étude des outils d'aide à la manutention Réseau CHU – CNRACL de développement et de mise à disposition d'outils d'évaluation des risques professionnel adaptés aux établissements de soins. *Archives des Maladies Professionnelles et Environnementales*, 70, 13-27.
- Montreuil, S., Marier, M., Bellemare, M., Prévost, J., & Allard, D. (2004). L'implication des acteurs dans l'implantation de projets d'amélioration des situations de travail en ergonomie participative : des constats différenciés dans deux usines. *PISTES*, 6(2), 1-12.
- Morisset, J., Chambaud, L., Joubert, P., & Rochon, J. (2009). La prévention dans les systèmes de soins : défi commun pour la France et le Québec. *Pratiques et organisations des soins*, (10)4, 275-282.
- Mourgues, N. (2000). Avant-propos. Dans D. Autissier, & F. Wacheux (Edit.), *Structuration et Management des organisations – Gestion de l'action et du changement dans les entreprises*. Paris : L'Harmattan.
- Nascimento, A. (2009). *Produire la santé, produire la sécurité. Développer une culture de sécurité en radiothérapie*. (Thèse de doctorat, Université CNAM, Paris, France).
- Neboit, M. (1993). *Activités collectives dans le travail : formes, fonctions et rôles*. Actes du 27e congrès de la SELF. Toulouse : Octarès.
- Neumann, W.P., Kilhlberg, S., Medbo, P., Mathiassen, S.E., & Winkel, J. (2002). A case study evaluating the ergonomic and productivity impacts of partial automation strategies in the electronics industry. *International Journal of Production Research*, 40(16), 4059-4075.
- Niehoff, B.P., Moorman, R. H., Blakely, G., & Fuller, J. (2001). The influence of empowerment and job enrichment on employee loyalty in a downsizing environment. *Group & Organization Management*, (26), 193-113.
- Nizet, J., & Huybrechts, C. (1998). *Interventions systémiques dans les organisations. Intégration des apports de Mintzberg et de Palo Alto*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Noulin, M. (1996). La pratique de l'analyse ergonomique du travail. Dans P. Cazamian, F. Hubault, & M. Noulin (Edit.), *Traité d'ergonomie*. Toulouse: Octares.
- Noyer, N., & Barcellini, F. (2014). Construire un projet durable de prévention des TMS : dimensions stratégique et pédagogique d'une intervention ergonomique. *PISTES*, 16(3), 1-28.
- OETH (2010). *Conditions de travail et prévention des troubles musculo squelettiques dans les maisons de retraite : contrats et préconisations*. Aract :Ile de France.

- OMS (1981). *L'évaluation des programmes de santé : principes directeurs pour son application dans le processus gestionnaire pour le développement sanitaire*. WHO : Genève.
- Ozguler, A., Loisel, P., Boureau, F., & Leclerc, A. (2004). Efficacité des interventions s'adressant à des sujets lombalgiques, du point de vue du retour au travail. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 52, 173-188.
- Pascal, C. (2004). Du colloque singulier au colloque pluriel : le processus au service du mieux faire ensemble. Dans Amourous C. (Edit.), *Que faire de l'hôpital*. Paris : L'Harmattan.
- Pauchant, T., Morin, E.M., Gagnon, M., Cauchon, D., & Roy Y. (2004), Dynamiser le changement, l'apprentissage et l'éthique en organisation. Une évaluation de la discipline du dialogue, *Revue Internationale de Gestion*, 1-24. Tiré de l'URL : http://web.hec.ca/criteos/fichiers/upload/dialogue_msss.pdf.
- Pavillet, J., Askri, A., Josselin, V., Amar, A., Laneyrie, E., Lamy, S., ... & De Gaudemaris, R. (2013). Amélioration de la qualité de vie au travail dans les unités de soins : la démarche ORSOSA. *Psychologie du travail et des organisations*, 19(4).
- Petit, J. (2005). *Organiser la continuité du service : Intervention sur l'organisation d'une Mutuelle de santé*. (Thèse de doctorat, Université Victor Segalen Bordeaux II, Bordeaux, France).
- Petit, J., Querelle, L., & Daniellou, F. (2007). Quelles données pour la recherche sur la pratique de l'ergonomie ? *Travail Humain*, 70(4), 391-411.
- Petit, J., & Dugué, B. (2011). *La qualité du travail : un enjeu majeur*. Communication présentée lors du 3ème congrès francophone sur les TMS, Grenoble.
- Petit, J., & Coutarel, F. (2013). L'intervention comme dynamique de développement conjoint des acteurs et de l'organisation. Dans Falzon, P. (Edit.), *Ergonomie constructive*. Paris: PUF.
- Petit, J., & Dugué, B. (2013). Structurer l'organisation pour développer le pouvoir d'agir: le rôle possible de l'intervention en ergonomie. *Activités*, 10(2), 210-228.
- Pettigrew, A. (1987). Context and Action in the Transformation of the Firm. *Journal of Management Studies*, 24(6), 649-670.
- Pichault, F. (1993). *Ressources humaines et changement stratégique : vers un management politique*. France : De Boeck Université
- Pichault, F. (2006). L'intervention en organisation : une question de légitimation systémique ? Dans Mucchielli, A., & Bourion, C.(Edit.), *Psychosociologie et systémique des relations dans les organisations*. Paris : Eska.
- Pierre, C., & Jouvenot, C. (2010). *La reconnaissance au travail*. Lyon :ANACT
- Pierru, F. (2009). Les professionnels de santé à l'épreuve de la gouvernance d'entreprise. *Enfances et psy*, 2(43), 99-105.
- Ploton, L. (2005). *La personne âgée : son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence* (7ed). France : Chronique Sociale
- Proulx, S. (2002). Trajectoire d'usages des Technologies de communication: les formes d'appropriation d'une culture numérique comme enjeu d'une société de savoir. *Annales des télécommunications*, 57(3-4), 180-189.
- Querelle, L. & Thibault, J.-F. (2007). La pratique de l'intervention d'ergonomes consultants : une approche réflexive orientée par les outils. *Activités*, 4(1), 149-159.

- Querelle, L. (2008). *La compréhension du processus de décision de l'entreprise comme socle de l'intervention ergonomique. Le cas de la conception d'une usine agroalimentaire*. (Thèse de doctorat, Université Victor Segalen Bordeaux II, Bordeaux, France).
- Quériaud, C. (2014). *Dynamiques d'interventions des ergonomes dans le champ du maintien dans l'emploi de salariés malades chroniques* (Thèse de doctorat, Université Segalen Bordeaux II, Bordeaux, France).
- Rabardel, P., Teiger, C., Laville, A., Rey, P., & Desnoyers, L. (1991). Ergonomic Work Analysis and Training. Dans Y. Quéinnec, & F. Daniellou (Edit.), *Designing for everyone, Proceedings of the 11th Congress of the IEA* (p. 1738-1740). Londres: Taylor and Francis.
- Rabardel, P. (1995). *Les hommes et les technologies*. Paris : Armand Colin.
- Rabardel P. (1998). *Éléments pour un point de vue cognitif sur la souffrance au travail : apports de l'approche instrumentale*. Communication présentée lors du séminaire Nouvelles formes d'organisation, Paris.
- Rabardel, P. (2005). Quels pouvoirs d'agir pour quels acteurs ergonomiques? Dans A. Landry, L. Nouviale & N., Rodriguez (Edit.) Actes des journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie. *L'ergonome dans les collaborations multiprofessionnelles*. Actes des Journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie (p.101-106). Bordeaux : Université Victor Segalen Bordeaux II.
- Rabardel, P. & Pastré, P. (2005). *Modèles du sujet pour la conception. Dialectiques activités développement*. Toulouse : Octarès.
- Radi, S., Lang, T., Lauwers-Cances, V., Chatellier, G., Fauvel, J., Larabi, L., & De Gaudemaris, R. (2004). One year hypertension incidence and its predictors in a working population : the IHPAF study. *Journal of Human Hypertension*, 18(7), 487-494.
- Rapiau M.T., & Riondet J. (2009), *Le recrutement des infirmières: de la formation aux pratiques d'une profession de santé*. France : L'harmattan.
- Raveyre, M. & Ughetto, P. (2003). Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières. *Revue française des Affaires Sociales*, (3), 97-120.
- Ravallec, C., Brasseur, G., Bondéelle, A., & Vaudoux, D. (2009). Personnels soignants en milieu hospitalier : des performances sous perfusion. *Travail et sécurité*, 1(693), 25-39.
- Raybois, M. (2014). La santé des soignants altérée par les relations. *PISTES*, 16(3), 1-18.
- Reille-Baudrin, E., & Werthe, C. (2010). Le développement du collectif: un moyen durable de prévention de la santé au travail ?. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2(10), 209-221.
- Richard, D. (2012). *Management des risques psychosociaux : une perspective en termes de bien-être au travail et de valorisation des espaces de discussion*. (Thèse de doctorat, Université Pierre Mendès France, Grenoble, France).
- Ricoeur, P. (1990). *Soi même comme un autre*. Paris. Le seuil.
- Rocha, R. (2014). Du silence organisationnel au développement du débat structure sur le travail : Les effets sur la sécurité et sur l'organisation. (Thèse de doctorat, Université de Bordeaux, Bordeaux, France).
- Rognin, L., Salembier, P., & Zouinar, M. (2000). Cooperation, reliability of socio-technical systems and allocation of function. *International Journal of Human-computer Studies*, 52(2), 357-379.

- Roquelaure, Y., Moisan, S., Brinon, C., & Juret, I. (2006). *Troubles musculo-squelettiques du membre supérieur et des lombalgies dans le secteur santé : données du réseau de surveillance épidémiologique des pays de la Loire de 2002 à 2004* (Rapport), France :LEEST.
- Roquelaure, Y., Ha, C., Leclerc, A., Touranchet, A., Sauteron, M., Imbernon, M., & Goldberg, M. (2006). Epidemiological Surveillance of Upper Extremity Musculoskeletal Disorders in the Working Population : the French Pays de la Loire Study. *Arthritis Rheum*, 55, 765-778.
- Rouat, S., & Sarnin, P. (2013). Prévention des risques psychosociaux au travail et dynamique de maturation : le processus d'intervention comme opérateur de la transformation et du développement de la coopération. *Activités*, 10(1), 58-72.
- Safy-Godineau, F. (2013). La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion. *La nouvelle revue de travail*, 1(3), 1-19.
- Sainsaulieu, I. (2006). Les appartenances collectives à l'hôpital. *Sociologie du travail*, 48(1), 72-87.
- Sainsaulieu, I. (2012). La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle. *Revue française de sociologie*, 53(3), 461-492.
- Saint-Arnaud, L., & Gignac, S. (2005). *Rapport de recherche évaluation de la prise en charge d'une démarche participative visant la réduction des contraintes psychosociales de travail* (Rapport). Québec. Tiré de l'URL : <http://www.ripost.qc.ca/>.
- Saint-Arnaud, L., Gignac, S., Gourdeau, P., Pelletier, M., & Vézina, M. (2010). Démarche d'intervention sur l'organisation du travail afin d'agir sur les problèmes de santé au travail. *PISTES*, 12(3), 1-17.
- Saint-Arnaud, L., & Pelletier, M. (2013). *Guide soutenir le retour au travail et favoriser le maintien en emploi. Faciliter le retour au travail d'un employé à la suite d'une absence liée à un problème de santé psychologique* (RG-758). Québec : IRSST.
- Saint Vincent, M., Vézina, N., Bellemare, M., Denis, D., Ledoux, E., & Imbeau, D. (2011). *L'intervention en ergonomie*. Québec : Editions Multi Mondes.
- Salembier, P., & Zouinar, M. (2004). Intelligibilité mutuelle et contexte partagé. Inspirations théoriques et réductions technologiques. Dans P. Salembier, J Theureau, & M. Relieu, (Edit.), *Activité et Action située. Activités*, 1(2), 64-85.
- Sarnin, P., Bobillier-Chaumon, M.E., Cuvillier, B., & Grosjean, M. (2012). Intervenir sur les souffrances au travail : acteurs et enjeux dans la durée. *Bulletin de psychologie*, 3(519), 251-261.
- Sassoon, D. (2003). Les TMS du membre supérieur liés au travail: de la présentation au maintien à l'emploi. Presentation of the health passport. *Chirurgie de la main*, 22(5) 240-242.
- Savoyant A. (1977). Coordination et communication dans une équipe de travail, *Le Travail Humain*, 40(1), 41-54
- Schwartz, Y. (1987). Travail et usage de soi. Dans B. Michèle et coll. (Edit.), *Je, Sur l'individualité*. Paris : Messidor/Editions Sociales.
- Schwartz, Y. (2000). *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*. Toulouse: Octarès Editions.
- Schwartz, Y. (2007a). Du « détour théorique » à l' « activité » comme puissance de convocations des savoirs. *Education Permanente*, 1(170), 25-34.

- Schwartz, Y. (2007). Un bref aperçu de l'histoire culturelle du concept d'activité. *Activité*, 4(2), 1-12.
- Scott, J.G., Sochalski, J., & Aiken, L. (1999). Review of magnet hospital research: findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29(1), 9-19.
- Scriven, M. (1967). The methodology of evaluation. Dans R. Tyler, R. Cagne, et M. Scriven, (Edit.), *Perspectives of curriculum evaluation*. Chicago: Rand Mc Nally.
- Sen, A. (1999) *Development as Freedom*. Oxford: University Press.
- Simonet, P. (2011). *L'hypo-socialisation du mouvement: prévention durable des troubles musculo-squelettiques chez des fossoyeurs municipaux*. (Thèse de doctorat, Université CNAM, Paris, France).
- Soparnot, R. (2005). L'évaluation des modèles de gestion du changement : de la capacité de gestion du changement à la gestion des capacités de changement. *Gestion*, 29(4), 31-42.
- Soparnot, R. (2009). Vers une gestion stratégique du changement : une perspective par la capacité organisationnelle de changement. *Management prospective*, (28), 104-122.
- Soulat, J.M., Bardou, P., Laplace, V., Amar, A., Tramunt, C., Caillard, J.F., & Dewittes, J.D. (2006). Problématique du maintien dans l'emploi, du reclassement et de la prévention secondaire dans les Centres Hospitaliers Universitaires : démarche d'élaboration d'une méthode d'analyse et de gestion pluridisciplinaire. *Archive des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 67(2), 260-267.
- Spielberger, C. (1989). *Strait-Trait Anxiety Inventory: a comprehensive bibliography* (2ed). Palo Alto, C.A: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G. (1993). *Manuel de l'inventaire d'anxiété état trait forme Y (STAI -Y)*. Adapté par Bruchon -Schweitzer et Paulhan. Paris : ECPA.
- Spitzer, W.O., Leblanc, F.E., Dupuis, M., Abenhaim, L., Belanger, A.Y., Bloch, R..., Wood-Dauphinée, S. (1987). Scientific approach to the assessment and management of activity related spinal disorders. *Spine*, 12(75), 1-59.
- Star, S.L., & Griesmer, J.R. (1989). Institutional Ecology. "Translation" an boundary objects : Amateurs and professionals in Berkeley's museum of vertebrate zoology, 1907-1939, *Social Studies of Science*, 19, 387-420.
- Stock, S., Nicolakakis, N., Messing, K., Turcot, A., & Raiq, H. (2013). Quelle est la relation entre les troubles musculo-squelettiques liés au travail et les facteurs psychosociaux? Survol de diverses conceptions des facteurs psychosociaux du travail et proposition d'un nouveau modèle de la genèse des TMS. *PISTES*, 15(2), 1-20.
- Stone, D., & Colella, A. (1996). A model of factors affecting the treatment of disabled individuals in organizations. *Academy of Management Review*, 21(2), 352-401.
- Tanguy, L., Gorand, O., Plenet, A., Caroly, S., Teyseyre, D., & Descatha, A. (2012). Implantation d'une intervention sanitaire en entreprise: barrières et facilitateurs. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 73(1), 28-33.
- Teiger, C. (1993a). Représentation du travail, travail de la représentation. Dans A. Weill-Fassina, P. Rabardel et D. Dubois (Edit.), *Représentations pour l'action*. Toulouse : Octarès.

- Teiger, C. (1993). L'approche ergonomique: du travail humain à l'activité des hommes et des femmes au travail. *Education permanente*, 116(3), 71-96.
- Teiger, C., & Montreuil, S. (1995). Les principaux fondements de l'analyse ergonomique du travail en formation. *Education permanente*, 3(124), 13-28.
- Teiger, C. (2003). La formation à l'analyse ergonomique du travail, outil de changement des représentations pour changer le travail. Dans C. Martinet & D. Baradat (Edit.), *Des pratiques en réflexion 10 ans de débats sur l'intervention ergonomique*. France : Octarès.
- Teiger, C. (2007). De l'irruption de l'intervention dans la recherche en Ergonomie. *Education permanente*, 1(170), 35-49.
- Theureau, J. (1997). Verbalisations provoquées. Dans M. De Montmollin (Edit.), *Vocabulaire de l'ergonomie*, Toulouse : Octarès.
- Thévenet, M. (2009). Manager en temps de crise. Paris : Organisation.
- Tran Van, A. (2010) *Pratique collective de l'intervention ergonomique : comment les ergonomes font-ils pour travailler ensemble. Exemple sur la pratique des ergonomes*. (Thèse de doctorat, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, France).
- Tremblay, M., & Wils, T. (2005). La mobilisation des ressources humaines : une stratégie de rassemblement des énergies de chacun pour le bien de tous. *Gestion*, 30(2), 30-39.
- Trichard, A., Vignaud, M.C., Herin, F., Gabinski, P., Broessel, N., Druet-Cabanac, P.M., Caroly, S., Lang, T., De Gaudemaris, R., & Sobaszek, A. (2009). Contraintes psychologiques et organisationnelles chez les soignants (CPO): présentation de l'étude ORSOSA. *Archives des Maladies Professionnelles*, 70(1), 28-35.
- Ughetto, P. (2007). *Faire face aux exigences du travail contemporain. Conditions de travail et management*, Lyon : éditions de l'ANACT.
- Uhalde, M. (1999). Les mystères de la restitution. *Sociologies Pratiques*, (1), 1-7.
- Urio, P. (1998). La gestion publique au service du marché. Dans H. Marc (Edit.), *La pensée comptable : Etat, néolibéralisme, nouvelle gestion publique*. Paris-Genève : PUF.
- Van de Ven, A.H. (1992). Suggestions for studying strategy process: a research note. *Strategic Management Journal*, 13(Special issue), 169-188.
- Van Rijn, R.M., Huisstede, B.M.A., Koes, B.W., & Burdorf A. (2010). Associations between work-related factors and specific disorders of the shoulder – a systematic review of the literature. *Scandinavian journal of Work Environment and Health*, 36(3), 189-201.
- Vaxevanoglou, X., Six, F., Merchi, M., & Frimat, P. (1993). A propos du travail collectif sur les chantiers du BTP. Dans F. Six, & X. Vaxevanoglou (Edit.), *Les aspects collectifs du travail*. Actes du 28^{ème} congrès de la SELF. Toulouse: Octarès.
- Vaxevanoglou, X. (2002). Les déterminants organisationnels et psychosociaux du stress des équipes soignantes. Dans M. Neboit, & M. Vézina (Edit.), *Stress au travail et santé psychique*. Toulouse: Octarès.
- Vega, A. (2005). Rapports professionnels et types de clientèles: médecins libéraux et salariés. Document de travail. *DRESS* (51),1-113.

- Vézina, N. (2001). *La pratique de l'ergonomie face aux TMS: ouverture à l'interdisciplinarité*. Actes du congrès de la SELF-ACE, Montréal. Tiré de l'URL : <http://www.ergonomie-self.org/documents/36eme-Montreal-2001/PDF-FR/v1-05avezina.pdf>.
- Vézina, N., & Tougas, G. (2008). *De l'intervention de mobilisation à l'intervention ergonomique et au suivi des recommandations: quels outils pour un suivi du processus?* Communication présentée lors du 2e Congrès francophone sur les TMS, Montréal.
- Vidick, S., & Mairiaux, P. (2008). Les absences de longue durée pour lombalgie au sein du personnel soignant dans le secteur hospitalier. *Santé Publique*, 20(3), 29-37.
- Villate, R., Gadbois, C., Bourne, J.P., & Visier, L. (1993). *Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital. Faire siens les outils du changement*. Paris : Inter-Editions.
- Villeneuve, J. (1998). *De la participation des salariés à la décision des gestionnaires : de nouvelles représentations à construire*. Communication présentée aux Journées de Bordeaux, Bordeaux.
- Vinck, D. (2001). *La pluridisciplinarité en santé au travail : des échanges de pratique*. Communication présentée au congrès de la SELF, Montréal.
- Vinck, D. (2009). De l'objet intermédiaire à l'objet frontière. Vers la prise en compte du travail d'équipement. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 3(1), 51-72.
- Vrancken, D. (1998). Profession, marché du travail et expertise. Dans M. De Coster et F. Pichault (Edit.), *Traité de sociologie du travail* (2e éd). Bruxelles : De Boeck.
- Vygotski L. (1934/1985). Le problème de l'enseignement et du développement mental à l'âge scolaire. Dans B. Schneuwly & J.P. Bronckart (Edit.), *Vygotski aujourd'hui*. Neuchâtel: Delachaux & Niestlé.
- Weill-Fassina, A., Rabardel, P., & Dubois, D. (1993). *Représentations pour l'action*. Toulouse: Octarés.
- Weiss, C.H. (1997). How can theory based evaluation make greater headway? *Evaluation review*, 21(4), 501-524.
- Wils, T., Labelle, C., Guerin, G., & Tremblay, M. (1998). Qu'est ce que la mobilisation des employés ? Le point de vue des professionnels en ressources humaines. *Gestion*, 23(2), 573-585.
- Wils, T., Labelle C., Guerin G., & Tremblay, M. (2008). Qu'est-ce que la « mobilisation » des employés ? Le point de vue des professionnels en ressources humaines. Dans M. Tremblay (Edit.), (2012), *Mobilisation des personnes au travail*. Montréal : Gestion.
- Wisner, A. (1993). *L'émergence de la dimension collective du travail*. Actes du 27^{ème} congrès de la SELF. Toulouse : Octarés
- Wilson, J.R. (1994). Devolving Ergonomics: The Key to Ergonomics Management Programmes. *Ergonomics*, 37(4), 579-594.
- Ylipaavalniemi, J., Kivimäki, M., Elovainio, M., Virtanen, M., Keltikangas-Järvinen, L., & Vahtera, J. (2005). Psychosocial work characteristics and incidence of newly diagnosed depression: a prospective cohort study of three different models. *Social Sciences and Medicine*, 61(1), 111-122.
- Zeggar, H., & Vallet, G. (2010). *Bilan de l'organisation en pôle d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé* (Rapport M2010-010P). Paris : Inspection générale des affaires sociales.

Sites internet cités :

APEC (2014). Tiré de l'URL : www.apec.fr.

ARS (2014). Tiré de l'URL : <http://www.ars.sante.fr>.

EHESP (2014). Tiré de l'URL : <http://www.ehesp.fr>.

HAS (2014). Tiré de l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249588/fr.

Hôpital (2014). Tiré de l'URL : www.hopital.fr.

IRDES (2014). Tiré de l'URL : www.irdes.fr.

Larousse (2014). Tiré de l'URL : www.larousse.fr.

Legifrance (2014). Tiré de l'URL : www.legifrance.gouv.fr.

Localtis info (2014). <http://www.localtis.info>.

Metiers-fonction publique hospitalière (2014). Tiré de l'URL : www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr.

Santé.gouv (2014). Tiré de l'URL : www.sante.gouv.fr.

Service public (2014). Tiré de l'URL : www.service-public.fr.

Travailler mieux (2014). Tiré de l'URL : www.travailler-mieux.gouv.fr.

ANNEXES

Les annexes sont présentées dans le CR-ROM ci-joint